

# ORVOSI HETILAP.

## A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

### TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

#### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Illyés Géza és Kövesi Géza: Közlemény a budapesti királyi magyar tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár) és az I. számú belgyógyászati klinikáról (igazgató: Korányi Frigyes dr., egyetemi ny. r. tanár). A vese hígítóképességéről a functionalis diagnostica szolgálatában. 235. lap.

Plesch János: Egy új kopogtatási mód. 237. lap.

Klug Nándor: Az enzimekről. 238. lap.

Pándy Kálmán: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkórodájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A tabes dorsalis keletkezése. 239. lap.

Tárca. Győry Tibor: Kaposi Móricz. 241. lap. — Weisz Ede: Stuttgarter úti levél. 241. lap. — Vámosy István: Raymann János Ádám (1690—1770) és a védőhímlőoltás. 242. lap.

Közegészségügy. Az országos közegészségi tanács működése 1901-ben. 243. lap. Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Reuter Camillo: Az elnekörtan haladása.

244. lap. — *Könyvismertetés. A. Kollmann és F. M. Oberländer: Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre. (Ráskai.)* 244. lap. — *Lubarsch: Arbeiten aus der pathologisch-anatomischen Abtheilung des königl. hygienischen Institutes zu Posen.* 244. lap. — *Neuburger und Pagel: Handbuch der Geschichte der Medizin.* 245. lap. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Loeb: Pankreon. (Torday Árpád.)* — *G. Klemperer: A vizeletben támadó oxalsavas lecsapódások. (Torday Árpád.)* — *Börkörtan. Scholtz: A Röntgen-sugarak hatása az ép és kóros bőrre. (Sellei.)* — *Ruggiero: Az arcz állandó hyperidrosisa. (Póór.)* — *Kisebb közlemények az orcosgyakorlatra. Dörr: Galandféreg elhajtása.* — *Niesser: Diabetes insipidus gyógyítása.* — *Folyóiratok átnézete.* 245—246. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kinevezés. — Donáth Gyula. — Kormánybiztosok az orvosdoktori szigorlatokhoz. — A budapesti orvosi kör márczius havi ülése. — A budapesti fogorvosok egylete. — Az orvosok kötelező életbiztosítása. — A törvényszéki orvosi bizottság. — Első leánykihazasító egyet. — Elhunyt. — Herczel dr. — Röntgen-laboratorium. — Szt.-Lukács-fürdő. — Krondorf. 246. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. 232. lap.

#### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti királyi magyar tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár) és az I. számú belgyógyászati klinikáról (igazgató: Korányi Frigyes dr., egyetemi ny. r. tanár).

A vese hígítóképességéről a functionalis diagnostica szolgálatában.

Illyés Géza és Kövesi Géza dr.-októl.

A vesediagnostica feladatai az utóbbi években jelentékeny átalakulásokon mentek át. Az egyoldali úgynevezett sebési vese-megbetegedések felőli ismereteink gyarapodása, úgyszintén a tökéletesebb sebési technika segítségével elért eredményesebb gyógykezelés után a további cél az egyes vesék váladékának külön felfogása, hogy ily módon a kóros folyamat s annak neme lehetőleg pontosan s már kezdetében megállapítható legyen.

Ezen feladatot az uretercatheterismus megoldotta, melynek jelentősége a sebési vesediagnostikában úgyszólván jelenleg már ellenmondás nélkül el van ismerve, sőt a kezdetben felhangzott bizalmatlan vélemények is elnémultak s az eljárás azelőtti ellenesei csakhamar a hívek táborához csatlakoztak.

Természetszerűleg az uretercatheterismus nem adhat felvilágosítást az egyes vesék működésének nagyságáról. A vizeletnek külön felfogása egyes, bár ritka esetekben, még azon kérdésre sem adhat teljes biztonsággal feleletet, vajjon a vesék egyáltalán kórosak-e, mivel fehérjevizelés nem mindenkor azonos a működés csökkenésével, másrészt pedig hiányos működés foroghat fenn a vizeletben kimutatható vegyi és morfológiai eltérések nélkül. Ezen körülmény azonban nem csökkenti az ureter-

catheterismus jelentőségét, csakis ennek segélyével határozható meg külön-külön az egyes vesék functionjának nagysága, mivel nem arra helyezendő a főszű, hogy miképen dolgoznak a vesék, hanem vajjon a teljesített munka a szervezet szükségleteinek megfelelő-e, tehát a quantitativ körülmények mérlegelendők első sorban. Ezen követelményeknek pedig csakis a működési képesség meghatározása felelhet meg.

Valamely szerv működési képességének megállapításánál számottevő nehézségek merülnek fel. A működési képesség nem változatlan, adott érték, hanem tág határok között ingadozik a szervezet szükségleteihez alkalmazkodva és nagy mértékben befolyásolják azt az illető szerv iránt támasztott követelmények. Ennélfogva, ha valamely szerv munkaképességét meg is határoztuk, azon kérdésre nem adhatjuk meg ezzel a választ, hogy vajjon egyszersmind a kifejtett munka kielégítő is? Első sorban a physiologiai alapértékeket kell meghatározni s még ez sem elégséges; a működésbeli elégtelenség korai következményeinek ismerete szükséges, hogy adott esetben valamely szerv munkaképessége megállapítható legyen. Ezen nehézségek merülnek fel a functionalis diagnostika fejlődési menetében. Typusok felállítása az egyes szerveknél alig lehető, kizárja ezt azon számos, a működést módosító körülmény fenforgása s így az egyéni nézeteknek tág tere nyílik.

Az itt vázolt viszonyok a functionalis vesediagnostikánál még bonyolultabbak, a mennyiben a vesék sajátos viszonyok között egyenként átvehetik a teljes munkakifejtést, más részről pedig, mint főként a szervezet anyagcseréjét szabályozó szervek, nagy kiterjedésű alkalmazkodási képességgel rendelkeznek s ennélfogva a munkaképesség is széles határok között ingadozik.

Ezen nehézségek tudatában több irányú törekvés indult meg, hogy a vesék elválasztó működésének nagyságát megállapítsák s legutóbbi időben megjelent ily tárgyú munkálatok kimerítően ismertetik a functionalis vesediagnostica fejlődési menetét.



Eredményeseknek bizonyultak a vér és vizelet molecularis töménységének meghatározása és a phloridzineljárás.

Főként a physikai chemia szolgáltatja újabb szempontok módosították nézeteinket a vesék működéséről physiologiai és pathologiai viszonyok között; ezek közül a következőket szándékunk kiemelni:

Ép viszonyok között a vizeletnek fagyáspontsüllyedésével arányos osmosis nyomása rendszerint jelentékenyen nagyobb, mint a véré. Dreser<sup>1</sup> fejtegetései szerint a vesék tetemes munkát végeznek, a midőn a vizelet osmosisnyomását növelik; ezen munkát Pauli<sup>2</sup> a vese vízfelszívó, sűrítő munkájának (Wasserresorptionsarbeit) nevezi. Korányi S. vizsgálatai bizonyítják, hogy a beteg veséknek ez irányú működési képességük csökken. Bár az ép vesék rendszerint töményebb vizeletet választanak el, azok bőséges vízfelvétel után oly vizeletek kiürítésére is képesek, amelyek molekularis töménysége a vérénél jóval alacsonyabb (Dreser). Hig vizelet ürítésének esetében a vesék vizet elválasztó, hígító munkája felülmúlja a vízfelszívó, sűrítő munkát. Ezen képességen alapul a vesék jelentékeny szerepe a szervezet folyadékcseréjének szabályozásánál.

Diffus vesebántalmaknál a vízelválasztó, hígító képesség többé-kevésbé korlátolt (Korányi, Kövesi és Roth-Schulz).

Kövesi és Roth-Schulz vizsgálatainak eredményeként továbbá kitűnt, hogy a vízelválasztó hígító képesség csökkenésének foka szoros viszonyban van a bántalom nemével; azon esetekben, amelyekben a specifikus mirigyszövet részben tönkre ment, tűnik ki legélesebben a vízfelvételhez való alkalmazkodás hiánya; más szóval a veseparenchyma megbetegedésénél a vesék elválasztó hígító képessége alacsonyabb és állandóbb, a rendes viszonyok között a szilárd molekulák és a folyadék kiválasztása között fennálló függetlenség szűkebb korlátok között ingadozik. Ezen rendellenes jelenségek a megzavart functio jelei s főként ezekben nyilvánulnak a vízkiválasztás rendellenességei. Az e helyen közlendő vizsgálataink célja az egyes vesék elégtelenségének fokát közelebbről meghatározni, még pedig a vesék vízkiválasztó működésének vizsgálata segélyével bő folyadékfelvétel után, egybekötve az ureterek catheterizmusával.

Eljárásunk a következő volt:

Sebészi vesebántalmaknál a külön-külön felfogott vizelet fagyáspontsüllyedését s Na Cl-tartalmát határoztuk meg. Továbbá pedig, hogy eredményeinket egyéb módszerekkel egybevetessük, a phloridzineljárás is alkalmazzuk Casper és Richter előírása szerint. Ezután a beteg 1-8 liter Saluator-vizet ivott, minekutána a vizelet gyűjtését lehetőleg félórai időközökben fogantatosítottuk és mennyiségét, valamint fagyáspontját meghatároztuk.

A következőkben főbb vonásokban közöljük az egyes kórtörténeteket s a végzett vizsgálatokat; végül a hígítási eljárás értékét és használhatóságát fogjuk behatóbban megvilágítani.

I. B. Lászlóné, 62 éves. Felvétetett 1901. június 4-dikén.

Két év előtt vette észre vizeletének zavarodását, néhány hónap óta húzó jellegű fájdalmak a bal vesetájon, időnként 4-5 napig tartó vérrelézés.

A bal hypogastriumban mintegy férfikölnyi dudoros, igen tömött daganat tapintható.

Vizeletvizsgálat: napi mennyiség: 1200 kem.; fajsúly: 1.020; vért tartalmaz. Időnként a vizelettel 10-15 cm<sup>3</sup> hosszú, hengeres, gilisztaszerű véralvadékok távoznak. Üledékben számos vörös vérsajt s genyrsajt s atypikus, nagy festenyzett sejtek központi maggal láthatók; a vér fagyapontja  $\delta = 0.61$ . (Retentio a vérben.)

Uretercatheterismus június 8-dikán; vizelet este 7-től másnap délelőtt 11 óráig gyűjtetett.

| Jobb                            | Bal                                         |
|---------------------------------|---------------------------------------------|
| Mennyiség = 424 cm <sup>3</sup> | Mennyiség = 4 cm <sup>3</sup>               |
| Fajsúly: 1.021                  | A a hígított vizeletben meghatározva = 0.50 |
| A = 1.75                        | Czukurpróba negatív.                        |
| Na Cl = 1.16%                   |                                             |
| N = 1.69%                       |                                             |
| Czukur = 0.87%                  |                                             |

Hígítási kísérlet 1/212-kor:

| Idő       | Jobb<br>Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    | Bal                    |
|-----------|------------------------------------------|------|------------------------|
| 1/22-1/23 | 20                                       | 0.80 | Ezen idő alatt         |
| 3-1/24    | 120                                      | 0.20 | néhány cm <sup>3</sup> |
| 1/24-4    | 166                                      | 0.18 | vizelet ürült ki.      |
| 4-1/26    | 180                                      | 0.20 |                        |

Kórisme: Tumor (sarcoma?) renis lat. sin. et pyelonephritis lat. dextr.

II. S. Sándor, 40 éves. Felvétetett 1901., június 4-dikén.

Baja állítólag 15 év előtt kezdődött, heves fájdalom-rohamokkal a jobb vesetájon, melyek hat napi tartam után egy év előttig nem jelentkeztek; ezen időben azonban újlag felléptek. 10 év előtt egy napig véreset vizelt. Február hótól kezdve rövid időközökben fellépő fájdalmas rohamok vannak jelen.

A jobb bordaív alatt tenyérnyi területen nagyfokú érzékenység; e helyütt homályos resistentia is észlelhető. A vér fagyapontja  $\delta = 0.59$ .

Vizeletvizsgálat: napi mennyiség: 1000 cm<sup>3</sup>; fajsúly: 1.012, genyrtartalmú. Tuberculosis-bacillusok vizsgálata negatív. Üledékben számos genyrsajt, egyes hyalin- és szemcsés hengerek.

Június 7. A délután folyamán rázóhideg lépett fel, a melynek kíséretében a hőmérsék 40.5°-ra emelkedett. A jobb vese megnagyobbodása ez idő alatt kifejezettebb s igen érzékeny.

Június 11. Három hasonló roham. Hőmérsék: 40.0°.

Június 12. Három roham. Hőmérsék: 38.5°.

Uretercatheterismus június 12-dikén, vizelet gyűjtése este hat órától reggel nyolcz óráig.

| Jobb                   | Bal                             |
|------------------------|---------------------------------|
| Néhány cm <sup>3</sup> | Mennyiség: 1200 cm <sup>3</sup> |
|                        | Fajsúly: 1.009                  |
|                        | A = 0.58                        |
|                        | N = 0.32                        |
| Czukurpróba negatív    | Na Cl = 0.29                    |
|                        | Czukur = 0.95%                  |
|                        | Geny kimutatható.               |

Hígítási kísérlet 10 órákor:

| Idő         | Bal<br>Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    | Jobb             |
|-------------|-----------------------------------------|------|------------------|
| 1/411-3/411 | 28                                      | 0.79 | Hígítás nem volt |
| 3/411-1/412 | 10                                      | 1.32 | észlelhető       |
| 1/412-3/412 | 16                                      | 0.67 |                  |
| 3/412-1/41  | 78                                      | 0.28 |                  |
| 1/41-3/41   | 140                                     | 0.23 |                  |
| 3/41-1/42   | 144                                     | 0.19 |                  |

Kórisme: Pyelonephritis calculosa lat. dextr. Pyelitis lat. sinistri.

Dollinger tanár úr június 14-dikén nephrostomiát végzett, mely a kórismét megerősítette s július 10-dikén beteg vesesipolylyal távozott. Szeptember 22-dikén újból felvétetett. A vesesipoly teljesen meggyógyult. A kóros vesébe felvezetett uretercatheteren át 24 óra alatt 10 cm<sup>3</sup> genyrtartalmú vizelet ürül. A hólyagban elhelyezett állandó catheteren át 8-tól 2-ig 450 cm<sup>3</sup> vizelet ürül ki s ezen vese jól hígít. Itt a kóros vese másodlagos eltávolítása tehát nem vált szükségessé, mert a sipoly spontan záródott.

III. E. Katalin, 42 éves. Felvétetett 1901. június 10-dikén. Két év előtt kezdett a vizelet zavaros lenni s tompa fájdalmak jelentkeztek a jobb vesetájon; egy év óta igen heves fájdalmas rohamok jobboldalt, s ugyanekkor észlelték első ízben jobb oldalt a vese megnagyobbodását. A jobb hypochondriumban tumor tapintható, a melynek alsó határa három harántujnyira a bordaív alatt van s mellfelé a bimbóvonal meghosszabbításáig terjed, sima felületű, mérsékeltén fájdalmas.

Vizeletvizsgálat: napi mennyiség 1100 cm<sup>3</sup>, bő genyes üledékkel.

$\delta = 0.56$ .

Uretercatheterismus június 16-dikán: vizelet gyűjtve délelőtt 1/29-től 1/211-ig.

| Jobb               | Bal                            |
|--------------------|--------------------------------|
| Néhány csepp geny. | Mennyiség: 160 cm <sup>3</sup> |
|                    | Fajsúly: 1.011                 |



| Jobb                                    | Bal                              |
|-----------------------------------------|----------------------------------|
|                                         | $A = 0.84$                       |
|                                         | $Na Cl\% = 0.72$                 |
|                                         | $N = 0.4\%$                      |
|                                         | $Czukur = 1.06\%$                |
| Higitási kísérlet $\frac{3}{4}11$ -kor: |                                  |
| Jobb                                    | Bal                              |
| Idő                                     | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben |
| $\frac{3}{4}11 - \frac{1}{4}12$         | 40                               |
| $\frac{1}{4}12 - \frac{3}{4}12$         | 214                              |
| $\frac{3}{4}12 - \frac{1}{4}1$          | 300                              |
| $\frac{1}{4}1 - \frac{3}{4}1$           | 246                              |
| $\frac{3}{4}1 - \frac{1}{4}2$           | 366                              |
| Higitás nem volt                        | 0.57                             |
| észlelhető                              | 0.36                             |
|                                         | 0.12                             |
|                                         | 0.11                             |
|                                         | 0.11                             |

Kórisme: *Pyonephrosis lat. dextri.*

(Folytatása következik.)

## Egy új kopogtatási mód.

Irta: Plesch János dr.

Mióta Auenbrugger a kopogtatást feltalálta és művében „Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi” 1761-ben nyilvánosságra hozta és mióta Corvisart 1808-ban a kopogtatást az általános gyakorlatba bevezette, ezen vizsgálati módszer — dacára hiányainak — csekély változattal mind e mai napig használatban van, mert megközelítő pontossága folytán mellette minden egyéb műszer feleslegessé válik.

A plessimeterrel és kalapácsesal való kopogtatásnak hátránya, hogy a műszerek az orvost terhelik, hogy ezen módszer a tapintó kopogtatást kizárja, és hogy a kopogtatást sem tökéletesebbé, sem pedig kényelmesebbé nem teszi. A vonalas kopogtatásra szolgáló eszközök sem használatnak terjedelmesebb körökben, mivel egyrészt kényelmetlenek, másrészt pedig az eddig elért eredményeket túl nem szárnyalták. A legújabban használatba vett auscultációs percussio, bár eredményeiben az eddigi eljárásoknál pontosabb, mégis tekintve a körülményesebb kiviteli módot, az eszközök szükségét, továbbá, hogy inkább határmegállapításra szolgál, tökéletesnek ez sem mondható.

Ha tekintetbe vesszük, hogy a mai vizsgálati módszerekkel, legyen az akár ujjal ujjra, akár kalapácsesal plessimeterre, nem vagyunk képesek a bal tüdő határát pontosan meghatározni; hogy képtelenek vagyunk a tüdőnek négy köbcentiméternél kisebb elváltozásait felismerni; hogy csak 400 köbcentiméternyi izzadmányt vagyunk képesek kimutatni; hogy csak meglehetősen nagyságot elért cavernák felett kapunk dobos kopogtatási hangot; hogy a szívtompulat alakja még mindig vita tárgyát képezi; hogy a lép, máj és egyéb hasi szervek pontos kikopogtatása „néha leküzdhetetlen akadályokba ütközik”, stb.: úgy feltétlenül be kell látnunk azt, hogy kopogtatási technikánk mai állapotán még nagyon sokat kell tökéletesíteni és minden ez irányban történő javítás jogosult és közelebbi megfontolásra és gyakorlati alkalmazásra tarthat igényt.

Az általam feltalált kopogtatási módszer egyszerűségénél és pontosságánál fogva hivatva van nagyobb körben való elterjedésre és használatra különösen ott, hol pontos klinikai feljegyzések szükségesek. A gyakorló orvos eljárásomat, mely minden eszközt nélkülözhetővé tesz, minden nehézség nélkül használhatja és ez által annak értékét könnyen megbíráhatja.

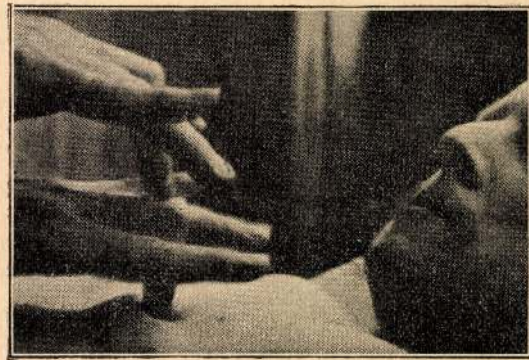
Tökéletesen eljárásomat még ki nem tanulmányoztam és ezért még nem vagyok azon helyzetben, hogy mindazon előnyöknek, melyekkel eljárásom rendelkezik, teljes képét nyújtsam. Ha azonban mégis, mielőtt vizsgálataimat teljesen befejeztem, a módszer leírásával a nagy nyilvánosság elé lépek, úgy ez csak azon megtisztelő felszólítások folytán történik, melyekkel egyes külföldi egyetemi klinikák és kartársak, kiknek eljárásomat bemutatni alkalmam volt, megtiszteltek.

A következő sorokban leirom kopogtatási eljárásomat, további vizsgálataim eredményeit más alkalommal fogom közölni.

A mint a mellékelt ábra mutatja, eljárásom felette egyszerű: a második interphalangealis ízületben megfeszített ujj, az első interphalangealis ízületben derékszögben be van hajlítva, a többi ujj és a kéztenyér a megvizsgálandó felülettel párhuzamosan tar-

tatik, hogy a kopogtatandó részszel csakis az illető, a fenti szabályok szerint tartott ujj hegye érintkezzék.

A megvizsgálandó rész nagysága, alakja, domborulata stb. szerint bármely ujj használható. Az egymás mellett fekvő területek hangkülönbségének megállapításánál több ujjat állíthatunk fel egyszerre. A másik kéz középujjával a megfeszített második és harmadik ujjperc tengelyében kopogtatunk, vagyis az első phalanx distalis epiphysisén. Ezen eljárásnál fontos, hogy a második ujjperc közötti ízület erősen legyen megfeszítve, hogy az ujj, melyre kopogtatunk, teljesen szabadon álljon, hogy a többi ujj és kéztenyér a vizsgálandó területet ne érintse, és hogy a kéz és a kinyújtott első ujjperc a megfeszített első és második ujjpercczel ne tompa, hanem derékszöget képezzen.



Az egész eljárás tehát felette egyszerű és azt hiszem senki sem okozhat elsajátítása különös nehézségeket.

Most egynéhány oly körülményre akarok figyelmeztetni, mely eljárásomnak a régi felett előnyt biztosít.

Mindenekelőtt pontosak azon eredmények, melyeket a mellkasi és hasi szervek körülhatárolásánál kapunk. Így különösen sok esetben voltam képes az eddigi eljárással még ki nem mutatható zsugorodásait a tüdőnek kezdődő phthisis esetében pontosan kikopogtatni. Ugyanígy a tüdőhatárok légzés alatti változásait, valamint a szívhez, gyomorhoz, léphez, májhoz való viszonyát képesek vagyunk kimutatni. Egy esetben baloldali exsudatum pleuriticum által a jobb oldalra eltolódott, elsajtosodott bronchialis mirigyeket sikerült kikopogtatni ott, hol a klinikai vizsgálat elterést nem birt kimutatni.

Nézetem szerint a mostan szokásban levő kopogtatási módnál a legnagyobb hibát az okozza, hogy a rezgésbe hozott felület egyrészt túlságosan nagy, másrészt a kézfelületnek a kopogtatandó részszel való érintkezése a hanghullámokat tompítja és ez által — ha így szabad magam kifejeztem — a rezgésbe hozott szövet minőségének és mennyiségének átlagos hangja fogja fülünket érni és a finom, localisan keletkezett hangok, melyek az én eljárásommal szabaddá lesznek, elnyomatnak.

Feltűnően igazolja állításomat azon kísérlet, ha a máj és tüdő határára függőlegesen fektetett ujjunkra kopogtatunk. Ilyenkor a hiba 2—3 cm.-t tesz ki.

Az én eljárásommal elérhető pontos eredményeket különösen az egy tengely irányában keltett és azon tovavezetett rezgéseknek tulajdonítom, melyek a hangkeltés forrását és vezetésének irányát tekintve, a felületen csak kevésbé terjednek széjjel és a mélybe hatolnak, miáltal a négy köbcentiméternél kisebb területű és a mélyebben fekvő elváltozások is felismerhetőkké lesznek. A vizsgálati eredmények pontossága Röntgen-keresztülvilágítás útján könnyen ellenőrizhető és demonstrálható.

Maga azon tény, hogy ily pontos eredmények mellett a tüdő gyulladásos folyamatainak terjedése avagy felszívódása legpontosabban ellenőrizhető, mutatja eljárásom hasznát és prognosztikus szempontból értékét. A szívtompulat, aneurysmák szintén a legnagyobb pontossággal kikopogtathatók, a mennyiben még a tüdők respiratorikus eltolódása által létrehozott tompulatalakváltozások is kimutathatók.

A mi a hasi szervek kikopogtatását illeti, eljárásom előnye közé sorolom, hogy képesek vagyunk még mélyen fekvő részeket is kikopogtatni és körülhatárolni, a mennyiben a kopogtatásra használt passiv ujjat a betegre nézve minden kellemetlenség nél-



kül egészen a kikopogtatandó szervig vihetjük, a nélkül, hogy a kéz a has felületét nyomná, a mi gyakran kellemetlen, fájdalmas és a keletkezett hangot mindig befolyásolja.

Eltekintve azonban kopogtatásomnak minden egyéb tulajdonságától, mint palpatorius kopogtatás használata biztosítottnak látszik. Az ujjak hegye legjobban kifejlődött és legérzékenyebb tapintótestecseivel, még csekély gyakorlat mellett is, a finom resistentia-különbségeket meg fogja érezni.

A mint a fentiekben látható, eljárásom palpatorius és linearis percussio, mely a hasdaganatok sebészi kórismézésénél is kiterjedtebben lesz használható. Jelen közleményem keretén kívül esnék mindazon lehető esetek felsorolása, melyekben eljárásom alkalmazása indikált és sikeres. Itt csak egynéhány eset említésére szorítkoztam ezen eljárás használhatóságának illusztrálására. A gyakorlat fogja megmutatni, vajon tökéletesebb lett-e ez által kopogtatási technikánk és e célból átadom eljárásomat tisztelt kartársaim szíves bírálatának.

### Az enzymekről.

Klug Nándor tanártól.

(Folytatás.)

6. A pankreasnedvnek proteolysises emésztő enzimjét Kühne kezdeményezése óta *trypsin*-nek nevezik. A pankreasban, valamint vándorlásában, a hasnyáiban, több más enzim lévén, ezektől a következő eljárás útján elkülöníthető a trypsin.<sup>1</sup> A frissen a vágóhídról nyert pankreas 12 óráig a szobában tartjuk, azután zsírjától és vízben való tartós mosás által a vértől is lehetőleg megtisztítása után hűsörölve apróra daraboljuk össze. Az így elkészített mirigyhez ugyanannyi vizet adunk hozzá, mint a mekkora a mirigy súlya és a rothadás meggátolására 1—1 liter vízre 5 gm. thymol s 10 kem. chloroformot. Így előkészítve kerül az egész egy hétig 40 C°-on digerálás céljából a thermostatba. Hét nap múlva váznon átszűrve az emésztetet, a szűredéket újból három hétig emésztőkemencében tartjuk; a rothadást kellő mennyiségű chloroform gátolja meg. A digerálást azért folytatom teljes négy hétig, mivel ezen idő alatt egyfelől minden többi enzim tönkre megy és mivel másfelől minden oldott fehérje és collagen peptonná változik át, sőt legnagyobbbrészt ennél még tovább is hasad. Ezután a folyadékot még két napon át hűvös helyen tartjuk, mely idő alatt az emésztéstermékeknek hideg vízben oldhatatlan részei kiválnak. Átszűrés után a szűredéket ammoniumsulfattal telítve, a trypsin, mint pelyhes üledék, a folyadék felszínére emelkedik. Keményített szűrőn gyűjtve a trypsin, itt azt mossuk és pedig kezdetben telített ammoniumsulfat oldatával, azután sokszorosan 96%-os alkohollal, miáltal a trypsin a peptonból, az ammoniumsulfat nagy részétől, végre azon sárga festéktől is megtisztul, mely a pankreas kivonatot vörössárgára színezi. Az így megtisztított trypsin megszárítás után finom, szürkésfehér, alakatlan porként meg lehet őrizni; emésztőképességét évek alatt sem veszti el. Használat előtt ez a trypsin dialysis által a hozzá még tapadó kevés ammoniumsulfattól megtisztítható, bár ez sokkal nehezebben sikerül, mint a pepsinnek az ammoniumsulfattól való megtisztítása, mivel az ammoniumsulfat erősen összetapad a trypsinnel. Azonban a visszamaradó ammoniumsulfat a trypsinemésztést nemcsak nem zavarja, hanem ellenkezőleg, előmozdítja azt.

A dialyzálás által megtisztított trypsin oldatából a trypsin forralásra kiválik, épen úgy kiválik oldataiból légenysavra, sósavra, kénsavra, pikrinsavra is, de az e savak által okozott zavarodás hevítésre eltűnik, sőt a légenysav által előidézett zavarodás, több légenysav hozzáadására, hevítés nélkül is feltisztul. A fehérjék színreakciói közül egyesek sikerülnek a trypsinnel, mások nem. Már ezekből is látni való, hogy, bár az általam előállított trypsin több tekintetben megegyezik a fehérjékkel, egyes reakcióiban eltér ezektől. Vízben, vizes glicerinen könnyen oldódik, míg tiszta glicerinen, alkoholban oldhatatlan.

Ha savpepsin- és trypsin-oldatokat összekeverünk, a *trypsin elpusztítja a pepsint*. Míg a pepsinemésztéshez szabad sav, nevezetesen pedig sósav szükséges, addig a trypsin egyszerű vízdalata emészt a fehérjét. Elősegíti a trypsinemésztést sóknak mérsékelt mennyiség-

ben való jelenléte.  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{40}$  normal konyhasó lényegesen előmozdítja a peptonképződést, ellenben több, pl.  $\frac{1}{2}$  normal konyhasó jelenléte, már hátráltatja azt. A konyhasón kívül előnyösnek találtam a fluornatriumnak, jodkaliumnak 1%-os tartalmát. A tankönyvekben azt lehet olvasni, hogy a trypsin legjobban emészt alkalikus reactio mellett, miért is 0.5—1%-ig terjedőleg szódát szoktak adni a trypsinoldathoz. Tény, hogy  $\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{100}$  normal szódataralommal jobban foly a trypsinemésztés, mint szóda nélkül; azonban a szóda ez előnyös hatása a trypsinemésztésre nem jobb, mint az 1%-os fluornatrium jelenléte és szóda helyett natronluggal tett próbáim közben  $\frac{1}{50}$  normal és több natronluggal ártalmasnak bizonyult a trypsinemésztésre. A szóda tehát mint natriumsó és nem lugos hatásánál fogva mozdítja elő a trypsinemésztést. Savak egyenesen károsak, 0.1%-nál több sósav jelenléte csakhamar megszünteti az emésztést.

A mi a trypsin mennyiségét illeti, a viszonyok közel megfelelnek a pepsin körül tapasztaltaknak. 0.005%-os trypsin tartalmazó víz már emésztí úgy a vérrostanyagot, valamint a keményre főtt tojásfehérjét is. Ezentúl, mintegy 0.1%-ig nő a trypsin-tartalommal az oldat emésztőképessége is, több trypsin azonban semmi arányban nincsen a megemésztett fehérje mennyiségével, a mennyiben a trypsin mennyiségének fokozódásával alig nő az emésztőképesség. Nem lehet tehát, a mint ma szokás, a megemésztett fehérje mennyiségéből valamely pankreasnedv trypsin-tartalmára következtetni.

Ezek szerint a legjobban emésztő az a trypsin-oldat, mely 0.1%-os trypsin mellett 1%-ig fluornatriumot, konyhasót vagy szódát tartalmaz. Ha az ilyen trypsin-oldat emésztőképességét összehasonlítjuk a 0.1%-os sósavat és 0.5%-os pepsint tartalmazó gyomornedv emésztőképességével, úgy mindkettőt igen jól emésztőnek találjuk. Mialatt a pepsinsósav inkább a sejt közti anyagot, az alatt a trypsin inkább a sejteket oldja. E mellett azonban a trypsin-oldat hatása energikusabb. Míg a pepsinsósav a fehérjéket syntoninná és propeptonná és csak később peptonokká hasítja, addig a trypsin a fehérjéket sokkal mélyebben támadja meg. *A trypsin emésztésében az emésztés kezdetén már kimutathatók a peptonok, sőt ezek tovább is hasadnak: lesz belőlük a trypsin befolyása alatt leucin, tyrosin, lysin, arginin, histidin, asparaginsav, glutaminsav, tryptophan, ammoniak és még más hasadástermékek.* A trypsinemésztés tehát tovább is bontja a fehérjéket, mint a mennyire épen szükséges, hogy szervezetünk a maga felépítésére felhasználhassa azokat. Mert, ha már a peptonok körül vita fejlődött az iránt, vajjon szolgálnak-e szöveteink táplálására, úgy alig fér kétség hozzá, hogy az említett hasadástermékeket, még a mennyiben felszívódnak is, előbb-utóbb kiküszöbölő szervezetünk. Azért igen fontos a gyors felszívódás a bélben, mely gondoskodik a propeptonná és peptonná átalakult fehérje felhasználásáról s nem enged sok időt a további bontásra.

A trypsinemésztésre legjobb hőfok a 40—50 C° közti hőmérsék. 60 C°-on már igen csökken, 80 C°-on pedig megszűnik az emésztés.

A különböző állatok és az ember pankreasaiból előállított trypsin közt különbséget nem találtam, egyaránt emésztett úgy az ember, valamint különböző háziállatok trypsinje. Érdekes, hogy lázas betegségekben, pneumoniában, typhusban elhalt egyének gyomornyálkahártyájából és pankreasából nem sikerült emésztőenzymeikat nyernem; ezen betegségek tartama alatt tehát a megfelelő mirigyek emésztőnedvet nem választanak el.

A pankreas mirigysejtei többrendbeli enzimet készítenek. Eddigélé immár megismerkedtünk a diastaseval és a trypsinnel, vannak azonban, a mint látni fogjuk, itt képződő más enzimek is. Szövettanilag a mirigyben kétféle mirigysejtet is lehet megkülönböztetni, egyfelől az elterjedten előforduló festés közben sötétén színeződő sejteket, melyeknek a magtól kifelé eső része vonalas szerkezetű, és másfelől gyérebben található, külön acinusokat alkotó világos, nehezebben színeződő, inkább egynemű protoplasmájú sejteket. Hogy a kétféle sejt más-más enzimet vagy enzimeket készít, több mint valószínű. A trypsin határozottan a nagyobb mértékben elterjedt, első sorban említett sejtekben készül. E sejtek, az elválasztás nyugalma közben, finom szemecskékkel vannak telve, ezek miatt kiválóan a sejteknek a magon belül eső része sötétén szemeses. A szemecskéket *Heidenhain* irta le elő-

<sup>1</sup> Klug. Mathem. és Természettud. Ertesítő. 19. k. 1901.



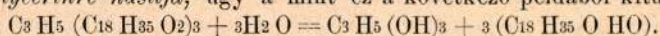
ször és *zymogen*-szemecskének nevezte el. Elválasztás közben, mielőtt a bélben az emésztés foly, a szemecskék mindinkább eltűnnek belőlük, mint *zymogen* anyagból belőlük lett a trypsin. Ez abból tűnik ki, hogy egészen friss pankreasból sokszor nem sikerül emésztőkivonatot nyerni, ellenben, ha a pankreast előzetesen 24 óráig állni hagyjuk, kitűnő emésztőkivonatot állítható elő belőle. Sőt a friss pankreas nem emésztő kivonata is állás közben, főleg, ha oxigénnel összerázzuk, hatékony lesz. A víz tehát a mirigy-állományból a *zymogen* oldja ki s ez állás közben vagy oxigén behatása alatt trypsinné lesz; a trypsin *reductio* által ismét *zymogen*é lehet visszaváltoztatni.

A mi az emésztés alatt a *pepsin*-sósav, esetleg a *pseudo-pepsin* vagy a *trypsin* által fentartott *hydrolysis*es hasadás folyamán képződött *propeptonok*at és *peptonok*at illeti, úgy azok felszívódásuk közben már, *aether*képződés útján, ismét *coagulálható* fehérjékké lesznek olyan formán, a mint pl. a szőlőcukorból a szervezetben *glycogen* képződik, mely utóbbi *polyglykose*; e szerint szervezetünk fehérjéi *polypeptonok*nak is volnának mondhatók.

### 3. Zsírokat hasító enzimek.

A zsírokat hasító erjesztőt *steapsin*-nak vagy *lipase*-nak nevezik. Ezt emésztőrendszerünkben szintén a pankreasnedv tartalmazza, de előfordul egyéb nedvekben és sejtekben is, így nevezetesen a vérnedvben.

A zsírok tudvalevőleg zsírsavak egyesületei glicerinnel. Az ember zsírjában előfordul a zsírok közül a stearin, palmitin és olein. A *lipase* e zsírokat vízfelvétel mellett alkatrészeikre, zsírsavra és glicerinnre hasítja, úgy a mint ez a következő példából kitűnik:



stearin                      víz                      glicerín                      steárin-sav

A lipasnak a pankreas nedvében jelenlétéről úgy lehet meggyőződni, hogy közömbös kémhatású pankreasnedv közé friss vaját keverünk és jó összerázás után kiteszszük a keveréket 40 °C-ú hőmérséknek. Rövid idő múlva érezhető lesz a vaj illó zsírsavainak a szaga, a folyadék pedig a kék lakmust megvörösíti, annak jeléül, hogy benne szabad savak vannak. Vagy lehet tejhez néhány cseppet telített szóda-oldatból és pankreasmirigy darabkákat vagy a mirigy nedvéből keveset hozzáadni; a rothadás meggátlására thymolt is keverünk a folyadék közé.

A keverékhez adott lakmustinctura ezt kékre színezi. Ha most az egészet két üvegedénybe osztjuk és ezek közül az egyiket felforralt, mindkettőt a thermostatban elhelyezzük, egy idő múlva a felforralt edény tartalma kék színét megtartja, míg a forralatlan a képződő zsírsavak folytán mindinkább vörös színt nyer.

A lipaset a pankreas többi erjesztőitől elkülöníteni még nem igen sikerült, a minnek lényeges oka abban van, hogy az erjesztő igen könnyen elbomlik. Így mesterségesen előállított pankreasnedvből már rövid néhány nap alatt eltűnik. Glicerinnel sikerül az erjesztőt a pankreasból kivonni, de a kivonatot a többi pankreas-erjesztőt, valamint fehérjét is tartalmazza.

A legjobb hőmérsék, melyen a lipase hatni képes, 55° C., 70 fokon túl pedig már hatástalan. Szabad zsírsavaknak bizonyos mennyiségen túl jelenléte megakadályozza a lipase bontó hatását.

A különböző emlős állatok pankreasaiból mesterségesen előállított nedv nem hasítja a zsírokat egyformán. Így jobban emésztőnek bizonyult a kutya pankreasnedve az emberénél s ez a disznó- s marha-pankreas nedvével. A zsír minősége sem közömbös e tekintetben. Az olajat, libazsirt a lipase könnyebben hasítja a vajnál s ezt könnyebben a disznózsírnál. Ugy tetszik tehát, a zsírok olvadásfokától függ lényegesen ezek emészthetősége.

Tekintettel arra, hogy a lipase a hasnyálban vízben van oldva, a zsírok meg vízzel nem elegyíthetők, következik, hogy itt az érintkezést valaminek közvetíteni kell, ezt a közvetítést az epe végzi.

Az emésztés általános törvénye szerint a *szénhidrátok*, *fehérjék* és *zsírok* az *enzimek* befolyása alatt *hydrolysis*es hasadást szenvednek el s olyan anyagokká változnak át, melyek a bélsatorna vizes nedvében oldatnak a végből, hogy ez alakban felszívassanak. Ezen célra szolgál a zsírok hasadása zsírsavra és glicerinnre is. A zsírsavak a *carbonatokat*, a *glycocholatot* és *taurocholatot* bontva, szappanokat alkotnak, a mit még előmozdít magának a

hasnyáinak alkalikus volta is. A szappan vízben oldható, könnyen szívódik fel, valamint előmozdítja a fejtéképződést, mely utóbbiról azt hitték, hogy a legtöbb zsír ez alakban kerül felszívódásra. Bebizonyítva vélték ezt különösen *Brücke* és *Gad* különböző kísérletei alapján. A szappan az egyszer képezett apró zsírszemecskék összefolyását nagyobb zsíresepekké megakadályozza, a zsírszemecskéket pedig a bélhámsejtek gyűjtik magukba. Azonban *Pflüger* méltán utalt arra, hogy a zsírok nem mint fejt szívatnak fel, hanem csupán vízben oldva, mint szappanok. A felszívó hám szegélyében még senki sem látott zsírszemecskét. Minden e tekintetben a legújabb időben történt vizsgálat *Pflüger* felfogását mindjobban igazolja; abban pedig, hogy a zsírok mint szappanok oldva szívatnak fel, nagy része van az epének és a hasnyálban foglalt szódának.

(Folytatása következik.)

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

### A tabes dorsalis keletkezése.

Irta: Pándy Kálmán dr. kórházi főorvos B.-Gyulán.

(Folytatás.)

Mindezen degeneratiókra a fent adott histológiai leírason kívül, a mint már említettem, jellemző az, hogy Müller-féle folyadékból kivett gerincezvelők en masse metszési lapján legjobban láthatók s itt a tabeses elfajulástól sem localisatio, sem más jegy által meg nem különböztethetők. *Marchi*\* szerint kezelve ilyen gerincezvelőket, a degeneratio makroszkoposan igen jól látható a metszeteken is, de a mikroszkopos vizsgálatnál teljesen negatív képet kapunk, feketére festett velőtörmelék vagy más degeneratio nem látható. *Weigert* szerint festve, csak a súlyosabban degenerált helyek maradnak világosabban vagy egyáltalán festetlenül. Carminnal, haematoxylin-cosinnel, vagy *Rosin*-festéssel a degeneratio igen jól vizsgálható. *Weigert*-féle gliafestést nem volt alkalmam igénybe venni, pedig ez bizonyára elsőrangú fontosságú lenne, úgy itt, mint a tabeses gerincezvelőnek vizsgálatánál.

Nézzük ezzel szemben a tabeses degeneratiót. Itt a degeneratio úgy látszik szintén a szürkesszarvak belső oldalán vagy a Goll és Burdach-féle kötegek határterületén kezdődik s előrehaladt esetekben a hátulsó kötelet jóformán teljesen elpusztítja, legtöbb ép rost az úgynevezett zona cornu commissuralisban és az Obersteiner-féle hátsó med. kötegben marad, de egyes épen maradt rostokat rendszeren a legjobban degenerált részek területén is találunk. Az elfajulás kiterjed a *Lissauer*-féle zónára, a *Clarke*-féle oszlopok rostozatára, ritkább esetekben a *Lissauer*-féle mezőnek az oldalkötegebe átérő részébe, a cerebellaris s *Gowers*-féle pályára, sőt az oldalsó pyramis-pályák is degenerálhatnak. Ez utóbbi esetekben, minőt *Jendrassik* is rajzol, valóságos circumferentiás degeneratio támad, mely az egész gerincezvelőt annak széli részein körülveszi. A pyramis-pályák elfajulását tabesnél *Erb* majdnem rendszeren előforduló dolognak tartja, míg *Strümpell* és *Krauss* csak kivételesnek (*Redlich*). A tabeses degeneratio lényeges jegyei közé tartoznék némelyek szerint az extramedullaris gyökérrostok elfajulása is, a szerzők legnagyobb része mégis egyetért abban, hogy ez a gyökérrostok intramedullaris degenerációjával szemközt háttérben marad, sőt teljesen hiányozhatik is. (*Raymond* két esete, *Blocq* és *Onanoff*.) Úgy tetszik nekem, mintha a *Clarke*-féle oszlopok degeneratioja még leginkább volna jellemző a tabesre; bár nem látom beigazoltnak sem azt, hogy ezen oszlop rostozatában volna a tabeses degeneratio primaer helye,\*\* sem azt, hogy a *Clarke*-féle oszlopok degeneratioja minden kezdődő tabes-esetnél is előfordulna. Másrészt tudjuk azt, hogy a *Clarke*-féle oszlopok rosto-

\* Ezen célra a *Marchi* methodust már 1894-ben alkalmaztam s készítményeimet úgy idehaza, mint külföldön is több helyütt bemutattam. *Schaffer* 1898-ban írta le a methodus ezen alkalmazását. Nézetem szerint a teljesen negatív értékű mikroszkopos kép miatt különös jelentőséget annak nem tulajdoníthatunk.

\*\* Nem látom beigazoltnak azt, hogy a középső gyökzónának a *Clarke*-féle oszlopokhoz futó rostjai előbb degenerálnának, semmint a többiek. (Vesd össze *Mayer* adatait cit. *Redlich* 1897, 74.)



zata más nem tabeses esetekben is degenerál, ha a tabessel azonos localisatiojú rostok bármi okból is elfajultak.\*

A Lissauer-féle zóna degeneratioját szintén nem tekinthetjük jellemzőnek a tabesre, mert először is vannak tabes-esetek, hol ez a zóna nem degenerál (*Pincles*, idéz. *Spiller*: The path. of tabes Int. med. mag. VI. 1897.), másrészt láttuk, hogy elfajulása hydropikus degeneratio mellett is előfordul. A Lissauer-féle zónára mellékesen megjegyezzük, hogy ennek elváltozása extramedullaris megbetegedést nem bizonyít, mert *Pfeiffer* gyökérlesioknál a Lissauer-féle mezőket épnek találta (i. Raymond, *Sclér. syst. de la moelle* 1894.) Fontosak a Lissauer-féle zónára vonatkozólag *Redlich* (1897) következő kijelentései: „Nebenbei sei noch erwähnt, dass wir die in unserer ersten Mittheilung enthaltene Angabe, als ob die Lissauer'sche Randzone in Folge der peripheren Lage ihrer Fasern stets sehr frühzeitig bei der Tabes erkrankt, nicht mehr ganz aufrecht erhalten können“. De már 1892-ben mondta: „Wann sich die Degeneration zeigt und in welchen Grade, ist variabel, manchmal solle man bei hochgradiger Tabes die Randzone besser erhalten finden als die Hinterstränge.“

Összefoglalva a mondottakat, a tabeses degeneratio lényege a hátulsó kötelek egy praedilectio helyén (*Schultze*-féle comma helye Goll és Burdach-féle köteg határterülete, vagy a hátsó szarvak med. oldalán levő rostok) fellépő degeneratio, mely a cervicalis velőben rendszerint a Goll-féle köteg másodlagos elfajulásához vezet. Ugyanezen localisatiót találjuk a hydropikus degenerationál is. Közös e két folyamatnál a Lissauer-féle mező megbetegedése is. A *Clarke*-féle oszlopok degeneratioját hydropikus elfajulás mellett nem észleltem, jelentőségéről tabesnél már előbb szólottam. *Tuczek* ergotismusnál s pellagránál is látta s minden valószínűség szerint csak secundaer dolog. Az extramedullaris gyökérrostok megbetegedése csekélyebb, mint az intramedullaris rostoké, tabesnél hiányozhatik, másrészt nem tabeses hátulsó kötél degeneratioknál is előfordul. (*Edinger* patkányai.) Mindezek nyomán joggal állíthatjuk, hogy a tabeses s hydropikus degeneratio a gerincvelő azonos helyére van lokalizálva, valószínűleg egyhelyütt kezdődik s egyformán halad is előre. Kétségtelen azonban, hogy e két degeneratio egymástól az azonos localisatio mellett is lényegesen különbözik s e különbséget éppen a Weigert-féle haematoxylin-festés mutatja meg. Hydropikus degeneratioknál a velős hüvely megduzzad, centralis része felé halványabban, de in toto mégis festődik, tabesnél ellenben a velőshüvely teljesen elpusztul s így nincs a mi a haematoxylin által festődjék, éppen ezért a degenerált részek szintelenek maradnak. A tabeses elfajulásnak többi alkotó része, a tengelyfonal megbetegedése, a gliafelhalmozódás, kötőszövet túltengés, az erek s gerincvelőburkok elváltozása mind előfordulnak a hydropikus degenerationál is, sőt még nagyobb fokúak is lehetnek, semmint tabesnél. Van-e a hydropikus degeneratiók különféle okból származó eseteinél lényeges anatómiai különbség s vajjon az elfajulásnak utóbb említett tényezői mennyiben különböznek a tabeses degeneratio mondhatnám perifibrillaris vagy perimyelinikus (idegrostot környező, nem az idegrostot illető) tényezőitől, ez ma még megoldatlan feladat, melyhez első sorban a gliaszövet festhetése nyújtana adatokat.

A fentebb említett egyedüli lényeges jel, a velőshüvely eltűnése sem mondható, hogy kizárólagos jegye volna a tabeses sorvadásnak, mert el is tekintve a gerincvelői rostok különböző okból eredő megszakitásától, mint a megzavart anyagcsere eredménye is előfordul amputált egyének gerincvelőjében, pellagránál, ergotismusnál, sőt senilis s hydropikus degeneratioknál is. (*Minnich*, *Williamson*, *Dinkler*). Magam nemcsak arteriosclerosisnál láttam, hogy egyes rostok velőshüvelye teljesen eltűnt s helyén Weigert-festéssel is világos folt marad, hanem különösen szépen tűnt ez elő XII. esetemben, tüdővészben elhalt 64 éves férfi

\* Cauda equina laesioknál is elfajulnak a *Clarke*-féle oszlopok. (I. *Redlich*. Pathologie der tab. Herderkrankung. Jena 1897.) *Marinesco* progressiv neuralis izomathrophianál a hátsó kötelek degeneratioja mellett a *Clarke*-féle oszlopok rostozatát is degeneráltnak találta. *Klippel* dementia senilisnél a *Clarke*-féle oszlopok sejtjeinek degeneratioját látta. (Paralyses générales, formes spinales. Arch. d. médecine exp. 1894. I.) *Walker* (Inaug. Diss. 1893.) ergotinos hátulsó kötél elfajulásnál a *Clarke*-féle oszlopokat szintén degeneráltnak találta, ugyancsak ezen elfajulást észlelte *Lichtheim* anaemia perniciosánál (idézte *Summa* (Inaug. Diss. 1891.) Die Veränd. des Rückenmarkes bei Lungenschwindsucht).

gerinczelejeének vizsgálatánál. (I. ábra.) Mindez azt igazolja, hogy a tabeses megbetegedésnek s hydropikus degenerationnak nemcsak localisatioja ugyanaz, de az elváltozás histologiai természetét tekintve is átmenetek vannak. Figyelembe kell itt azt is venni, hogy a tabeses gerincvelők rendesen a betegség 15—20 évi tartama után kerülnek a bönchezstálra, míg a hydropikus degeneratioknál a gerincvelő súlyosabb anyagcsere zavara pár hónapig, pár évig tart legfeljebb, sőt az ergotismus s pellagrosis mérge sem oly hosszú ideig s nem is bizonyítottan latens állapotban is ható szerek, mint a lues.\* Fokozati különbség van-e itt, vagy lényegesebb s teljesen más természetű az elváltozás, eldönthetőnek nem tartom, mégis ezen bizonytalanságot azt hiszem első sorban histologiai módszereink okozzák, melyek a qualitativ differentiatákat kielégítően feloldani nem képesek, sem ezen differentiaták hiányát nem bizonyítják.

Valószínűnek látszik az is, hogy a velőszétesés, az elfajulás nem pusztán az anyagcsere megzavarásának időbeli tartamától, hanem a lefolyó vegyi változásoktól s éppen az egyes toxinok sajátos hatásától függ, úgy a mint ezt magam 1893-ban az idegsejtek elváltozásáról állítottam s a mely nézethez később *Nissl* is csatlakozott. Másrészt kétségtelen az is, hogy ugyanazon, pl. lueses virus különböző erőssége (toxicitas) vagy talán az individuum különböző resistenciája miatt ugyanazon időben is teljesen más eredményeket produkálhat. Éppen a lueses toxinról — melyet a chemikusok még nem mutattak ki, de melyet eredményében a neuropathologia elég jól ismer s melyet az emberről emberre átvitel s öröklés is eléggé szomorúan demonstrál — tudjuk, hogy úgy a tabes, mint a dementia paralytica kétségtelen diagnózisú kórképét néha 1, másszor 25 évi lappangás után létesíti s az eset éppen olyan súlyos lehet anatómiai elváltozásaiban is akár egy, akár 20—25 éven volt kitéve az idegrendszer a virus hatásának.\*\* Lehetséges, hogy akár a túlerős toxicitas, akár az idegrendszer szokatlan debilitása miatt fejlődik is ki az ilyen rohamos pusztulással járó tabes, éppen a gyors lefolyás a hydropikus degeneratiokhoz hasonlóbb, diffúzabb képet ad. Egy ilyen ritka tanulságos esetet észleltem 1894-ben a II. belklinikán, melyet volt főnököm, *Kétly* tanár úr szíves engedélyével egész teljességében közlök.

X. Y. szigorló orvos 1893-ban, január 1-jén lueset acquirált s 8 hónap után a leggondosabb orvosi kezelés dacára nála lues cerebri symptomái jelentkeztek: szemizombénulások s hemiparesis; a tünetek változó remissziók dacára folyton rosszabbodtak, úgy hogy 1894. május havában a II. belklinikára vettük fel a beteget rupiákkal, facialis paresissal s a legsúlyosabb paralytikus stadiumban levő tabessel. Némi javulás után minden erőmegfeszítésünk s gondunk dacára október 11-dikén szegény kartársunk agyvérzés következtében elhalt.

Boncsolásnál az egész idegrendszer ereinek elfajulását, a recessus laterálisból kiinduló s az összes agygyömröcsöket kitágító vérzést, a gerincvelői burkok lencsényi vérzéseit, a hátulsó kötelek súlyos parenchymatosus degeneratioját találtuk, melyhez periphereiás (circumferentiális) degeneratio, a bal pyramis-pálya primaer, a jobb pyramis-pálya secundaer degeneratioja csatlakozott, tehát egy a tünetek által is igazolt combinált tabes-nek legsúlyosabb képét láttuk.

Fontossága miatt az eset részleteit is idecsatolom.

X. Y. 24 (?) éves izr. szigorló orvos, gyermekkorában himlő ellen beoltották, katonaságnál másodsorára is, de eredmény nélkül;

\* *Tuczek* s *Waller* vizsgálatai szerint ergotismusnál, *Tuczek* szerint pellagránál a mérge évenken át hathat, recidiváló tüneteket okozhat s a régiebb esetekben súlyosabb elváltozást is találunk. Így az V. esetben (*Pellagr. Tuczek*) pár évig tartó betegség nyomán csak a cervicalis Goll-kötélben származott kisebb fokú degeneratio, míg a IV-dik, 20 évig tartó, recidivált esetben a hátulsó kötelek egész terjedelmükben degeneráltak, sőt a pyramis-pályák is elfajultak, akár csak egy rendkívül súlyos s régi tabesnél.

\*\* Ezen irrelativitást idő, toxin s anatómiai degeneratio között észlelte *Minnich* is anaemia perniciosánál. Egy esetében az ataxia régiebb, a vérelváltozás súlyosabb volt s a degeneratio mégis újabb keletűnek látszott, semmint más enyhébb tünetű esetekben. *Minnich* maga mondja: „Mann kann aus den mitgetheilten klinischen Daten ersehen, dass weder der Grad der Bluteconsumption, noch die Dauer der Krankheit (speciell die Recidive) irgend welche Anhaltspunkte für das Verständniss der Spinalerkrankung geben. . .“



szülei egészségesek, testvérei közül két iker veleszületett gyengeségben, 1 tüdő-, 1 ismeretlen bajban halt el, öt él s egészséges. Sohasem volt beteg, katonai szolgálatát minden baj nélkül teljesítette. Jelen betegségéről a következőket adja elő.

1893. január 1-jén közöszlött, 3 nap múlva penisének bőrén, a mony csúcsától 8 cm.-rel felfelé jobb oldalt pattanást vett észre, melyből lágy tapintatú fekély fejlődött, ezt ungu. hydr. einer.-mal kezelte, mire — a nélkül, hogy reménye lett volna — 4 hét alatt meggyógyult. Az infectio után nem sokára baloldali ingu. mirigyei megnagyobbodtak, e duzzanatot fájdalomossága miatt felvágatta (1893. február 9.) s a seb 1½ hét alatt meggyógyult.

Február végén torka kezdett fájni, X. specialista tanár ekkor a nyelv gyökén bal oldalt fekélyt constatált, melynek azonban határozott caractere nem volt, AgNO<sub>3</sub>-mal lett kezelve. Közben jobboldalt is támadt hasonló fekélye, mely kissé a nyelvben is akadályozta, kissé rekedt is lett s e hóban fején is kiütések keletkeztek.

Torokfájásával egyidejűleg lázas lett, feje is fájni kezdett, ez időben jodot szedett, mitől felvételkor is tartó nagy náthát kapott. Alapbaját gyógyítandó, klinikánkat kereste fel (1893. március 11.) a következő jelenállapottal.

A közép-termetű beteg bőrszíne ép, csont- és izomrendszere közepesen fejlett, betegsége alatt jócskán lefogyott, arca beesett, garat hátul élénk vörös körülírt elszíneződést mutat. Szellemi működése ép, érzékszervek rendesen működnek, nyelésnél mindkét fülében nyomást érez.

Fejbőrén, homlokán, állán s mellén több lenese egész bab nagyságú kiütés látható, melyek bibiresszerűleg felemelkednek, belöveltek, kis, szintén belövelt udvarral vannak körülveve, középvastag varral fedve, 3 hét óta állanak fent, nem viszketnek, nem fájnak. Nyelv bal oldalán elől kis fekély.

Főpanaszát az képezi, hogy a nyelésnél beálló nagy fájdalom miatt alig bír táplálkozni.

Pupillák egyenlőek, jól reagálnak, zsigeri szervein kóros elváltozás nincsen. A klinikán 30 három gm.-os kéneső bedörzsölést végzett, torka jod-jodkali-oldattal lett ecsetelve, állapota javult, de elbocsátásakor (április 15.) még álla jobb oldalán s a bal felkaron egy-egy kis fekély volt.

(Folytatása következik.)

## T Á R C Z A.

### Kaposi Móríc.

(1837—1902.)

Az orvosi tudományosság legjelesebb képviselőinek egyike, Kaposi Móríc, meghalt.

A bécsi egyetem kitűzte a tudomány gyászszalaját egy férfi ravatala felett, a ki 18. életévétől fogva ezen egyetemen, annak legdicsőségesebb idejében nevelődött, s a ki később ezen fényes korszaknak depositariusus is lett mind haláláig. Ott élt, ott lett nagygyá. De halál porában ne feledkezzünk meg arról, hogy e férfiút Magyarország adta a külföldnek, tehát a mienk is volt. A mienknek, magyarnak is vallotta magát. Hiszen idegen hangzású nevét oly időben cserélte fel jól hangzó magyar névvel, a mikor az egyetemi docenturát már megszerzte Bécsben és jól tudta, hogy végleg ott fog maradni. Honfitársaival is mindig folyékony magyar nyelven érintkezett.

Nevét születése helyéről, Kaposvárról vette. Itt született 1837 október 23-dikán mint szegény szülők gyermeke, a kibén azonban a tehetséget felfedezték, s csekély keresetüket is szívesen szánták nevelésére. Ily módon végezte Kaposvárott a gymnasium első négy osztályát, míg a felső osztályok látogatására Pozsonyba küldték. A kitüntetéssel letett érettségi vizsgák után Bécsbe ment, hogy az orvosi facultásra iratkozzék be. 1861-ben nyerte el az orvosdoktori diplomát. Ez után a bécsi közórházba állott be aspiransnak. Egyidejűleg azonban egyik bécsi sanatoriumnak vezetője is lett, a hol közelebbi érintkezésbe jutott többek közt Hebrával is. Hebra felismerve a fiatal emberben a nagy tehetséget, ettől fogva úgyszólván összes működésének munkatársává tette.

Legelőször találkoztunk kettejük szövetkezésével Hebra nagy bőrgyógyászati tankönyvében, melynek fontos fejezeteit bizta Kaposira. Benyújtván a száj-, garat-, orr- és gégefür syphiliséről szóló habilitationalis iratát, 1866-ban a syphilidologia, valamivel később pedig a dermatologia egyetemi magántanárává képesítették. Ez után már nem mult el esztendő, hogy az irodalmi téren nevével többször ne találkoznánk. A bőrgyógyászatnak talán nincs is oly fejezete, melyet előbbre ne vitt volna. 156 értekezést írt, melyek legnagyobb része az „Archiv für Dermatologie u. Syphilis“-ben jelent meg. 1882-ben fedezte fel a xeroderma pigmentosum-ot, melyről élete utolsó szakában még egyszer írt. Azon bőrbetegségek, melyeknek lényegébe ő vetette a legtöbb világosságot: a diabetikusok bőrbajai, a bubon d'Alleppe, a lymphoderma perniciosus, a glossodinia exfoliativa, az urticaria pigmentosa, a lichen ruber moniliformis, az impetigo herpetiformis, a sarcomatosis cutis, a mycosis fungoides stb. voltak.

Leghíresebb munkája a „Lehrbuch der Hautkrankheiten“ című 1880-ban megjelent könyve volt, a mely az orvosi litteratura legclassikusabb könyvei közé tartozik, mely több idegen nyelvre némiképp le is fordított. Másik nagy műve, mely a „bőr és a vele szomszédos nyálkahártyák syphilis“-ről szól, egyike a leghíresebb apológiáknak, melyeket a venereus fekélyek egységessége mellett írtak.

Egyáltalán a kórképeknek lehetőség szerint közös alapokra való redukálásában, ebben volt mester Kaposi. Nem szétválasztani, nem új kórformákat megállapítani, nem bő nomenclaturát kieszelni, de egyszerűsíteni, közös vonásai által összekötni őket, ez volt mindenkor a cél, mely után törekedni igyekezett, s a mely irány követésében mesteréhez, Hebrához mindenkor hífi maradt.

Igaz, hogy egy fontos pontnál, a variola és varicella identitásának hangoztatásában meglehetősen elszigetelve maradt nézetével.

Célzatos eljárása folytán megszívlelendő példát mutatott a bőrbetegségek gyógyításában is. Mert ismerte jól a gyógyszerek hatását s alkalmazásuk indicatóját. Saját szavai eléggé betekintést engednek therapiájának sallang nélküli egyszerűségébe, eljárásának biztosságába, a minek nemcsak a tudomány, de a szenvedő emberiség is oly nagy hasznát vallotta. „En az összes bőrbetegségeket hajlandó vagyok öt szerrel orvosolni: az eredmény mindössze az orvoslás miként-jétől függ.“

Igaz, hogy ilyen kijelentést és kijelentése bevalását csak valóban nagy embertől várhatunk. Kaposi az is volt.

Új kérdések felmerültek soha fejét el nem vesztette. Új tanok és felfedezések íránt mindaddig, míg csak be nem bizonyosodtak, sok csalódástól megóvó, skeptikus álláspontot foglalt el. Legmarkansabban nyilatkozott meg benne ezen egészséges skepsis Koch tuberculinjának színre kerültek. A skepsis volt az, mely rögtön controllkísérletek végzésére indította őt és vele egyidejűleg Budapesten Schwimmer professort. Ők ketten láttak hozzá először e kísérletekhez. Kísérleteik a tuberculin bekövetkezendő s azóta be is következett fiasco-ját derítették ki.

Elképzeltető, hogy a ki tudományos kérdésekben is oly nagy fokban rezervált volt, mennyire üldözte a charlatanizmust; ez íránt kért lehetlen volt. Mint vitatkozó éles logikájával s szellemességével a szegyet mindig fején találta; nézeteit a véletekig védte, meggyőződéseit a pathologia divatjainak soha alá nem vetette. Leghíresebb vitatkozás, mely a párisi congressus dermatologiai üléstermék valóságos csatatérre tette, Unna-val volt. Az „eczema“ kérdésének ők ketten voltak referensei. Nézeteik ellenkeztek egymással. Kaposi teljesen lenyűgözte Unnát, a saját véleményével pedig mindenkit meggyőzött és áthatott.

A múlt évi boroszlói congressuson azonban mintha nem a régi Kaposi lett volna már. Felszólalásai alkalmával ingerlékeny, kicsinyes lett, minden apróságba belekötött. Ez fel is tűnt a jelenlevőknek; nem ilyennek ismerték régén. De szomorú magyarázatát abban találták meg, hogy pár hónappal annak előtte apoplexiás insulzus érte. E congressusokon érintkezett vele Basch Imre barátom is, ki szíves volt nekem ezeket elmondani.

Kaposi életének alkonyát professori jubileumának dícsfénye világította be rövid időre. 1900 október 23-dikán 25 éves tanárságát ünnepelte az egész orvosi tudományos világ. Másnap érte a gutaütési roham, mely 1901 októberében újra ágyba döntötte. Többé nem tudott teljesen felépülni. Ez év március 6-dikán reggel nyolcz órakor végleg pihenőre tért.

„Nagyon fájlalunk kell egy ily tekintély elvesztét — írja Neumann professor nekrológ-jában —, különösen mai napjaink ama veszélyes irányzatában, hogy az ismert betegségeket új nevekkel eltakarják, így a dermatologia tanulását megnehezítik és a tudományt elhomályosítják. Az ilyfajta törekvéseket mértékadó ítéletének súlyával mindenkor el tudta Kaposi fojtani.“

\*\*\*

Míg élt, soha sem tagadta hazáját. Halála után nekünk sem vala szabad megfedkezünk, hogy hazánk e kiváló szülöttének, Kaposi Mórícnek koporsójára e rögtöt hintsük.

Györy Tibor dr.

## Stuttgarti úti levél.

A XXIII. német balneologiai congressus.

Stuttgart, 1902. március 14.

A hosszú utazástól kimerülten s a délnémetországi tájkép egyhangúságától kifáradva, örült az ember, hogy az idegek nélküli gőzgép vaserélylél látkadatlanul robogott tovább Würtemberg — az igazi sváborgszag — regényesebb tájai felé. Kár, hogy az ulmi dom is oly gyorsan tűnt el a láthatárból, s hogy a gót óriásnak rengeteg volta mellett bámulatos karsú kövára csupán a képzeletben s az emlékezetben kúszott tovább az ég felé.

Hegyek is kezdenek felmerülni — Stuttgartba sineken csak alagúton lehet bejutni — és egyiken átbujva, magunk előtt látjuk a Neckar hegykoszorúta bordái völgyeit.

Eredeti szép kép.

Mint terül el 100 meg 100 ház dombláncolatok tövében, s mint lépnek szoros érintkezésbe a természetnek erdős kertjei az emberi kéz alkotta nagyvárosi utcasorokkal.

Alig láttam nagy várost annyira menten utezai zajtól, a hol a vidék előkelő esendje oly zavartalanul honol.

Közegészségügyi tekintetben Stuttgartnak két rendkívül fontos nagy horderejű intézménye van, melyek külön említést érdemelnek.

Az egyik a munkás-nyeged „Ostheim“ néven a város keleti periferiáján. Ha a villamoson a bástyaszerű „Kanonweg“-en néhány percz alatt kiérünk s valóságos Cottage-nyegedet látunk magunk előtt, nem sejtjük, hogy munkáslakokkal van dolgunk. A telepnek a főutca mentén fekvő épületei kellő stílusban, izléses egyszerűséggel építve, a mögöttük elterülő pavillon-rendszerű egy emeletes házsorok sima, kemény téglafaçade-dal. A házak földszint s az emeleten 2—2 családnak adnak helyet. Az évi házbér szobánként 100 márka, de 10 évi befizetés után



a munkás avagy özvegye élethossziglan díjtalanul lakhatja. Ime, a járadékbiztosításnak rendkívül praktikus sajátságai neme.

Ezen több száz házból álló, kertektől övezett munkástelep a közadakozásból létrejött „munkásház építési vállalat”-nak köszöni létét, mely társulat részvénytársasági elven, de terv szerint maximalisan 20/0-kal kamatoztatja óriási tőkéjét. A fölösleget új házak építésére fordítják.

A tuberculosis halandósága, mely Württembergben egyáltalán nagy, Stuttgartban ezen intézmény fennállása óta őrvendetesen csökkent.

Egy másik berendezés, mely kisebb mérvben Németország egyik másik városában régebben megvan, de sehol oly nagyszabású, mint Stuttgartban, a *nyiladnos úszófürdő*, „Stuttgarter Schwimmbad”, valóban páratlan alkotás!

Szinte hihetetlennek látszik, hogy ezen kétfélmillió márka költség-gel épült, mór stýben pompázó, eredeti — 300 éves — tunisi burkoló lemezekkel kirakott s szőnyegekkel sűrűn fedett fejedelmi csarnokokban, a melyek az ezer és egy északának keleti álmvilágába képesek játszva belevinni, a nép minden emberének kivétel nélkül nyitva állanak.

Ezen a nagy úszómedencékhez vezető csarnokok használata úszófürdővel s douche-okkal együtt a hét két estében bárki részére 10 fillért (!) hozzáférhető!

Hasonló kedvezményben részesülnek az összes tanulók azon különbséggel, hogy az úszófürdőt — a déli 1/212—2 órát kivéve — a hét minden napján használhatják.

Mint neve mondja — Stuttgarter Schwimmbad —, az úszómedencék képezik az összes fürdők lényegét, magvát, úgyszólván éltető elemét. Ezeknek köszöni az intézmény óriási népszerűségét, közegészségügyi jelentőségét, s évről évre egyre szaporodó rengeteg látogatóttségét.

Az összes fürdőkben naponta átlag 1000 ember fürdik.

Az úszómedencék körül a gyógyfürdők, „Medicinalbäder” csoportosulnak, a douche-tól kezdve a napfürdőkig, de ezen osztály egyelőre csak függelékképpen szerepel s kibővítésre vár. Eredetiségénél s úttörő jellegénél fogva nem hagyhatjuk említés nélkül a „kutyafürdőt” sem, melynek évi bevétele 3—4000 márka.

A fürdő keletkezési története is rendkívül érdekes. Egy vasakarató ember — geheim. Hofrath Vetter — humanistikusan hajlamoktól indítva, azon merész eszmére vetemedik, hogy a köznép részére is hozzáférhető, keleti színekben ragyogó fürdőpalotát emel, kerüljön az bár milliókba. Ezernyi kicsinyes féltékenykedés s bizalmatlanság az osztályrésze, polgártársai, a város akadályokat gördítenek útjába. Pénz sincsen, jövedelmezőség sincsen kilátásban — az alapszabályok a legjobb esetben a részvények után 4/0-ot ígérnek — és a vasakarató ember nem tágit, törhetetlenül küzd pénzhány s ellenszenv ellen és évek múlva övé a győzelem.

Hogy ilyen sikerekhez milyen céltudatos vezetés, mekkora szervező tehetség szükséges, mindenki tudja, s kell hogy esodálja, a ki a fürdőügyet ismeri.

Némi megnyugvással láttuk itt is — solamen est miseri etc. — a város hihetetlen közönyét (a Schwimmbad pl. most is sokkal magasabb vízdíjakat fizet, mint bármely más iparvállalat), de nem nézhetjük irigység nélkül, hogy a német közfürdőügy terén még ilyen célokra is van pénz, s hogy vannak emberek, kik az államtól nem kérnek semmit, hanem maguk erejéből ezt megfeszítve, szolgálják gazdag s szegény polgártársaik érdekét.

Kimondhatatlan érzélem fogott el, midőn mint a baln. congressus meghívott tagja a vendégek tiszteletére rendezett úszóversenyt a Schwimmbadban végig nézhettem. Egész sereg ifjú vonul fel katonás rendben a „Gut Nass, Hurrah” szavakkal üdvözlésével és sebből sebb s merésznél merészebb productiókkal őrvendeztetik meg a néző szívét.

És a női úszómedencében egész sor amazon vonul fel, könnyű kis úszóruhában, tánczot úszva s versenyt bukfenchezve 1, 3 és 6 meternyi magasságról. Mily szép, szinte szebb a női nem is, ha bájaival erélyt s merészséget tud egybekötni.

S nem tudok a női nemnél az egészség megóvására s az anyai hivatás előkészítésére hathatósabb, jobban edző eszközt képzelni, nem tudok képzelni jobb testfejlesztést s ártatlanabb örömet, mint ilyen versenyben a győzelem érzetét.

Akaratlanul is eszembe jut a gymnasiumok s gladiatorok letűnt kora. Mit ér a táncz, mit ér a jour, s mit ér a francia szindarab szórakoztató sikamlós játéka? A szellemet eléggé erőltetjük az iskolában, társadalmi életünk sajnos túlkorán ébreszti az érzékiséget s az ifjú képzelem sentimentalitás éretlen hajtásait.

Csak a test, a melyből lelkünk leszűrődik, lelkünknek anyagi tartója nem erősöbödik, és mi esoda, ha néha nem bírja ki a belső atmosphaerának sokszor mesterségesen fokozott nyomását, s a külső viszonytagságok mindig rideg támadásait?

A XXIII. német balneologiai congressus a „Landesgewerbe-museum” egyik disztermében gyűlt egybe körülbelül 150—180 taggal. Ausztria-Magyarországnak csak kevés képviselője volt (*Winteritz* Kaltenleutgeben, *Kisch* Marienbad, *Fisch* Franzensbad, *Steiner* Levico, *Weisz* Pöstén). A megnyitást a király kíséretével való megjelenése által tette ünnepélyessé. A titkári jelentésből kitént, hogy az egyesületnek 470 tagja van. Az egyesület nem rég a fürdők közegészségi viszonyaira vonatkozó beadványt nyújtott be a birodalmi kancellárhoz, a ki a porosz terület fürdő-vezetőségeit jelentéstételre fel is szölitte. Kitént, hogy ott sem arany mind, a mi fénylik.

Mindössze 28 előadást tartottak, melyek a legkülönbözőbb téren mozogtak. Volt *tüdőgümőkór*ra vonatkozó 7, *szívre s vérre* vonatkozó 6, *gyomor*ról szóló 3, *bőr*ről s *syphilis*ről 3, *csúszról s köszvényről* 2, *esére s idegességre* vonatkozó 1—1, *sebszi* 1, *általános tárgyú* 4.

Igen érdekes volt *Grützner*-nek (Tübingen) a gyomoremésztés

mechanismusáról tartott előadása. *Pariser* (Homburg) a *gyomor atoniájáról* értekezvén, mindenben Stiller álláspontját juttatta érvényre. *Frey* (Baden-Baden) vérkeringési zavaroknál a *visszérnyomásheli* mérések rendkívüli fontosságát emelte ki, a mennyiben már 5 gm.-nyi különbség káros jelentőségű. Méréseit saját szerkezetű készülékével (mely lényegében a referens évek előtt közölt készülékének felel meg) végezte. *Landerer* (Stuttgart) az általa bevezetett *hetol*-kezelésről szólva, tapasztalatai alapján fentartja abbéli meggyőződését, hogy a tuberculosis megfelelő eseteinél a fahéjsavnak kellően adagolt visszeres befecskendésében kitűnő fegyvert bírnak. A legnagyobb discussiót *v. Baumgarten* (Tübingen) előadása vonta maga után: „*Ueber Immunität und Disposition, besonders mit Bezug auf Tuberculose*.” Az emberek 2/3-a ment marad gümőkórtól, szerinte főleg azért, mert ezeknek fertőzési esélyei viszonyaiknál fogva kisebbek, lévén felvétele szerint minden ember, ép úgy, mint a kísérletben minden tengerimalacz, fertőzésre alkalmas. Tehát nem az egyéni dispositio, hanem a fajlagos bacillussal való fertőzés a döntő momentum. A gyakori orvosok, illetőleg a hallgatóság javarésze inkább *Liebreich*-hel értett egyet, a ki nosoparazitismusának elvei szerint a tuberculosis fertőzésben is küzdelmet lát, melyet a természetes fertőzésnél a bacillus egyoldalilag nem dönthet el, melyben csak a szervezet ellentálló képességével, illetőleg a sejt energiájával kivívott harcra lesz mérvadó.

Az általános tárgyú előadások közül legfontosabb volt *Koeppé* (Giessen) themája, a ki az ásványvizek vizsgálatában a physikalisch-chemiai eljárások jelentőségét emelte ki. A *tüdő-sanatoriumok* kérdésével *Zangger* (Zürich) foglalkozott, a svájci viszonyokat tárgyalva. Jelenleg 16 sanatoriummal — 316 ágygyal rendelkeznek. 1900-ban 1240 beteg lett kezelve. A kezelés átlagos tartama 107 nap vala, napi költség 1'20—1'60 márka.

A többi érdekes s tartalmas előadásról helyszürke miatt nem számolhatunk be.

Csak még néhány szót legyen szabad *Stuttgartnak orvosi viszonyairól* mondanom. A város 200,000-nyi lakosságára 160 orvos esik. Az orvosi jövedelem átlaga 7000 márka. proletariatus nincsen. A viszonyok a budapestiekhez képest tehát fényesek. Stuttgart nem lévén egyetemi város, nincs annyi orvosnak alkalma újonnan letelepedni. A letelepedési viszonyokat — nagyon ésszerűen — azzal is nehezítették, hogy a betegsegélyző pénztári praxis 3 évi carentiához van kötve. Tehát az első 3 próbaévet kinek-kinek egyetemi praxis nélkül kell tudnia kiküzdnie. Végre pedig az egész vonalon szabad orvosválasztás van bevezetve. Az egyletek évenként és fejenként körülbelül 5 márkát, családos emberért 9 márkát fizetnek.

Legvégül pedig szabadjon még azon ünnepélyes fogadtatásról megemlékeznem, a melyben a király a congressus tagjait a congressus utolsó napján a pazar Alhambra-stýli „Wilhelma” nevű palotában részesítette. A királyi kegynek fesztelen megnyilatkozása és a pezsgő mámor, melyben mindegyikünk úszott, elfeledtette velünk, hogy fürdő-orvosok vagyunk.

Weisz Ede dr.

## Raymann János Ádám (1690—1770) és a védőhimlőoltás.

(Vége.)

Azon közleményt, mely a „Sammlung von Natur- und Medizin-Geschichten etc. Breslau, MDCCXVIII., Sommerquartal 1717” című folyóiratban — melyet az egyszerűség kedvéért mi is boroszlói évkönyveknek (*Annales Bradislavenses*) keresztelünk — a 31. lapon az Eperjesen uralkodott himlőjárványról szölt, *névtelenül*, latin nyelven, mi is Raymann Ádám tollából eredőnek ismerjük el. *Wesprémi*<sup>1</sup> a felírás nélküli értekezésről a következő cím alatt számol be: *Historia medica variolarum Eperiesini in superiore Hungaria epidemice anno 1717<sup>2</sup> grassatarum*, s ezt másképp nem tehette, mert mint ismeretes, *Wesprémi* híres munkáját latinul írta. Végig olvasva azonban Raymann Ádám e cikkét, abban a védő himlőoltásról *egyetlen árva szót sem* találunk. *Timoni* és *Pylorinus* munkái ugyanis a jelzett évkönyvek 1717. augusztus havi részében vannak referálva, míg Raymann értekezése már ugyanazon év július havában látott napvilágot. Epen ezen körülmény erősít meg bennünket a feltevésben, hogy Raymann a védő himlőoltásokról csak a boroszlói évkönyvekből értesült, mert ha már értekezése megszerkesztésekor tudomása van az új eljárásról, azt legalább megemlítette volna, ki van tehát zárva, hogy Raymann Ádám 1717-ben már védő himlőoltásokat végzett. Kimutatható azonban az is, hogy Raymann Ádám 1721 előtt egyáltalában nem végzett oltást. A boroszlói évkönyvek 1723. évfolyamában (*Sommerquartal* 1721) a 136. lapon, illetve a 246. s a következő lapokon található Raymann következő értekezése: *Historia der in Eperies Anno 1721. grassirten Blatter-Seuche, nebst kurtzen Reflexionibus von derem Ursprung und Curationen per Vomitus und durchs Peltzen oder Inoculation*.<sup>3</sup> Már maga a cím mutatja, hogy Raymann nem annyira védő oltásokat eszközölt, hanem az „oltást” inkább *curatio*, gyógyítás céljából foganatosította. De szóljon Raymann maga:<sup>4</sup>

„Die Insitio variolarum oder das Blatter-Peltzen, so wie es in diesen Annalibus auch schon beschrieben worden, wäre ein Mittel, durch welches vielleicht vielen üblen Seiten in der Blatter-Seuche könnte vor-

<sup>1</sup> *Wesprémi*, III. 314.

<sup>2</sup> *Helyesen* 1716.

<sup>3</sup> *Wesprémi*, III. 317. lapon az egész címet latinul adja.

<sup>4</sup> *Boroszlói évkönyvek*, i. h. 253. l.



gebeuet werden. Sie ist aber bis dato, so viel ich weiss, wenig adhibiret worden, ohne Zweifel, weil niemand sein Renommée mit dieser neuen in die Augen fallenden Cur hazardiren wollen, indem, so zufälliger Weise aus anderen Ursachen, ein unglücklicher Successus Morbi entstehen sollte, der Medicus nicht nur bey dem gemeinen Mann, sondern auch bey seinen Collegis den Namen eines Todtschlägers auf keinerlei Art und Weise effugiren könnte. Ich selbst gestehe, dass ob ich gleich de indemnitate hujus operationis vollkommen versichert bin, dennoch mich diese Consideration habe abschrecken lassen, damit einen Versuch zu thun. Letztlich aber als mein Töchterlein von 2½ Jahren da ihr Bruder an den Blattern wirklich darnieder lag . . . versuchte ich es und that mit der Lancette eine kleine Incision auf dem linken Arme, in welche ich das noch warme Eyer aus den Blattern ihres Bruders einrieb, und mit einer Nusschale bedeckte. Die Gegend inflammirte hierauf nach und nach, doch blieb das Mägdlein frisch, bis endlich den 7. Tage eine kleine Hitze dieselbe befiel, auch um die Incision kleine weisse Blättchen auszuführen; man gab ihr in meiner Abwesenheit, melioris conservationis ergo meiner Methode nach, ein Emeticum, aber auf einmal, wovon sie fast ad convulsiones internas und refrigerationes extremorum gebrochen hat. Doch nachdem sich dieses gestillet, kam das Mägdlein des dritten Tages vollkommen zu sich: auf dem Leibe vermehrte man bis 6 neuen Variolis ähnliche Blattern, die aber nicht suppurirten, sondern nur nach und nach vertrockneten . . . unter wärender gantzen Zeit war nicht nur das Kind wohl aufgerümet und gesund, sondern erduldet auch ferner nichts von den Blattern; ob es auch weiter niemals erduldet wird befallen werden, wie es vermöge dieser Operation seyn soll, muss die Zeit lehren. Indessen ist gewiss, dass obgleich diese solitaria experientia, welche auch einen Zweifel verursacht, ob nicht der copiosus vomitus copiam variolarum mehr als die Operation vermindert hat, viel zu insufficient ist zu bewähren dasjenige, was davon vermeldet worden ist, nichts destoweniger erhellet doch so viel daraus, dass allerdings auch hiesiger Orten, wie in der Turkey die gepelzten Blattern den 7. Tag effloresiren“ . . .

Kitünik a közlötkekből 1. hogy Raymann Ádám az „oltást“ nem az angoloktól tanulta, mert nyilván a fent leirt kísérletekről az angol fegyverekkel tudomása nem volt; Weszprémi idézett megjegyzése tehát megfelel a tényállásnak a variola vera anyagával való védő himlőoltást illetőleg; 2. hogy Raymann az „oltásban“ nem nagyon bízott, azt kiterjedtebben alkalmazni nem merte. Erdeme az ügyben csak annyi, hogy tudomást vett róla, ép úgy, mint a hogy jelenleg is minden törekvő orvos igyekszik az orvostudomány legújabb vívmányaival megismerkedni. Raymannról ugyanis, ki oly sokat írt, felvehető, hogy ha a variola vera anyagával szélesebb alapon végez vala oltási kísérleteket, azokról minden esetre beszámolt volna valamely folyóiratban, az ismertett egy esetben kívül azonban ebbeli tevékenységének az irodalomban semmi nyomát sem találjuk. A „még élő tanúk“ állítása, kikre Weszprémi ez irányban hivatkozik, kifogástalan történelmi bizonyítéknak el nem fogadható.

Még kevésbé tekinthető Raymann Jenner előfutárjának. Tudjuk, hogy Jenner harmincz éven át folytatott classikus kísérletei alapján a tehénhimlő humanizált nyirkát, tehát nem a variola vera septikus anyagát ajánlotta mint alkalmas materiát a valódi himlőmegbetegedés elleni immunitás megszerzésére. Angol nyelven írt classikus munkája, a „Cowpox“ beoltásának valódi himlő elleni védő hatásáról, Timoni és Pylarinus fent ismertett munkáival és kísérleteivel semmi néven nevezendő összefüggésben nincsenek. Jennertől ennél fogva oly messze esik Raymann, mint Makótól Jeruzsálem. Csak annyiban említhetők egyszerre, a mennyiben mind a ketten orvosok voltak. Egyéb „közös ügy“ kettejük között nincs, legkevésbé pedig prioritási kérdés.

Végül köszönetet mondok a bécsi cs. kir. udvari és a boroszlói városi könyvtár t. igazgatóságának, hogy a szükségelt forrásokat készségesen rendelkezésemre bocsátották.

Vámossy István dr. Pozsony.

## Közegészségügy.

### Az országos közegészségügyi tanács működése 1901-ben.<sup>2</sup>

I. Az országos közegészségügyi tanács a lefolyt 1901. évben 26 teljes és 22 bizottsági ülést tartott, melyekben a nagyméltóságú miniszterelnök úrnak, mint belügyminiszternek felhívására 89 szakvélemény lett megállapítva s felterjesztve.

A tanács folytonos figyelemmel volt az egészségügyi intézmények fejlesztésére és élven törvényszabta jogával, a nagyméltóságú miniszterelnök úrnak, mint belügyminiszternek rendelkezésére bocsátotta a törvényjavaslatot az emberi élelmi szerek (tápszerek, élvezeti szerek és italok) és használati cikkek közforgalmának szabályozására, továbbá a közegészségügyi szolgálat államosítására szolgáló tervezetet és végül az ügyet minden részletében felkaroló jelentést és javaslatot az országban nagy mérvben elterjedett s az egészséget veszélyeztető, valamint a közönséget ámitó s megkárosító kuruzslás megállítására.

<sup>1</sup> Latin fordításban: Eduardi Jenneri, Med. D. et reg. scient acad. soc. disquisitio de causis et effectibus variolarum vaccinarum. Ex anglico in latinum converta ab Aloysio Carena. Vindobonae 1799. L. főkép: Casus XVII. pag. 11. Az első védő himlőoltást humanizált vaccinával, 1794. május 14-dikén végezte Nemes Sára karjából. Tudjuk, hogy a humanizált lymphával való védőhimlőoltást soká kizárólag gyakorolták. Az „olasz módszer“ csak újabban vált általánossá.

<sup>2</sup> Csátári Csátary Lajos dr. m. tanácsos, a tanács jegyzőjének a belügyminiszterhez benyújtott jelentéséből.

Eber figyelemmel kísérte a tanács a Nápolyban és Konstantinápolyban előfordult pestis-eseteket s a járványnak fejlődését; a tanács állandó járványbizottsága üléseiben megállapította a járvány behurczolásának meggátolására szolgáló javaslatokat.

Nem kerülték el a tanács figyelmét azon veszélyek sem, melyek a leprának esetleges fellépése és tovaterjedése által keletkezhettek s azok megelőzésére szolgáló előterjesztést bocsátott a kormány rendelkezésére.

II. Kimerítő felterjesztést intézett a tanács a nagyméltóságú miniszterelnök úrhoz, mint belügyminiszterhez, melyben hivatkozva még 1893. évben bemutatott hasontárgyú emlékiratára, újból javaslatba hozza a közegészségügyi szolgálat államosítását.

A legújabb idő meghozta a közegészségügyi szolgálatnak különálló, az általános közigazgatás államosítását megelőző államosítása lehetőségének újabb reményét. Mert nem tekintve, hogy a mérnöki szolgálat nagyobb részében már régóta különállóság államosítva van, legújában az állatorvosi közszolgálat államosításáról szóló 1900. évi XVII. t.-cz. megvalósította a maga körében azt, a mit az országos közegészségügyi tanács az emberorvosi szolgálat államosítása tárgyában javaslatba hozott s mindenek felett tanúsága annak, hogy a magyar kormány a közigazgatás egyes ágainak különálló, az általános közigazgatását megelőző államosítását nem csak lehetőségek tarja, de azt, ha szükségesnek itéli, mint a fentidézett példák tanúsítják, keresztül is viszi és végrehajtja.

A felterjesztésben javaslatot tesz a tanács: az állami m. királyi községi és körorvosok, m. kir. járás- illetve városi orvosok és a törvényhatósági királyi főorvosok szolgálati körének, úgy mint illetményeiknek és rangjuknak megszabására.

III. Február 14-dikén tartott ülésében hozott határozatával beterveztette a tanács a törvényjavaslatot az emberi élelmi szerek (tápszerek, élvezeti szerek és italok) és használati cikkek közforgalmának szabályozásáról.

Ezen törvény rendelkezései alá tartoznak:

a) elárúsításra, áruba bocsátásra, vagy szétosztásra szánt emberi élelmi szerek (tápszerek, élvezeti szerek és italok);

b) emberi élelmiszerek pótlékai vagy utáztalai.

c) az emberi élelmi szerek elárúsítására használt mérőeszközök, mérlegek és űrmértékek, valamint olyan használati cikkek, melyek az élelmi szerek elkészítésénél vagy eltartásánál, az emberi test ápolásánál, ruházásánál és szőpítésénél, a lakások berendezésénél, fűtésénél, világításánál és díszítésénél, továbbá a házi foglalkozásnál vagy játékoknál használatnak, a mennyiben nem megfelelő minőségben való forgalomba hozataluk az emberi egészségre ártalmassá válhatnak.

A törvénycikk 16 §-t tartalmaz s magában foglalja mindazt, mi a vizsgálatok módját, a vizsgálok illetékességét és a vétkes cselekmények megtorlását illeti.

IV. A székes főváros polgármesterének intézkedései a felmerült lepra-esetek alkalmából a tanács véleményezésére bocsátatván, helyeseltettek; nevezetesen jóváhagyatott a leprában szenvedő betegek ideiglenes elhelyezése.

Mint hogy azonban a kórházban és egyetemi klinikákon elhelyezett leprás-betegek igen hosszú időre, előreláthatólag évekre terjedhető betegségük tartama alatt mindig a nevezett helyeken nem maradhatnak, másfelől szabadon bocsátásuk közegészségügyi veszedelemmel járna, indokoltnak véli a tanács a székes főváros polgármesterének azon kérését, hogy az egészségügyi kormány a leprások elhelyezésére, a mennyiben azok Brazíliába vissza nem szállíthatók, helyet jelöljön ki, esetleg a boszniai kormánynyal lépjen érintkezésbe, hogy ezen betegek az ott már létező leprás intézetekben helyeztessenek el.

Végül figyelembe ajánlja a tanács a nagyméltóságú miniszter úrnak, hogy Romániában, az erdélyi kárpáthegységek túloldalán levő megyékben számos helység leprával fertőzött s a betegség a határos erdélyi megyékre is elterjedhet s javaslatba hozza, hogy ezen ügynek vizsgálata szakkértő küldessék.

V. A titkos szerek és gyógyszer-különlegességek forgalmának szabályozása tárgyában ismételt felterjesztést tett a tanács, melyben előadja, hogy az utóbbi években gyakran felmerült azon szükség érzete, mely szerint a gyógyszer-különlegességek — specialitások — forgalma szabályoztassék s ezen elkészített gyógyszerek végre pontosan elkülönítessenek a titkos szerektől, melyeknek elárúsítását törvényileg egyáltalában tiltva van, hogy így a jelenlegi bizonytalan állapotok megszűnjének és egyöntetű eljárás követhetessék. Az ez irányban felterjesztett javaslatok megvédik egyrészt s biztonságra helyezik a gyógyszeripart, oltalmazzák a gyógyszer kereső közönséget a szédelés és túlfizetés ellen, úgy mint a rendelő orvost szemben a kuruzslók üzelmével, másrészt megkönnyebbitik a titkos szerek ellen foganatba veendő törvényes lépéseket.

A tanács javaslatát elfogadtatván, az ezen ügyre vonatkozó szabályrendelet tervezete véleményezésre bocsátatott és minden tekintetben célszerűnek találtatott.

VI. Tekintettel arra, hogy azon nem csekély számú káros tényezők között, melyek népünket nemcsak az egyénekben, de összeségében is fenyegetik s közegészségünk gyorsabb és intenzívebb fejlődését nagy mérvben akadályozzák, jelentékeny helyet foglal el a kuruzslás: a tanács terjedelmes javaslatot intézett miniszterelnök úr ő nagyméltóságához mint belügyminiszterhez, a kuruzslás ellen már fennálló törvények és rendeletek szigorúbb megtartásának érdekében s egyszersmind némi módosításokat ajánlott.

A kuruzsló károsítja és veszélyezteti az egyént vagyonában és egészségében, még pedig nemcsak a tényleg alkalmazott czélszerűtlen,



sokszor egyenesen veszélyes eljárás által, hanem különösen annak következtében is, hogy az ok- és szakszerű orvosi segély elég gyakran késedelmesen vétetik igénybe. Ennek eredménye látható az elveszett látás, hallás, hiányosan gyógyult csonttörések és chronikussá vált betegségek ezreiben.

A közérdek szempontjából nem kevésbé fontos az, hogy a kuruzslók üzemei magát a közegészségügyet is veszélyre fenyegetik az által, hogy az első esetek felismerésével és elszigetelésével terjedésükben meggátolható heveny fertőző betegségek a kuruzsló által be nem jelentetve s fel nem ismertetve, az egész ország a praeventiv intézkedések elmulasztása miatt megmérhetlen károknak tétetik ki.

A tanács azon véleményben van, hogy törvényeinknek a kuruzslásra vonatkozó határozmányai elég jók, csak hogy azokat ezentul nemcsak a keresetképen üzött kuruzslásra, hanem a kuruzslásra általában kell vonatkoztatnunk s hogy még az eddig fennálló törvényekkel is több érthetett volna el, mint a mennyi elértett, ha a törvények végrehajtása nagyobb céltudatossággal, elvszerűséggel és erőlyel eszközöltetik.

Az előhaladó értelmiséggel s különösen a természettudományi ismeretek terjedésével a kuruzslás szülte visszas állapotok kétségen kívül javulni fognak; lényeges és gyors segélyt azonban csakis a „gyógygyakorlat” kitételnek szabatos meghatározása s a jogosulatlan gyógyító gyakorlat által elkövetett kihágások elbírálásának a közigazgatási hatóságok jogkörébe való átutalása idézhet elő.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Az elmekórtan haladása.

Közl: Reuter Camillo dr.

(Folytatás.)

Lui újabb vizsgálatainál, melyeket 1500 betegen végzett, az alkoholisták 57%-át örökölten terheltnek találta. 35%-nál a degeneratio directio directio örökölten, míg 25%-nál indirecte. Az alkoholismus inkább apai örökség, kevésbé az anyáról reánk szálló. Az utódoknál a legkülönböző elmebajok találta, ezenkívül epilepsiát, elmeengedet, tuberculosist, pellagrát, büntetettre való hajlandóságot. Az öröklés útján terheltek alkoholismusa súlyosabb alakú és lefolyású, gyakran recidivál. Az elmebajosok 12%-át alkoholisták gyermekei teszik. Az utódoknak 3/4 részén elmebajosok degeneratív alakjait észlelte.

Sullivan a gyilkos alkoholista típusát vizsgálva, bizonyos törvényszerűségeket vett találni. Acut iszákosságnál mindig található bizonyos psychomotorus ingerültség, minden kézzel fogható ok és inger nélkül, a mi a tettnek azt az automatizációt kölcsönzi. Chronikus intoxicationál gyakoribb a felületes öntudatzavar a tette vagy indító okaira való amnesziával. A leggyakoribb áldozat a nő, szerepel itt a sexualis befolyás is.

Robinovitch 50 büntetett közül 48%-o olyant talált, kik az apa vagy anya iszákossága folytán örökölten terheltnek voltak. Azt tapasztalta, hogy iszákos szülők gyermekei satnyák, a gyermekek száma is kisebb.

Bonhöffer a delirium tremens nem tartja az alkoholismus chronikus egyszerű fokozódásának, hanem más toxinos, illetőleg autointoxicatio anyagokkal való elárasztásnak, mely anyagok közlebből nem ismeretesek: mint deliriumot kiváltó ok szerepeltek a pneumonia, acut bronchitis, gyomor-bélzavarok, trauma, epilepsiás rohamok és súlyos excessusok. Az abstinencia még nagymérvű alkoholistáknál sem vált ki mindig deliriumot, mint ezt főképen gyenge szervezetűeknél látjuk. A delirium lefolyásán alkohol nyújtása vagy megtagadása nem változtat, de a motoros tünetek (tremor, ataxia) alkoholra megszűnnek.

Hertz a vesék és húgy viselkedését tanulmányozta delirium tremens esetén. Delirium tremensnél következetesen acut nephritist talált, s ezt tartja a primær bajnak, míg a delirium tremens csak másodlagos tünet. A delirium tremens szerző nézete szerint az acut vesegyulladás folytán beálló veseinsufficienciának következményes acut intoxicatio psychosia. Ezen psychosis sajátosságai abban áll, hogy chronikus alkoholismus esetén fejlődik. A pneumoniánál fellépő delirium tremens szintén a többnyire kísérő vesebajtól van, nem pedig a pneumotoxintól.

Hoppe kiterjedt vizsgálatai nyomán az elmebajosok 32-60%-át találta iszákosnak, ezeknek 2/3 részénél az iszákosság volt az elmebaj okozója.

Sullivan az alkoholista öngyilkossal is foglalkozik. Az öngyilkosságok szaporodását Angolhonban nagyrészt az alkoholnak tulajdonítja. Főleg az eredménytelen öngyilkossági kísérletek feltűnők, melyek az iszákosságra jellemző öngyilkossági típushoz hasonlítanak, s itt is az alkoholt tartja a conamina suicidii legfontosabb okának. Az alkoholos öngyilkos külön típusát állítja fel, melynél a zsigereknek chronikus alkohol-mérgezés folytán beálló működési zavara a szervi ingereket és a belőlük folyó érzéseket s ezzel az egyén affectív életét annyira megváltoztatja, hogy a belőle származó depressív színezetű érzés az öngyilkosság impulsusát váltja ki. Az iszákos öngyilkosságában hiányzik a tervszerűség és megfontolás, de jellemzi az impulsív cselekvés és a szervi elváltozásokkal való szoros összefüggés. Társadalmi tényezőktől kevésbé függő, mint más öngyilkosság. Leginkább még a kornak van befolyása, a mennyiben a szervi zavarok az élet derekán leg-

erősebben hatnak a lelki életre s azért az alkoholos öngyilkosság e korban gyakori.

A dipsomaniának kitűnő és teljesen kimerítő monographiáját nyújtotta Gaupp. Mondandóit bőven illusztrálja saját és mások észlelteivel. Csatlakozik Kraepelin és Aschaffenburg nézetéhez, hogy a dipsomania az epilepsia körképéhez tartozik, a psychikus epilepsia alakja. Ezek szerint az időszakos hangulatzavarokhoz tartozik, melyek az epilepsia lényeges tünetei. A chronikus alkoholismustól csak az esetben nehéz megkülönböztetni, ha a dipsomaniás iszákossá válik. És mint az alkohollal való visszaélés az epilepsia bármely tünetét kiválthatja, ép úgy dipsomaniát is okozhat.

Hebold és Brak kísérleti úton akarták megállapítani az autointoxicatio szerepét epilepsiánál. Erre epilepsiásoktól roham előtt, közben és után vett vért és vizeletet használtak. Ezt kísérleti állatokba oltották különböző körülmények között. Oltottak mesterséges jagyvelő sérüléssel bíró, alkohollal bőven táplált szülőkötől származó állatokat. Az eredmény teljesen negatív, tipikus epilepsiát nem bírtak előidézni.

Mairet és Ardin-Delteil azt találták, hogy az epilepsia átszármazik az utódokra és az ezeknél fellépő elmebajok mindig az epilepsián alapulók. Az epilepsia öröklés útján sohasem vált ki másforma elmebaj.

Senilis epilepsiáról értekezik Redlich, mialatt a 60 éven túl jelentkező epilepsiát érti. Ezeknél természetesen az öröklésnek vajmi kis szereplést tulajdoníthat, annál nagyobb az alkoholismusk, koponyasérülésnek, luesnek és főképen az endoarteritisnek. A szívbaj okozta epilepsiát nem tartja valószínűnek, a mit Schlesinger is megerősít hozzá. Szólásában, ki szívbajos epilepsia után kutatott és epilepsiásoknál viszont a szívet kísérte figyelemmel.

(Folytatása következik.)

### Könyvismertetés.

Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre. Theil I. Umgearbeitet und in erweiterter Form herausgegeben in Gemeinschaft mit Dr. A. Kollmann von Dr. F. M. Oberländer. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1901.

Az előtűnk fekvő könyvnek születését megelőző története már czimlapján olvasható: De Keersmaecker és Verhoogen megírták francziául, Forchheimer lefordította németre, Oberländer és Kollmann, a modern urethroszkopia ezen dioscurjai kibővítették és kiadták.

E munka odisszeját Oberländer késedelmezése okozta, ki a chronikus gonorrhoea urethroszkopikus alapon felépült kór- és gyógytanának összefoglalását mindeddig elmulasztotta.

Ez pedig nem a kérdés fontosságának alábecsülésén mult, sőt az urethroszkopiai leletek kiszínezésében, az így nyert képeknek histologiai kimagyarázásában, ezekből a tünettanra való visszafokoztatásokban és a gyógybeavatkozások sokszorosításában inkább sok történt mint kevés.

A sokban volt sok felesleges, a magyarázatokban sok volt a hypothetikus és még több az erőltetett és az egész végső eredményben mégis a chronikus gonorrhoea kór- és gyógytanának óriási haladása.

E kérdés mai állásának képét nyújtja e könyv két nagy szakaszra oszolva, nyolcz fejezetben.

Az első szakasz fejezetei: 1. a húgyeső bonczana, 2. a gonococcus, 3. a heveny húgyesőkór kórbonczana; a második szakasz az idült húgyesőkór kórisméjét tárgyalja, különös tekintettel a húgyesőtükrözésre, következő fejezetekben: 5. a váladék, 6. az érzési zavarok, 7. nézés (inspectio), tapintás (palpatio), sonda és urethrometer, 8. a húgyesőtükrözés, a) műszerek és azok technikája, b) az ép mellső húgyeső tükrözése, c) a mellső húgyeső tükrözése chronikus gonorrhoeánál, számos alfejezetben tárgyalva, d) az ép és kóros hátsó húgyeső tükrözése, e) a végleg gyógyult, már nem fertőző idült gonorrhoeikus húgyesőlob endoscopus alkatja és végül f) az urethritis papillomatosa.

A könyv ezen tagolása, a főfejezeteknek ezen címzei is már képet adnak azon részletességről, a melylyel a kérdés tárgyalva van, ezen részletekre ismertetőleg és kritikailag e helyütt kiterjeszkedni azonban lehetetlen.

E könyvnek bármily bő ismertetése a benne felhalmozott adatoknak képét nem adhatja, e könyvet nem átolvasni, de tanulmányozni kell. Alapvető jellege nélkülözhetetlen kézikönyvvé avatja mindenki számára, ki a húgyszervi bántalmak gyógykezelésével szakszerűen foglalkozik.

Ráskai dr.

Lubarsch: Arbeiten aus der pathologisch-anatomischen Abtheilung des königl. hygienischen Institutes zu Posen. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1901.

A Virchow 80. születésnapja ünnepére készült, közel háromszáz lapra terjedő kötet egy nem egyetemi városban felállított új tudományos intézet egyik osztályának alig két esztendő munkálkodásáról számol be, s mint ilyen újabb tanujelet adja a németek szorgalmának és tudásvágyának. Az első terjedelmes cikk Lubarsch tollából az intézet keletkezésének történetét, az intézet berendezését, feladatait és működését ismerteti, majd a rövid fennállása óta is már körülbelül 800 bonczolás eredményeit ismerteti jól áttekinthető csoportosításban. Messze vezetne, ha a könyvben foglalt, javarésben kórbonczatni érdekű dolgozatokat csak röviden is ismertetni akarnánk; némelyikről lapszemle rovatunkban bővebben szándékozunk megemlíkezni. Jelen alkalmattal csak az egyes dolgozatok címét soroljuk fel. Larass adatokkal szolgál



a melanotikus újképletek ismeretéhez; *Stieda* a méh psammocarcinómájáról értekezik; *Trespe* a hátulsó bárzsíngfal csillószőrös hámcystájának egy esetét ismerteti; *Rosenstein* a mellékesék kórtanához szolgáltat adatokat; *Lubarsch* és *Mayr* a gümöbaccilus csoportjába tartozó mikro-organismusként határozza meg a béka szervezetére fejtegetik; *Pollack* a metaplasia-kérdésre vonatkozó vizsgálatairól számol be, kiterjeszkedve az epithel-metaplasziára és a kötőszövetmetaplasziára; ugyanezen a metaplasia-kérdésről ír *Lubarsch* is, különös tekintettel jelentőségére a daganatképződés tanában; *Jeremias* az ependyma kórbonecztanára vonatkozó adatokat ismerteti (az ependyma gümöbaccilja, az ependyma fibromái, ependymitis granularis); *Trespe* az endocardium elsődleges daganatának esetét közli (myxhaemangio-endothelioma pigmentosum); *Linck* a lysol-mérgezés ismeretéhez szolgáltat adatokat és végül *Jäckle* a lipomák chemiáját ismerteti. A mint látjuk, a kötet tartalma nagyon változatos, a benne foglaltak nem egy tekintetben haladást jeleznek eddigi ismereteinkben. A munka kiállítása, úgy-szintén a szöveg között levő rajzok, valamint a mellékelt színes tábla kifogástalanok.

**Neuburger und Pagel: Handbuch der Geschichte der Medizin.** Jena, Verlag von Gustav Fischer.

A néhai *Puschmann* tanár által kezdeményezett, *Neuburger* és *Pagel* szakavatott szerkesztése mellett megindított nagy orvos-történelmi kézikönyv kiadása, melyről az első füzet megjelenésekor már említett tettünk, gyorsan halad előre. A munka, a mennyire azt az eddig megjelent részekből, valamint a kiváló munkatársak névsorából következtetni lehet, csakugyan hűzágpótló lesz. Az eddig kibocsátott négy terjedelmes, összesen 704 nagy oldalra terjedő füzetben már befejezést nyert az ó-kori orvostan története, melynek megírásában *Bartels*, *Scheube*, *Oefele*, *Preuss*, *Bloch*, *Fuchs* működtek közre. A középkor orvostörténelmének tárgyalását *Pagel*, *Höfer*, *Bloch*, *Schutz* cikkei nyitják meg. A munka első kötete nemcsak befejezést nyer s akkor bővebben emlékezzünk meg majd tartalmáról. Jelen soroknak csak az a célja, hogy újlag felhívjuk az érdekes és tanulságos munkára orvostársaink figyelmét.

### Lapszemle.

**Pankreon** név alatt az aacheni „Rhenania“-gyár újabbban a savanyú gyomornedvnek ellentálló készítményt hozott forgalomba, a melyet olyan eseteknél ajánl, ahol a gyomor működése tetemesen csökkent és sósav nincs jelen. Ezen készítmény egy barnás-vöröses, vízben és savakban oldhatatlan, csak alkoholban oldódó, nem kellemetlen ízű por; felhőtteknek 3×0.5 gm. adható belőle éves után közvetlenül vagy az evés alatt. *Loeb* ezen készítményt, a mely sósav jelenléte nélkül is hat, ha a gyomortartalom a bő szájnyalaképváltozás miatt gyengén alji vegyhatású, másrészt az emésztést hathatósan elősegíteni képes, hogyha a vékonybelekbe jut, achylia gastrica 13 eseténél, hol a szer hatékonyságának feltételei legjobban vannak megadva, jó hatással alkalmazta. 9 esetben a táplálkozásban lényeges javulás állott be, 2 javult, 2-nél az állapot változatlan maradt. (Münch. m. Wochenschrift. 1901. 31. sz.)

*Torday Árpád dr.*

A vizeletben támadó oxalsavas lecsapódásokról ír *G. Klemperer*. A bélcsatornába kerülő oxalsav nagy részét a baktériumok bontják fel, míg a nedvkeringésbe kerülő oxalsav változatlanul megy át a vizeletbe. Az enyv, fehérje, glycooll befecskendezése az oxalsavas mészsók kicsapódását fokozza, úgy-szintén a glycocholsav. A vizeletet csak úgy lehetne oxalsavmentessé tenni, ha oxalsavat és kreatinint nem tartalmazó táplálékot vennénk magunkhoz. Ez azonban egyrésztől lehetetlen, de fölösleges is, mert oxalsavat oldó anyagokkal rendelkezünk. Ilyen a *Moddermann* által ajánlott kettedsavas phosphat és a magnesia, utóbbi *Klemperer* szerint e tekintetben kiváló figyelmet érdemel. A tej, tojás, tea, cacao és sok más mészből gazdag, magnesiában szegény gyümölcsféle vese-kövekben szenvedőknek nem ajánlandó, inkább a leguminosák, zsir, kenyér, tésztaemlék, körte és alma. A kellemük és a laboda sok meszet és oxalt tartalmaznak. Az alkoholikáknak és a kávénak fogyasztása e szempontból nem képez ellenjavallatot. Belső szerek közül a keserűs említendő, mint a mely szer a vizelet magnesiátartalmának tetemes növelése által a vizelet oxalsavat oldó képességét fokozza. A keserűs keserűvíz alakjában is bevitethető a szervezetbe. (Berliner klin. Wochenschrift. 1902. 1. sz.)

*Torday Árpád dr.*

### Börkórtan.

A Röntgen-sugarak hatásáról az ép és kóros bőrre nagyszabású kísérleteket végzett *Neisser* klinikáján *Scholtz*. Tapasztalatai szerint a röntgenezésnél az egyedül ható tényezőt a Röntgensugarak képezik. A hatás nemcsak a sugarak be-, hanem kilépési helyén is nyilvánul. A Röntgensugarak bactericid hatása nagyon csekély. Szerző ezután felsorolja azon eseteket, melyekben a Röntgen-sugarakat gyógyítás céljából használta. *Lupus vulgaris* súlyos, a rendes kezelési eljárásokkal daczoló eseteiben erőteljes röntgenéssel aránylag jó eredmény érhető el; a kosmetikai eredmény is kielégítő. Könnyű lupus-esetek, inkább felület-esomókkal, enyhe röntgenéssel teljesen meggyógyíthatók. *Lupus erythematosus*nál erőteljes röntgenéssel jó eredmény érhető el, csak hogy hónapok múlva recidiva állott be. A hajzatos fejbőr és a szakáll betegségei közül *favus*nál nem látott eredményt; syccosis és folliculitis barbae enyhébb eseteiben végleges eredmény érhető el, az inveterált esetekben azonban gyakoriak a recidivák. *Acne vulgaris*nál újabb acne-esomók keletkezését a röntgenezés nem képes meggátolni. *Eczemánál*, különösen makkas esetekben, mint kisegítő eljárás egyéb kezelésmódok mellett

haszonnal alkalmazható. Szerző jó eredményeket látott *psoriasis vulgaris*-nál, és javulást észlelt *pruritis vulvae*-nél, valamint *lichen chronicus* (Vidal)-nál. A *carcinomára* úgy látszik szintén jó hatással van (*Sjögern* tapasztalatai mutatják, hogy a Röntgen-sugarak epitheliománál sikerrel alkalmazhatók). *Naevusokat* nem távolít el véglegesen. A *hypertrichosist* illetőleg azt hiszi szerző, hogy következetes intermitáló röntgenéssel végleges eredmény érhető el. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 59. kötet.) *Sellei dr.*

Az arcz állandó hyperidrosisának esetét közli *Ruggiero*. A hyperidrosist sem a környező levegő hőmérséke, sem az izommozgások nem befolyásolták *Ruggiero* szerint a vérnyomás és az idegrendszer direct és indirect befolyása alatt fejlődött, mit *Bernard*, *Renzoni*, *Luchsinger*, *Biedl*, *Weiss* és *Kaposi* esetei is bizonyítanak. *Kaposi* az izzadátszabályozó centrumot a nyultvelőbe és az agyvelőbe helyezi. Minthogy esetében szerző a trigeminus területén látta a megbetegedés fellépését, hajlandó a laesiot a gerincevelő nyaki részének elülső szarvaiba helyezni. A laesio természetét illetőleg szerző molecularis elváltozásokra gondol. (Centralbl. f. die Grenzgebiete der Mediz. u. Chir. 1902, 121. l.) *Póbr.*

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Galandiére elhajtására** már *Rademacher* használta volt a cuprum oxydatum nigrumot és *Hager* is ajánlotta nagy gyógyszerészeti munkájában. Az utóbbi időben azonban már nem használták s azért *Dörr*, a ki nagyon jó eredménnyel használja, indokoltan tartja, hogy felhívja a figyelmet mint biztosan ható és teljesen ártalmatlan szerre. Következőképpen rendelendő: Rp. Cupr. oxyd. nigr. 6.0; Calcar. carbon. 2.0; Bol. alb. laevig. 12.0; Glycerini qu. s. ut. fiant. pil. No. 120. Naponként 4-szer 2—2 labdacot. Savanyú ételek kerülendők. A labdacotok használatának beszüntetése után egy adag ricinus-olaj veendő; gyermekeknek csak 2-szer adunk naponként 2—2 labdacot. (Die Therapie der Gegenwart, 1901. november.)

**Diabetes insipidus** eseteiben *Niesser* jó eredménnyel használja az amlyenhydratot 1 gramm adagokban 3—6-szor naponként; ezen kezelés mellett különösen a polyuria és a polydipsia kedvező befolyásolását észlelte. Minthogy a szer kellemetlen szagú és íze égető, a torokban is néha égető érzést kelt, legjobb capsulákban adni. (Nouv. remède, 1901.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat.** 1902. 13. szám. *Fejér Gyula*: Szemészeti közlemények. *Sidlauer Armin*: A Botalli ütérés vezeték nyitvamaradásáról. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak. *Szana Sándor*: A nagy csecsemő-halandóság s az ellene való harc.

**Magyar orvosok lapja.** 1902. 13. szám. *Wohl Mór*: A kezdődő húgycsőszűkület korai felismerése. *Marberger Sándor*: Panaritiumok és azok kezelése.

**Orvosok lapja.** 1902. 12. szám. *Plesch János*: A tüdővész tünetei-nek gyógyszeres kezelése 13. szám. *Sellei József*: Adatok a Kaposi-féle granuloma kórtanához. *Lukács Hugó*: Az imbecillisek járulékos elme-zavarai. *Bíró Gyula*: Szokatlan tünetekkel lefolyt tuberculosis meningum esete. *Rottenbiller Ödön*: Adatok a gümös, úgynevezett hideg tályogok fejlődéséhez. *Plesch János*: A tüdővész tünetei-nek gyógyszeres kezelése.

**Wiener klinische Wochenschrift.** 1902. 13. szám. *Frisch*: 400 hólyagkőműtét. *Rusch*: A rhinophyma műteti kezelése. *Wechsberg*: A bactericid immunserumok hatása. *Philipowicz*: Ismétlődő méhen kívüli terhesség. *Spiegel*: Önműködő injectiós fecskendő.

**Wiener medizinische Wochenschrift.** 1902. 13. szám. *Mannaberg*: Megjegyzések némely alhasi bántalom kórsimájáról illetőleg. *Engelmann*: A dongaláb modelláló redressment-jének technikája. *Kohn*: A védhimlőoltás aseptikus végzése. *Kapellusch*: A cocainanalgesia. *Clemm*: Az eperendszer betegségeinek prophylaxisa és belorvoslása. *Hammer-schlag*: A csecsnnyújtvány heveny megbetegedései és sebészeti kezeléseik.

**Wiener medizinische Presse.** 1902. 13. szám. *Redlich*: Psychosik neurastheniásoknál. *Kucera*: Bőractinomyosis esete. *Kornfeld*: Adatok a gümökről kérdéséhez.

**Berliner klinische Wochenschrift.** 1902. 13. szám. *Brieger*: Kelet-afrikai nyilmérgek. *Schild*: Egy új arsenkészítmény (atoxyl) és használata a bőrgyógyászatban. *Joseph és Piorkowski*: Adat a syphilis-bacillusk tanához. *Buttersack*: A légzés és a vérkeringés mechanikai mellékhatásai. *Rosenheim*: Az oesophagus tágulata anatómiai stenosis nélkül. *Reinert*: Liebermeister.

**Deutsche medicinische Wochenschrift.** 1902. 13. szám. *Hirschberg*: Szokatlan hályogműtét. *Schirmer*: A pupillák vizsgálatának methodikája. *Herwig*: A rákdaganatok oka. *Grote*: A valódi szivhatárok meghatározása. *Lunz*: Nagy agy-psammoma esete. *Oppenheim*: Adat a meteorismus leküzdéséhez.

**Gazette hebdomadaire.** 1902. 25. szám. *Tansini*: A varrás arany fonállal és néhány új műszer a lágyéksérv gyökeres műtéténél. 26. sz. *Merklen és Decaux*: Szerzett hydrocephalia gastro-enteritis után.

**Le progrès médical.** 1902. 13. szám. *Tillaux*: A tibia submalleolaris transversalis törése. *Regnier és Didsbury*: Új mód a fogak érzéketlenségre villamossággal.

**La semaine médicale.** 1902. 13. szám. *Lejars*: A subphrenikus zona genyedei.



**Journal médical de Bruxelles**, 1902. 13. szám. *Coppez*: A hályog műtévése. *Hannecart*: Sebészeti jegyzetek. *Meige*: Az infantilismus.

**British medical journal**, 1902. március 29. *W. Whitehead*: Lymphagiektasia esetei a bőr és bőr alatti szövetek rendkívüli túltengésével. *Cuthbert S. Wallace*: Adatok a prostata-túltengés kezeléséhez és kórboncztanához. *Ch. Roberts*: A prostata-túltengés gyökere orvoslása a prostata kiirtásával. *A. E. Barker*: Szénhidrátok bőr alá fecskendezése kimerítő betegségekben. *H. E. Bruce-Porter*: Haematemesis súlyos esetének gyógyulása sóoldat intravenosus befecskendezése után. *J. B. Christopherson*: Hólyagfekélynek cystotomia suprapubica útján meggyógyított esete. *E. Hurry Fenwick*: Cystoscopia suprapubica. *C. W. Smeeton*: Heveny felszálló hűdés. *H. R. Mansell*: Koraszülött csecsemő életben maradása. *T. D. Patmore*: Mindkét kulcsont egyidejű törése. *R. Jardine*: Insertio valamentosa. *R. Main*: A láz kezelése. *Faulder White*: Otitis suppurativa okozta temporalis megbetegedés mindkét oldalon.

### Hetiszemle és vegyesegek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatás szerint az 1902-dik év 12. hetében (1902. március 16-dikától március 22-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Élve született 495 gyermek, elhalt 317 egyén, a születések tehát 178-al múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 33.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21.5, az egy éven felüli lakosságnál: 17.3 az öt éven felüli lakosságnál: 14.7 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 6, angina diphtheritica 4, pertussis 0, morbilli 6, scarlatina 7, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 25, apoplexia 7, eclampsia 11, szervi szívhaj 21, pneumonia 33, pleuritis 3, pneum. catarrh. 9, bronchitis 9, tuberculosus pulmonum 66, enteritis 10, carcinoma 11, ezek közül méhrák 3, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 9, veseléletlet gyengeség 18, paedatrophia 2, marasmus senilis 5, erős szaksos halálokat 11, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 8, bal eset 2, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3124 beteg, szaporodás e héten 922, csökkenés 919, maradt e hét végén 3127 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi március 12-dikétől március 19-dikéig terjedő 11. 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 32 (29), diphtheria, croup 27 (29) hagymáz (typhus) 2 (4), kanyaró (morbilli) 212 (274), trachoma 1 (7), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza 0 (0), hőkhurut (pertussis) 19 (25), orbanék (erysipelas) 10 (13), gyermekági láz (febr. puerp.) 1, (0) járv. fültőmirigy 21 (0), ezenfelül varicella 33 (23).

+ **Kinevezés.** *Holländer Hugó* dr. fővárosi orvost a belügyminis-terium közegészségügyi osztályánál bakteriologiai szaksegédde, *Goldberger Miksa* miskolczi pályorvost államvasúti orvosi tanácsadóvá nevezték ki. Tiszteletbeli főorvosokká nevezték ki Trencsén vármegye főispánja *Martiny Kálmán* dr. trencsén közpórházi igazgató orvost, *Pattantyus A. Márton* dr. illavai országos fegyintézet orvost és a trencsénmegyei főokszövetség elnökét, *Budek János* dr. gyakorló orvost, *Katzer Vilmos* dr., *Hammer Schmidt Alajos* dr., *Freund Miksa* dr. járás-orvosokat és *Mrát Frigyes* dr. körorvost. A belügyminis-ter Gspann Károly dr. körorvost az apahidai, *Peis Mór* dr. járásorvost a dévényi anyakönyvi kerületbe anyakönyvvezetővé nevezte ki.

— **Donáth Gyula** dr. az „Elektrotherapia különös tekintettel az idegbántalmakra“ című tanból képesített egyetemi magántanár tanítási jogosítványának „Az idegkór- és gyógytan“ egész körére történt ki-terjesztését a közoktatásügyi minis-ter jóváhagyta és a nevezettet ezen új minőségében megerősítette.

☒ **Kormánybiztosok az orvosdoktori szigorlatokhoz.** A buda-pesti egyetem orvoskarán tartandó doktori szigorlatokhoz kormánybiz-tosokul a belügyminis-ter *Chyzer Kornél* dr. minis-teri tanácsost és *Raisz Gedeon* dr. minis-teri osztálytanácsost nevezte ki.

A **buda-pesti Fogorvosok Egylete** f. é. március 12-dikén tartotta évi közgyűlését. Az egyesület több újonnan belépő taggal megerősödve, elhatározta, hogy ezentúl főképp a kari érdekek előmoz-dításának szenteli munkásságát. Mindenekelőtt pedig a legfontosabb ügy, a fogtechnika végleges rendezését tűzte napirendre. Ezen ügy érdekében, mely a legsürgetőbb s halasztása az egész karra egyaránt megszügyenítő volna, a legszélesebb körű actiot indította meg. Magas helyről jött kezdeményezésre memorandumot dolgoztak ki, melyet *Grosz Sándor* dr. és *Körmöczy Zoltán* dr. javaslata szerint alakítva meg, a kerületi orvos-társaságokhoz, majd az orvosszövetséghez küldenek hozzájárulás czéljából, hogy azután a kormányhoz terjeszszék törvénybe iktatás végett az ipartörvény revisiojánál. Főhajaik a következők: 1. A fogtechnikai iparengedélynek képesítéshez való kötése. 2. A fogtechnikusoknak fog-orvosok által való ellenőriztetése. 3. A visszaeső kuruzslásnak szabad-ságvesztéssel, sőt iparengedély megvonásával való sújtása. 4. Fog-technikus beteg egyáltalán ne fogadhasson. A memorandum objektive tárgyalja a fogorvosok sérelmeit, melyeket megszívlelni és melyeknek sanálásában nekik segíteni igazán kötelessége minden collegialis érületű kartársnak. A memorandumon kívül felhívást intéznek körlevél útján a kartársokhoz, melyben az egyesületbe való belépésre szólítják fel őket. Évi tagdíj 2 k. Deputatio fogja a minis-ternek a memorandumot átadni. *Major Ferencz* dr. orsz. képviselőt felkéri ügyüknek a parlamentben való pártolására. Végül a választást ejtették meg, melynek eredménye a

következő: Elnök: *Grosz Sándor* dr., társelnök: *Vajna Vilmos* dr., titkár: *Grünstein Adolf* dr., ellenőr: *László Mór* dr., pénztáros: *Zöldyomi Adolf* dr., jegyző: *Körmöczy Zoltán* dr.

Az **osztrák birodalmi gyűléshez** a galicziai, bukovinai és sziléziai orvosok önszegélyző egyesülete petitiót terjesztett be, melyben az orvosok „kötelező“ életbiztosításának törvényben való kimondását kéri. E petitió a következő irányelveken épül: 1. Biztosításra köteleztessék minden 50 éven aluli orvos. Kivételt csak a hivatalos állásban levő orvosok képeznek, kik ugyanis állásuknál fogva nyugdíjképesek. 2. A biztosítás a X. rangosztályban levő állami hivatalnokokkal legyen egyenértékű vagyis 2400 korona (özevedy 960 korona és egy-egy gyermek után évi 240 korona nevelési pótlék), fentartva a biztosított orvos abbéli jogát, hogy megfelelő praemium befizetés esetén magasabb rangosztályba jusson. 3. A kötelező biztosítás az orvosi gyakorlatl kezdődik: a már gyakorló orvosokra 2 évre a törvény jogerőre való emelkedése után. 4. A biztosítási díjak 35 éven át fizetendők. 5. Öt évi befizetés után biztosított betegségre tarthat igényt, mely legfeljebb 6 óra terjedhet. A rokkantsági járadék az agkori járadéknak 40%-a legyen, mely rokkantsági járadék évente 2%-kal emelkedik. 6. E czél-ból az osztrák orvosok cs. kir. nyugdíjintézménye létesítendő, melynek pénzfőirásai: a) a tagok befizetései; b) vénybélyegek után befolyó jövedelem; c) azon intézetek adományai, hol orvosok nyugdíj nélkül alkalmazvák (az orvos évi fizetésének 30%-a fordítandó e czélra); d) az állam járuléka.

— A **buda-pesti orvosi kör** március havi ülésén *Rákosi Béla* dr. elnöklété alatt *Áldor Lajos* dr. tartott előadást: Az epékőbántalom belső gyógyításáról. Hozzászóltak *Kövesi Mór* dr., *Schwarz Arthur* dr. és *Erényi Ernő* dr.

— A **törvénysszéki orvosi bizottság** tagjaiul a következő három évre a m. kir. igazságügyminis-ter *Bókay Árpád* dr., *Kézmarszky Tica-dar* dr., *Liebermann Leo* dr. és *Pertik Ottó* dr. buda-pesti tud.-egyetemi, *Lőte József* dr. és *Udránszky László* dr. kolozsvári *Ferencz József* tud.-egyetemi tanárokat, továbbá *Thuróczy Károly* dr. Nyitra megye fő-orvosát, *Nordk Andre* dr. ungvári közpórházi igazgató főorvost és *Zöldy Imre* dr. békésmegyei tisztifőorvost nevezte ki.

† **Elhunyt:** *Bund Árpád* dr., az aradi közpórház alorvosa.

✓ **Első leánykiházásitási egyet m. sz. március 25-dikén tartotta XXXIX. rendes közgyűlését** a tagok élénk részvétele mellett ezen intézet, melynek fokozatos emelkedése évről-évre észlelhető.

A mint a fontosabb mérlegtelekekből és a jelentésből kitűnik, az 1901-dik kezelési év, dacára az általános uralkodó kedvezőtlen gazdasági viszonyoknak, úgy tekintettel a tagok gyarapodására, valamint pénzügyi tekintetben eredményesnek mutatkozik. Új beiratkozás volt 13,359 jutalékrész. Nászjutalék fejében kifizettetett: 930,265-21 k. A díjtartalék 1,568,981 koronával növeltetett és immár 6,939,367-79 koro-nára rúg. A többi alapszabályszerű czimeknek (Nászjutalék felemelési tartalék, külön tartalék, hivatalnoki nyugdíjalap stb.) 168,720-48 k. utaltatott át. A díjbevétel: 2166,496-81 k. a kamat és a házberjövedelem 308,021-90 k. mutat ki. A mérleg 7,874,335-14 vagyonállományt állapít meg, mely következő főtételekben nyeri fedezetét: Értékpapírok szelvény kamatokkal (koronajáradék, fővárosi kölcsön és 41/20%-os elsőrendű záloglevelek) 3,392,054-66, takarékbetétek: 2,054,025-12 k., intézeti házak: 15,108-40 k., leírás után 1,495,741-20 k., kötvénykölesönök: 320,736-96 k., nyugdíjalap takarékbetét: 83,500-41 k., díjhátralék: 428,869-54 k., készpénzkészlet: 91,407-25 korona.

A jelentés és mérleg helyesléssel tudomásul vétetett és *Krisztin-kovics Béla* és *Braun Fülöp* dr. ügyvéd úrak indítványára az összigaz-gatóságnak köszönet és elismerés szavaztatik.

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

A pesti izr. hitközség kórházának **Röntgen-labo-ratoriumában** 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.



**Szt.-Lukácsfürdő**

gyógyfürdő

Buda-pestben.

**Nagy kénes iszapfürdő**, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmede-nceiben az ásványvíz naponként négyszer megújul, **lokalis iszapborogtatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-türedők. Kitűnő 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: Budapesti kir. orvosegyesület. (XI. rendes ülés 1902. márczius 22-dikén.) 247. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes ülés 1902. márczius 22-dikén.)

Elnök: Klug Nándor. Jegyző: Wenhardt János.

(Vége.)

**Rottenbiller Ödön:** A kettős látás magyarázatára nézve elégséges a jodismus is. Nemesak az irodalom utal erre, de egy betegénél is a jodkalium mindig kettős látást okozott. Idiosinkrasia esetében pedig, ha a beteget fürösztetni van módunkban, nem kell lemondani a jodkaliumról, mert egyidejű fürösztés mellett jól elviselik a nagyobb adagot is. Így járt el egy beteggel, ki a jód említésére is már jodismust kapott.

**Wenhardt János:** Ezen eset kapcsán bátorodik a figyelmet felhívni egy szerre, a melylyel a jodismus befolyása megrövidíthető. A müncheni hygieniai intézetben egy japáni collega, *Rintaro Mori* dr. pontos kísérletekkel kiderítette, hogy az alkohol a jodnak a vesék révén való kiválasztását elősegíti. Ezen kísérletek eredményeiből, a melyek a mennyire tudom, még nem találták meg a kellő utat a gyakorlatba, két következtetést lehet levonni. Először, hogy alkohollal a jodismus ideje megrövidíthető, másodsor, hogy midőn jodot adunk betegnek, hacsak jodismus tünetei nem mutatkoznak, az alkohol élvezetét betiltuk.

**Liebermann Leó** azt hiszi, hogy nem tiszta jodismustünetek lehetnek a betegnél jelen, hanem mert egyidejűleg sublimátot is kapott, ez és a jodkali a szervezetben higanyjodidot képezett, a mely ezen tüneteket előidézte. A mint ismeretes, higanykészítményekkel egyidejűleg adott jodkalium higanyjodidot képez, a mely erősen maró hatású. Figyelmet érdemel, hogy a higany nagyon sokáig (évekig is) kimutatható egyes szervekben.

**Tóthgyi Elemér:** A beteg előbb higanyt nem kapott és hosszú ideig csak jodkaliummal élt és ez okozta a tüneteket. Csak később kapott sublimát-injectiókat, de akkor már régen nem szedett jodot. Silex 1896-ban írt le esetet, melyben orbitabeli kötőszövetgyulladás kettős látást okozott. Ezen analógiára fekteti a kettős látás magyarázatát, úgy gondolván, hogy a jód a kötőszövet gyuladást idézte elő.

A mi a fürdőket illeti, nem kísérletezett ilyen irányban, mert rögtön elhagyta a jodot.

## Rákos gyomor teljes kiirtásának újabb esete.

**Herczel Manó:** K. Matild 43 éves nevelőnő 2 év óta érez gyomrában étkezés után nyomó fájdalmakat, melyek különösen húsétek felvétele után fokozódnak. Két ízben kávéaljszerű, nagy tömegeket hányt; különben hányása nem volt. Az utóbbi időben rohamosan fogy. Ösztályára való feleltel alkalmával a gyomor tájékán 1 1/2 ökölnyi, dudoros, tömött tapintatú, jól mozgatható daganatot konstatait, mely a közep-vonalban a köldökmagasságig ér, jobboldalt a parasternal vonalig a máj felé húzódik, de ettől határozottan elkülöníthető, míg baloldalt a bordái alatt eltűnik. Légzési mozgásokat a daganat nem követ. A két heti kórházi megfigyelés alatt a tumor nyomásra rendkívül érzékeny és fájdalmas lett, mozgékonyaságából veszített, úgy, hogy mivel egyúttal hőemelkedések is mutatkoztak, perigastritis folytán a peritoneum parietalevel való összenövést kellett kórismézine. A gyomor vizsgálata kimutatta, hogy pylorus-stenosis valószínűleg nincsen jelen, a gyomor nem tágult s tartalma teljesen acid. Tekintettel mindeme körülményekre, magában a gyomor falzatában székelő diffúz carcinómára — valószínűleg perigastritis, friss összenövésekkel — tette a kórismét.

A műtétet 1902. január 22-dikén végezte könnyű chloroform-aether narcosisban. A gyomorrak a falzatnak mintegy 3/4 részét panczél-szerűleg infiltrálta s elől álhártyásan összetapadt a peritoneum parietalevel. A tapadások frissek voltak és könnyen elválaszthatók. A lig. gastrocolicum és gastro-hepaticum lekötése után (miközben néhány mirigy a gyomorral együtt exstirpálva lett) kitiűnt, hogy a pylorikus rész hátul a pankreashoz rögzített. A leválasztás itt nehezen ment, de sikerült. A duodenum hátsó falán lobos infiltratio folytán a peritoneum lapjai erősen szét vannak tolva, minek folytán a duodenalis csanak elzárása Doyen szerint nehézségekbe ütközik, mert a bél elsőlyesztett csanakját nehezen lehet peritoneummal fedni.

A gyomornak 3 ujjnyi széles cardialis csomjka szintén Doyen-féle zacskóvarrattal lett elzárva s ezután a cardialis csomkot a legmagasabb vékonybélkacsával Murphy-féle gyűrűvel egyesítette.

A kiirtott gyomor nagy curvaturája 30 cm., kis curvaturája 12 cm. hosszú. A tömött, belül helyenként krátterszerűen széteső neoplasma panczél-szerűen infiltrálja a gyomornak úgy mellő, mint hátsó lapját, úgy, hogy a kiirtott praeparatumban a cardia felé csak 3—4 cm. széles, a duodenum felé pedig 2—3 cm. széles ép falzatot látunk a megfelelő nyálkahártya réteggel. A görösví lelet Genersich tanár szerint: carcinoma solidum.

A lefolyás teljesen kielégítő, csupán a 6. napon mutatkozik epe-folyás a duodenalis csanakon át, mely kisebb-nagyobb intenzitással majd négy héten át tart, és természetesen gyöngíti az amúgy is elesett

beteget. Még egy kisebb hasfali tályog is zavarja rövid időn át a gyógyulást, mely a 4. hét kezdetén már rohamosan halad előre, a mennyiben a beteg ekkor 1 1/2 liter folyadékot kívül már vagdalt húst is étvágygyal fogyaszt el. Február 20-dikán az epefolyás teljesen megszűnik, szék colikus lesz, s a beteg az ágyat elhagyhatja. Azóta közérzete teljesen kielégítő, hassebe teljesen záródott, műtét előtti nehézségei teljesen megszűntek és mivel most már jóformán teljesen normálisan étkezik, súlyban is gyarapszik és napról napra erősödik.

**Kövesi Géza:** A jelen esetben kiterjedtebb anyagesere-vizsgálatokat nem tudott végezni, de főképp egy kérdés eldöntésére tartotta az esetet alkalmasnak, és pedig azon általános nézet megdöntésére, hogy Bunge szerint a gyomornedvnek antifermentatív hatása volna. Ez a nézet semmi alappal nem bír, kivéve az in vitro végzett vizsgálatokat, de élő, betegben ezek nem igazolódtak be. Mert pl. hyperacid gyomornedvben is bőven sarjadzanak az élesztő és rothadó gombák, míg anaciditásnál, mikor semmi sósav sem választatik el, de a gyomor actív mozgása ép, bakteriumokat nem lehetett találni. Az aetherkénsav meghatározási módszert alkalmazta és 4 napon túl állandó volt ennek az összetétele, mely a physiologiai határok közt mozgott. A Schlatterer esetében sem befolyásolta a gyomor sósavának hiánya a bélrothadást. Úgy a gyomorbéli fermentatiora, mint a bélbeli rothadásra mértékadó a gyomor és bél motorikus működése, de az enzyemeknek erre befolyásuk nincs.

**Liebermann Leó:** A nélkül, hogy kétségbe vonná ezen kísérletek érdekességét (belátja azt is, hogy szükségesek), mégis kénytelen olyan felfogás ellen nyilatkozni, mely azt mondja, hogy a HCl-nak egyáltalában nem volna desinfiáló hatása. Azt hiszi, Bunge-nak és másoknak, a kik ezt vallják, igazuk van, mert lehet ugyan, hogy élesztő és rothadást okozó gombák átmehetnek tán változatlanul, ugyanez azonban nem állítható a pathogen gombákról. Emlékeztet a cholera-kísérletekre, melyeket állaton, emberen végeztek, Pettenkofer önmagán is tett ilyeket. Mikor állatot vagy embert akarunk mesterségesen inficiálni cholérával, ezt némi biztossággal csak akkor érjük el, ha a gyomorsósavat előbb pl. szódaoldattal letompítjuk. Tehát a gyomor sósavának jelentékeny desinfiáló szerepe van. Ilyen kísérleteknél opium is szükséges, a peristaltica csökkentésére, a mi igazolja Kövesi tagtárs úr felszólalásának azon részét, mely a peristaltica nagy szerepére vonatkozik.

**Áldor Lajos:** Azt hiszi, hogy Kövesi tagtárs úr azon állítása, hogy a gyomornedv sósavtartalmától a gyomorban lefolyó erjedési folyamatok teljesen függetlenek, olyan generalizált alakban, mint a hogy azt ő mondta, még nem állhat. Legyen szabad erre vonatkozólag csak annyit felemlíteni, hogy pl. tejsavas erjedést majdnem kivétel nélkül csak anacid gyomrokban látott és nagy kivétel, ha hyperacid gyomornedvben tejsavat akár csak nyomokban is kimutathatunk. Négy évvel ezelőtt végzett vizsgálataiban — Hammerschlaggal szemben — kimutatta, hogy a pepsinnek antizymotikus hatása nincs, ellenben még a kötött sósav is akadályozólag hat a tejsavas erjedésre. Hogy azonban az erjedési folyamatok létrejövésére a gyomor és belek motorikus viszonyai döntő szerepet játszanak, arra nézve Kövesi tagtársal teljesen egyetért.

**Wenhardt János:** Hogy a gyomor sósavának van-e antisepsis hatása, csak addig képezhetette vita tárgyát, míg az anchlorhydriás betegek vizeletének aetherkénsav mennyiségét más emberek vizeletének aetherkénsav mennyiségével hasonlították össze, sok egyébtől eltekintve, még azt se véve tekintetbe, hogy a táplálék különböző volt. Nézete szerint a kérdést Biernacki eldöntötte, mikor a következő kifogástalan kísérleteket végezte. Anchlorhydriás betegeket hosszabb ideig teljesen azonos viszonyok között tartott és a vizeletükben a párosult kénsavak napi mennyiségét meghatározta. A betegek a vizsgálat idejének elején és végén orvosságot nem kaptak, a középső periódusban pedig sósavat szedtek. Az eredmény az volt, hogy a sósavas időszakban a vizelet aetherkénsavainak mennyisége mindig kevesebb volt, mint mikor a betegek sósavat nem vettek be. Ebből következik, hogy a gyomor sósavának van antisepsis hatása.

**Klug Nándor:** Kövesi tagtárs abból, hogy az által megvizsgált gyomorrakbéli egyén vizeletében az aetherkénsavak nincsenek megsaporodva, következteti, hogy a gyomor sósava nem desinfiált. E tekintetben azt véli, Kövesi tagtárs észleleteiből bebizonyíthatónak mondható, hogy a műtét egyénnek jó pankreasa van, mely az evett anyagokat kellő gyorsasággal készíti elő a felszívódásra, de nem merne azokból a normális gyomornedv desinfiáló képességére következtetést vonni. Ha a pankreas jól működik, a felszívódás rendesen foly, a bél ép, akkor a bélben a rohadás valami feltűnő kifejlődésére nincsen idő.

**Kuzmik Pál:** Előadó a gyomornak megmaradt 3 ujjnyi részletébe varrta bele az előhúzott jejunum-kacsot. Tehát nem oesophago-enterostomiát, hanem gastro-enterostomiát végzett. Bemutató csodálkozik azon, hogy a beteg olyan sokat és jól eszik és ezt a jejunumkacs kitágulásának tulajdonítja. Szóló másképp magyarázza ezt: a visszamaradt 3 ujjnyi gyomortasak egyszerűen dilatálódott és ez veszi fel a nagyobb mennyiségű ételt és nem a jejunum-kacs tágulata, melynek tágulása



nincs szüksége, hanem felvesz annyit, a mennyit a maximalis tágulattal magába fel tud venni. Hogy a műtét — a magasan elhelyezett gastroenterostomosis — technikai nehézségekkel járt, elképzelhető.

**Liebermann Leó:** A Czerny által kiírtott gyomrú kutya 8 eszten-deig élt. Ekkor Ludwig lelte és a boneyolat beigazolta, hogy a gyomor teljesen ki van irtva, de a duodenum legalsó része ki volt tágalva olyan értelemben, mint ezt Herczel a béltagulatról állította.

**Herczel Manó:** Ha szülő gyomorkiirtás után fellépő vékonybéltagulatról beszélt, csak úgy tehetné, mint az az autopsiánál constatatott. Két esetet boneyoltak. Egyik a Schuchardté, ki hozzá hasonlóké 3 ujjnyi széles cardiareztletet tartott meg a gyomorból. Ennél a duodenum-reztlet akkorára tágult, hogy „kis gyomornak imponált”, 500–600 cm<sup>3</sup> ürte volt, reservoirként működött és kitágulva a gyomor funkcióját átvehette.

A műtétet úgy végezzük, hogy az oesophagus hasúri részét, mely ritkán 5–6 cm. hosszú, gyengéden lehúzzuk; ha ezenfelül még 2–3 ujjnyi részlet a gyomorból megtartható, ez nagy előny és a műtétet megkönnyíti. Mert ha az abdominalis oesophagus rész nem elég hosszú vagy cardiareztlet nem használható fel az anastomosis biztos kivitelére, akkor a műtét egyáltalán végre nem hajtható. A gyomor *cardialis szájadéka*-nak ily *kismérvű megtartása* mellett, mint az a bemutatott esetben is történt, bátran beszélhetünk *totalis kiirtásról*, mert a visszamaradt elenyésző csekély rész gyomorjellegű működése számba bizon nem jó. Esetünkben a 3 ujjnyi széles cardiarezonk a varrat folytán 2 ujjnyira zsugorodott, gyermekökölnyi kis öblöt képezett, melyről ki van zárva, hogy ez vehette volna át a gyomor funkcióját.

A műtét nem valami technikai lehetetlenség, nem mesébe tartozó, de azért ritkán fog előfordulni, mert ilyen előrehaladott állapotban a carcinoma rendszerint össze lévén kapaszkodva a környezettel, áttérjed esetleg a cardiára is, a mirigyek infiltráltak, metastasisok vannak jelen, egyszerűen már inoperabilis.

Eljárása a betegre nézve kedvező volt és ezután is így fog eljárni, azaz ha csak lehetséges lesz, a gyomor teljes kiirtásánál is mindig piciny csonkot fog a cardiából megtartani.

#### A tipikus orsócsonttörések kezelésének kérdése.

**Chudovszky Móricz:** A sebészek sokat foglalkoztak e tárggyal, részben e törések gyakorisága, részben azok sokfélesége folytán. Ennek megfelelőleg számos eljárás fejlődött ki, a melyek adatai igen eltérők. A legrégibb eljárás a tört kar felfüggesztésében áll. Ehhez csatolja *Championnière* az ő radicalis masszálással egybekötött eljárását. *Storp* a felfüggesztett végtagra a kéztőizület táján tapaszcsikokból készült kezelő-szerű kötést alkalmaz. Ezen eljárások nélkülözik azt, a mit a sebészet mai álláspontján megkívánunk, t. i. nem biztosítják a törési végék nyugalmát addigra, a míg az elsődleges csontteg kiképződik.

A különböző sinkötések közül a *Beely*, *Braatz* gipszsinje, a *Schede*-féle orsói sín, a *Bardehauer*-féle tokkészülék alkalmazásánál a törési vég helyreigazítása után a kéz orsói távolításban s tenyéri behajlításban rögzíthető. A *Carr* s a *Clover*-sinnel a kéz orsói távolításban s kézháti feszített helyzetben rögzíthető. A *Kölliker*-sinnel a kéz orsói közelítésbe és tenyéri behajlításba jut. A *Nélaton* pisztolysinnel orsói távolításban, a *Roser* kézháti sinjével tenyéri hajlításban, a *Middeldorpf* két vályús sinjével kis fokú tenyéri hajlításban rögzíthető a kéz.

A sokféle módszer azt bizonyítja, hogy az eljárások egyike sem lehet általános érvényű, mert mihelyt annak elfogadták, a tapasztalat ellene szölt.

Ily körülmények között e töréseket Röntgen-fényképek kapcsán tanulmányozta. A fényképek alapján megállapították a törés jellegét, ennek alapján a gyógyítás és utókezelés irányát. A szt. János-kórház sebészeti osztályán észlelt 21 eset kórtani elváltozásai, kezelési irányja, utókezelése és a végleges gyógyulás eredményéből a következő következtetésekre jutottak:

1. Az orsócsont úgynevezett „tipikus” törése nem létezik, a mennyiben e név gyűjtő fogalma alá vont törések különböző jellegűek.
2. Gyermekeknél az orsócsont törése gyakrabban az alsó harmadon s nem a végdarabon van.
3. Az orsócsont végdarabjának illetőleg alsó harmadának töréseinek az esetek nagyobb számában a szomszédos csontok törései vagy ficamodásai észlelhetők.
4. Csakis a Röntgen-képek segítségével tudjuk meghatározni ezen törések finomabb jellegű árnyalatait.
5. E töréseket jellegük szerint kell ellátnunk, egységes kezelési módszer teljesen hibás.
6. Az utókezelésnél ügyeljünk arra, hogy a rögzítő kötést lehetőleg korán vegyük le.

Az előadás kapcsán egy sint mutat be, a mely hivatva volna a különböző sinkötéseket helyettesíteni. A sín áll egy alkari sinből s egy tenyéri sinből, a mely a fentebb vázolt állások bármelyikében rögzíti a kezét.

**Róth Adolf:** Ezen szép előadáshoz egy adattal kíván hozzájárulni. Előadó súlyt helyez arra, hogy a mozgítás és a massage minél előbb történjen, ezt szölv egy készülékkel lehetővé tette — bár ez a kórházi és szegénypraxisban nem alkalmas —, egy készülékkel, mely a pronatiót és supinatiót lehetővé teszi. Az alkar Hessing-féle tokját két részből csinálta meg, a felső rész az alkar gömbölyű felső részét fogja körül, az alsó rész pedig úgy van szerkesztve, hogy a pronatiót és supinatiót megengedi. A beteg izületeit szabadon használja és a 16–17. napon már munkaképes.

**Lévai József:** Mint szakember egyetért az előadó következtetéseivel, de a gyakorló orvos szempontjából helyesebb az egyöntetű kezelés. Szölv a gipszsinekek való kezelést ajánlja, melyet évek óta jó sikerrel

gyakorol. A gipszsineket felgöngyölve különböző szélességben készenlétben tartja. A gipszsinekekkel készült kötés a sinkötés és fixkötés összes jó tulajdonságait egyesíti magában, amazoknak hátrányai nélkül. Egyszerűen, gyorsan elkészül, minden esethez tetszés szerint idomítható, szilárd, könnyen levehető és egyszerűen újra pontosan felilleszthető. És ebben van legfőbb előnye. A tipikus orsócsonttörések leggyakoribb szövödménye ugyanis az, hogy az izületbe hatol. Izületbe hatoló törésnél pedig csak az idejekorán és rendszeresen alkalmazott mozgítás menti meg az izületet a merevségtől. Az „Általános munkás beteg-szegélyző pénztár”-ban igen gyakori tipikus orsócsonttöréseknél rendszerint a törés napjától számítva egy hét, ha az eltoldásra való hajlam nagy, két hét múlva naponként masszíroztatja és füröszteti a sérült végtagot. Az eredmény az, hogy mire a callus megszilárdul, a beteg teljesen munkaképes.

**Aczél Károly:** Az előadó sinje a kötés alkalmával az ujjakat feszített állásban tartja, és ez az ujjak játékát gátolja, pedig ezt Kovács a közönséges sinkötéseknél is megkövetelte. Ezért azt ajánlja, hogy a sín csak a középkézig terjedjen és akkor e kívánalomnak meg fog felelni.

**Kosztka Emil** a bemutatott sint főként párbajok alkalmával tör-tendő izom- és inátmetszéseknél véli sikerrel alkalmazhatni, a mi által a seb pontos egyesülése érhető el és a karnak bennulása lesz elkerülhető.

**Chudovszky Móricz:** Az azonnali mozgítást — Lucas Championnière szerint — nem alkalmazzuk minden esetben azonnal, csak csontrepedés-nél vagy a törések beékelte volta mellett és akkor a Roth-féle készülék használható, egyéb esetekben elve szölvnek addig nem mozgattatni és masszálni, míg az elsődleges csontteg nem fejlődött ki. Lévaival szem-ben fentartja azon nézetét, hogy az orsócsont törésének egységes kezelé-sét nem tartja kivihetőnek, mert sok complicatio lehetséges. Az ese-tek nagy számában kíségit a kötés, de sok complicált esetben nem. Ha nem áll Röntgen rendelkezésre, anatómiai csipővel a fájdalmas tö-résvonal kitapintható és ehhez kell alkalmazni a sinkötést.

Az ujjmozgások sokszor, pl. apró kéztöcsonttöréseknél vagy ficamodásoknál, inkább korlátozandók.

*Elnök* köszönetet mond előadónak.

## PÁLYÁZATOK.

426/1902. sz.

A kormányzatokra bizott 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.

Nyíregyháza, 1902. évi március hó 19-dikén.

*Báró Feilitzsch.*

2-1

1797/902.

Az m.-radnai járáshoz tartozó s Maros-Szlatina, Baja és Gyulicza községekből álló m.-szlatinai körorvosi állás lemondás folytán f. évi május hó 1-jével üresedésbe jön.

A körorvos javadalmazása 1. Munk II. és fia m.-szlatinai birtokosok és gyártulajdonosok által a gyárorvosi teendőikért évi 2000 korona; 2. Gyulicza község részéről 145 korona 28 fillér; 3. M.-Szlatina község által 64 kor. 34 fillér; 4. Baja község által 76 korona 52 fillér; 5. a szabályszerű látogatási díjak, összes évi fizetés tehát 2286 kor. 14 fillér.

A választást f. évi április hó 17-dik napjának d. e. 11 órájára tűzöm ki; helyéül M.-Szlatina községet.

A pályázni kívánókat törvényeszerűleg felszerelendő pályázati kérvényeiknek a választást megelőző napig leendő benyújtására figyelmeztetem.

Mária-Radna, 1902. március hó 22-dikén.

*Incze Elek, főszolgabíró.*

Alulírott betegsegélyző pénztár a megüresedett pénztárorvosi állásra pályázatot hirdet. Javadalmazása: évi fizetése 2000 korona, mely utólagos havi részletekben folyósítatik, az egyáltal betöltendő körorvosi tisztség évi fizetése 360 korona, a kézi gyógyszertár évi jövedelme körülbelül 600 korona, az állami anyakönyv vezetésért 160 korona s végül a magánpraxisból járó néhány száz korona. Kivánatos 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.

Egyéb üresedésben levő állások.

| Lejárati | Állás      | Hely                     | Fizetés               | Czím                                |
|----------|------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Ápr. 10. | k. alo.    | Kisküküllővár.           | 1000 k., lak., élelm. | Pálffyfszb., Sz. Keresztúr          |
| 20.      | körorvos   | Pánczélesek              | 1200 k.               | Szomody fszb., Csáki-gorbon         |
| 22.      | „          | Szepes-Ófalu (13 közs.)  | 1800 k.               | Mattyasovszky fszb., Szepes-Ófalu   |
| 25.      | „          | Hadad (Szilágy)          | 2000 k.               | Kiss fszb., Szilágy-Cseh            |
| 25.      | „          | Ruszkabánya (10 község)  | 1000 k.               | Ruden György főbíró, Karánsebes     |
| 25.      | „          | Nándorhegy (8 k.)        | 1000 k.               | Pálffy fszb., Székely-Keresztúr     |
| 30.      | „          | Szentgyházas-Oláhfalú    | 1200 k., lakás        | Demeter fszb., Székely-Udvarhely    |
| 30.      | „          | Etéd (Udvarhelym.) 12 k. | 1250 k.               | Pálffy Jenő fszb., Székelykeresztúr |
| 30.      | közs. orv. | Daróc                    | 1200 k., lakás        | Benedek fszb., Oklánd               |
| 30.      | p. orvos   | M.-Szlatina              | 2360 k.               | Munk fűrészgár, b.-p.ig             |
| Máj. 1.  | o. orv.    | Komjáth                  | 600 k. és jár.        | Igazgatóság Komjáth                 |



**Uradałmi orvos.**

Nagyméltóságú Báro 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.

Az uradalmi orvosi állás az eddigi gyakorlat szerint a körorvosi állással egyesítve van.

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, Nyitra megye intézendők, mely azonban ez állás betöltésénél, szabad elhatározását fentartja.

3-2

**HIRDETÉSEK.**



**Lápfürdők a házban.**

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

**LÁPSO LÁPLUG**

száraz kivonat folyékony kivonat

tekecsokban à 1 kg. üvegekben à 2 kilo.

Főraktár:

**ÉDESKUTY L.**

ásványvíznagykereskedő,

— cs. és kir. udvari szállító —

**BUDAPESTEN.**

**Dr. Fries-féle magán-gyógyintézet**

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

**INZERSDORF** Bécs mellett.

Ismét kapható a salgótarjáni

**Weisenbacher-féle Cognac!**

Ezen 1899-dik évben csődbe jutott máris oly kiváló hírű cognac összes nagy készletét megvették Hankus Imre salgótarjáni és Cservenyák 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 árúkkal, 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 gyógyszerházakban.

Budapesti főraktár:

**Lux Mihály droguistánál Muzeum-körút 7.**

**BUTOR** készpénzért v. részletfizetésre legjutányosabb áron

**EHRENTREU és FUCHS**

testvéreknél

**BUDAPEST, VI., Teréz-körút 8.**

Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

**JÉKEL LÁSZLÓ DR.**

min. eng. nyilv. oltó intézete Nagy-Károlyban.

A m. kir. honvédség és államvasutak egyezm. szállítója.

100 egyénre kipróbált oltó anyag 6 korona. Hitel meg- egyezés szerint.

Vegyészeti gyár

Dr. Fritz és Dr. Sachsse

**ALBOFERIN**

WIEN, I,

Bauernmarkt 14

egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömegesen

90-14% fehérny, 0-68% vas, 0-324% phosphor.

**Alboferin-por, Alboferin-tabletták hozzátétel nélkül, Alboferin-chocolate-tabletták.**

Alboferin klinikai és magánorvosok által használtatik kitűnő sikerrel: Anaemia, sápkór, rhachitis, scrophulosis, neurasthenia, étvágytalanság, emésztési zavarok, gümőkór, vérvettség, vesebajok, reconvalescens és szoptatós nőknél.

Alboferin serkenti az étvágyat, gyarapítja a testsúlyt, erősíti az idegeket. — Bakteriummentes, határtalanig eltartható.

Az orvos uraknak minták és irodalom ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

**Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.**

**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.

**SYRHYPOPHOSPHIT.COMP.D<sup>e</sup> EGGER**

ndie atiói: Anæmia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszerházban.

**MERAN „Villa Hungaria“**

Sanatoriumszerűleg vezetett villák tüdőbetegek számára. Fekvőcsarnokok.

Állandó orvosi felügyelet.

**Dr. GARA, Dr. ROTH-SCHULZ.**

**Rohitsch-Sauerbrunn**

országos gyógyintézet

**STÁJERORSZÁGBAN.**

Vasuti állomások:

**Pöltschach** (déli vasút)

és

**Krapina** (m. kir. államvasút).

**Fürdőidény: május 1-től októberig.**

228 méter magasán a tenger színe felett, enyhe subalpin klíma, elragadó fekvés, gyönyörű hegyes vidéken, terjedelmes erdők között.

Glaubersós szénsavas források (Styria- és Tempel-forrás) elismert elsőrangú gyógyvizek az emésztő szervek megbetegedései ellen.

Kényelmes, elegáns és igen olcsó tartózkodási hely.

Fürdő-orvosok: Benczenci Dr. GÁMÁN BÉLA,

Dr. HOISEL JÓZSEF és Dr. SIMONITSCH JÓZSEF.



**Dr. Brehmer Tüdőbeteg-Gyógyintézete** Görbersdorf  
Szléziában.  
Téli és nyári kúrák ugyanolyan sikerrel.  
Főorvos: Dr. Petri, titkos tanácsos, dr. Brehmer volt segédje.  
Prospectusokat díjmentesen küld a gondnokság.

A budapesti  
„**Stefánia**“-gyermekkorház laboratóriumában  
mindennemű gőresői, vegyi, bakteriologiai és szövettani vizsgálatot végez; anyagvételhez utasítást és alkalmas edényt kívánatra postafordultával küld **dr. Preisich Kornél** rendelőorvos, laboratóriumfőnök. Cím: „Stefánia“-gyermekkorházi laboratórium.

Verwaltung der kgl. Mineralbäder  
Kissingen u. Bocklet

**Kissinger**  
**Rakoczy**

NATÜRLICHES  
MINERALWASSER

Mindenütt kapható. Leírások és vegyelemzések ingyen és bérmentve küldetnek. Orvosoknak külön árkedvezmények. Minták ingyen.  
Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet  
Friedrich Hessing.

## TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértófolás, fejfájás, étvágyhiány, epé-, gyomor- és bélbajok.  
Nékiülzhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemű drasztikus alkotórészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csak a tropikus Tamar gyümölcséből van készíve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.  
A **Tamar Indien Grillon** Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanácsok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

**TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.  
Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

## MATTONI ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Idény április 1-től október 15-ig.

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

Rendelő fürdőorvos: Dr. Polgár Emil.

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

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

**Vereinigte Chininfabriken**  
**ZIMMER & CO., FRANKFURT A. M.**

**EUCHININ**  
keserű ízű megfeszített chinin.

**SALOCHININ**  
Antipyreticum.

**EUNATROL**  
Cholagogum.

**VALIDOL**  
Analeptic., Antihysterie.,  
Stomachicum.

**EUPYRIN**  
Antipyreticum.

**RHEUMATIN**  
Antirheumaticum.

**FORTOIN**  
Antidiarrhoicum.

**UROSIN**  
köszvény és húgysav-  
diathesis ellen.

**DYMAL**

antiseptikus sebhintőpor.

Minták, irodalom és egyéb részletek rendelkezésre állanak.

Egyéb különlegességek: Chinin, chinin-gyöngyök, cocain, caffen, kivonatok, jódkészítmények stb.

**Anämin**  
EISENPEPSIN-  
SACCHARAT-  
**LIEBE**

0.2% vas, mint ferrisaccharatum.

Eltartható! Jó ízű!

**Gyomornyomást nem okoz!**

**Székszorulás nincs!**

(még hosszabb használat után sem.)

Bőséges vasfelvétel mellett fokozott étvágy, ennélfogva **kitűnő közérzet és testsúlygyarapodás.**  
**Dyspepsiák, idült gyomorbajok, vérvesztések és gyengeségi állapotok** minden fájánál kiváló hatású.

**Liebe's Sagrada-Wein**

**Liebe-féle Sagrada-tabletták** (chokoládéval bevonva).

Kellemesen, biztosan és enyhén ható emésztési szer.

Minták és orvosi irodalom ingyen.

**J. Paul Liebe.**



**Tetschen a. E.**

A budapesti poliklinika berendezett vegyi, gőresői és bakteriologia

## ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

**Dr. VAS BERNÁT** a laboratórium vezetője.

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

**Wessely István és Társa**

műszerészek

Budapest, IV., Múzeum-körút 37. sz.

megkezdik tíz éves tapasztalataik alapján tökéletesített műszereik ismertetését.

**Ruttner perfekt Pravaz-**

fecskendője sohasem mondja fel a szolgálatot, pontosan kalibrált, kifűzhető platintűvel 8 koronába kerül.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Illyés Géza és Kövesi Géza: Közlemény a budapesti királyi magyar tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár) és az I. számú belgyógyászati klinikáról (igazgató: Korányi Frigyes dr., egyetemi ny. r. tanár). A vese hígítóképességéről a functionalis diagnostica szolgálatában. 249. lap.

Pándy Kálmán: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóródájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A tabes dorsalis keletkezése. 252. lap.

Klug Nándor: Az enzimekről. 254. lap.

Tárca. Palotai Andor: Berlini levél. 256. lap.

Közegészségügy. Az országos közegészségügyi tanács működése 1901-ben. 256. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Reuter Camillo: Az elmekórban haladása. 257. lap. — Könyvismertetés. Sticker: Die Entwicklung der ärztlichen Kunst in der Behandlung der hitzigen Lungenentzündungen. 258. lap. — Bourget et Roux: La gastroenterostomie. (Pólya Jenő.) 258. lap. — Le Dentu:

Le cancer du sein. (Pólya Jenő.) 258. lap. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Allan Macfadyen és Sidney Rowland: A typhus-bacillus intracelluláris hatóanyagai. — Sebészet. Pfannenstiel: A májnak egy óriási haemangioma. (Pólya Jenő.) — Eiselsberg: Az uranoplastica technikája. (Pólya Jenő.) — Húgyszervi betegségek. Stern: A húgyantisepticumok értéke. (Rákai.) — Kisebb közlemények az orvosi gyakorlatra. Lindner: Glycosolvol. — Lerner: Fersan. — Mátrai: Az Egger-féle hypophosphit-szörp. — Folyóiratok átnézete. 258—259. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az országos közegészségügyi egyesület. — Szigorlati kormányképviselők. — Új orvostársaság. — Oklevél-bemutató. — A budapesti orvosok kör. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — Kézmárcsly tanár szülészeti poliklinikája. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A szabadkai önkéntes tűzoltó-egyesület mentő- és fertőtlenítő osztálya. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Elhunyt. — Bromopan. 246. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. 247. lap.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti királyi magyar tudományegyetem I. számú sebészeti klinikájáról (igazgató: Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár) és az I. számú belgyógyászati klinikáról (igazgató: Korányi Frigyes dr., egyetemi ny. r. tanár).

A vese hígítóképességéről a functionalis diagnostica szolgálatában.

Illyés Géza és Kövesi Géza dr.-októl.

(Vége.)

IV. I. Katalin, 28 éves. Felvételt 1901. április 15-dikén. Egy év előtt jobboldali lágyéksérvet kapott, mely miatt 1901. április 23-dikén herniotomia végeztetett.

Általános splachnoptosis áll fenn; jobb vese megnagyobbodott és dislocált; bal vese alsó polusa is tapintható.

Herniotomia óta vizelési zavarok állanak fenn, esti hőemelkedések; tompa fájdalmak a jobb vesetájon; a klinikai tartózkodás alatt két ízben vérvizelés. Vaginalis vizsgálatnál a jobb ureter mint kisujvastagságú, tömött, fájdalmas köteg tapintható.

$\delta = 0.57$ .

Vizeletvizsgálat: napi mennyiség 1100 cm<sup>3</sup>, fajsúly: 1.017; genyet tartalmaz. Üledékben genysejtek, vesehám. Uretercatheterismus április 20-dikén.

Jobb  
Mennyiség: 188 cm<sup>3</sup>  
Fajsúly: 1.021

$\delta = 1.56$

Na Cl = 0.97%

N = 0.65%

Czukor = 0.5%

Bal

Mennyiség: 10 cm<sup>3</sup>

$\delta = 0.47$

Na Cl = 0.44%

N = 0.7%

Czukorpróba negatív

A hígítási kísérletnél a beteg több ízben hányt, a folyadékfelvétel is szabálytalan időközökben ment végbe s mintegy másfél órára terjeszkedett ki.

| Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | $\delta$ | Idő:                          |
|----------------------------------|----------|-------------------------------|
| 96                               | 1.05     | 1/25—5 Ezen idő alatt         |
| 40                               | 1.18     | 5—6 8 cm <sup>3</sup> vizelet |
| 98                               | 1.04     | 6—7 ürült ki                  |
| 94                               | 0.46     | 7—8                           |

Kórisme: Pyelonephritis lat. sinistra.

V. E. Árminné, 48 éves. Felvételt 1901. május 8-dikán. Öt év előtt heves görcsös jellegű jobb vesetáji fájdalmak; két év előtt vette észre vizeletének zavarodását mictiozavarok nélkül. Két év óta fájdalmak nem jelentkeztek, azonban a vizelet állandóan zavaros volt. Nyolcz hét előtt a has jobb felében daganatot vett észre.

Jobb vese tetemesen megnagyobbodott, lefelé leterjed a köldök magasságáig, mellfelé harántujjnyival meghaladja a bimbóvonalat; eléggé mozgékony, egyenetlen felületű, nyomásra érzékeny.  $\delta = 0.56$ .

Vizeletvizsgálat: napi mennyiség 1000 cm<sup>3</sup>; fajsúly 1.018, bő genyes üledékkel. Az üledékben számos, nagyobb csoportokban elhelyeződött genysejt s laphám.

Uretercatheterismus június 12-dikén, vizeletgyűjtés délelőtt 8 órától 10 óráig.

Jobb  
Ezen idő alatt  
néhány csepp geny  
ürül ki.

Bal  
Mennyiség: 160 cm<sup>3</sup>  
Fajsúly: 1.010  
 $\delta = 0.84$   
Na Cl = 0.72%  
N = 0.5%  
Czukor = 1.0%



Higitási kísérlet  $\frac{1}{2}11$  órakor:

| Idő                                        | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    |
|--------------------------------------------|----------------------------------|------|
| $\frac{3}{4}11-\frac{1}{4}12$ Ezen idő     | 40                               | 0.57 |
| $\frac{1}{4}12-\frac{3}{4}12$              | 214                              | 0.26 |
| $\frac{3}{4}12-\frac{1}{4}1$ alatt váladék | 300                              | 0.12 |
| $\frac{1}{4}1-\frac{3}{4}1$                | 246                              | 0.11 |
| $\frac{3}{4}1-\frac{1}{4}2$ nem ürül       | 366                              | 0.11 |

Kórisme: *Pyonephrosis lat. dextri.*

Junius 13-dikán Dollinger tanár nephrostomiát végzett, második klinikai tartózkodása alkalmával pedig november 5-dikén másodlagos nephrectomiát kedvező eredménnyel.

VI. B. Anna, 30 éves. Felvétetett 1901. május 25-dikén.

Hat év óta diffúz fájdalmak a hasban; három év előtt petefészektümlők távolítottak el; ezen idő óta jobb hasfelében mozgékony daganatot vett észre. Jobb vese jelentékenyen dislocált, a bal is tapintható.

Vizeletvizsgálat: napi mennyiség 1400 cm<sup>3</sup>; fajsúly 1.015, geny kimutatható. Üledékben genysejtek mérsékelt számban.

$\delta = 0.57$ .

Uretercatheterismus május 30-dikán s a vizelet gyűjtve este 6 órától reggel 8 óráig.

| Jobb                           | Bal                            |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Mennyiség: 298 cm <sup>3</sup> | Mennyiség: 262 cm <sup>3</sup> |
| Fajsúly: 1.016                 | Fajsúly: 1.012                 |
| A = 1.32                       | A = 1.02                       |
| Na Cl = 1.15%                  | Na Cl = 0.75%                  |
| N = 0.68%                      | N = 0.7%                       |
| Genypróba pozitív              | Genypróba pozitív              |

Higitási kísérlet  $\frac{1}{2}11$  órakor:

| Idő                           | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    |
|-------------------------------|----------------------------------|------|----------------------------------|------|
| $\frac{1}{2}11-\frac{1}{4}12$ | 10                               | 1.02 | 20                               | 0.99 |
| $\frac{1}{4}12-\frac{3}{4}12$ | 220                              | 0.19 | 228                              | 0.16 |
| $\frac{3}{4}12-\frac{1}{4}1$  | 236                              | 0.15 | 191                              | 0.12 |
| $\frac{1}{4}1-\frac{3}{4}1$   | 126                              | 0.14 | 120                              | 0.14 |
| $\frac{3}{4}1-\frac{1}{4}2$   | 136                              | 0.26 | 120                              | 0.27 |

Kórisme: *Ren migrans l. d. Pyelitis lat. utriusque. Stenosis recti.*

VII. R. Szaniszlóné, 35 éves. Felvétetett 1901. április 10-dikén.

Félév óta vizeleti zavarok állanak fenn, ezen idő óta a vizelet zavaros. Négy év előtt daganatot vett észre a jobb bordaív alatt.

A jobb kules feletti, valamint a tövis feletti árokban tompult kopogtatási hang nyerhető, ugyanitt a kilégzés igen érdes és megnyúlt.

A jobb regio hypogastrica-ban tumor tapintható, melynek alsó polusa a légzési szünetben a köldök magasságáig, mellfelé pedig a bimbóvonalig terjed s bimanualisan az ágyéki tájon jól kitapintható. Felülete sima, feszes, homályos hullámzás.

$\delta = 0.56$ .

Vizeletvizsgálat: napi mennyiség 1600 cm<sup>3</sup>, fajsúly 1.019, bőven tartalmaz genyet. Az üledékben számos genysejt. Tuberculosis-bacillusok nem mutathatók ki.

Uretercatheterismus április 20-dikán; vizelet gyűjtése délelőtt 11 órától  $\frac{1}{2}1$  óráig.

| Jobb                           | Bal                           |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Mennyiség: 150 cm <sup>3</sup> | Mennyiség: 30 cm <sup>3</sup> |
| Fajsúly: 1.014                 | Fajsúly: 1.012                |
| A = 1.63                       | A = 0.49                      |
| Na Cl = 1.22%                  | Na Cl = 0.2%                  |
| N = 0.96%                      | N = 0.8%                      |
| Czukur = 0.6%                  | Czukurpróba negatív           |

Higitási kísérlet 4 órakor.

| Idő               | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A       |
|-------------------|----------------------------------|------|----------------------------------|---------|
| 4- $\frac{1}{2}5$ | 310                              | 0.26 | —                                | átlagos |
| $\frac{1}{2}5-5$  | 320                              | 0.08 | 10                               | érték   |
| 5-6               | 365                              | 0.27 | 8                                | 0.34    |
| 6-7               | 140                              | 0.56 | 8                                |         |

Kórisme: *Pyonephrosis lat. sinistri.*

Dollinger tanár május 11-dikén nephrostomiát végzett. A jelentékenyen megnagyobbodott bal vese genyzsákká alakult át, a melyből egy dió- s több mogyorónagyságú kő távolítottatott el.

VIII. R. Márton, 38 éves. Felvétetett 1901. június 21.-én.

1894. év szeptemberében a vizelettel lencsenagyságú kő távozott, melyet igen heves, a bal hasfélben fellépett fájdalmas roham előzött meg. Ezen időtől kezdve szabálytalan időközökben 1-2 órai göresös fájdalomrohamok jelentkeztek, a melyek folyamán több apró concrementum távolodott. 1898. évben egy babnyi kő ürült ki, s azóta fájdalma nem volt. 1900. év őszén első ízben lépett fel haematuria, mely több napi időközökben ismétlődött június haváig. A vizelet vérmentes volt 6 hét előttig, a midőn is a vérvezelés újból fellépett s ez időtől a vizelet állandóan rózsaszínű. Heves testmozgások után a bal hasfélben tompa fájdalom mutatkozik.

Anaemiás egyén. Resistencia sehol sem tapintható.

$\delta = 0.57$ .

Vizeletvizsgálat: napi mennyiség: 2000 cm<sup>3</sup>; fajsúly: 1.019; a szűrt vizeletben is fehérje mutatható ki. Üledékben gyéren genysejtek s vesehám.

Uretercatheterismus június 22-dikén; vizelet gyűjtve déli 12-től délután  $\frac{1}{2}2$ -ig.

| Jobb                           | Bal                           |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Mennyiség: 176 cm <sup>3</sup> | Mennyiség: 80 cm <sup>3</sup> |
| Fajsúly: 1.011                 | Fajsúly: 1.004                |
| A = 1.16                       | A = 0.79                      |
| Na Cl = 0.83%                  | Na Cl = 0.65%                 |
| N = 0.75%                      | N = 0.53%                     |
| Czukur = 1.08%                 | Czukurpróba negatív           |

Higitási kísérlet  $\frac{1}{2}4$ -kor.

| Idő                         | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    |
|-----------------------------|----------------------------------|------|----------------------------------|------|
| $\frac{1}{4}4-\frac{3}{4}4$ | 84                               | 0.94 | 30                               | 0.71 |
| $\frac{3}{4}4-\frac{1}{4}5$ | 350                              | 0.34 | 70                               | 0.62 |
| $\frac{1}{4}5-\frac{3}{4}5$ | 174                              | 0.31 | 60                               | 0.61 |
| $\frac{3}{4}5-\frac{1}{4}6$ | 80                               | 0.36 | 26                               | 0.60 |
| $\frac{1}{4}6-\frac{3}{4}6$ | 90                               | 0.40 | 32                               | 0.65 |
| $\frac{3}{4}6-\frac{1}{4}7$ | 70                               | 0.52 | 20                               | 0.60 |

Kórisme: *Pyelonephritis calculosa lat. sin.*

IX. Sch. Mór, 22 éves. Felvétetett 1901. szeptember 26.-án.

Többszöri tüdőlob ment előre; 16 éves korában haemoptoije volt. 19 éves korában újabb pleuro-pneumonia kíséretében lépett fel a vizelet zavarodása, a melyhez fájdalmak is társultak a jobb vesetájon. Egy év óta az állandó fájdalmak miatt munkaképtelen. Julius hóban mictiozavarok is jelentkeztek.

A vizsgálatnál semminemű rendellenesség sem mutatható ki, csakis érzékenység a jobb hypochondriumban.

$\delta = 0.55$ .

Vizeletvizsgálat: napi mennyiség 1900 cm<sup>3</sup>; fajsúly 1.017; bőven tartalmaz genyet. Üledékben genysejtek, elvértve egy-egy vörös vérsejt. Tuberculosis-bacillusok nem voltak kimutathatók.

Uretercatheterismus október 14-dikén; vizeletgyűjtés dél-előtt  $\frac{3}{4}9$ -tól  $\frac{1}{2}11$ -ig.

| Jobb                          | Bal                            |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Mennyiség: 40 cm <sup>3</sup> | Mennyiség: 170 cm <sup>3</sup> |
| A = 0.59                      | A = 0.82                       |
| Czukurpróba negatív           | Czukur = 0.9%                  |

Higitási kísérlet  $\frac{1}{4}12$ -kor:

| Idő                | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | A    |
|--------------------|----------------------------------|------|----------------------------------|------|
| $\frac{1}{2}12-12$ | 65                               | 0.35 | 358                              | 0.23 |
| 12- $\frac{1}{2}1$ | 30                               | 0.37 | 360                              | 0.15 |
| $\frac{1}{2}1-1$   | 36                               | 0.35 | 354                              | 0.14 |
| 1- $\frac{1}{2}2$  | 18                               | 0.38 | 85                               | 0.32 |
| $\frac{1}{2}2-2$   | 18                               | 0.38 | 64                               | 0.46 |

Kórisme: *Pyelonephrosis lat. dextri.*

Dollinger tanár október 19-dikén nephrostomiát végzett. A jobb vese perinephritis fibrosa folytán a hashártyához van odanőve s hátsó felületén több kamrájú, genynyel telt üreg volt, mely megnyitott.

X. G. J., 21 éves. Felvétetett 1901. október 8-dikán



1900 februárjában fájdalomtalan vérvizelés több napi tartam-  
mal; ez év május havában görcsös jellegű fájdalmas rohamok lép-  
tek fel a bal vesetájon; mictiozavarok.

Anaemiás fiatal egyén, azonban a vizsgálatnál semminemű  
rendellenesség sem mutatható ki.

Uretercatheterismus október 14. dikhén; vizelet gyűjtve délelőtt  
10 órától 12 óráig.

| Jobb                                                  | Bal                           |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Mennyiség: 52 cm <sup>3</sup>                         | Mennyiség: 60 cm <sup>3</sup> |
| Fajsúly: 1.008                                        | Fajsúly: 1.010                |
| $\Delta = 0.39$                                       | $\Delta = 1.02$               |
| Genytartalmú, tuberculosi-<br>bacillusok kimutathatók |                               |

Higitási kísérlet 12 órakor:

| Idő    | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | $\Delta$ | Mennyiség cm <sup>3</sup> -ekben | $\Delta$ |
|--------|----------------------------------|----------|----------------------------------|----------|
| 1/21—1 | 200                              | 0.33     | 620                              | 0.42     |
| 1—1/22 | 110                              | 0.30     | 200                              | 0.09     |
| 1/22—2 | 30                               | 0.34     | 66                               | 0.43     |
| 2—1/23 | 20                               | 0.37     | 40                               | 0.70     |

Kórisme: *Pyelonephritis lat. dextri et cystitis tuberculosa.*

\* \* \*

Kövesi és Róth-Schulz már fentebb említett dolgozatukban  
a vízkiválasztás zavarait általánosságban, parenchymás és inter-  
stitialis veseloboknál részletesen leírták.

Jelen vizsgálatainknál azonban nemcsak a higitóképesség  
csökkenésének kimutatására szorítkoztunk, hanem az egyes vesék  
működési képességének megítélésére a diuresis lefolyását, a ki-  
ürített vizelet mennyiségét mindkét oldalon és a molekuláris  
töménységét vettük számba. S hogy mily következtetések von-  
hatók a specialis vízkiválasztó működés vizsgálatából a vesemunka  
nagyságára a sebészi vesebántalmaknál, az legkifejezettebben tűnik  
ki, ha az erre vonatkozó vizsgálati eredményeket az egyes esetek-  
nél vesszük szemügyre.

Mindenekelőtt azonban vizsgálatainknál egy körülményt kell  
kiemelnünk, melyet egyikünk (Illyés) a „Monatsberichte für Uro-  
logie“ című folyóirat 1901. XI. füzetében ki is fejezett, s mely az  
uretercatheterismus híveinél is némi megütközést kelthetne, bár  
nézetünk szerint alaptalanul. Az uretercatheterismus ellenesei  
részéről kezdetben hangoztatott veszélyes következmények, melyek  
túlnyomóan elméleti okoskodáson alapultak, alaptalanoknak bizo-  
nyultak; a gyakorlat az uretercatheterismus javára döntött s  
mindazonáltal az uretercatheter hosszabb fekvéshagyásától óva  
intenek. Ez ellen azon érvelnek, hogy egy eljárás elé,  
mely technikai nehézségek folytán csak nehezen szerezhetett pol-  
gárjogot a gyakorlatban, ne gördítsünk újabb nehézségeket; bár  
nem látjuk az okokat, hogy az uretercatheterismus miért lenne ez  
által megnehezítve; a catheter maga sem okoz a betegnek nagyobb  
kellemetlenségeket. Azon körülménynek teljes tudatában vagyunk,  
hogy eljárásunk ellen még egy nyomós érv merülhet fel, t. i. a  
fertőzés veszélyének ez úton való fokozása; e kérdés elméleti fej-  
tegetések alapján nem dönthető el, csakis, ha bizonyító tények  
forognak fenn, a melyekről be is számolhatunk. Azon számos  
esetben, a melyekben uretercatheterismust ily módon végeztünk  
(Illyés: Uretercatheterismus a vesediagnostica egy pár újabb mód-  
szerének szolgálatában. Orvosi Hetilap, 1901. — Illyés: Ureter-  
catheterismus és radiographia. Orvosi Hetilap, 1901.), egy ízben  
sem tapasztaltunk, gondos kivétel mellett, valamelyes káros követ-  
kezményt, még kevésbé fertőzést.

Természetszerűleg a higitó eljárás kivitele csakis a catheter  
hosszabb fekvéshagyása mellett eszközölhető; azonban ezen eljárás  
további előnyei is fel akarjuk hívni a figyelmet, bár túlnyomóan  
elméleti alapon nyugosznak. Tagadhatlan, hogy a catheter be-  
vezetése az ureterbe, még inkább a vesemedenczébe számba-  
veendő mechanikai izgalmat okoz, s hogy ezen körülménynek mily  
jelentős befolyása van a vesék működésére, mi sem bizonyítja  
jobb, mint a köbécélődéseknél észlelhető úgynevezett „reflec-  
torikus anuria“.

Ennélfogva az uretercatheter gátló befolyást fejthet ki, sőt  
extrem esetekben uretergörcsöt idézhet elő, főként a nyálkahártya

lobos állapotánál, a mi által a vesék elválasztó működésének meg-  
ítélése téves lesz s könnyen vezethet egyszersmind diagnostikai  
balfogásokra is. Bár az itt felsorolt kifogásokat mindeddig nem  
támogathatjuk kísérleti vizsgálatokkal, mindazonáltal azon véle-  
ményen vagyunk, hogy az uretercatheter hosszabb fekvéshagyása  
után a vesékre gyakorolt izgalom csökken s az ily módon nyert  
eredmények mindennemű hibaforrás fenforgását kizárják. Az el-  
járás ez által nem lesz sem szövevényesebb, sem pedig veszé-  
lyesebb.

A higitási kísérletek eredményeit véve figyelembe, esetein-  
ket két főcsoportra osztjuk: 1. a melyeknél az egyik vese el-  
választó működése teljesen fel van függesztve; 2. a melyeknél  
csak a vízelválasztó működés csökkenése észlelhető; az elsőbe  
sorozható az I., II., III., IV. és V.; a másodikba pedig a VI.,  
VII., VIII., IX. és X. eset.

Az I. esetben a bal vese tetemes folyadékfelvételre sem  
reagált, míg a jobb vese functionalis tekintetben épnek mutat-  
kozott. Minthogy a higitás egy órán belül lépett fel, 2 1/2 órai  
tartammal, a vizelet fagyáspontsúlyedése 1.75 volt s a phloridzin-  
glycosuria foka szintén egészséges vesére engedett következtetni:  
mindazonáltal Dollinger tanár a bal vese eltávolítását nem végezte,  
mivel a jobb vese váladékában, bár csak csekély mennyiségben,  
geny volt kimutatható és a vér fagyáspontsúlyedése ( $\delta = 0.61$ )  
veseelégtelenség fenforgására utalt. Habár az uretercatheterismus  
ez esetben a jobb vese megbetegedését jelezte, azon nagy horderejű  
kérdés eldöntetlen maradt, hogy vajjon a kóros folyamat a vese-  
parenchymára is áttért-e?

Az eszközölt vizeletvizsgálatok alapján ez nem volt feltételez-  
hető és csak a vér fagyáspontsúlyedésének rendellenes értéke  
döntött ellenkező értelemben. Semmi kétséget sem szenved, hogy  
a sebészek egy része mindazonáltal a nephrectomiától nem riadt  
volna vissza, azonban eddigi tapasztalataink alapján a műtéti  
eljárást nem javasolhattuk.

A II. eset a bal vesének higitási képtelenségén kívül annyi-  
ban érdemel figyelmet, hogy a fagyáspontsúlyedésnek és a phlori-  
dzin glycosuriának értékei a jobb vese vizeletében eltérő magya-  
rázatra adnak alkalmat. A százalékos cukorérték a rendesnek  
megfelelő, ellenben a fagyáspontsúlyedés értéke rendellenesen  
alacsony; ezen vese hiányos működésére utal a higitás beálltának  
elhúzódása is, a mennyiben a folyadékfelvétel után csak 2 óra  
mulva lépett fel (rendesen már az első órában mutatkozik),  
továbbá a genytartalom s a vér fagyáspontsúlyedése is retentíot  
jelzett. Ezen körülmények ellenjavallották a nephrectomiát.

A III. és V. esetben a higitási eljárás eredményei teljes  
összhangzásban vannak a kryoskopia és a phloridzin eljárás eredmé-  
nyeivel. A mint már jeleztük, bizonyos jelentőséggel bír a higitás  
beálltának az időpontja is; egy órán belül a folyadékfelvétel után  
egészséges veséknél megindul a híg vizelet kiürítése s ezen időn  
túli megkésése a hiányos veseműködés gyanúját ébreszti fel. Ezen  
esetek e szempontból normalis viszonyokat tüntetnek fel az egyik  
vesénél és a teljes vízelválasztó képesség egyrészről a vizelet  
mennyiségének felszaporodásában, másrészről pedig a molekuláris  
töménység csökkenésében nyilvánul. A IV. eset annyiban kivételes,  
mivel a folyadékfelvétel megszakítást szenvedett, mindazonáltal a  
jobb vese higitóképessége nyilvánvaló.

A higitási eljárás értékének elbírálására azon eseteket kell  
behatóan szemügyre venni, a melyeknél a vesék vízkiválasztó  
működése egy oldalon sincs teljesen felfüggesztve és a melyeknél  
továbbá a két vese higitóképessége között fennálló különbség a  
vesemunka nagyságának, ha nem is exact, azonban megközelítő  
meghatározását lehetővé teszi.

Az eljárás értékének megítélésére igen alkalmasnak mutat-  
kozik a VI. eset. Az uretercatheteren át nyert vizelet qualitativ  
vizsgálata kétoldali vesemegbetegedés látszatát keltette fel, mivel  
mindkét vese váladékában geny volt kimutatható. A higitási eljá-  
rás eredménye meggyőzött bennünket arról, hogy a vesék víze-  
lválasztó képessége éppenséggel nem hiányos s ez alapon a kór-  
ismét kétoldali pyelitisben állapítottuk meg. Azon ellenmondás  
merülhet fel, hogy ezen körülmény nem kétségtelen bizonyíték a  
veseparenchyma épségére vonatkozólag, mert azon lehetőség fenforog-  
hat, hogy a veseszövet kóros, azonban a még ép részletek veszik  
át a működést; ezen felvétel a jelen esetben nem igen valószínű,



mivel ekkor a kétoldali higitás fokában némi különbségek mutatkoztak volna, s a vér fagyáspontsúlyedése sem szolgáltatott volna rendes értéket. Azon nagyfóntosságú kérdés korai megfejtése, hogy vajon valamely kóros folyamat a vese szövetére is áttért-e, bármely functionalis vesevizsgálati módszer használhatóságának határain kívül esik.

A VII. esetben a nagy mértékben megzavart vízkiválasztás a baloldali veseparenchyma súlyos bántalmazottságára utal a jobb vese functionalis épsége mellett, bár az ezen oldali vizsgálati eredményekben némi ellentétesség észlelhető. A vizelet, valamint a vér fagyáspontsúlyedése, a higitási kísérlet rendes értékeket szolgáltatott, ellenben a phloridzinpróba oly czukorértéket szolgáltatott, a melyet *Casper* és *Richter* a legtöbb esetben kórosan csökkentnek tekintenek. Ezen már több ízben észlelt aránytalanság a kryoskopia és a phloridzinpróba eredményei között megerősít bennünket azon felvételben, a melynek egyikünk (Kövesi) a budapesti kir. orvosegyesületben e kérdés körül felmerült vitában kifejezést is adott, hogy a phloridzinglykosuria specifikus átjárhatósági próba, s nem tekinthető a vesemunka mértékének.

Ezzel azonban nem jár együtt, hogy az eljárásnak ne volna gyakorlati értéke, mivel a czukorvizelés módosulásai bizonyos mértékig a vesemunka megítélésénél értékesíthetők. Az egyes vesék működési képességének meghatározása a sebészi vesebántalmaknál oly kiváló jelentőségű, hogy kötelességünkké teszi az összes ez idő szerint rendelkezésünkre álló vizsgálatok megejtését, hogy ily módon lehetőleg mindennemű hibaforrást kizárva vonhassunk következtetést a vesemunka nagyságára; mivel minden kétséget kizáró, egyértelmű eljárás felett még nem rendelkezünk.

A higitóképesség különbségei a két vese között a VIII. esetben igen kifejezetten. A viszonylag állandó niveauju elválasztás csökkent baloldali veseműködésre utal. A phloridzinpróba negatív eredménye a bal vese mélyreható bántalmazottságára látszott utalni, ennek azonban határozottan ellentmond a higitási kísérlet, mivel a bal vese vízelválasztó képessége habár csak részben is megtartott, a mely körülmény működésképes veseszövet jelenlétére engedett következtetni. Hasonló eredményeket szolgáltatott a vizsgálatok a IX. és X. esetben is.

A felsorolt esetek tárgyalásánál már reámutattunk azon ellentétekre, melyek a különböző functionalis eljárások eredményei között fennállanak.

Már ezen körülmény jogosulttá tesz minden törekvést, mely a használatos módszerek tökéletesítésére, kibővítésére irányul s a midőn a higitási eljárást a már leírt módon javaslatba hozzuk, úgy ezzel főként azt célozzuk, hogy a veseműködés nagyságának megítélésére physiologiai ingert alkalmazzunk, másrészt a higitási eljárás ellen nem lehet érvelni azzal, hogy szintén csak permeabilitási próba, minthogy nem szenved kétséget, hogy a vízkiválasztást specifikus sejtműködés végzi. Hogy összehasonlítható eredmények legyenek nyerhetők, feltétlenül szükséges, hogy az eljárás egyöntetű legyen, t. i. minden esetben egyenlő mennyiségű folyadékot kell alkalmazni a Kövesi és Roth-Schulz és az általunk előírt szempontok pontos mérlegelésével.

1. Az egyes vesék működési nagyságának helyes megítéléséhez szükséges a vizelet külön felfogása ureterecatheterek hosszabb fekvéshagyása útján.

2. A higitási eljárás alkalmazásával a functionalis vesediagnosztika további kiegészítést nyert, mely annál jogosultabb, mivel egyértelmű eljárás mindeddig nincsen alkalmazásban.

3. A higitási eljárás eredményeit sebészi vesebántalmaknál a következőkben foglalhatjuk össze.

Hiányos veseműködésre utal;

a) a higitás beálltának késése;

b) az ugyanazon idő alatt mindkét oldalt elválasztott vizelet mennyiségében mutatkozó különbség;

c) a molecularis töménység relatív állandósága, mely nagyobb folyadékfelvétel útján sem befolyásolható s a fagyáspontsúlyedésnek csak csekély megváltozásában nyilvánul.

Végül legmélyebb köszönetünket fejezzük ki igen tisztelt főnökeinknek, *Korányi Frigyes* és *Dollinger Gyula* egyetemi tanáruraknak a beteganyag készséges átengedéseért.

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

### A tabes dorsalis keletkezése.

Irta: *Pándy Kálmán* dr. kórházi főorvos B.-Gyulán.

(Folytatás.)

A klinikáról eltávozva, odakint mintegy 1 1/2 hónapon át jodkalit szedett, 2–4 gm.-ot naponta, ettől azonban állapota sem nem javult, sem nem rosszabbodott, papulái nem gyógyultak be. Augusztus elsején vette észre, hogy a szemészeti műtéti cursuson kezei remegnek; a sebészi műtét még jól ment. Augusztus végén egy este néhány percnyi járás után hirtelen rendkívül gyenge lett, majdnem összeesett, alig tudott lakásába felmenni, igen erős fejtetői fejfájást érzett, mindkét oldalt egyformán, általában is nagyon rosszul érezte magát. (Y. dr. heveny gyomorhurutot constatált nála, mert hosszabb idő óta étvágya sem volt.) Rosszulléte miatt haza ment szüleihez, ott 6 hétig nem tudott aludni s ágyba kellett feküdnie. Ez alatt észrevette, hogy főképp a bal felső s jobb alsó végtagja gyenge, zsibbadást, tompa érzést vagy fájdalmat nem érzett, ugyanakkor strab. divergens oculi utriusque-je támadt, mely mintegy 3 hónapig tartott. Október közepén felkelt az ágyból novemberben már járkált is. Októberben ismét 30 3 gm.-os higanykenőcsöt dörzsölt be, mely idő alatt fejfájásai elmúltak, kiütései ez időben sem bőrén, sem nyálkahártyáin nem keletkeztek. Deczember elején állapota ismét rosszabbra fordult, lábai nagyon elgyengültek, nem volt képes többé egyedül járni, jobb lábát húzta maga után, bal karjának mozgása javult, de a jobb gyengült, strabismus folyton csökkent, fejfájása elmúlt, alvása megjött; vizelése azonban már szeptember vége óta mindig nehezen ment, bár nem csepegett, mégis deczembertől kezdve csak catheterrel tudta hólyagját kiüríteni, széke mindig renyhe volt. Deczembertől 1894. márczius végéig feküdt, ekkor ismét felkelt s most már kezeivel is tudott kapaszkodni, néhány lépést tett, de jobb lábát most is húzta maga után. Októberről márcziusig jodkaliumot szedett úgy, mint előbb, márcziusban lassanként kezdett erősbödni, strabismus elmúlt. Augusztus közepén *Lipikre* akart menni, de *Kétly* prof. tanácsára mégis klinikánkat kereste fel a következő jelen állapottal.

Beteg elég jól táplált, kissé halvány nyálkahártyákkal, boralatti zsírszövet rendes. Az állon gyermektenyérnyi kiterjedésben oldalt, alafelé haladva gyuladós, beszűrődött, száraz pörkkel fedett, helyenként nedvező, vörösszínű bőrelváltozás, hasonló, fillérnyi nagyságban, előrehaladt beszáradással a két alkaron is. A bal felkaron galambtojásnyi, gyöngyű, beszáradt bőrheg. Nyelv bevont, helyenként kölesnyi sárga plaque-okkal, erősen egyenetlen behúzódnásokkal s egy borsónyi völgyszerű folytonosság hiánnyal a bal szélén; az ajkak belső oldalán a nyálkahártya megvastagodott, garatúr belővelt. Mindkét felső végtag izomzata nagy fokban sorvadott, különösen az alkar- és a kézizomzat, a tenyérpárnák ellapultak, erősebben a jobb, mint a bal oldalon, csontközötti terék mélyek, a jobb kéz izmain fibrillaris rángások láthatók, a bal felső kar jóval sorvadtabb, mint a jobb, az alsó végtagok izomzata petyhüdt, nagyjából sorvadást a bal cizom külső fele s fent a belső harmada mutat csak. A 2 alsó végtag fel a csipőig hideg, a törzs és felső végtagok hőmérséke rendes.

**Mozgások.** Időnként a jobb láb magától megrándul, jobb karját csak a vállig emeli, az alkart s ujjait minden irányban mozgatja, de lassan, gyengén; a mozgás végén a kar elesik, az ujjak remegnek, szabálytalanul ide-oda kitérnek (az egész kéz, valamint az ujjak), a bal kar mozgása erősebb, *ataxia* azonban itt is különösen a kézen s az ujjakon kifejezett. A jobb alsó végtag teljesen mozdulatlan, passzív mozgásnak rendkívül erősen ellenáll, rendesen térdben behajlítva van. A láb izmaiban contractura nincs, a láb normalis helyzetben van, de szintén teljesen mozdulatlan. A bal alsó végtagot térdben kissé hajlítja s kevésbé megemeli, ebben is, bár jóval kisebb, hypertonia, mint a jobb oldalon. A térd felhúzásánál s visszatolásánál a sarok szabálytalanul kitér. Izomerő a bal karban elég jó, bal kézben igen csekély, jobb oldalt minimális, bal alsó végtagban is igen csekély. A szemizmok mozgása hibátlan, pupillák accomodálása jó, nyelv mozgása kissé lassú, de minden irányban lehetséges, a jobb középső facialis együttes mozgásnál visszamarad, homlokránczolásnál az ajk is szabálytalanul rángatva lesz. Nyelés szabadon megy. Vizeletét tartani nem tudja, ha megindult, elég jó sugárral folyik, kis időközben is többször egymásután megindul, széke renyhe, nagyon lassan indul meg, sokáig tart, a míg készen lesz, rendetlen, a hólyag feszülését nem éri.

**Érzések.** Látás nem változott, az óraketyegést mindkét fülén csak közvetlen közelből hallja, szaglász és ízlelés nem változott. Tapintási érzés mindkét oldalt s a törzsön is bár csökkent, de megtartott. Hőérzés csökkent, a melegeit gyakran hibásan jelzi vagy nem tudja, mi az. Az érzés főképp a lábakon csökkent, a jobboldali végtagokon inkább, semmint baloldalt. Fájdalomérzés megvan, kissé csökkent, baloldalt nagyobb fokban, a szeptember 14-dikén megejtett vizsgálatnál a jobb felső végtag tapintási s fájdalomérzése csökkent erősebben s a bal alsó végtagé, e helyeken — tehát jobb felső, bal alsó végtag — az érintés később lesz jelezve, a fájdalom-reactio is kisebb. Izomérzés a felső végtagokban teljesen hiányzik, az alsó végtagokban is alig van nyoma.

**Reflexek.** Patellaris reflex mindkét oldalt erősen fokozott, lábelonus, triceps reflex nem váltható ki, talpreflex baloldalt erősebb, cremaster s hasreflex hiányzik. Pupillák közül a jobb tágabb, szabálytalan, fényre renyhén reagálnak, a jobb renyhébben, consensualis reactio a bal szemről jobb. Belső szervek s vizelet eltérést nem mutatnak.



**Kórlefejtés.** Beteg augusztus 28-dikától szeptember 30-dikáig 30 kénésőkenőcsöt dörzsölt be, decubitus, mely már a felvételnél megvolt, rendesen lett kezelve, hólyagját csapolással ürítettük ki. Szeptember 8-9-én 37-8—38° láza volt. Szeptember 14-diki állapot: A pupillák renyhén, de jobban reagálnak, mint azelőtt, a jobb kéz ataxiája fennáll, de izomereje nőtt, a bal kar mozgásai biztosabbak, ataxia a kar mozgásainál itt is megvan, a jobb alsó végtagot felhúzni nem tudja, kissé megmozdítja csak, térdben behajtott helyzetből kinyújtja, a bal mozgásai-ban változás nincs. Térd- és plantaris reflex erősen fokozottak, cremaster- és hasreflex hiányzik. A jobb láb mozgásánál nem tudja, melyik lába lesz mozgatva, tapintási s fájdalomérzés a bal alsó végtagon nagyobb fokban csökkent, a felső végtagok közül a jobban van nagyobb fokú csökkenés. Idegpontok nyomásra fájdalmasak úgy az arczon, mint az alsó és felső végtagokon.

Szeptember 15-dikén Decubitus lassan, de szépen javul, subjectiv érzés is jó.

Szeptember 18-dikán jól érzi magát, lábait valamennyire már mozgítani képes, felső végtagjai erősödtek, álla szépen gyógyul, úgy szintén a decubitusok is, alsó végtagjaiban az izomérzés még hiányzik.

Szeptember 20-dikán. Beszédje sokkal értelmesebb, mint bejöttkor.

Szeptember 23-dikán. Általában javul, karjait már valamennyire birja használni, beszédje értelmesebb, lábaiba is némi izomérzés vissza-tért, testét in toto is képes már mozgítani.

Október 1—5-dikéig. Jól érzi magát, izmai telnek, a bénulások javulnak, jodkaliumot szed.

Október 11-dikén. Reggel 9-órakor a beteg még teljesen jókedvű volt, csupán arról panaszkodott, hogy a lábait nem tudja mozgítani; 10 órakor hányt, arca fakószínű kezdett lenni. Délután 4 óra tájban újra hányt és szédült, visít alkalmával gyomorvizsgálatkor ismét hányt, ekkor rövid időre magához tért s fejfájásról panaszkodott, nagyon sápadt volt, szemei beestek.

Este 9 órakor eszméletlen állapotban feküdt, Cheyne-Stokes-légzés, arca kipirult, a felemelt jobb kar mint egy darab fa esett alá, pulsus erős, telt, de lassú. 1/210-kor még mindig eszméletlen, arca még jobban kipirult, légzés közben horthyogó zörejeket csinál, szívmitűködés jó. Egy beteg társa látta, hogy kezei furesz, gyengén mozognak. 10 óra tájban 2 ízben éles fuldokló hangon kiáltott, 10 órára meghalt.

**Bonczolás.** (Pertik prof.) Idegrendszer: A koponyaboltozat közép-vastag, tömör, a csont vérszegény, az üveglemez vastagodott, dura mater feszült, felső sarlóöbölben rendszerint valamivel több, gyengén alvadt vér, lágyburkok szárazak, gyrusok felszíne lelapult. Az agyacs belső oldalán a sulcus horizontalis magasságáig, főleg az alsó felszínen a lágy agyburkokban, kevés sötét barnapiros, nedvűs alvadt vér, mely a bal trigeminus, facialis, acusticus táján éri el legnagyobb vastagságát, itt mintegy 5 mm.-nyi. Agyalapi verőerek vékony falzatúak, a beléjük fűjt lég számára mindenütt átjárhatóak a basilaris kivételével, melyben a jobb vertebralison át fűjt levegő megakadni látszik. A basilaris közepétájan egy kölesnyi, élénksárga átlátszatlan megvastagodás, mely a könnyen leválasztható megvastagodott intimával együtt levonható. Lágy agyburkok vérdúsabbak, vívőerek teltebbek, agykéreg-részletek tapadás nélkül levonhatóak. Oldalsó gyomrocso, főleg a hátulsó szarvak, leginkább azonban a III. és IV. agygyomrocso, ürterüket tágitó, alakjuk lenyomatát adó sötétpiros, nedves friss, vérömlenyyel kitöltöttek. A III. agygyomrocso egy 3 cm. hosszú, 17 mm. széles és mintegy 12 mm. vastag véralvadék tölti ki, mely mellfelé a foramen Monroi-n át az oldalgomrocso mellő szarvaiba folytatódó véralvadékkal végződik. Az aquaeductus Sylvii friss véralvadék tölti ki és tágitja, hasonlóképp a IV. agygyomrocso; utóbbiban egy  $\Delta$  alakú friss verlepény; a delta basisa hátfelé, csúcsa az aquaeductus Sylvii felé irányul, legnagyobb hossza 43 mm., basisa 35 mm. A fornix szárai zúzottak, sárgás pirosan, frissen lágyultak; a kissé tágtult III. agygyomrocso feneke zúzott és kissé tágtult, úgyszintén az aquaeductus Sylvii is; a IV. agygyomrocso basisa sima, lelapult, egész nyúltagy és részben a hid is összenyomott, vékonyabb; a baloldali recessus lateralisnál a vérömleny áttör az agyacs alsó része felé a lágy agyburkokba. E ponton a vérömleny aránylag legszárazabb s legjobban tapadó, átmetszetén pedig fehér, agyacslecekre emlékeztető rajzok. Az oldalgomrocso ependymája kissé fellágyult.

Agy valamivel nedvesebb, középvértartalmú.

A gerinczagi arachnoideában egészen a dorsalis gerinczvelő alsó végéig számos lencse nagyságú sötét, bíborpiros friss haemorrhagikus folt. A hátulsó kötelek le egész a lumbalis duzzanatig a metszlapon mindenütt kibugygyanók, lágyultak s ezen lágyulási fokot érik el a hátulsó szelvény alsó harmadában, hol a hátulsó kötelek szétfolyók, különben egész lefutásukban vérszegények, átlátszatlanok, fehéres sárgák.

**Diagnosis.** Az art. basilaris lumenjének nagyfokú szűkülése, kénysárga, átlátszatlan, endoarteritis plaque-ok. Apoplexia meningialis, mely a baloldali processus cerebelli ad medullam oblongatam tájáról látszik kiindulni, az oldalgomrocso, a III. és IV. gyomrocso betört és a 2 gyomrocso összeálló alvadékkal kitöltötte, fenekét pedig roncsolta.

Középfokú tüdővérbűség és tüdővizényő.

**Histologiai vizsgálat:** A hid felső részében s az V. magvai felett a stratum profundum pontis baloldali rostozatát lencsényi területen apró vérzések szakítják meg. Ezen tájtól distal felé haladva mind körülirtabb lesz a corticoperipheriás pályának compact degeneratioja, mely hátrafelé s oldalvást az alsó olva felé ép részek által van határolva. A gerinczvelőben a corticoperi-

pheriás pálya degeneratioja a jobb oldalsó pyramis területére jut, de a túldoldalon a mellő alapkötégben is jól kifejezett s itt a Türek-féle nyalábnak megfelelően egész le a 3 lumbal gyökérig kimutatható. A baloldalon a 8-dik cervicalis gyökér magasságában a ppheriától az oldalsó pyramis pálya felé haladólág ritkulni kezd a rostozat. A bal pyramis oldalkötég helyén a 8. dorsal gyökértől kezdve már jól körülirt a degeneratio, mely ép úgy mint a jobb oldalon, itt is egészen le a lumbalis velőig terjed, de egész lefutásában mindig valamivel kisebb terrenumot foglal el, mint a jobb oldalon, több ép rost is van ugyane területen, semmint a jobboldali pyramis oldalkötégben, tehát nem is oly intenzív az elfajulás, a jobb Türek-féle nyaláb nem degenerált. A nyaki velőtől kezdve le egészen a sacralis velőig az egész ppherián szabálytalanul ciklik-czakkosan befelé terjedő degeneratio van, mely a pyramis degeneratiohoz csatlakozva főképp jobboldalt foglal el nagyobb területet, úgy hogy itt a cerebellaris s Gowers-féle pálya\* is teljesen tönkre ment, baloldalt az oldalsó pyramis pálya súlyosbodó degeneratiojával arányosan a cerebellaris pálya szintén tönkre megy.

A hátulsó kötelek lokalizált degeneratioja az 1-ső lumbalis gyökér magasságában kezdődik, a jobb hátulsó szarvval párhuzamos szabálytalan félhold alakú mezőben, ezen elfajulási terület a 12. dorsalis gyökér magasságában előfelé nyúlik s gyengébb kiadás-ban a baloldalon is megjelenve, csakhamar előfelé egészen a Clarke-féle oszlopok szintáig terjed. A 8. dorsalis gyökér magasságában még keskeny, ép rostokból álló csik választja el a degenerált területet a jobb hátulsó szarvtól s a sept. posticum két oldalán két egész a commissura post.-ig előfelé terjedő ép terület van. Ugyane magasságban a degeneratio keskeny szegély alakjában már a hátulsó peripherián is megjelent. Ezen magasságban az elfajulás megfelel annak, melyet kezdődő tabes eseteknél látunk s melyet a septum intermedium helyén levő 2 előrenyúló csik képez. Az 5. dorsalis gyökér magasságában a hátulsó köté degeneratioja már jóval kifejezettebb. Csupán a Goll-féle köté elülső 2/3-ában találni ép rostokat, ezek csoportosulása azonban már előfelé is degenerált részek által mind jobban és jobban megszakgatott lesz, míg nem a cervicalis velőben már egészen a commissura posteriorig terjed a degeneratio, sőt egyes metszeteken az is degenerált, míg más gyökérmagasságban itt keskeny ép rostréteget találunk, ugyan-csak ismét ép rostok lépnek fel a hátulsó szarvak medialis oldalán is. A hátulsó szarvak degeneratioja fel a nucleus fun. gracilisig követhető, innen már ép rostok erednek s haladnak mint fibr. arcuatae internae előfelé. Az olivák táján degenerált centripetalis utak többé egyáltalán ki nem mutathatók.

Ezen leirt degenerationak mindenütt hű kísérelője az érel-fajulás. A hídól kezdve le a sacralis velőig az ereket elfajulva találjuk s pedig úgy a verő-s vívőereket, mint a capillarisokat (bár helyenként s erenként különböző intenzitással). Az elváltozás leggyakoribb s legerősebb az adventitián, a mely 8—10-szeres rétegben megvastagodik, hasonlóképp, bár ritkábban s kisebb fok-ban, a nagyobb verőerek mediája s itt-ott az intima is. Az ereket nagy szintelen, Rosin szerint nem festődő plasmájú sejtek veszik körül, a Nageotte-féle embryonalis sejtek, melyek egymásra fekvő széle éles határú gliaszzerű udvarokat képez az ér körül. Ezen sejtek magvai úgy Rosin, mint Nissl szerint jól festődnek s épen Nissl-methodussal kezelt metszeteken az alapszövetből nagyon kiváló vastag gyűrűket képeznek az erek körül. Hasonló érelfajulást láttam elvéve s nem is ily szépen kifejezve meningitis tuberculo-sanál is. A lueses érelfajulás szép illustratioit illetőleg Sottas, Nageotte, Spiller, Redlich s Schaffer dolgozataira utalok.

Érdekes eszemben, hogy bár, a mint ezt a makroszkopos bonczolás adatai is bizonyítják, ez az érelfajulás a velőn kívül eső teljesen szabadon lefutó ereken is előfordul, valamint mindenütt a gerinczvelőburkok erezetén, mégis legáltalánosabb s legsúlyo-sabb az ott, hol a velőszétesés is legnagyobb fokú, tehát a hátulsó

\* Spiller<sup>49</sup> a Gowers s cerebellaris pálya lehágó — descen-dens — degeneratiojáról beszél, azt hiszem azonban, hogy ez csak transsystemás (a systema (?) területén túlhaladó) collateralis degeneratio, mely úgy, mint eszemben, a pyramispályák területén levő degeneratio asystemás továbbterjedését jelenti; annál is inkább, mert a degeneratio lefelé súlyosabbnak látszik, semmint felfelé. Számolnunk kell ezen, vala-mint az én eszemben is a circumferentiás, széldegeneratioval is.



kötelekben a lumbalis résztől felfelé s a jobb pyramis oldalsó területén. Hogy a *velőszétesés érelfajulásra praedisponál*, azt épen a pyramispályák területe bizonyítja. Ugyanis a jobb pyramis területén az érelfajulás sokkal kifejezettebb, semmint a bal oldalon. Jobboldalt tehát a hídbeli vérömlés által előidézett másodlagosan degenerált pyramis területén legalább is kétszer annyi a granulomás sejtektől körülvevő ér, s az erek megbetegedése a bal Türek-féle nyalábban is eltérbe lép, míg a jobb oldalon ennek megfelelőleg érelfajulás alig található.

Az eset histogenesises magyarázatát illetőleg azt hiszem elfogadható az a felfogás, hogy a lueses vírus hatása alatt diffúz érelfajulás lépett fel, mely az apoplexiát is okozta, ilyen kisebb apoplexiák eredménye a ponttól a lumbalis velőig lehaladó pyramis degeneratio is, melyhez a gerincezvelőben a circumferentia degeneratioja, a bal pyramis s a hátulsó kötelek myelogen elfajulása társult. Ezen utóbbi elváltozásokat sem capillaris haemorrhagiákból, sem érelfajulásból nem magyarázhatom: 1. mert maga az elhelyeződés érelfajulásnak nem felel meg, ellenkezőleg a primaer, szokásosan ugynevezett systema-degeneratiokat utánozza; 2. a degeneratio lassan, fokozatosan fejlődött ki, *apró, teljesen szétszórt s lassanként való csoportosulás útján lokalizálódó* rostszétesésből; s 3. mert ilyen capillaris haemorrhagiákat csoportosítva nem is találtam. A degenerált területen levő erek lefutása, a degeneratio kiterjedése a peripherián s a secundaer degenerált részekkel való összeolvadás arra utalnak, hogy a széldegeneratio sem az erekből indul ki, hanem az is myelogen.

Kizártnak tartom azt is, hogy a leírt elfajulások meningitis syphilitica következményei legyenek, mert ez az érelfajulással, a capillarisok kitágulásával s nagy mennyiségű exsudatum termelésével járó meningitis a sacralis velőtől kezdve fel a cervicalis velőig megy, mégis sem a sacralis, sem a lumbalis velőben a jelentősebb széldegeneratiót nem találni. A meningitis, a mint említettem, a dorsalis velőben is épen úgy kifejezett, mint a cervicalis velőben, mégis a hátulsó kötelek súlyosabb degeneratioja csak a 8. dorsalis gyökérnél — a hátulsó kötélnél belsejében — kezdődik. Másrészt a meningitis sem lehet a myelodegeneratio következménye, mert a súlyosabban degenerált pályáknak megfelelőleg súlyosabb meningitist nem találtam, mint az ép pályák mentén.

A hátulsó kötélnél degeneratio gyökérdegeneratio következménye sem lehet, mert a teljesen degenerált cervicalis Goll-köteg mellett úgy az egész lumbalis velő keresztmetszete, mint a metszeten levő ide tartozó gyökök épek.\* A mint kétségtelen egyszersmind az, hogy a hátulsó kötelek degeneratioja a szürke szarvak belső oldalán fekvő praedilectio helyről indult ki, másrészt bizonyos az is, hogy autochton endogen úton haladt előre s mindenféle — nézetem szerint csak hypothesises — systemákat megsemmisítve, az egész hátulsó kötélnél kiterjedt. Lentebb látni fogjuk, hogy a degeneratio látszólagos körülírása s egyenlő (?) functiojú rostokat illető volta olyan mechanizmust követ, mint a pyramispályák endogen, esetünkben is a bal oldalon jelenlevő megbetegedése, t. i. *egyforma anyagcseréjű rostok egyforma anyagcserezavarát* jelenti.

(Folytatása következik.)

### Az enzimekről.

Klug Nándor tanártól.

(Folytatás.)

A zsírok kizárólag szappanok alakjában való felszívódásának nagy akadályát látták a vizsgálók abban, hogy a bélben annyi alkali nem találtak, a mennyi elegendő volna minden zsírsavnak szappanná átalakítására. Azonban ez nem is szükséges. Pflüger tudniillik kimutatta, hogy a vízben oldott közömbös szappanok hydrolysis dissociatióban vannak, melynél fogva az oldott s felszívódás alatt levő szappanmolekula a felszívó hámsejtben zsírsavra és alkalira hasad. A hámsejt szolgáltatja az in statu nascenti

levő zsírsavnak a glycerint, melynél fogva synthesis útján közömbös zsírok képződnek, s a felszabadult alkali tovább szolgál szappanképződésre.

Az epe szerepe a zsírsavak körül Pflüger szerint az, hogy a vízben alig, vagy épen nem oldható magasabb zsírsavakat, a stearin- és palmitinsavat feloldja. A zsírsavak az epe által vízben oldható, hydrolysis dissociatióban levő egyesületekké lesznek. Az epesavakkal, talán azok amidocsoportjával, olyan laza egyesületeket alkotnak, mint pl. a szénsav a natriumcarbonattal. Az epe tehát oldja és elszappanosítja a zsírsavakat. A mint az epekeverékből az oldott zsírsavak elkerülnek, az epe újból zsírsavat old; mert a szappan epe nélkül szivatik fel. Így aránylag kevés epe sok zsírsavat képes oldani, mielőtt csak az oldott savak eltávolításáról gondoskodva van; ezt pedig teszi az elszappanosítás. Ugyanennek szolgál a zsírsavak oldhatósága natriumcarbonat-oldatokban is.

Minthogy a szappan már a felszívó hámban újból zsírrá lesz, a chyluserekbe eljutott zsír is mint ilyen kerül a vérbe; ennek dacára a vérben feltűnően kevés a zsír. Embervérben meglehetősen állandóan 0.75–0.84% zsírt találtak. E miatt igen sokáig megfektetlen maradt, hogy hová tűnik el a vérből, olyan hirtelen módon, a diffusiora alkalmatlan zsír. A kutatások oda vezettek, hogy a vérben is felfedeztek lipaset, zsírt hasító enzy-met, mely az ide jutott zsírt hasítja és a vér natriumcarbonátjának felhasználásával elszappanosítja; így hagyja el a zsír a hajszálerek falán keresztül, mint diffusiora képes szappan, a vért. A lipaset itt a vörösvérsejtek szolgáltatják.

A zsírok második hasadásterméke, a glycerin, mint vízzel könnyen elegyedő anyag, könnyen szívódik fel és diffundál a vér-érfalon keresztül.

A lipase tehát a bélben és vérben a diffusiora alkalmatlan zsírt diffusiora alkalmassá teszi, csak úgy, a mint a hártján való átömlesztésre alkalmatlan fehérjét a gyomornedv és a hasnyál propeptonokká és peptonokká átváltoztatja. És miként ez utóbbiak, mielőtt a bélfalba vagy azon keresztül jutottak, albuminokká visszaváltoznak, úgy az átdiffundált zsírszármarékok is zsírokká változnak vissza, mielőtt a bélhámon vagy a vér hajszálérfalán átvándoroltak (Cohnstein).

Zsírt hasító enzy-met találtak még a májban, vesékben és más szervekben is. A májsejtek azonkívül, hogy a szénhidratok raktáránál szolgálnak, a zsírokat is bőven képesek protoplasmájukba befogadni. E zsírok úgy innen, valamint egyébtől is, pl. a bőr alatti kötőszövetből, csak úgy juthatnak tovább azon szervekbe, melyek azokat felhasználják, hogy itt is zsírerjesztő szappanosítja el őket. A szappan a zsíroknak, úgy mint a dextrose a szénhidratoknak, az a formája, melyben azok a szervezetben továbbvitelre alkalmasak.

Azonban erősen téved, a ki azt hiszi, hogy emésztő enzy-meink az emésztés célját idealisan szolgálják. A trypsin nemcsak propeptonokká és peptonokká hasítja a fehérjét, hanem tovább is bontja, a mint láttuk, olyan emésztéstermékekké, melyeknek szervezetünk már aligha veszi hasznát. Ugyanezt teszi a pankreas a zsírokkal is.<sup>1</sup> Ha olajat, vaját 24 óráig tartó mesterséges pankreasemésztésnek tesszük ki, mialatt thymollal, esetleg sublimattal a rothadást megakadályozzuk, akkor szénsav- és hydrogenképződést is fogunk látni. Minthogy a szénsav és hydrogen ezen fejlődése akkor is bekövetkezik, midőn az oxygent távol tartjuk az emésztettől, vagy midőn légüres térben foly az emésztés, következik, hogy ama gázok képződése egyszerű hasadásnak az eredménye. A zsírerjesztés a bélben tehát szintén nem egyedül a zsíroknak zsírsavra és glycerinre hasadásában áll, hanem ha időt engedünk rá, annál mélyebbre ható változást is okoz. Hogy a táplálék a szükségesnél tovább terjedő e szétesést lehetőleg ne szenvedje el, arról gondoskodik egészséges béltractusban a gyors felszívódás.

#### 4. Megalvasztó enzimek.

Megalvasztó enzimek, olyanok, melyek oldott fehérjét vízben oldhatatlan állapotba visznek át, nagy számmal ismeretesek. A gyomor nyálkahártyájában és nedvében találtak a tejet meg-

\* Spiller szerint<sup>40</sup> a VI. háti gyökereken felül a Goll-féle köteg már teljesen kialakult („is fully formed”), tehát ha a cerv. velőben a Goll-féle kötelek gyökérostok degeneratioja folytán fajultak el, úgy az ide tartozó gyökérostokat a lentebb fekvő Burdach és Goll kötélnél s extramedullaris gyökerekben is degenerálva kell találnunk, holott esetünkben e rostok megfelelő degeneratioja hiányzott.

<sup>1</sup> Klug. Mathem. és Természettudományi Értesítő. 16. kötet, 71. lap. 1898.



alvasztó enzyment, az erekből kibocsátott vért, a hulladermedt izmot enzyment alvasztja meg. Mindannyi hatásának lényege abban van, hogy a folyó fehérje halmazállapotát megváltoztatják benne lefolyó chemiai változás következtében, mely változásnak épen az enzyment okozója. Míg az eddig tárgyalt enzymentek oldhatatlan vagy diffusiora alkalmatlan anyagot oldható, diffusiora képes állapotba visznek át, addig a koaguláló enzymentek megfordítva, folyó anyagból készítenek szilárdabb, kocsonya- vagy rostnemű anyagot.

a) A gyomornedvnek, valamint a gyomornyálkahártya kivonatának, nevezetesen a borjú negyedik gyomra vízbéli kivonatának tudvalevőleg az a tulajdonsága van, hogy a tejet meg-alvasztja. Azt hitték, miszerint ugyanaz a hatás az, mint melyet a tej megsavanyodásakor látni lehet, midőn a tejezúkor erjedés folytán tejsavvá hasad és ez a tej caseinjét kiválasztja; azonban a vizsgálatokból kitűnt, hogy itt külön erjesztő, az *oltó* vagy *chymosin* szerepel.

A tej fehérjéinek legnagyobb és a teje nézve legjellemzőbb részét a *casein* teszi. Ez az emlőmirigy nuclealbuminából lehasadó fehérje savtermészetű anyag, mely nem oldódik savanyú vízben, de sőt tiszta vízben is oldhatatlan, ellenben oldható lug vagy mézsvíz jelenlétében. A tejben a caseint alkalikus mézsvíz tartja oldva; ily egyúletben, közömbös vagy gyengén savanyú reactio mellett is, oldva marad a casein, sőt még forralásra sem válik ki. Mihelyt azonban valamely sav hozzáadása által megfosztjuk alkalijától, a casein kiválik, a tej megalvad. Ilyen sav a tej savanyú erjedésekor képződő tejsav is s az oltó erjesztő hatását a teje ilyennek gondolta *Soxhlet*. Szerinte az oltó a tejezúkot tejsavvá alakítaná át s a tejsav a tej alkali phosphatját savanyú phosphattá változtatná, mire a casein kiválik. Azonban az oltó hatása itt egészen más. Az oltó tejezúkormentes caseinoldatot, melyben minden tejsavképződésnek lehetősége már eleve ki van zárva, megalvaszt, sőt megalvasztja azt gyengén alkalikus oldatában is. A változás, melyet oltó befolyása alatt a casein elszenved, egészen más, mint a melyet benne savak okoznak. A sav által kiválasztott casein szabad, vízben oldhatatlan casein. Így alvasztja meg a caseint a savanyú gyomornedv is akkor, ha elegendő szabad sósavat tartalmaz: a sósav a mézsszel calciumchloridot alkot és a casein kiválik. Ezzel szemben az *oltó* a caseint vízfelvétel mellett két fehérjenemű testté hasítja, melyek közül az egyik mint *paracasein* a mézsszel vízben oldhatatlan vegyületképpen kiválik, ebből lesz a sajt, míg a másik a tejsavban mint savófehérje oldva marad.

Az oltóerjesztő e szerint a caseint csak calciumsó, nevezetesen calciumphosphat jelenlétében tudja megalvasztani. Azért minden eljárás, melylyel a tejet vagy a casein-oldatot calciumsótól megfosztjuk, lehetetlenné is teszi annak megalvadását oltó befolyása alatt. Azért nem alvaszt meg az oltó dialysis által sóitól megfosztott vagy a meszet megkötő oxalattal kezelt tejet, mely tej azonban azonnal megalvad, mihelyt oltón kívül kevés mézssót adunk hozzá. Minden olyan behatás, melylyel a tej oldható mézssóinak mennyiségét megkisebbitjük, késlelteti az oltó hatását; ilyenek pl. a tejnek vízzel való hígítása, forralása vagy alkalicarbonatok hozzáadása. Innen van az is, hogy a híg ecetsavval a tejből kiválasztott, szűrés által elkülönített s vízzel jól kimosott casein vízoldatát az oltó nem alvasztja meg; ellenben ugyanez a casein mézsvízben oldva, ha az oldatot phosphorsavval óvatosan közömbösítjük, oltóra csakhamar kiválik.

A tejnek oltóerjesztő által hasított caseinjéből nyert *paracasein* még nem sajt, hanem fehérje szoros vegyülete mézsszel. Mihelyt azonban ez a *paracasein* (fehérjemész) még oldott mézssóval összejön, ezzel kettős sőt alkot és megalvad. Az oltó erjesztő tehát *paracaseint* készít s ez alkotja mézssóval egyesülése folytán a sajtot. *Hammarsten* ezt úgy bizonyította be, hogy hamumentes caseint hígított dinatrium hydrophosphat-oldatban oldott fel. Az oldatot kétfelé osztva, két edénybe adta, melyek közül az I. edénybe oltó erjesztőt is adott, míg a másodikba nem. Mindkét edényt félórán 30 °C-on digerálásnak tette ki s azután a bennök levő folyadékot felforralt. Forralás után a II. edénybe a casein-oldathoz megfőtt oltót és lehűlés után mindkét edénybe még *chlorcalciumot* is adott. Erre az I. edényben, melyben az oltó fél órán át a caseinre hatott, de semmi látható változást nem okozott, a folyadék megalvad, míg a II. edényben, melyben az oltó hatása a forralás által meg volt

semmisítve, változatlan maradt; az I. edényben a caseinből *paracasein* lett, mely a mézssóval való egyesülése folytán mint sajt kivált.

Ha az anya- és tehéntejben oltó által okozott két alvadékok egymással összehasonlítjuk, akkor az anyatej alvadékát pelyhesnek, a tehén tejét tömötnnek találjuk. E különbség okának főképen a tehéntej jóval nagyobb casein- és még nagyobb mézssó-tartalmát az anyatejhez képest mondják.

Oltóerjesztő a gyomor- és pankreasnedvben és a megfelelő mirigyekben fordul elő, de sőt kimutatták kis mennyiségben igen különböző szervekben, így a májban, lépben, vesében, herében és másokban is. A gyomornyálkahártyából s pankreasból ezek összeapritása után glycerinnel, 5—10%-os konyhasó-oldattal vagy 0.1—0.2% sósavat tartalmazó vízzel az oltóerjesztőnek igen hatékony kivonatát lehet nyerni. Tiszta előállítását az oltónak többféle módon kísérelték meg. Legegyszerűbben *Hammarsten*<sup>1</sup> szerint úgy lehet eljárni, hogy a gyomornyálkahártyát 0.1—0.2% sósavat tartalmazó vízzel 24 óráig thymol vagy toluol hozzáadása után digeráljuk. Az ezután leszűrt folyadékot pontosan közömbösítjük és finom porrá tört magnesiumpcarbonattal rázzuk össze. A magnesiumpcarbonat magával ragadja a pepsint s ez szűrés alatt visszamarad a szűrőpapíron. Ha a szűrődékkal ismételtelen így járunk el, végre az oltó pepsinmentesen marad vissza a vízben. Ebből stearin-szappannal ki lehet választani az oltót az által, hogy az ecetsavval gyengén megsavanyított folyadékhoz adjuk az oldott stearin-szappant, melyhez az oltó hozzátapad; a kivált stearin-szappantól, ennek megszáritása után, aetherrel különíthető el az oltó.

Az így előállított oltó nem adja a fehérjék ismert reactioit; nem diffundál. Alkaliák, így már 0.025% natronlug, 1% szóda elpusztítják. 0.2—0.3% sósavat tartalmazó gyomornedvben 24—48 óráig is megmarad, több sav hamar elpusztítja. Legjobban hat az oltó 40 °C-on, 0.3% sósav jelenlétében már 63 °C-on tönkre megy, lehűlés, 0 °C nem árt az oltónak. Aránylag kevés oltó igen sok tejet alvaszt meg rövid idő alatt; így egy rész oltó 800,000 rész tejet néhány percz alatt megalvaszt 40 °C-ú hőmérsékben. Kevés közömbös só, pl. 1%-nál kevesebb konyhasó fokozza, több zavarja az oltóhatást. Épen úgy akadályozza, vagy legalább késlelteti az enzyment hatást peptonok jelenléte.

Az oltó sem fordul elő mint olyan a gyomor és pankreas mirigysejtjeiben, hanem mint annak zymogenje, mint *prochymosin*. A *prochymosin* *Glaessner*<sup>2</sup> úgy állítja elő, hogy a tisztított gyomornyálkahártyát az alkalikus reactioig szódát tartalmazó vízben, toluol hozzáadása után 3—4 hétig digerálja. Ezen idő alatt mind a pepsin elpusztul. Az átszűrt oldat teje teljesen hatástalan, oltót nem tartalmaz, mégis ugyanannyi 1/2 normal sósavval 15'-ig 40 °C-on digerálva, pontos közömbösítés után a tejet megalvasztja. A mirigykivonat tehát *prochymosin* tartalmazott, mely a sósav behatása alatt oltóvá lett. Ha a *Glaessner* szerint nyert mirigykivonatot a fehérjéktől megtisztítjuk, akkor a *prochymosin* a propepsinnal együtt nyerjük, mely keverékből a propepsin uranylacetattal és natriumphosphattal kiválasztható úgy, hogy az oldat ezentúl a *prochymosin* egymagában tartalmazza. A *prochymosin* tehát savak jelenlétében oltóerjesztővé lesz; legjobban hat e tekintetben a sósav, leggyengébben az ecetsav. Alkaliáknak, hevítésnek a *prochymosin* az oltónál jobban áll ellen.

*Prochymosin* csak a fundusnyálkahártyából lehet nyerni és így méltán következtethető, hogy csak a fedősejtek készítik az oltót, ugyanazok a sejtek tehát, melyekről kimutattam, hogy pepsint készítenek. Ez megfelel azon tapasztalatnak is, mely szerint olyan állatok mirigygyomrának nyálkahártyakivonatában, a mely gyomor csak fedősejteket tartalmaz, mint pl. a libaé vagy tyúk, oltót is lehet találni.

(Folytatása következik.)

<sup>1</sup> *Hammarsten*. Lehrbuch d. phys. Chemie. 1896. és Maly-féle Jahresberichte 1872. évfolyam, 118. lap. 1874. évfolyam 135. lap. 1877. évfolyam, 153. lap. Zeitschrift f. physiol. Chemie. 22. kötet, 130. lap. 1896.

<sup>2</sup> *Glaessner*. Beiträge zur chem. Physiologie und Pathologie. 1. k. 24. I. 1901.



## T Á R C Z A.

## Berlini levél.

Berlin, 1902. márczius végén.

A „Comité für Krebsforschung“ 1901 november 14-dikén tartott ülésén Leyden titkos tanácsos jelentette, hogy a rák terjedése már a közönségben is nagy aggodalmat kelt. Ezek folytán úgy jöttem Berlinbe, hogy itt olyan fajta panique-ot fogok találni, mint milyen a nagy epidémiák kitörésekor vesz erőt a lakosságon. A külső kép megérkeztemkor tényleg ilyen is volt; az indóházak elutazási oldala tömve emberekkel, az érkező vonatokról pedig alig egy-két leszálló idegen; a szállodák üresek, az utcákon csupán olyan emberek láthatók, kikről leri, hogy csak el nem halasztható dolgaik miatt tartózkodnak a fővárosban. Aggódo tudakolásomra azonban más nyitját kaptam a dolognak: t. i. közelednek a husvéti ünnepek és így mindenki, a ki csak teheti, szökiik ezen nagy város „tohu-wa-bohu“-jából csendesebb vidékre, hogy pár napi üdülés után újra hozzá lásson majd azon lázas munkássághoz, mely itt, a német pedanteriától súlyosbbitva, csak annyival emésztőbb.

Annál csudálatra méltóbbnak találtam, hogy Leyden, a berlini klinikák második legöregebb aktiv tudósa, nem használta fel a nyugalomra kínálkozó alkalmat, hanem ezen általános exodussal mit sem törődve, folytatja kimerítő munkásságát. A német klinikumok ezen disze, hajlott kora dacára mindenre talál időt, és oly fiatalos hévvel végzi dolgát, mintha még 40-en innen volna. Az igaz, hogy külsején nem is látszik meg, hogy a napokban ünnepli 70-dik születése napját; a közép-nél valamivel magasabb, jól táplált termete egyenes, járása gyors és könnyed, kézfogása pedig oly erőteljes, hogy majdnem fájdalmat okozó; csak a hangján hagytak nyomot a lázas munkában eltöltött évek: az alig érthetően gyenge és kissé rekedt.

Mikor első ízben lakására mentem, palotájának portása, szinte aggódo a munka többletért, mit gazdájára akartam róni, lebeszélni igyekezett a vele való értekezésről, elém tárva azon óriási elfoglaltságot, melyben számtalan betege révén amúgy is része van. Ezért másnap a Charitéban kerestem fel. Ezen ósdi kórház második emeletén elhelyezett I. Medizinsche Klinik egy kis egyablakos szobájában fogadott az ősz tudós. Azaz, hogy ezt talán fogadásnak nem is lehet nevezni, pedig — főorvosa Michaelis dr. kijelentése szerint — mindenkinek, bárki legyen is az illető, hasonlóan van része, ki őt a klinikán felkeresi. Beléptemtől búcsúzásomig ugyanis ott ült az ablakelőtti kis asztalkájánál, elébe kötött nagy fekete bőrkötényével és mikroszkopjából egyetlen egyszer sem tekintett fel. Csak üdvözlő és búcsúkézfogásán volt érezhető azon szívélyes melegség, melylyel a németek minden idegent fogadnak és azon készségen, melylyel estére magához meghívott, hogy az általam kért iratokat személyesen átadja. Csakhogy nagyon téved az, a ki azt hiszi, hogy Berlin legkeresettebb orvosához oly könnyen be lehet jutni.

Oda érkeztemkor, 7 órakor este, várószobája tömve volt emberekkel, a mi sokat jelent, ha a várószoba nagysági viszonyait úgy mérlegeljük, hogy a középben álló asztal egy leterített, könyvekkel súlyosan megrakott, rendes nagyságú francia billard. Kilencz óráig ebbe a várószobába csak jöttek a betegek, Leyden elé azonban még ekkorra egy sem került, mert hozzá még mindig a pontosan órára berendelt régi betegeket bocsátották. Sokan elmentek, nem bírva kivárni előbocsátásuk idejét, köztük én is. Mikor másodízben is épen így jártam, már megsem birtam megállni, hogy szolgáljától meg ne kérdezzem, hogy ilyen hihetetlen elfoglaltság mellett mikor billardozik a tanácsos úr? Mire az hamisítatlan berlini humorral azt válaszolta, hogy: billardozik az eleget — bacillusokkal!

Ezen óriási elfoglaltságú és hihetetlen munkabírási nagy tudós ünneplésére készül most Németország orvosi kara. Hetvenedik születése napját, mely összeesik a berlini egyetemen való tanításának 25-dik évfordulójával nagy ovatiókkal készülnek megünnepelni; így a wiesbadeni biológusok congressusa április 16-diki délelőtti ülésének más tárgya nincs, csak Leyden ünneplése. Április 20-dikán a philharmonia nagy termében lesz fényes ünnepély, melynek folyamán egész Németországból összesereglegendő deputatiók hódolatukat fogják Leydennek bemutatni; este ugyanitt nagy banket lesz. Végre a „Verein für innere Medizin“ április 24-dikén nagy „Festmahl“-t rendez tiszteletére.

Valamint másban, úgy a magas kor elérésében is követendő példát szolgáltatnak a német orvosok, a mi kitűnik abból, ha végig tekintünk azokon, kiknek magas korát csak ez év elejétől kezdve ünnepelték Németországban. Legelső helyen áll a német klinikusok seniora Kussmaul, ki február 20-dikán lett 80 éves; Eckhardt titkos tanácsos, a giesseni physiologikus intézet igazgatója ugyancsak 80 esztendő lett márczius 1-jén; Leuthold, a német hadsereg vezérfőtörzsorvosa és Rosenstein leideni professor szintén ez évben lettek 70 évesek. Mindezek azt bizonyítják, hogy a német orvosok nemcsak a mások életét tudják meghosszabbítani, hanem a magukét is, a mi nagyban hozzájárul a beléjük helyezett bizalom növeléséhez.

Palotai Andor dr.

## Közegészségügy.

Az országos közegészségügyi tanács működése 1901-ben.

(Folytatás.)

VII. A budapesti kereskedelmi kamarának az eczettől való elzárására vonatkozó kérelme a tanács véleményezésére bocsátatván: a tanács indokoltan tartja, hogy egyes speciális eczettől csak valódi

eredetűeknek megfelelő jelzésekkel hozassanak forgalomba, s hogy például különösen borecet név alatt csak oly eczetet lehessen forgalomba hozni, a mely tényleg borból készült; ellenben nem tartja szükségesnek, hogy a származás közönséges gyártmányoknál is fel legyen tüntetve s hogy a tiszta faeczet a borszeszből készült eczettől megkülönböztessék.

A tanács az 1893. évi belügyministeri rendeleteket az eczetessen-tiakkal vagy magas százaléku eczetsavoldatokkal történhető visszaélések megakadályozására elengedőnek tartja s a budapesti kereskedelmi kamarának e tekintetben nyilvánítt óhaját nem teszi magáévá, ellenben észszerűnek véli a tanács a nevezett kamara azon javaslatát, hogy megjelölési kényszer, de csak oly mértékben, mint minőt a fentemlített 1893. évi belügyministeri rendelet megszab, már a 14 százalék eczetsav tartalmat meghaladó eczettől el kell különíteni.

VIII. Tekintettel a m. kir. államvasutak igazgatósága által kibocsátott és a fertőző betegségek terjedésének megállítását célzó rendeletre, felhivatott a tanács, hogy arra nézve s különös figyelemmel az utazó közönségnek a vasuti személyzettel való érintkezésére, véleményét nyilvánítsa.

A tanács a hivatolt rendeletet, ha az a m. kir. államvasutakon kívül a többi magyarhoni vasutakra is kiterjesztetik, a közérdek megoltalmazására egészen véve alkalmasnak tartja, azonban szükségesnek véli a tanács, hogy ezen rendeleten kívül a vasuti orvosok számára utasítás bocsátassék ki, mely útmutatást adjon a fertőző betegségek természetét, tartamát s lefolyását illetőleg, nevezetesen pedig szabályozza azon időtartamát, a mely a különféle fertőző betegségek előfordulása alkalmával az egészségesekkel való minden érintkezés megtiltására megkívánatik; az ezeket tartalmazó táblázat a nmélt. belügyministerium rendelkezésére bocsátatott.

IX. A budapesti könyvkereskedők egyesülete, tekintve azon veszedelmet, melylyel a használt tankönyveknek újból való forgalomba hozatala jár, azt határozta, hogy a tanév végén a már elkopott és esetleg ragályos kórok folytán fertőzött könyveket a bolti árnak 15 %-áért közpénzen visszaváltja s az így összegyűlt anyagot megsemmisíti, kéri egyúttal a belügyminister urat, hogy e határozatot tudomásul venni és elrendelni méltóztassék, miszerint a hatásköréhez tartozó hatóságok ezen határozatról értesíttessenek.

Az ügy egészségügyi tekintetben való elbírálására a tanács felhivatván: azon véleményét nyilváníttotta, hogy habár elismerőleg nyilatkozik a könyvkereskedők egyesületének beadványa és határozata felett, de azzal az igen fontos kérdésnek csak egy része lenne megoldható és így nem tartja elegendőnek, hogy a nagyméltóságú belügyminister ily fontos egészségügyi kérdés elintézésénél ezen csekély eredményt ígérő intézkedéssel lépjen fel s felhívja figyelmét az ócska könyveknek Krauss Artur dr. és Bukovszky György által kipróbált s eredményesnek talált gözzel való fertőtlenítésére.

X. Az országos balneologiai egyesület kérést intézett a nmélt. belügyminister úrhoz, hogy az összes kórházak, elmeorvosintézetek, fürdők és vizgyógyintézetek részére a Celsius hőmérő kötelező igénybevétele elrendeltessék; a folyamodvány a tanács véleményezésére bocsátatván: a tanács a kérést a kérvényben foglalt indokolás alapján teljesítendőnek véli, mert ezáltal a közegészségügyi intézmények működésében esetleg felmerülhető vizsszásságok meg fognak előzteni; a tanács egysermind azon véleményét is nyilváníttja, hogy a közforgalomba jövő Celsius hőmérők kötelező hitelesítése végett a nmélt. kereskedelmi minister úr lenne megkeresendő, mint ez már a német birodalomban tényleg rendezve van, hol a forgalomba jövő Celsius-féle klinikai hőmérők a hivatalos mértékitelesítési állomásokon lesznek egyenkint hitelesítve. Ily módon a még használatban levő Réaumur-féle hőmérők a forgalomból önmaguktól kimennének.

XI. A tanács értesülvén arról, hogy a székesfőváros jobb partján megnagyobbítandó telepen vízgáz készítésére engedélyt kér a gázgyár, oly célból, hogy azt vezetékeiben a közönség használatára bocsáthassa: felterjesztést intézett nagym. belügyminister úrhoz, melyben figyelmeztette azon közegészségügyi és közbiztonsági veszélyekre, melyek a vízgáznak közhasználatba bocsátásából származhatnak és egysermind az erre vonatkozó felhívás folytán előadta azon feltételeket, melyek alatt a vízgáz termelése és vezetése megengedhető és pedig:

1. Vízgáztelepek létesítése városok belterületén egyáltalában meg nem engedhető.

2. Csak oly csövek használtassanak a vezetésre, melyeken repedések vagy finomabb nyílások nem kerülnek elő, a mi az úgynevezett nyomási próbával kipróbolandó.

3. Az utcai vascsövezetek vagy czeementezett csatornába vagy oly mázolt agyagcsövekbe helyeztessék, melyek alkalmas nyílásokon át a külső levegővel közlekednek.

4. A vízgázgyár kötelezendő, hogy a vízgáz — akár carburált akár nem — mercaptan-oldaton vezesse át; ekként a különben szagtalan gáz bűzössé válik s kiömlése könnyebben észrevehető.

5. A lakásokban a gázórák után átmeneti csap és kulcsesal elzárható vízmanometerek alkalmazandók s minden hónapban legalább egyszer vagy a fél kívánatára bármikor jól záródásukra nézve megvizsgálandók.

6. A vízgázzal ellátott lakások gyakran szellőztetendők.

XII. Egy fogtechnikus az iránt folyamodott a városi tanácshoz, hogy neki a fogkészítéshez szükséges szájmintavétele s a kész fogaknak a szájbaillesztése megengedtesse. A városi tanács az engedélyt megtagadta s ez ellen az azon városban gyakorló fogorvosok a nmélt. kereskedelemügyi minister úrhoz felebbezést nyújtottak be, mely is a



nmélt. belügyministeriumhoz áttétetvén, ezen ministerium a tanács véleményét kérte ki.

A tanács véleménye szerint a műfogak készítéséhez szükséges mintavétel a beteg szájáról s a már elkészített műfogdarabok vagy fog-sorok beillesztése a szájüregbe orvosi műtétnek — a műtét mai fogalma szerint — nem tekinthető ugyan, de olyan művelet, mely a kellő óvrend-szabályok figyelmen kívül hagyásával az egészségre is károsá válhatik. Ennélfogva a fentemlített műveletek első ízben csak akkor engedhetők meg a fogtechnikusoknak, ha ezekre nézve a fogorvosoktól megbízást kapnak; azok számára azonban, kik már műfogakat viselnek, ezeknek újakkal való pótlásánál a szükséges mintavételtől el nem tilthatók.

XIII. Folyamodvány intéztetvén a nmélt. kereskedelemügyi minis-teriumhoz az iránt, hogy engedessék meg a kátrányfestékeknek a czu-korkák gyártásánál használata s ezen folyamodvány a nmélt. belügy-minister úrhoz áttétetvén, a tanács szakvéleménye kikérte, mely is a következő:

Tekintettel arra, hogy a tudomány mindaddig sem a kátrány-festékek élettani hatásának megítélésére, sem az esetleg ártalmasaknak az ártalmatlanoktól biztos megkülönböztetésére elegendő adatokat nem nyújt: az ez idő szerint fennálló azon tilalomnak, melylyel a kátrány-festékeknek táp- és élvezeti szerek festésére használata meg van tiltva, megszüntetését a tanács nem ajánlja.

Czél szerűnek véli azonban a tanács, hogy ezen ügy nemzetközileg szabályoztassék és indítványozza, hogy az erre szükséges lépések megtétecsenek.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Az elmekörtan haladása.

Közlő: Reuter Camillo dr.

(Folytatás.)

Igen érdekes kérdést fejtet Weber Eugen, hogy vajon az epilepsziásoknál mutatkozó elme-zavar az epilepsiának következménye-e vagy csak vele egy időben jelentkező más elme-zavar. Maga észlelte esete indította őt a kérdés vizsgálatára. 47 éves, eddig egészséges nőnél a menopa-usa kezdetén epilepsziás roham jelentkezik. Körülbelül fél évenként jelentkeznek később csak éjjeli rohamok, szellemi tehetsége nem gyengül, 14 év múltán sorscsapások folytán három évig tartó subacut melancholiába esik, könnyű téveszmékkel és praecordialis félelemmel. A psychosissal együtt absence-ok jelentkeznek, a psychosis gyógyultával az absence-ok elmaradnak s újra csak a görcsök állanak fenn, melyek azonban 1 1/2 év óta szintén elmaradtak. Tehát a psychosis egész ideje alatt absence-ok kísérték. Weber itt a klimakteriummal járó vérkeringési zavarokat tartja aetiologiai momentumnak, mert kizárni tudott más, epilepsia tardánál említett minden factort (arteriosclerosis, öröklés, trauma, lues, alkohol, anyagesere-zavarok). A psychosis az epilepsiától függetlennek tartja, mert semmi sem emlékeztet azokra az elme-zavarformákra, melyeket leg-jobbán Samt tanulmányozott epilepsiánál. Psychosisoknak epilepsiától független fellépését epilepsziásoknál Magnan is állítja. A psychosis okának Weber a sorscsapások által okozott lelki rázkódást mondja. Tehát a psychosis oka egészen más mint az epilepsia oka. A psychosis kísé-ri absence-ok okát az agynak melancholiával járó toxae-miás táplálkozási zavarában keresi. Tehát úgy a grand mal, mint a petit mal okát vér-keri-gezési zavarokban találja. A táplálkozási zavarral járó psychosis tehát az epilepsia tüneteit meg-másította. Az absence-ok egy másik okát a gyengült akaraterőben találja szerző, erre vonatkozó fejtegetései meg-érdemlik az eredeti értekezés olvasását.

Camphora monobromata használata után fellépő rohamokat észlelt Wertheim Salamonson három esetben. 0.5—1 grammos adagok után jelentkeztek sűrűn elszórt petechiák kíséretében. A rohamot meg-előzte néhány órát felőlelő retrograd amnesia. Kámformérgé-ést szerző nem tart valószínűnek.

Eltekintve a dementia paralytica-tól, a lues a többi elme-zavar aetio-logiájában is szerepel. Ezt kutatva Jolly megkülönbözteti a szerzett és veleszületett lues okozta lelki zavarokat. Ilyen a syphilitikusoknak könnyebb vagy súlyosabb fokú neurastheniája, mely egyrészt a lueses anaemiában és a középponti idegrendszer kezdődő elváltozásai által fentartott izgalomban találja okát, másrészt a betegsé-gérzet depressív psychikus hatásában. Ezen neurasthenia többé-kevésbé súlyos szellemi zavarokhoz vezethet. A luestől függő s vele nem véletlenül társuló elme-zavarokhoz tartozik az epilepsia, hypochondriás színezetű melan-choliás depressio (syphilidophobia), hallucinációs zavarodottság (amentia, gyakori agyvelő-lues után), ritka a mania és a tébolyodottság. A demen-tia paralytica-hoz hasonló alak a pseudoparalysis syphilitica (Fournier), mely utóbbi specifikus kezelésre gyógyul. Az öröklött luesnél előforduló lelkizavarok a nervositás, a neurasthenia, a hysteria és a dementia para-lytica fiatalkori alakja.

A dementia postsyphiliticáról értekezik Krause, s az elbutulásról mint a lueses eredetű elme-zavarok tünetéről beszél. Nem minden agyvelő-luesnek befejezése az elbutulás. Az elbutulás foka különböző és az egyes szellemi műveleteket is nem egyformán éri. A dementia post-syphilitica egy acutan vagy subacutan kezdődő elme-zavar végkimenetele, melyet némely mozgási és érzési tünet megszűnése kísér. Nem ide tar-

tozik az agyvelő-luesnél fellépő primaer elbutulás, melyet élesebben kell még elhatárolni.

Rorie 68 influenzás elme-zavart vizsgálva, a férfiak és nők számát egyformának találta. A férfiak korának átlaga 43.8 év, a nők 49.5 év. A férfiak legnagyobb számú megbetegedése a harmadik évtizedre esett, míg a nők az ötödikre. Az infectio és elme-zavar kezdete között lefolyt idő többnyire nem volt pontosan megállapítható, mivel határozatlan lelki elváltozások a határokat homályossá tették. Mégis legtöbb esetben 1—3 hó között változott, de volt 1 év is. A megbetegedettek 1/3 része örökölten terhelte volt, 1/3 része alkati és szerzett terheltséggel bírt. Az influenza következtében fellépő elme-zavarok a következők voltak: melancholia, mania, dementia senilis, dementia paralytica. A maniás betegek között gyakori volt az öngyilkossági kísérlet. A melancholiának főképp egyszerű alakját észlelte, míg az agított alak ritkább volt. Néha zavartság és elme-gegyeség, máskor stupor és katelepszia kísért. Üldöztetési téves eszmék és hallási hallucinációk. Az acut mania gyakran zavartsággal, téves eszmékkel és hallucinációkkal járt. Egy esetben melancholiás depressio előzte meg. A melancholiások gyógyultak, szintűgy az acut maniás betegek, míg az egyszerű maniában szenvedők kevésbé. Az átlagos kezelés 5 hó volt.

Pellagrás elme-zavart észlelt Scarpatelli. A pellagra tipikus hármas tünetesorotja (hasmenés, bőrbántalom és idegrendszerbeli zavarok) fennállott. Utóbbiak az ő esetében neuritis multiplex és melancholia képeben nyilvánultak. A pellagra okául a romlott tengerivel való intoxi-catiót, az egyéni dispositiót és a meghűlést, néha az isolatiót említi. Zlatarovic pellagra folytán melancholiát (daemonomania), amentiát, demen-tiát és stuport észlelt. Maniát soha.

Myxoedemás elme-zavart tesz említést Pilez. A myxoedema min-den esetben tapasztalhatunk általános lelki elváltozásokat, így a szel-lemi műveletek lassúbbodását és gátoltságát, apathiát, álmodást, am-nesiát. Ezt szerző „myxoedemás lelki állapotnak” akarja elnevezni, míg a kifejezett elme-zavart „myxoedemás elme-zavar”-nak. Az elme-zavaroknak a myxoedemás lelki állapot kölcsönöz hasonlatosságot, különben tel-jesen eltérők lehetnek. Így látunk maniás, melancholiás állapotokat, téves eszméket, érzékesalódásokat. Hogy csakugyan a myxoedema okozza az elme-zavart, azt a therapia bizonyítja, pajzsmirigy nyújtására a psychosis is megszűnik. De vannak myxoedemával combinált psychosisok is, hol a therapia csak a myxoedema mulik el. A myxoedemás elme-zavar főképpen nőknél fordul elő, a myxoedema hosszabb fennállása után fej-lődik, néha azonban megelőzi. Végül az angol és amerikai orvosok által ajánlott pajzsmirigy-kezelést próbálta meg a szerző nem myxoedemás elme-zavaroknál. Az eredmény teljesen negatív. Pajzsmirigy-kezelés alatt a szívgyengülés veszedelme igen nagy, megemlítendő a tachycardia (140-ig), a vérnyomás 40—50 mm. higanynyal való süllyedése, testi súly fogyása, subfebrilis hőmérséklet (37.5), albumosuria, acetonuria, indi-canuria, gyomor-zavarok.

A postinfectiosus és intoxicatiós elme-zavarokról közlik vizsgálatait Binswanger és Berger. Szerzők első sorban arra figyelmeztetnek, hogy a kimerülési, intoxicatiós és infectiós elme-zavarok között éles határt vonni már pathologiai szempontból is nagy akadályokra talál. Bármily különböző is a baj oka, mégis az idegállományra való káros hatás egyforma lesz. Mind ez esetekben a baj végső oka az idegállomány táplálkozási zavara. De ha csak a functionalis zavarokat okoljuk a szel-lemi defectus nélkül gyógyuló kimerülési, intoxicatiós és infectiós elme-zavarok pathogenesisében, úgy a chromatolysis (Marinesco) gyógyuló folyamataiban lehetnek fel a patholog-anatomiai alapot. Ennél sokkal fontosabb tényezőnek vélik a szerzők az achromatolysist (Marinesco). A dűzsejtek fibrillaris anyagának elpusztulása ugyanis súlyosabb zava-rokat okoz a működésben. Az achromatolysist gyógyíthatatlan folya-matnak tartják a szerzők és a szellemi defectussal járó elme-zavarok oka gyanánt szerepelhet.

A kimerülési elme-zavarokat két nagy csoportba osztják a szerzők: a subacute és chronice fellépőkhöz tartoznak a kimerülési elme-zavar azon könnyű esetei, melyeknél az idegállomány bántalma compen-zálható a táplálkozási viszonyok javításával s akkor teljes a restitutio ad integrum. Másodszor azon esetek, hol a gyógyulás relatív s csak kisebb-nagyobb defectussal történik. Utóbbi lehetséges oly esetben, a) midőn fejlődésében visszamaradt agyvelővel van dolgunk, b) ha a táplálkozási zavarok az agyvelőt súlyosan bántalmazzák. Az acute fellépő esetekhez sorolhatók a hallucinatorikus zavarodottság (amentia), melynek egy része teljesen, más része szellemi defectussal gyógyul és a halállal végződő delirium acutum esetei. Kiválóan a delirium acutummal foglalkoznak a szerzők s nézeteiket erről következőkben foglalják össze: a) delirium acutum jól jellemzett klinikai-symptomatologiai tünetesorot, aetiologiai-klinikai nézőpontból azonban egységes okát nem lehet felvenni. A patholog-anatomiai leletek sem egybevágók. Mindezt más szerzőknek nyilatkozataival erősítik meg. Azután magukészlelte két esetükre tér-nek át. Az első esetben varicella- vagy influenza-infectio, a II. esetben szintén influenza-infectio történt. Mindkét esetben infectio (influenza?) folytán fejlődött encephalomyelitisre gyanakszanak. Már régen mond-ják a delirium acutumot infectiós eredésűnek, bizonyításul a kísé-ri lázat hozták fel. Ujabban exact bakterioskopiai vizsgálatok sorozata pozitív eredményhez vezetett (Resonico, Bland, Mills, Potts és Berlett, Hunt, Bianchi). Mások azonban teljesen negatív eredményre jutottak, mit szerzők toxinos elméletükkel akarnak megmagyarázni. Az infectiós okozó bakterium toxinjait és az autointoxicatiót okolják a negatív leletű esetek létrehozásáért. Mindebből kiviláglik, hogy a delirium acu-tum pathogenesisé nem egységes.

(Folytatása következik.)



### Könyvismertetés.

**Sticker: Die Entwicklung der ärztlichen Kunst in der Behandlung der hitzigen Lungenentzündungen.** Wien, A. Hölder, 1902.

Az előttiünk fekvő füzet, mely tulajdonképpen egy orvosok számára való továbbképző cursus megnyitó előadásának bővített, jegyzetekkel bőven ellátott tartalmát adja, érdekes keverékét képezi az orvos, történelemnek és belgyógyászatnak, kiegészítve egyenmely az orvosi oktatásra, az orvosi hivatásra és az orvostani búvárkodásnak az orvosgyakorlathoz való viszonyára vonatkozó találó megjegyzéssel, úgy hogy ezekből az olvasó megismerheti szerzőnek, a ki a giesseni egyetem rendkívüli tanára, sok eredetiségre valló orvosi gondolkodásmódja és tanítási elvei alapjait. A füzet tartalma különben legrövidebben talán úgy jellemezhető, hogy az kritikája a mai orvostudományi búvárkodásnak, még pedig a tüdőlobok gyógyítása tanának fejlődésmenté alapján feltüntetve. Nagy olvasottságra valló, sokszor csipős kritikától kísért fejtegetéseiben végig vezet a tüdőlobok tanának történetén, a gyógyításmódok mellett nagy súlyt helyezve az aetiológiai tényezők tárgyalására. Kimutatja, hogy ismereteink mai állása szerint legalább is nyolcz fajta pneumonia különböztetendő meg; egyúttal azonban kiemeli azt is, hogy a tüdőlobok egységes voltát a régiek sem hitték s hogy különböző fajta tüdőlobok felvételének szükségességét, homályosan ugyan, elődeink is ismerték: a modern aetiológiai diagnostika csak világosságot hozott már régen ismert dolgokba. A kis munka bizonyára sokaknak fog élvezetes órákat szerezni és alkalmas arra is, hogy egy és más tekintetben elmélkedésre serkentsen.

**Bourget et Roux: La gastroenterostomie.** Paris, Masson et Comp. 1902.

Ezen érdekes füzetben a lausaneai egyetem belgyógyász- és sebész-professzora, *Bourget* és *Roux* foglalják össze tapasztalataikat a gastroenterostomiáról. Előbbi a pylorus-stenosisok diagnostikáját, a gastroenterostomia indicatioit, a gastroenterostomizáltak diatetikáját írja le; utóbbi a műteti technikával, az utókezeléssel, a műteti eredményekkel foglalkozik; a műteti módorok közül a gastroenterostomia retrocolica posterior hive, és ha csak a beteg erőbeli állapota megengedi, a Y formájú gastroenterostomiát végzi, melyet ő hozott a chirurgiába, s mely leginkább teremt a normalishoz hasonló anatómiai viszonyokat és legkevésbé szolgálta alkalmat az egyszerű gastroenterostomia után már sok ízben észlelt kellemetlen complicatiók (circulus vitiosus, epe beömlése a gyomorba, belső incarceration) létrejöttére. Ezen műtét leírását aprólékos részletességgel adja, s a tárgy iránt érdeklődő e műben számos tanulságos megfigyelést és practikus tanácsot találhat.

Pólya Jenő dr.

**Le Dentu: Le cancer du sein.** Étude clinique et statistique. Paris, Bailliére et fils. 1902.

Ezen könyvben szerző 58 mammacarcinoma esetéről számol be, melyeket 22 év alatt magángyakorlatában megoperált, s melyeknek sorsát figyelemmel kísérhette. Bár eredményei a végleges gyógyulás és localis recidivától való mentesség szempontjából meg sem közelítik *Rotter*, *Halsted*, *Watson-Cheyne*, *Butlin* eredményeit, elég jóknak mondhatók, a betegek nagy része 3-4 évet élt még a műtét után s voltak olyanok is, a kik csak 8-10 év múlva haltak meg recidiva vagy belső metastasisok folytán. A műtét sikerének biztosítékát szerző inkább a korai beavatkozásban, mint a műtét kiterjedt voltában látja, bár a radicalis modern eljárásoknak hive. A kóresetek gondosan és figyelmes kritikával vannak egybeállítva s a szerző saját adatait más sebészek statistikájával is egybeveti, végül a carcinoma mammae diagnostikájához és modern műteti technikájához fűz tanulságos megjegyzéseket.

Pólya Jenő dr.

**Uj könyvek.** *Bloch*: Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. Dresden, Dohrn. — *Trüper*: Die Anfänge der abnormen Erscheinungen im kindlichen Seelenleben. Altenburg, Bonde. — *Obersteiner*: Arbeiten aus dem neurologischen Institute an der Wiener Universität. Heft 8. Wien, F. Deuticke. — *Linke*: Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Halle, Kaemmerer. — *Jaquet*: Grundriss der Arzneiverordnungslehre. Basel, Schwabe. — *Luithlen*: Therapie der Hautkrankheiten. Wien, A. Hölder. — *Liebreich* und *Langgärt*: Compendium der Arzneiverordnung. Fünfte Auflage. Berlin, Fischer. — *Abeles*: Die Nasenspülungen, ihre Anzeigen und Gegenanzeigen. Halle a. S., C. Marhold. — *Ritter*: Der üble Mundgeruch. Halle a. S., C. Marhold. — *Noebel*: Zur Methodik der localen Anaesthesie in den oberen Luftwegen. Halle a. S., C. Marhold. — *Baumgarten*: Über Schlingbeschwerden. Halle a. S., C. Marhold. — *Felix*: Die Schleimpolyphen der Nase. Halle a. S., C. Marhold. — *Fliess*: Über den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan. Halle a. S., C. Marhold. — *Bergmann*: Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Universität in Berlin. XVI. Theil. Berlin, A. Hirschwald. — *Bergmann*, *Bruns* und *Mikulicz*: Handbuch der praktischen Chirurgie. Zweite Auflage. Erste Lieferung. Stuttgart, F. Enke. — Handbuch der Unfallversicherung. Die Reichs-Unfallversicherungsgesetze, dargestellt von Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes nach den Akten dieser Behörde. Neue Ausgabe. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Petrini de Galatz*: Considérations sur le traitement des epithéliomas. Paris, Masson et comp. — *Poincaré*: Traité d'hygiène industrielle. Paris, Masson et comp. — *Poincaré*: Prophylaxie et géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène. Paris, Masson et comp. — *Dupuy*: Corps neutres, principes amers et plantes qui les renferment en thérapeutique. Paris, Librairie des sciences pratiques. — *Maillant*:

*Des exostoses (Exostoses osteogéniques. Exostoses inflammatoires).* Paris, J. B. Bailliére et fils. — *W. T. Corlett*: A treatise on the acute infectious exanthemata. London, H. Kimpton. — *J. Bell-Ranske*: Health, speech and song. A practical guide to voice-production. London, Swan Sonnenschein and Co. — *H. Campbell Thomson*: Acute dilatation of the stomach. London, Bailliére, Tindall and Cox. — *Frank Horridge*: Dynamic aspects of nutrition and heredity. London, Bailliére, Tindall and Cox. — *Wilfred J. Hadley*: Nursing: general, medical and surgical, with appendix on sick-room cookery. London J. and A. Churchill.

### Lapszemle.

#### Általános kór- és gyógytan.

A typhus-bacillus intracellularis hatóanyagai czimen közlik *Allan Macfadyean* és *Sidney Rowland* a londoni Jenner-intézetből e tárgyról tett vizsgálataikat, melyekhez a Buchner-féle eljárás egy módosításával nyerték az anyagot. Friss, egy napos, igen nagy mennyiségű typhusculturát agarról sós vízzel leöblítvén és centrifugálván, a baktériumtömeg egyszerűen a cylinder faláról mint hártya volt leszedhető, mely ezüstporral és kevés vízzel péppé keverve, egy hűtéssel ellátott gyorsan forgó örlőkészülékben összeűzátott. Az összetördelt bacillusokat tartalmazó tömegből magából és azután a glicerinnel és natrium bicarbonicummal kivont maradékból Kieselguhr-filteren hydraulikus nyomással körülbelül 8-8 cm<sup>3</sup>-nyi hatóanyag volt nyerhető, melyek mindegyike a fehérjereactiot adta.

Az első szűredék adagjai 0.1 cm<sup>3</sup>-en felül a kísérleti galambokat egy erősen lázas reactio után friss typhus-culturák biztosan halálos adagjai ellen megvédték, még 6-8-szoros egymásutáni fertőzés ellen is; ezen védőoltás maximalis négy heti időre hatott ki, ez után egyszeri halálos adagok ismét biztosan ölték. A Widal-reactiot az összes oltott állatok vére adta igen magas higitásban, galamboknál három, házinyulaknál kilencz hó után is, midőn az immunizáló hatás már rég eltűnt volt. Tehát az agglutininek és bacteriolysinek szorosan kapcsolva nincsenek, sem pedig az immunitás nem függ össze az agglutininek jelenlétével.

Házinyulak és majmok seruma négy héttel a beoltás után a typhusbacillus iránt specifikus bakteriolytikus tulajdonságokkal bírt. A fenti kísérletekhez használt oltóanyag localis reactiot elő nem idézett s hidegben négy hónapig volt active eltartható. A második és harmadik szűredék is tartalmaz activ immunizáló hatóanyagot.

A fenti módszer hátrányainak — a kevés anyag, a három szűredékben foglalt különböző hatóanyagok — elkerülése végett a bacillusokat egymagukban örlték meg a folyékony levegő hőfokán (—180°—190° C), midőn is a sejtek törekenysége a felaprítást könnyűvé tette. Ezen kísérletek pozitív eredményeket adtak és gyorsabban és több sejttanyagot szolgáltatottak.

Szerzők megkísérelték még a typhus toxinját is előállítani. Mint-hogy az eddig mesterséges tenyésztőtalajokon nem sikerült, különböző szervek nedveit próbálták felhasználni a typhus-bacillus tenyésztésére, remélve, hogy ezen tenyésztőtalajokon képződik majd typhus-toxin. Ezen kísérletek azonban eredménytelenek voltak, a keletkezett autolytikus termékek megakadályozván a baktériumok szaporodását. Hideg úton azonban sikerült az autolysist megakadályozni s így most már remélik, hogy sikerülni fog a typhus-bacillus toxinját előállítani. (Centralblatt f. Bacteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten. XXX. kötet, 20. szám.)

### Sebészet.

A májnak egy óriási haemangiómáját távolította el nagy szerencsével *Pfannenstiel* tanár. A daganat jókora nagyságú, gömbölyded tökhöz hasonlított, belőle felmetszés után 1 1/2 liter vér folyt ki, súlya azonban még ekkor is 2 1/2 kilo volt; átmérő collabált állapotban (a vér kifolyása után) 21 × 21 × 11 cm., legnagyobb körülete 66 cm. A daganat a máj bal lebenyéből indult ki, kiirtása thermocauterrel és tompa praeparálással, a környező májszövetnek Dechamps-tüvel való előzetes catguttal történő körülöltése után történt; a máj és a hasbél fele része be lön varrva, az üreg tamponálva; a gyógyulás két hó alatt bekövetkezett, csak a májtájon maradt vissza egy kis sipoly; jelenleg már négy év mult el a műtét óta s a beteg teljesen jól érzi magát, meghízott, megerősödött; a műtét helyén hasfali sérv van. Ezen eseten kívül az irodalomban még csak két operált angioma cavernosum szerepel, az egyik *Eiselsbergé*, ki egy két férfütkölnyi, a másik *Rosenthalé*, ki egy gyermekkökölynyi ily tumort írtott ki. Ezen esetet *P. Langer* dr. ismerteti s az eset diagnosticájához és műtétéhez érdekes megjegyzéseket fűz. (Archiv f. klin. Chirurgie. 64. kötet, 630. l.)

Pólya Jenő dr.

Az uranoplastica technikájáról szólva *Eiselsberg*, több érdekes eljárást ajánl oly esetekre, melyekben a közönséges Dieffenbach-Langenbeck-Billroth-féle eljárással nem ér czélt az ember részint a hasadéknagysága, részint elhelyezése miatt. Igen széles szájjadhasadék egy esetében egy az előkarról vett nyeles lebenyt ültetett be a defectusba; két esetében, hol a hasadéknak legmellső, a fogmeder mögött fekvő része nem volt egyesíthető, az os intermaxillareből képezett nyákhártyaperiostelebenynyel fedte jó sikerrel a hiányt; három egyoldali széles szájjadhasadéknál ennek mellső felét a vomerből képezett lebenynyel, melyet 90°-kal megfordított a felső állcsont szájjadlemében való tapadására körül, fedte be. Igen érdekes azon esete, melyben a szájjad mellső részén fennálló hasadék mellett az orr nagyfokú besüppedése is volt



jelen, s melyben úgy járt el, hogy a betegnek körömtől és inaktól megfosztott kisujját ültette bele a hasadékba úgy, hogy az ujj hegyével az orr csúcsát kiemelte, az ujját a 13–20. napon enucleálta; a metacarpophalangealis ízületben az szépen megtapadt, az orr formája helyreállt s a szápadhasadék majdnem teljesen elzárult. Nyúlajk esetén széles uranocolobománál, a hol másféle módon nincs remény a hasadék elzárására, egyáltalán ajánlja a kisujj beültetését (midőn az utolsó perc mint uvala szerepelhetne), már azért is, mert az ujj masszív voltánál fogva a phonationál az orrüreg felé a száznak tökéletes elzárására képes, s így kiválóan alkalmasnak látszik e célra. Függelékkepen egy esetéről emlékezik meg, hol orresúcs hiány miatt a felkarból végzett plasticát s az ily módon képezett orr vázát egy a tibiából kivésett és kifőzött csontlemez utólagos beültetése által adta meg. (Arch. f. klin. Chir. 64. kötet, 509. l.)  
Pólya Jenő dr.

### Húgszervi betegségek.

A húgyantisepticumok értékéről értekezik Stern (Boroszló). Rechevel és Sachssal egyetemben végzett vizsgálatainak eredményeit közli, azon kérdésről, vajjon a gyakorlatban mint húgyantisepticumok szelvében használt szerek tényleg bírnak-e bakteriumölő vagy fejlődésgátló hatással. Vizsgálataik eredménye szerint: urotropin nagyobb adagban (naponként 3–4 gm. és több) nemcsak a bakteriumok fejlődését gátolja meg, de azokat meg is öli. Kifejezett és jó hatással bír a salicylsav is, ha nagyobb adagban nyújtjuk (3–4 gm.), de kellemetlen mellékhatást fejt ki, míg az urotropin még 6–8 gm.-nyi adagban is jól tűrik. Salol, methylenkék, camphorsav, santalolaj, nagyobb adagban fejlődést gátló hatást fejtenek ki, a bakteriumokat azonban nem ölik meg, kisebb adagokban pedig teljesen hatástalanok. Copaiva balsam, bórsav, kalcium chloricum, folia urae hatása nem volt kimutatható.

Még a vizsgálatok és a gyakorlat szerint legerősebbnek bizonyult húgyantisepticum is, az urotropin, nagy adagokban is nyújtva, a vizeletnek csak gyengén antiseptikus hatást kölcsönöz. Érthető tehát, hogy ezen szerek mindazon folyamatoknál, melyek nem a felületre szorítóknak (tuberculosis), hatástalanoknak bizonyultak. Leghatásosabb az urotropin, prophylaktikus adagolásban, műszeres beavatkozások előtt, úgyszintén bakteriuriánál, felületes fertőző folyamatoknál, valamint az ammoniakális erjedés korlátozásánál.

Teljesen feleslegesnek és a szokásos adagolásban (2 gm.) hatástalanannak tartja szerző az urotropinnak a typhus reconvalescentiában nyújtott adagolását, annál is inkább, mivel újabb időben ezen alkalmazásánál vérvizelést észleltek. A typhus-betegektől származó vizeletnek desinfectálása az emberi szervezeten kívül is történhetik.

Szerző vizsgálataiból nem óhajt következtetéseket vonni ezen szerek teljes gyógyhatására nézve, vizsgálatai a vizelet desinfectáló hatására vonatkoztak; nincs kizárva, hogy mindezen szereknél más hatás módok is számba jönnének, így a szerek hatása a nyákhártya sejteire vagy magára a lóbfolyamatra. (Allg. med. Centr. Zeit. 1902. 1. szám.)  
Ráskai dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Glycosolvol néven Lindner (Dresda) egy új antidiabeticumot hozott forgalomba, melyet oxypropionsavnak tiszta peptonra és theobrominnal natrinnak a trypsin zymogenjére való behatása által nyert. A glycosolvol már kis mennyiségben felbontja és assimilatióra képes anyagokká változtatja a szénhidratokat. A glycosolvol legjobb oldatban adni, kis mennyiségben, és a gyár úgy porban (melyből főzetet kell készíteni), mint kávéskanálanként adandó oldatban hozza forgalomba.

A fersanról, ezen phosphort és vasat tartalmazó fehérjekészítményről, melyet már oly sok szerző ajánlott az általa elérhető jó gyógyeredmények alapján, Lerner is nagyon dicsőően nyilatkozik. A bécsi kórház II. sebészeti osztályának (Mosetig-Moorhof) 30 betegénél használta a fersant, még pedig chlorosis, vérzés utáni heveny és idült anaemia, továbbá egyszerű idült anaemia gyógyítására. Az eredmények a legtöbb esetben nagyon jók voltak, csak genyvedéssel járó eseteirek mellett fennálló súlyos vérszegénység eseteiben maradt el többnyire a hatás. Kellemetlen mellékhatások a fersan használata után sohasem jelentkeztek, még akkor sem, ha naponként 60 grammnál többet vettek a betegek. A legtöbb esetben a fersan határozottan javította az étvágyat. (Wiener klinische Rundschau, 1902. 10. szám.)

Az Egger-féle hypophosphit-szörpöt, mely minden öt grammban 0.07 vasat, 0.06 mangant, 0.06 calciumot, 0.06 kalciumot subphosphorsavhoz kötve, 0.05 chinint és 0.005 tinctura nucis vomicae-t tartalmaz, Mátrai nagyon jó eredménnyel használta olyan esetekben, melyekben a vérképződés hiányos volt. Hat esetet közöl, melyek mindegyikében feltűnő volt a vér haemoglobintartalmának és a piros vérszálak számának szaporodása nevezett szörp használata után. A szer emésztési zavarokat sohasem okozott és ezen szempontból szerző előnyösnek találta kezdetben csak kávéskanálanként adni a szert (étkezés után), és csak később, a mikor étvágy már jelentkezett és az emésztési folyamat javult, evőkanálanként. Nem megvetendő előnye ezen gyógyszernek az, hogy benne a vas hypophosphitokkal, stomachicumokkal és roborantiákkal van kombinálva, a melyek nagyban hozzájárulnak ahhoz, hogy az étvágy nagyon hamar javul, a mi a többnyire lehangolt kedélyű vérszegény betegek rendkívül jó subjectiv hatással bír. (Gyógyászat, 1902. 9. sz.)

### Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 14. szám. Sellei József és Farkas Ignác: Érzéstelenítési eljárások a penis műtétéinél, tekintettel az Oberst-féle

eljárásra. Hadzsy János: Kimutatás orvosi működéséről. Fejér Gyula: Szemészeti közlemények.

Orvosok lapja, 1902. 14. szám. Porosz Mór: Az impotentiáról. Lukács Hugó: Az imbecillisek járulékos elmezavarai.

Magyar orvosok lapja, 1902. 14. szám. Elischer Gyula: A heroinum alkalmazásáról a nőgyógyászatban. Áldor Lajos: Az epeköbetegség belső gyógyítása. Beck Soma: Adatok a bórakoknak Cerny-Truncék szerint való kezeléséhez. Iványi Ernő: Extragenitalis syphilis-infectio.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 14. szám. Weiler: Az epetartalmú subphrenikus tályogok casuistikájához. Chiari: Lob cavernosus daganatokban, venosus angiomákban és venafonatokban, kísérve a régi angiomák megnagyobbodásától és új visszártágulatok képződésétől. Frisch: 400 hólyagkömütét.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 14. szám. Trzebiecky: Idegen testek eltávolítása a pharynxból és oesophagusból. Pieniazek: Idegen testek eltávolítása az oesophagusból. Spengler: A Koch-féle TR. Mannaberg: Megjegyzések némely alhasi bántalom kórisméjéről illetőleg. Engelmann: A dongaláb modelláló redressment-jének technikája. Clemm: Adatok az eperendszer megbetegedéseinek prophylaxisához és belorvoslásához.

Wiener medizinische Presse, 1902. 14. szám. Strasser: A diabetes mellitus physikális és gyógyszeres kezelése. Redlich: Psychosisok neurastheniáknál.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 11. szám. Lindemann: Új gyógymódok ízületi csúsz, köszvény, ischias stb. eseteiben. Hering: A szabálytalan pulsus magyarázata. 12. szám. Stein: Adat az ataxia hereditaria ismeretéhez. Grünberger: Lues cerebri esete.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 14. szám. Ehrlich és Sachs: A serum complementumainak sokszorosossága. Marmorek: Az emberre pathogen streptococcusok fajegysége. Holländer: A gümőkórba való mechanikai dispositio kérdése és következtetések az orrplasztika szempontjából lupus után. Gescheit: A Menière-féle kórról egy gyógyult eset kapcsán. Rosenfeld: Syphilises vékonybél-stenosis. Wallerstein: Tiszta cylindruria méterszerűen létesített epepangásnál. Saalfeld: Adat az idült gonorrhoea kezeléséhez.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 14. szám. Trendelenburg: Megemlékezés Langenbeckről. Bergmann: Gyógyult koponyalövések. Rose: Vizsgálat a féregnyújtvány lobjára. Wolff: A lágyéki here véres áthelyezése a borékba. Kümmell: A májeirrhosis okozta ascites sebészeti kezelése. Holländer: Castratioval meggyógyított osteomalacia nulliparának. Löffler és Uhlenhuth: A ragadós száj- és körömfájás tanulmányozására kiküldött porosz bizottság jelentése a Baccelli-féle módszerrel. Laskowski: A vibrációs sonda. Emmerich: A Wassmuth-féle belégzőkészülék.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 6. szám. Zoltikofér: A börtuberculidek. Staub: A tüdőgümőkór kezelése fahéjsavval.

Centralblatt für innere Medizin, 1902. 13. szám. Goldberg: B. lactis aërogenes okozta bakteriuria vesicalis postgonorrhoeica. 14. szám. Gerlinger: A phosphoros olaj szabad phosphorának meghatározása. Binz: Megjegyzések az előző cikkekhez.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 11. szám. Quervain: Részleges oldalsó rhinoplastica. 12. szám. Stamm: Az agyban levő idegen testek helyének meghatározása Röntgen-fénnyel.

Centralblatt für Gynäkologie, 1902. 13. szám. Zweifel: A symphysiotomia a spatium praeviciale drainezésével a vaginán át. Lüttau: Technikai megjegyzések a méh étetéséhez. Graefe: Nagy hólyagkö esete és megjegyzések az idült pyelitis kezeléséhez.

Dermatologisches Centralblatt, 1902. márczius. Richter: A nemi betegségek prophylaxisa. Cohn: Újabb dolgozatok a kőrmök megbetegedéseiről.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 6. szám. Panski: Heveny disseminált myelitis vagy encephalomyelitis szénagydmérgezés után; gyógyulás. Goldflam: Az astheniás hűdésről egy bonczület kapcsán.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatric, 1902. márczius. Alter: Elmebajosok kezelése ezellák nélkül és hydrotherapiával. Bechterew: Félelem az idegenek által való megnézéstől. (Die Scheu vor fremden Blicke). Cent: Epilepsiások vérsavójának toxikus és therapeutikus tulajdonságai és gyakorlati alkalmazásuk. Storch: Megjegyzések Nissl cikkére az egyszerű elmebajoknál előforduló hysteriás tünetekről.

Gazette hebdomadaire, 1902. 27. szám. Achard és Laubry: Pneumococcus okozta meningitisek; a lumbaris punctio eredményei. Poncet és Bérard: Az emberi actinomycesis Franciaországban. 28. szám. Patel: Idült gümőkóros rheumatismus. Ducamp: Májinsufficiencia.

La semaine médicale, 1902. 14. szám. Hirtz: Az uraemiás stomatitis és kórismézésük.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 14. szám. Verhoogen: A morphinomania gyógyítása. Delcourt: Rheumás csípőízületi lob két esete coxalgias tünetekkel.

The lancet, 1902. I. 12. szám. W. H. Corfield: A typhus aetiologiája és megelőzése. T. G. Brodie: A tüdőbeli vérkeringés, különös



tekintettel viszonyára a szív működéséhez. *W. Alexander*: Az epilepsziások nevelése. *G. Bellei*: Staphylococcus aureus és streptococcus által okozott általános fertőzések. *A. Pelham Trotter*: Elektromos sokk. *A. A. Bradburne*: A szemvizsgálat az angol hadseregben. *Howard W. Reynolds*: Primaer vérömlés a negyedik agygyomrocsba. *W. M. Bayliss* és *E. H. Starling*: A pankreas perifériás reflex secretiójának oka. *B. Crossfield Stevens*: Anus imperforatus esete. *W. G. Spencer*: A glykosuria megszűnése diabeteses gangraena miatt végzett alszárcsonkítás után. *F. Buszard*: Psoriasis rupioides esete.

**British medical journal**, 1902. április 5. *E. H. Embley*: A chloroform-halál oka. *M. A. Ruffer* és *M. Crendiropoulos*: Adat az agglutininek ismeretéhez. *G. H. F. Nuttall*: A vérfajok meghatározása biológiai úton. *L. Rogers*: A vörösvérsejt diagnosztikai értéke typhusnál és malariánál. *G. Lovell Gulland*: A vér állapota filariasisnál. *J. A. Macwilliam*: Az edényrendszer állapota asphyxia folytán beállott halál után. *R. H. Fox*: Maláta-kivonat poralakban mint tápszer. *W. T. Gardner*: Fog a tüdőben. *K. B. Barnett*: Egymást falo culex-lárvák. *J. J. D. nne*: Petefészkdaganattal szövődött terhesség esete.

## Hetiszemle és vegyések.

Budapest, 1902. április 11.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatás szerint az 1902-dik év 12. hetében (1902. március 16-dikától március 22-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,171, katona 16,484, összesen 767,661. Elve született 495 gyermek, elhalt 317 egyén, a születések tehát 178-al múltak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 33.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21.5, az egy éven felüli lakosságnál: 17.3 az öt éven felüli lakosságnál: 14.7 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 6, angina diphtheritica 4, pertussis 0, morbilli 6, scarlatina 7, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 25, apoplexia 7, eclampsia 11, szervi szívhibák 21, pneumonia 33, pleuritis 3, pneum. catarrh. 9, bronchitis 9, tuberculosis pulmonum 66, enteritis 10, carcinoma 11, ezek közül mérkés 3, egyéb újképlet 2, morbus Brightii és nephritis 9, veleszületett gyengeség 18, paedatrophia 2, marasmus senilis 5, erőszakos halálozás 11, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 8, bal eset 2, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3124 beteg, szaporodás e héten 922, csökkenés 919, maradt e hét végén 3127 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi március 12-dikétől március 19-dikéig terjedő 11. héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 32 (29), diphtheria, croup 27 (29) hagymáz (typhus) 2 (4), kanyaró (morbilli) 212 (274), trachoma 1 (7), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 19 (25), orrbáncz (erysipelas) 10 (13), gyermekgyógyi láz (febr. puerp.) 1, (0) járv. fültőmirigylob 21 (0), ezenfelül varicella 33 (23).

— **Az országos közegészségügyi egyesület** f. hó 9.-én d. u. tartotta évi rendes közgyűlését a budapesti kir. orvosegyesület Szentkirályi-utcai házában *Kéty Károly* dr. egyetemi tanár, egyesületi elnök, elnökléte alatt, a ki határozta el a múlt heti beszédében kegyelettel emlékezett meg az egyesület nagynevű megalapítójáról, *Markusz Lajos* és *Fodor József* dr.-okról. Majd az egyesület magasztos célját hangsúlyozva, kiemelte az egyesület főtitkárnak, *Gerlőczy Zsigmond* dr.-nak szerkesztésében megjelenő Egészség című egyesületi folyóiratnak áldásos hatását. Uána *Gerlőczy Zsigmond* dr. főtitkár terjesztette elő az egyesület évi jelentését a múlt 1901. évi működéséről. Az egyesület választmánya 1901. évben öt ülést tartott. Felolvasó ülés 14 volt. Kiemeli a jelentős, hogy a választmány, valamint az iskolaegészségügyi szakosztály behatóan foglalkozott azzal a kérdéssel, vajjon az ócska könyveknek az iskolákban való használatát nem kellene-e valamiképpen korlátozni? Ugyancsak beható tanácskozás tárgyát képezte az iskolapadok kérdése, valamint a községek ivóvizének ügye is. A választmány az iskolaorvosok szakbizottságának javaslatára felterjesztést intézett a vallás- és közoktatásügyi miniszterhez az iskolaorvosi és egészségügy tanári cím használatára tárgyában. Az évi jelentés kegyelettel parentálta el *Fodor Józsefet*, *Laufner Károlyt*, *Pettenkofer Miksát*, *Grósz Lipot* dr.-t és *Báthory István* dr. elhunyt egyesületi tagokat. A tagok száma a lefolyt évben 294-gyel gyarapodott. Az egyesületi folyóirat ez évi áprilistól kezdve havonta jelenik meg, úgy hogy a tagok eddigi 6 füzet helyett 12 füzetet kapnak évenként. Az évi jelentést, valamint *Elischer Gyula* pénztáros jelentését a közgyűlés tudomásul vette. A Trefort-jutalmak odaítélése következett ezután. A közzétett 69 jelentkezésre a választmány ajánlatára a közgyűlés elismerő oklevéllel tüntette ki: *Szabolcs, Jász-Nagykun-Szolnokmegyét*, *Szombathely* várost, *Veszprém* várost, *Pápa* várost, *Farkas Kálmán* földmívelési ministeriumi mérnöki osztályfőnököt, *Báthory Nándor* igazgatót, *Gerlits Sándor*, *Kapossy Lucian* tanárokat, *Takács Mihály*, *Bortnyik György* lelkészeket, *Horváth Gyula* igazgatót, *Kirschauer Ödön* lelkészt, *Winkler Márton* igazgatót, *Volezer Ignác* főbíró, *Bandár Miklós* tanuló, *Csernyei Mór* tanárt, *Weber János* tanítót, *Remer Ferenc* plébánost, *Takács Lajos* lelkészt, a szabadkai tüzoltó-egyesület mentő-osztályát, *Wenczel Lajos* számvevőt, *Germán János* borbélymestert, *Oláh Dezső* tanuló, *Acz György* főkalauzt; 100 korona pénzkütiutestést kapott *Keményi Katinka* tanítónő, 50 korona pénzbeli kitüntetést *Ajtai Gyula* igazgató, *Gál Vilma* óvónő. Végül 18-an 25 korona jutalmat kap-

tak. A választmány kilépő tagjait: *Elischer Gyulát*, *Boleman Istvánt*, *Hutyra Ferencet*, *Leővey Sándort* a közgyűlés újból megválasztotta.

— **A közegészségügyi orvosi tanács új tagjai.** A belügyminis-terium vezetésével megbízott miniszterelnök *Liebermann Leo* dr. egyetemi tanárt a közegészségügyi tanács rendes, *Bárony János* dr. egyetemi magántanárt pedig rendkívüli tagjává, utóbbit hat esztendőre, kinevezte.

— **Szigorlati kormányképviselőül** a vallás- és közoktatásügyi miniszter *Tóth Lajos* dr. miniszteri osztálytanácsost a budapesti és kolozsvári tud.-egyetemek, *Udránszky László* dr. egyet. ny. r. tanárt pedig a kolozsvári tud.-egyetem orvosi karán tartandó szigorlatokhoz kinevezte.

— **Okleveleiket bemutatták** a tisztifőorvosnál február hóban: *Fekete Sámuel* dr., *Baldzs Dezső* dr. és 8 szülész nő.

— **Új orvostársaság** alakult a Lipótvárosban, *Lichtenberg Kornél* dr. vezetése mellett. Az alakuló gyűlés f. hó 10-dikén tartott.

— **A budapesti orvosi kör** f. hó 7-dikén *Hainiss Géza* dr. elnöklete alatt ülést tartott, melyen *Porosz Mór* dr. a prostitutoról értekezett. Az előadáshoz *Tausz Béla* és *Csillag dr.* szólottak.

— **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** az 1902. év március havában 212 veszett vagy veszettségre gyanús állatmarta egyén (193 magyarországi, 13 horvát és szláv, 3 boszniai és 3 montenegrói) nyert antirabikus védőoltást. 197 egyént eb, 13-at macska és 2-t sertés inficiált. Évi folyó szám: 677, egyetemes folyó szám 17,734. Haláloset e hóban nem fordult elő.

— **Kézmárczky tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét március hóban 89 esetben, 44 műtétet vették igénybe. Évi folyó szám: 269.

— **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét március hóban 859 esetben vették igénybe. Évi folyószám 859.

— **A szabadkai önkéntes tüzoltó-egylet** mentő- és fertőtlenítő osztálya március hóban 59 esetben működött.

— **A budapesti általános poliklinikán** március hóban 3128 beteg 10,235 rendeltetést kapott.

— **Megjelent.** Prof. *E. Jendrassik*: Einige Bemerkungen zur Kritik des Herrn Dr. Glaeser über meine, die Antipyrese betreffende Arbeit. Kiny. a „Pester med. chirurgische Presse“ 1902. 13. számából. — *Dr. I. Homer*: Erste Hilfsleistung bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen in Bild und Wort. 41 nagy táblával, 12 nyelven írott magyarázó szöveggel. Dux (Csehország). C. Scheuthaler kiadónál. 1902. Ára 90 k. Bővebben fogjuk ismertetni.

— **Elhunyt:** *Szöke János* dr. körorvos március 27-dikén *Mária-Pócs*on 40 éves korában.

— **P-i. T. olvasóinknak** felhívjuk figyelmét a jelen számunkban foglalt „Bromopan“ hirdetésre.

— **A „Salvator“ ásványvízről** újabb füzet jelent meg, melyben *Bole-mann István* dr. ismerteti meg a legújabb physico-chemiai vizsgálatok eredményeit, valamint ezen vízre vonatkozó hivatalos vizsgálatokat, a melyeket ez ásványvíz összetételének állandóságára s tisztaságára újab-ban megejtettek. Hogy a *Salvator-víz* tiszta, állandó és csiramentes, a forrásnál már többször ki volt mutatva, hogy ez a gyógyvíz üvegekbe töltve s forgalomba hozva, még hosszabb raktározás után is állandó össze-tételű és kifogástalan tiszta marad, azt — e füzet tudósítása szerint — a legújabb hivatalos vizsgálatok bizonyítják.

— **„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-labo-ratoriumában** 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.



## Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapest.

Nagy kénés iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmeden-czelében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és ádító-türodők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

**A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XII. rendes ülés 1902. április 5-dikén.) 260. 1.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1902. április 5-dikén.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Pfeifer Gyula, Deutsch László, Roth Adolf tagtársakat. Jelenti, hogy Mikulicz, Koehner, Snellen megköszönték levelező-tagokká történt megválasztásukat. Jelenti, hogy néhai Szontagh Ábris hagyatékából nagyobb számú könyv jutott végrendekezés folytán a könyvtárnak. Továbbá, hogy Kőssa Gyula dr. „A magyar kir. állatorvosi főiskola könyvtárának katalogusa” című műve érkezett be a könyvtár számára. Köszönettel fogadtatnak.

## Uterus duplex cum vagina partim septa.

Pfeifer Gyula: T. Orvosegyesület! A méh fejlődési rendellenességei, jóllehet hazai irodalmunk nem nagyon bővelkedik hasonló esetek feltárásában, mai nap már nem tartoznak a ritkábban észlelhető elváltozásokhoz. Érdekesek, tanulságosak és megemlékezésre méltók azonban ezen esetek, mivel bepillantást engednek a nemi részek fejlődési processusába.

Ezek az elváltozások maguk rendesen tüneteket nem okoznak ugyan, de nem egy esetben következményeül szolgálhatnak olyan káros elváltozásoknak, melyek miatt a beteg orvoshoz fordul, és így kerülnek észlelés alá. Így Tauffer tanárnak 1888-ban észlelt uterus didelphys esetében születésnél a nem terhes méh lényeges akadályul szolgált. A vizsgálat folyamán kiderült, hogy mindkét méh hordott ki magzatot. A Dirner tanár által 1883-ban közölt esetben pedig a fejlődési rendellenesség kíséretében fellépő partialis hymenialis atresia következtében a beteg a hügyesövön át közöszült és az ebből származott káros állapot vezetett orvoshoz.

Pauernek igen érdekes esetében, mely a Gynaekológiában közöltetett, csak műtét közben diagnosztizáltatott az uterus duplex separatus. Lantos esete nagyjában lényegtelen bajjal, vaginitissel került észlelés alá.

Egy további esetben Havas tanár egy 21 éves prostituálnál uterus et vagina duplexnél mindkét méhnek gonorrhoeikus endometritist és kórismétzte.

Esetében, melyet a tisztelt Orvosegyesületnek szerencséje van bemutatni, vérzés miatt fordult hozzá a beteg. F. S. 32 éves. I. tisztulását 14 éves korában kapta meg és 4 hetenként 3–4 napi tartammal jelentkező néha olyan fájdalmakkal, melyek miatt feküdnie kellett. 9 év óta asszony és ezóta 3–5 nappal, sőt egy héttel is előbb jelentkezett 4–5 napi tartammal és rendes mennyiségben, mindig fájdalmakkal. A fájdalom közvetlenül menses előtt jelentkezett. Jelenállapot: Vulva halvány. Macula nincs. Urethrából váladék nem nyomható. Hüvely sagittális irányban egy, a hüvelyboltozat bal feléből kiinduló, körülbelül 1 cm. vastag septum által egy nagyobb jobb- és egy kisebb baloldali részre van osztva. A válaszfal csak a hüvely alsó harmadáig ér, tehát nem osztja egész terjedelmében két részre. Mindkét hüvelybe egy-egy portio nyúlik bele, a jobboldali vastagabb, de a helyzethez mérten rendes helyen van, a septum és a jobboldali hüvelyfal között a közepén, mozgathatósága korlátozott. A baloldali portio az ezen oldali hüvelynek megfelelőleg kisebb és a septumhoz közelebb tapintható. Mindkét méhszáj kis kerek gödröske, a baloldali kisebb, mint a jobb és a septum felé tekint. A jobboldali portio porczkemény, felső részében a jobb medencze faláig érő, nyomásra mérsékesen érzékeny tumorba megy át. Méhtestet ezen oldalon határozottan kitapintani nem lehet és diagnosztizálni csak a méhszájba vezetett sonda segítségével lehet. A 9. számú Vergre-féle sonda 6 cm.-nyire halad előre és felfelé minden akadály nélkül. A baloldali méh sinistrollectált, a hajlasi szöget elég jól ki lehet tapintani, rendesen valamivel nagyobb. Portiója csakis golyófogó segítségével állítható tükörbe és a bevezetett 8. számú Vergre-féle sonda a méhbe 8 cm.-nyire halad előre. A két sondával egyidejűleg vizsgálta a két méhet is, hogy megállapítsa, vajjon csak egy, vagy pedig két méhüreggel van-e dolga. A két sonda nem érintkezett egymással. A méret felvételénél figyelem fordítottat arra, hogy a bougiek el ne hajoljanak és a méret meghatározása úgy történt, hogy a bougieket külön-külön, közvetlenül a méhszájnál magfogóval megfogva kihuzta és a megfelelő méretet méhszondán leolvasta. Parametriumok közül a jobboldali szabad, adnexumok nem tapinthatók ki, de a Douglasban kis diónyi, egyenetlen felületű, nyomásra érzékeny, mozgatható tumor tapintható. Baloldali parametriumban a méhhez összefüggő kis alma nagyságú érzékeny tumor. A jobboldali méhszájból zavaros, kissé sárgás színű mérsékes folyás.

Ezen lelet alapján diagnosisa:

Uterus duplex cum vagina partim septa.

Exsudatum parametricum lat. dextri. Tumores adnexorum.

A leírt fejlődési rendellenesség a fejlődés 2. hónapjából származik, azaz, mikor a solid Müller-féle vezetékben az ür képződik és a

kétoldali vezeték egyesülése által a szeméremköteg. Ha a Müller-féle vezeték nem egyesülnek, annak az az oka, hogy a Wolff-féle testek oldalsó részei, a hol a Müller-féle vezeték lefutnak, nagyon messze esnek egymástól. Ezt pedig az övszék rendellenes nagysága, vagy pedig az egész test széles volta okozhatják. Azért igen gyakori a széles medence és széles arc az ilyen fejlődési rendellenességeknél. Esetében ez a jellegzetesség nincs jelen.

A méh fejlődési rendellenességének fokozata attól függ, hogy a két Müller-féle vezeték még abból az időből, a mikor a hashártyaregben feküdtek, maradt-e külön választva, mikor is uterus didelphys e. vagina duplice áll elő, vagy pedig ezen különválás abból az időből származik, a mikor a két vezeték már a kis medenczébe lépett, tehát a gubernaculum Hunteri eredésétől distaliter és ekkor uterus bicornis keletkezik, vagy végre a gubernaculum Hunteri alatt. Ez utóbbi esetben pedig, hogy a vezeték közti válaszfal milyen fokban persistált. Ha ez teljes, akkor előáll az uterus septus, míg az ut. subseptus esetében a szeméremköteg válaszfalának szakadása, mely a közepén indul meg, distaliter folytatódik, a válaszfal proximalis része pedig persistál, miért is két méhüreg mellett egy canalis cervicalis van. A mi a tubákat és ovariumokat illeti, természetesen minden oldalon csak egy-egy fejlődhetik a két Müller-féle vezetéknek megfelelőleg.

## Scoliotikus betegek újabb bemutatása.

Róth Adolf: Hogy az új corsetjével elérhető eredményeket demonstrálhassa, elhozta 2 hónap után a már a kezelés elején bemutatott beteget; a nagytokú rhachitikus dorsal scoliosis most már nagy mértékben visszafelépült. Mult előadásakor készüléke eredetisége lett kétségre vonva, ezért bátorodik a figyelmet Hoffa berlini tanárnak a Zeitschrift für orthopaedische Chirurgie-ben megjelent kritikájára felhívni, melyben ezen corsetet teljesen újnak és nagy haladásnak declarálja.

## A serumtherapia jövője.

Deutsch László: Kritikai tanulmány tárgyává teszi a mai serumtherapiát és keresi az okát, miért nem felel meg egyes serumnak hatása a laboratoriumi kísérleti eredményeknek. E célból végig vezeti a hallgatót a serumtherapia theoriáin és külön-külön bemutatja az antitoxikus serumokkal, minők a diphtheria, a kigyóméreg, tetanusellenes serumok, eddig elért eredményeket, majd pedig a bakteriumellenes serumok hatóanyagának ismertetése után az orvosi gyakorlatba bevezetett ilyenféle serumok közül a streptococcus, a pestis, a pneumococcus, a typhus, a cholera, a lépfeneellenes serumok és az ú. n. reconvalescens-serumok hatását bírálja meg.

Főbb tételei előadónak a következők:

1. Az antitoxikus serum hatóanyaga, az antitoxin, a toxint úgy az állatszervezetben belül, mind kívül (in vitro) kémiai anyagként közömbösíti, de csakis akkor, ha a toxin a sejtekhez még leköttve nincsen. A lappangási idő, a mely a bakteriumos toxinok hatását annyira jellemzi, azon időnek felel meg, a mely alatt a toxinnak egy része egyéb szövetelemekhez lekött, míg a mérgezés maga csak akkor jelentkezik, ha a toxin keringésében az idegsejtekhez is ért és ezekhez lánczódik. A lelénczolt toxint a szervezetből az antitoxin ki nem szabadítja többé (Wassermann, Dönitz), az antitoxikus serumtherapia is tehát csak akkor lehet hatásos, ha az antitoxin a szervezetbe vagy a mérővel egyidejűleg, vagy legfeljebb az ú. n. lappangási idő alatt jut be. E tekintetben legkedvezőbbek a viszonyok a kigyóméreg-serumot illetőleg, a melyet Calmette készített Lilleben és melyet az angol kormány Indiában mindenütt raktáron tart. E serum, mely rendkívüli pontossággal neutralizálja a kigyóméreg hatását, úgyiszlóvan a csipés után azonnal vétetik alkalmazásba és hatását azonnal kifejezheti. A diphtheria-serumot hasonlóként aránylag korán alkalmazhatjuk, akkor t. i., a mikor a helybeli folyamat értünkre adja a bacillusok jelenlétét, a melyek termékeikkel az organismust még nem lepték el. Ma a diphtheria serumtherapiájának ellenzői nincsenek és a statistika legjobban bizonyítja, hogy a betegség kezdetén, első vagy második napján adagolt serum az ilyenként kezelt esetek halálzási arányszámát a minimumra szorította le. Gyógyító hatásán kívül különös figyelmébe ajánlandó az orvosoknak a serumnak eddig még nem kellőképen méltányolt praeventiv hatása, a mely Netter és más, főleg orosz orvosok észleletei szerint 3–4 hétre kiterjedően biztosan mentesíti a gyermeket a veszélytől. Ajánlatos feltétlenül, hogy oly családokban, a melyekben egy gyermek diphtheritisben megbetegedett, a többi gyermekeket a serummal praeventive beoltsuk.

A tetanus antitoxinja a toxint in vitro ép úgy neutralizálja, mint az előbb említett két más antitoxin és a tetanus serumja mégsem vált be. A statistika szerint a subcutan adott serummal kezelt esetek mortalitása nem feltűnően kisebb a nem kezelt esetekénél. Oka a jelenségnek, hogy a tetanus későn kerül kezelés alá: a fertőzés kapuja észrevétlenül marad és mi csak a lappangási idő elmúltával diagnosztizáljuk a tetanust azokból a görcsökből, a melyeket a már az idegsejtekhez érkezett és azokkal egyesült toxin vált ki. A befecskendezett antitoxin csakis az épen felszívódott szabadon keringő toxint neutralizálhatja, de a lelénczolt toxint nem szabadítja fel többé. Innen van az, hogy előadó még a serumnak



Roux és Borrel által ajánlott intracerebralis vagy subduralis alkalmazását sem ajánlhatja a theoria szempontjából, mert a serum még így sem szabadíthatja fel a leköltött toxint.

Ha a tetanus serumtherapiája nem is biztató, annál inkább ajánlható a praeventiv serum-fecskendés. Minden olyan esetben, ha a tetanus kitörésétől félünk, vagy mert a tetanus járványosan lépett fel (szülészobák, sebészi kórházak), vagy mert olyan sebzéssel állunk szemben, a mely a tapasztalat szerint tetanusra gyanús, és ilyenek a tetanus spóráit gyakran tartalmazó trágyával, kerti szennyel szennyezett sebek, a serum bevitelével okvetlenül megmenti az egyént. Nocardnak ily módon sikerült a Franciaország egyes vidékein bizonyos operációk, mint castrálás, farknyesés után addig szerfeletti gyakorisággal fellépő tetanustól a serummal praeventive beoltott lovakat megmentenie.

2. A bakteriumellenes serumok az előbbiekkal ellentétben eddig be nem váltak. Ennek megértésére előadó a következő tényeket bocsátja előre: A bakteriumellenes serumokat akkor nyerjük, ha az állatokat nem a bakterium toxinjai, hanem maguk az élő vagy megölt bakterium testei ellen immunizáljuk. Az ekként kezelt állatok vérsavójában ú. n. *ellenanyagok* jelennek meg, a melyek a bacillusra specifikus hatást fejtenek ki. Ujabbban az ellenanyagok ismerete óriási lendületet vett, a mióta Bordet nyomán kiderült, hogy nemcsak bakteriumok, de állati sejtek, ú. n. idegen vérsjtek, spermatozoidok, májsjtek (Deutsch L.) ellen is lehet immunizálni az állatokat, a mikor is véroldó, spermaöldő, májsjöldő ellenanyagok nyerhetők, a melyek hatása a bakteriumellenes ellenanyagokéval tökéletesen egybevág. Az ilyen serum hatását két anyagnak köszöni: az egyik a valódi „*anticorps*” vagy „*ellenanyag*”, a másik az *alexin*, az specifikus és a hevitésnek ellenáll, ez nem specifikus és 56°-ra hevítés útján elpusztul. Mint előadó új kísérletekkel kimutatta, az ellenanyag akként hat a megfelelő bacillusra vagy pl. vörös vérsjtre, hogy azt mintegy előkészíti az alexin hatására, úgy szólván érzékenyvé teszi, hogy azután a tulajdonképeni élő alexin hatásának ellen nem áll. Friss bakteriumellenes savóval mind a két anyagot visszük be, de már pár napi állás után az alexin, mint előadó kimutatta, elpusztul, úgy hogy a forgalomba került *serumok általában vére alexinmenteseknek tekintendők*. A német iskola azt tartja, hogy a szervezetben mindig kering alexin, tehát alexinmentes savó is kifejtheti hatását, míg a francziák azt vallják, hogy az alexin, a mely a megalvadott vér savójában kimutatható, oda csak az alvadás következtében jut be a megsérült leukocytákból, de az ép állati plasma alexinmentes és csak a leukocyták tartalmaznak alexint. Minthogy e kérdés eldöntése a serumok szempontjából döntő értékű, előadó számos ez irányú kísérletről számol be, a melyek közül biztosan értékesíthetőnek mondja a következőket. Ha tengerimalacz vért oldó serumot felhevítünk 56°-ra és most malaczvér enulsióval összehozzuk, akkor a specifikus affinitással bíró ellenanyag a vörös vérsjtekhez lánczódik, ezeket sensibilizálja az alexin ellenében. Ilyen érzékenyvé tett vérsjtek szolgálták előadónak az alexin reagenseül: ha ezeket tengerimalacz hasfűrébe fecskendezte, akkor constaltá, hogy az impraegnált vérsjteket az egymagvá, valamint többmagvú leukocyták felfalják. E leukocyták belsejében a vérsjtek két napig is feloldatlan maradnak, míg a leukocytákon kívül rövid idő alatt feloldódnak. Ez bizonyítja, hogy a leukocyták emésztő fermentuma nem azonos az alexinnel, mert a mi az impraegnált vérsjteket fel nem oldja, az alexin nem lehet. Valószínű, hogy a leukocyták emésztő fermentuma a plasma adaequat anyagaival egyesülve adja meg — de csak az alvadás pillanatában — azt, a mit alexinnel nevezünk, de a mi az előadó szerint a szervezet háztartásában szerepet nem játszik. Annál is inkább valószínű, ez, mert a rapid centrifugálás útján nyert plasmának alexin hatása is a seruménál jóval csekélyebb.

A serum, a benne rejlő két anyag közvetítésével, in vitro tényleg képes a bakteriumok előlésére, de a két anyag hatása már nem elegendő akkor, a mikor a csirákat az állati szervezetben akarjuk elpusztítani. A szervezet ugyanis az idegen alexint, annak mérgező hatása következtében értékesíteni nem képes, saját alexinnel pedig, mint kiderült, nem rendelkezik. Az alexin szerepét az élő állatban a phagocyták veszik át, a melyek az ellenanyaggal impraegnált bacillosokat előltni képesek. Előlik pedig activ életükkel, activ digestiv fermentképző munkásságukkal. Minden olyan beavatkozás, a mely a szervezet reakcióképességét gátolja vagy csökkenti, csökkenti egyszersmind a serumokkal elért védelmet is. Opiummal vagy — mint előadó kimutatta — typhus-mérgeggel mérgezett állatokat a kísérleti typhus-fertőzés ellen serummal megvédeni nem sikerül: a bacillosok, bár ellenanyaggal impraegnáltak, elszaporodnak és megölik az állatot, mert a megmérgezett leukocyták phagocytariss működésük kifejtésére képtelenek.

Ugyanez áll akkor is, ha a serummal a betegség késői szakaszában akarunk hatást kifejteni: hiába impraegnáljuk a bacillosokat a serummal, a reactiora képtelen leukocyták működésének zavara még akkor is az állat halálát idézi elő, ha annyi serumot is adunk, hogy a beteg állat vére úgy szólván telítve van ellenanyaggal.

És ez a bakteriumellenes serumok fő hiánya, hogy nem keresnek módszereket a beteg szervezet reakcióképességének fokozására, vagy praegnansabbul, hogy a mostani serumokkal nem érhető az el, hogy a phagocytosis élénküljön. Szükséges volna ehhez oly serum, mely azokat a mérgeket neutralizálná, a melyek a leukocytákat távol tartják, azokat a mérgeket, a melyek a virulentának tényezői. Minthogy azonban a virulentának az egyik állatra nézve fokozása, ú. n. állatpassage (állatról állatra való oltás) útján, nem jelenti egyszersmind az emberre nézve is a virulentia fokozódását, kétségtelen, hogy azok a serumok, a melyeket ilyen virulenssé tett bacillosok segítségével állítanak elő, hatásukat nem érvényesíthetik. A Marmorek-féle, nyúlra rendkívül virulens streptococcus segítségével nyert streptococcus-serum kitűnően közömbösíti pl. a

csiráknak a nyulak leukocytáit támadó mérget, de az emberre virulens streptococcusnak hypothetikus „leukotoxinját” nem.

Ezek szerint a bakteriumellenes serum akkor fogja hatását kifejteni, ha

1. sok specifikus ellenanyagot rejt magában,
2. a szervezet reakcióképességét gátló mérgeket neutralizálja,
3. lehetőleg az infectio helyén vétetik alkalmazásba,
4. végül pedig, ha a szervezet reakcióképességének csökkent

volta mellett az emberi szervezet által értékesíthető, tehát vérvétel által nyert friss emberi vérsavó alexinjét is tartalmazza, a mely a hiányzó phagocytaműködést némileg pótolni fogja.

A streptococcus-serum vörheny ellen nem hathat, mert a vörhenynek a streptococcus nem okozója, csak kísérője. Orbáncz ellen beválhat a serum, ha helybelileg vesszük alkalmazásba.

Általános sepsis gyógyítására csak akkor lesz alkalmas, ha nem nyúlra, hanem emberre virulens csirák injectioja útján fogják készíteni. A theoria szempontjából ajánlatosnak tartjuk minden esetben friss emberi savóval keverve befecskendezni.

A typhusellenes savó, a melyet Chantemesse hirdetett, nem válthatott be, mert nem tartalmazza az emberi leukotoxinok antitoxinját. Használata friss embersavóval keverve megkísérthető.

Ugyanez áll a pneumonia-ellenes savóra (Paue, Washbourn), a mely téves alapon, nyúlra hypervirulens pneumococcus ellen immunizált lóól készül. Pedig a pneumonia cyclicus lefolyása igen bizonyítja, hogy a nevezett betegségnél a reakcióképességnek sikeres emelése útján a serumtherapia lehetséges lesz.

A choleraellenes savó nem hathat, mert a mérget le nem köti, de a bacillust sem öli el, a bél ürében nem lévén sem alexin, sem leukocytá.

A lépfeneellenes serum (készíti Selavo) helyes alapon nyugszik; használata localis legyen; esetleg friss emberi savóval keverjük, ha t. i. a szervezet reakcióképessége fogytán van.

A pestis-serum helyes alapon készült; nem passage-virus, hanem emberből kitenyészített élő és virulens csirák ellen való immunizálással állítják elő Párisban. Tényleg bevált ott, hol a betegség kezdetén adták, az elért eredmény igen szép volt (Oporto). Mint praeventiv szer hatása 2—3 hétre terjed ki.

A mi végezetül az ú. n. reconvalens serumokat illeti, a melyeket elsőnek Weisbecker ajánlott tüdőlob, typhus, kanyaró ellen, majd Leyden scarlát és mások pertussis ellen, ezekről csak nagy óvatossággal nyilatkozhatunk. Abból indulnak ki, hogy a szervezet, a mely e betegségeken átmert, serumában védőanyagokat tartalmaz, a melyek más emberre átvihetők és ott gyógyító hatás kifejtésére képesek. Ezzel szemben csak azt mondhatjuk, hogy az egyén immunitása nem nyilvánul mindig nedveinek immunizáló hatásában; néha igen, a mint ezt cholera, typhusra nézve kimutatták, a mikor az egyén vére igen sok ellenanyagot tartalmaz, máskor azonban nem. Minthogy a kanyaró, scarlát, pertussis okozóit nem ismerjük, laboratoriumi kísérletek nem mondanak e kérdésről semmit. Csakis a betegágyról levont tapasztalatok alapján ítéltetjük meg ezt a „humanizált” serumtherapiát.

Végezetül előadó azt tartja, hogy beigazolta, miszerint nincsen jogunk a máris sok sikert felmutató serumok jövőjében kételkedni, annyival is inkább, mert remélhető, hogy a kifejlett elvek és irányzatok nyomán olyan betegségek serumtherapiája is lehetővé válik, a melyek ellen hirdetett serumok eddig még be nem váltak.

Székelly Ágoston. A midőn az igen érdekes előadáshoz néhány szóval kíván hozzászólni, nem mulaszthatja el, hogy csodálkozását ne fejezze ki a felett, hogy előadó ezt a nagy témát annyira objective és áttekinthető módon képes volt előadni. Természetes, hogy mint minden e téren dolgozó búvár, előadó sem egészen mentes a teoriáknak kellő experimentalis alap nélkül való elfogadásától, de azért általában elég óvatos kritikával járt el. Egy és más dologra mégis szeretne kitérni, a mennyiben nem egészen egy nézetben van előadóval.

Igy, a mikor határozottan bizonyított ténynek állítja oda, hogy az antitoxin hatása abban áll, hogy direct tönkreteszi a toxint. Sok kísérlet szól a mellett, hogy nem direct e hatás, hanem a szervezet reakcióképessége is szükséges ahhoz, hogy a serumban levő anyag inactiv módosulatából a hatékony módosulatba átmenjen. A ricinnel és angolnamérgeggel végzett kísérlet ugyan mutatja, hogy az antitoxinnak lehet direct mérgegkötő képessége is, de a legtöbb esetben mégis szükséges a szervezet bizonyos reactioja. Másodszor nem fogadhatja el azon különbségeket, melyeket előadó a diphtheriára és tetanusra nézve felállított, a mikor azt mondta, hogy diphtheriánál korán alkalmazhatjuk a serumot, mihelyt a baj megkezdődött, tetanusnál pedig csak akkor, mikor a baj már a központi idegrendszert megtámadta. A diphtheriánál sem tudjuk a legtöbb esetben, mikor kezdődik a baj. Mikor a helyi megbetegedés nagyobb fokú, akkor vesszük csak észre és kérdés, hogy nincsen-e már akkor sok diphtheria-toxin a szervezetben, a mikor a localis elváltozások még csekély fokúak. Tehát lényeges különbséget e tekintetben, melyből az antitoxin jó hatását a diphtheriánál, hatástalanságát a tetanusnál magyarázni lehetne, nem tud találni. Fokozatbeli különbséget azonban megenged.

Tekintetbe kell venni továbbá, hogy a fertőző betegségek kórtanát sem ismerjük még eléggé. Így példaképen felhozza, hogy a genyesztő bakteriumokkal történt fertőzésekkel a bakteriumokon és az általuk termelt mérgeken kívül még más mérgező hatású anyagok is képződnek a bakteriumoknak a megbetegedett szövetekre hatása folytán; ezeket a mérgező hatású anyagokat újabbban Bauer elő is állította (locale Giftstoffe) és kimutatta nagy jelentőségüket a septikus folyamatok szempontjából. Ha tehát ismernénk is a genyesztő bakteriumok



és az általuk termelt mérgek ellen biztosan ható serumot; ez a „locale Giftstoff“-ra természetesen hatástalan levén, nem fog sokat használhatni.

A serumtherapiának nagy befolyása van ugyan a prophylaxis szempontjából, de gyógytani szempontból sohasem fogunk vele nagy eredményeket elérni, mert csak a kezdeti stadiumban hatnak, a mikor a szervezet még kellő reakcióképességgel bír, már pedig korai stadiumban ritkán fogjuk alkalmazhatni. Kigyómarásnál igen, de ez ritka eset; laboratoriumi mérgezések is befolyásolhatók lesznek, de a rendes gyakorlatban csak nagyobb fokú tünetek jelenléte által ismerhető fel a baj és ekkor a szervezet reakcióképessége már gyengült, úgy hogy inactív módosulatából az activ módosulatba már nem tudja átvinni a vérsavóban levő hatóanyagot. Végül nem tartja helyesnek azt az áramlatot, a mely minden fertőző betegséget kizárólag serummal akar meggyógyítani, mert elejét veszi a másirányú törekvéseknek; pedig a fertőző betegségek gyógyítása nagyon bonyolult probléma, a melynek megfejtésére irányuló törekvéseinkben nagyon sok tényezőt kell figyelemre máltatni.

**Pertik Ottó:** Előadó bizonyára rövidség okából a kezdés fejlődésében előrenyúlt, midőn Wassermannnak tulajdonítja annak bebizonyítását, hogy az idegszövetet a tetanus-mérget megköti. Az ő alapkísérlete az volt, hogy agyállományt tetanus-toxinnal emulsióvá dörzsölve, az subcutan tetanus elő nem idéz és ebből következett, hogy az idegszövetet antitoxikus hatású. Ha így van, felelte rá Roux, úgy az agyba fecskendezett tetanus-mérget nem vált ki tetanust. Pedig az ő kísérletei kimutatták, hogy ilyet nemcsak, hogy kivált, de azt sokkalta kisebb adagban teszi, mint subcutan alkalmazásnál. A létesülő körkép kissé eltérő: az állat majdnem örülként viselkedik és azért Roux azt tetanus cerebralisnak nevezte. Az agyállomány ezen specifikus affinitása ezen mérgekhez vezetett a már kitört tetanus azon gyógykísérleteihez, melyeknél az antitoxin az agyállományba fecskendeztetik.

Habár vannak a diphtheriánál esetek, hol csekély helybeli elváltozások mellett igen korán jelentkeznek általános intoxicatio jelenségek (köztakaró szürkés olmos színezése), egészben véve az eseteknek igen túlnyomó számában a torokbeli elváltozások igen korai indexnek tekintendők. Hogy a diphtheriánál gyógyeredmények éretnek el, tetanusnál pedig annak dacára, hogy antitoxinja több százszoros „pouvoir antitoxique“-kal bír, mint a diphtheriáé, ilyenek el nem érhetők, mégis csak abból magyarázandó, hogy a tetanus kitörése a mérgezetségi késői indexe és voltaképen a végnek kezdete. Ezért a kitört tetanusnak cerebrális oltásokkal való kezelése indokolt és ez irányú tapasztalatoknak gyűjtése a kérdés végleges eldöntése érdekében hazánban is kívánatos.

A párisi sebész, Schwartz, praeventive alkalmazza a tetanus-serumot mindazon esetekben, hol friss sebek, mint például biciklistáknál az utca porával, vagy kertészeknél trágyázott humussal lettek fertőzve. Ez úton sikerült eltüntetnie a tetanus morbiditást azon gombakertészek között, kik a közeli szomszédság miatt az ő osztályát szokták felkeresni.

Érdekes, hogy ha a tetanus-mérget a sympathikus pályáján terjed, egészen különös körkép jön létre, melyet Roux segéde, Binaut, tetanus splanchnicus néven foglal össze és mely a belek és női ivarszervek sebészi affectioihoz szokott csatlakozni. Meltányolja ugyan Székely kártárselméleti fejtegetéseit, a gyakorlatban azonban a diphtheria therapiának kétségbevonhatatlan pozitív eredményeit nem lehet számon kívül hagyni. Felsőszóló is osztja azon álláspontot, melyet előadó is kifejtett, hogy a megismerés fokával a bakteriologiában a szervezet vitalitásának mind nagyobb jelentőséggel kell bírnia, mert elmúlt a bakteriologia azon ontologikus epochája, melyben a bakterium volt minden, a szervezet semmi.

**Bókay János:** A mi a tetanust és diphtheriát illeti, tényleg nincs különbség lényegileg, de azért mégis van különbség a gyakorlatban, mert diphtheriánál jórészt korán van alkalmunk alkalmazni a serumtherapiát, a tetanusnál pedig úgyszólván mindig későn alkalmazzuk. Tetanusnál a fővárosban aránylag ritkán találkozunk, baj az, hogy serum nincs mindig kéznél és ezért kívánatos, hogy az állami savó-termelő-intézet tetanus antitoxint mindig tartson készletben.

Négy tetanus-esete volt. Az első meggyógyult. 4 éves fiúgyermek zsineggel strangulálta ujját, az kisebesedett és innen kapta a tetanust. Szerencsére Preisznak volt savója és 2—3 nap alatt 50 cm<sup>3</sup>-t fecskendezett be és az eset nagy nehezen meggyógyult. Másik gyógyult esete egy kis újszülött volt, köldökfertőző, de csak trismus volt jelen. Höchsti serummal kezelte, meggyógyult, de valószínű, hogy úgy is meggyógyult volna.

A praeventiv oltásokról újabban Párisban folyt vita. Netter és Richardier felemlítették, hogy a kanyaró osztályon fellépett diphtheria esetekben, melyek súlyos orr-diphtheritis és croup laryngis alakban szoktak fellépni, a heteken-hónapokon át folytatott rendszeres védőoltások a diphtheriát megakasztották.

1896—97-ben hozzászólok is hasonlóképp eredményesen küzdött meg a kanyaró osztályon fellépett diphtheriával. Azóta cultiválja és meggyőződése az, hogy a legjobb eredményeket adja.

A streptococcus-antitoxint 1897-ben alkalmazta, 3 évvel ezelőtt a kísérleteket megismételte, kizárólag scarlatinás betegeknek 20—30 esetben, de jó eredményt, fájdalom, nem láttott. Osztja előadó nézetét, hogy scarlatinás betegnek nem várhatunk jó eredményt, mert a scarlatinának kórokozója ma még ismeretlen.

A reconvalescens-serumról keveset tudunk. Leyden közölt kísérleteket, de ezek még nem sokat mondanak, csak könnyű eseteknél vették igénybe és jelentékeny eredménnyel nem járt.

## PÁLYÁZATOK.

426/1902. sz.

A kormányzatomra bízott Szabolcs vármegye „Erzsébet“ kórházánál 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 márczius hó 19-dikén.

2—2

Bárd Feilitzsch.

2252/1902. kig. sz.

Barsvármegyei garamszentkereszt-i járásában megüresedett 8 községből álló jánosgyarmati közegészségügyi körben Jánosgyarmat székhellyel rendszeresített körorvosi állásra pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása:

1200 kor. fizetés, 200 kor. úti átalány, a községekkel megállapított látogatási és az országosan megállapított himnőltási díj, továbbá a járókbeli trachoma-szembetegségek gyógykezeléséért a belügyministeri tárczából a 9634/300. sz. belügyministeri rendelettel engedélyezett 600 kor. segély és 120 kor. útiátlány-pótlás, valamint a 132,423/98. sz. belügyministeri rendelettel folyósított 400 kor. évi trachoma-átalány.

A fizetést és segélyt havi előleges részletekben, az úti átalányt és pótlást pedig évnegyedenként előre a vármegyei pénztár fizeti, a trachoma-átalányt ellenben évenként utólagosan az illetékes kir. adóhivatal szolgáltatja ki.

A körorvos köteles: a körbeli vagyontalanokat díjtalanul gyógykezelni, a kör községeit kéthetenként beutazni és Jánosgyarmat, Újgyarmat meg Garam-Kürtös községek mindegyikében hetenként kétszer trachoma-rendelést tartani, mihez képest a trachoma-cursust végzett pályázók előnyben részesülnek.

A választást 1902. évi május hó 12-dikén délelőtt 9 órakor Jánosgyarmaton a község házában fogom megejteni, mihez képest a pályázni óhajtókat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt képesítést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hatóságomhoz legkésőbb 1902. évi május hó 10-dikéig nyújtsák be.

A megválasztott körorvos állását lehetőleg azonnal elfoglalni köteles.

Garam-Szent-Kereszt, 1902. április hó 2-dikén.

Finka Sándor, járási főszolgabíró.

## Uradalmi orvos.

Nagyméltóságú Bárá Wodianer Albert komjáthi uradalmának orvosi állására ezennel pályázat hirdetem. 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.

Az uradalmi orvosi állás az eddigi gyakorlat szerint a körorvosi állással egyesítve van.

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, Nyitra megye intézendők, mely azonban ez állás betöltésénél, szabad elhatározását fentartja.

3—3

## Egyéb üresedésben levő állások.

| Lejárat     | Állás            | Hely                    | Fizetés                | Czím                                         |
|-------------|------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------------------|
| Ápr. 20.    | körorvos         | Pánczéleseh             | 1200 k.                | Szomodó fszb., Csáki-gorbon                  |
| 22.         | "                | Szepes-Ófalu (13 közs.) | 1800 k.                | Mattyasovszky fszb., Szepes-Ófalu            |
| 25.         | "                | Hadad (Szilágy)         | 2000 k.                | Kiss fszb., Szilágy-Cseh                     |
| 25.         | "                | Ruszkabánya (10 község) | 1000 k.                | Ruden György főbíró, Karánsebes              |
| 25.         | "                | Nándorhegy (8 k.)       | 1000 k.                | Pálffy fszb., Székely-Keresztúr              |
| 30.         | "                | Szentgyházas-Óláhfalú   | 1200 k., lakás         | Demeter fszb., Székely-Udvarhely             |
| 30.         | "                | Etéd (Udvarhely) 12 k.  | 1250 k.                | Pálffy Jenő fszb., Székelykeresztúr          |
| 30.         | közs. orv.       | Daróc                   | 1200 k., lakás         | Benedek fszb., Oklánd                        |
| 30. Máj. 1. | p. orvos o. orv. | M.-Szalatin Komjáth     | 2360 k. 600 k. és jár. | Munk-fürészgyár, b.-p.ig Igazgatóság Komjáth |

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

# Salvator

kítúnó sikerrel használtatik

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

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes!

Könnnyen emészthető!

Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.



## Vízgyógyintézet „Rudolfsbad“ Reichenau

(Alsó-Ausztria).

Bécsből 1 1/2 órányi távolság. Déli vasúti állomás: Reichenau-Payerbach.

Teljesen berendezett intézet. Hydrotherapia, villamos kúrák, gépgyógyászat, forró légkezelés, szénsavas fürdőkúrák, fenyőfafürdők, homokfürdők, Fango.

Fürdőévad: májustól októberig.

Orvosi vezetőség:

**Dr. M. BITTNER**

és egy segédorvos.

Tulajdonos:

**J. M. Waisnix örökösei.**

## CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymī „BAYER“)

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

**BAYER ANTAL gyógyszerész**  
Budapest, VI., Andrassy-út 84.Minden gyógyszerertárban kapható. — Ára 1 kor. 40 fill.  
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

## BUTOR

készpénzért v. részletfizetésre legjutányosabb áron

**EHRENTREU és FUCHS**

testvéreknél

BUDAPEST, VI., Teréz-körút 8.

Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

## PARÁD GYÓGYFÜRDŐ

Vastimsós fürdőkkel és hidegvízgyógyintézettel, égvényes-kénes savanyúvíz és természetes arzén vastartalmú forrásvizekkel.

Lakások újonnan épült 20 olesó szobával kibővítettek, a vendégek ételmezéséről Verseyh István főhírné konyhája gondoskodik. Az évad május 15-től szeptember végéig tart. Az elő-évad május 15-től június 20-ig, főévad június 21-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus 21-től szeptember végéig tart. — Az elő- és utóévadban a lakások 30%-al olesóbbak. Ingyen prospektussal és minden felvilágosítással készségesen szolgál a fürdőigazgatóság.

## „FASOR-SANATORIUM“ orvosi laboratoriuma.

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

„Fasor-Sanatorium“

Laboratorium-vezető:

VII., Városligeti-fasor 9.

**Dr. PREISACH.**

## Dr. Fries-féle magán-gyógyintézet

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

**INZERSDORF** Bécs mellett.

Az Ung. hydr. helyettesíti és felülmúlja a

## Mercurocrème.

Szabadalmazva.

Teljesen zsír-

és szagtalan.

33 1/3% higany-

Törv.



védve.

tartalommal.

Készítője: Rosenberg Sándor dr. gyógyszerész, Budapest, VIII., Kerepesi-út 43.

A t. orvos urak kéretnek mindig „Mercurocrème secund. Dr. Rosenberg eredeti dobozban” rendelni.

## SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D'EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.  
Kapható minden gyógyszerertárban.

## CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

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

Prospectus kívánatra ingyen és bérmentve.

## Thigenol „Roche“

új synthetikus kénes szer

szag- és íztelen, vízben könnyen oldó

hatása antiseptikus,  
antiparasitarius és  
fájdalomcsillapító.Javallatok: Gonorrhoea, Dermatitis, idült és  
heveny száraz Ekzemák és Scabies.

Egyedüli készítő:

**F. Hoffmann-La Roche & Cie.**

Basel (Schweiz)

Grenzach (Baden).

## Szobráncz gyógyfürdő

Ungmegyében.

Glaubersós, hideg kénes sós víz.

Gyomor- és májbetegek magyar Karlsbadja.

Ezen a maga nemében páratlan gyógyvíz, mint ivó gyógymód biztos segélyt nyújt gyomor- és bélbajoknál s alhasi pangásoknál, makacs székrekedéseknél enyhén, oldólag hat, májbajoknál, epehomok és epekőkre oldólag hat. Vértörlásoknál, szédülések, hűdés-k, gutaütési rohamoknál vérlevegővel, felszívólag hat, csúszos és kőszvényes bántalmaknál a kő okozta erjesi termékekre lerakódásokra az izületekben azok oldására és kiküszöbölésére hat. Kövérség, szívbelbajásodás ellen, ezekbetegeknél, vesebajosoknál úgy a ezukor és fehérjekiválat gyorsan és kedvezően befolyásolja.

Mint fürdő különféle izzadmányokat, daganatokat, izületi és esonbántalmakat, eson-szűt kedvezően osztatja. Görvélykóros daganatok, fokélyek elsen, méh és méh közötti izzadmányok, hashártyaizzadmányok felszívódását elősegíti, a legkülönfélébb makacs idült bőrbetegsgek ellen bántalmat gyorsan hat.

Vasúti állomás: az Alföldről és Pest felől jövőeknek Ungvár, a felvidék és illetve Kassa felől jövőeknek Nagy-Mihály, honnan kényelmes bérkocsikon 1 és 1/2 óra alatt elérhető.

A víz otthon is sikerrel használható. Ára: egy nagy láda 40 függel 14 kor., kis láda 20 függel 8 korona. A víz a vasúton szállítási kedvezményben részesül.

Megrendelések és tudakozódások: „Szobráncz gyógyfürdő igazgató-ságának Szobráncz gyógyfürdő” címzendők. Posta- és táviratállomás helyben. A fürdő igazgató orvosa: Dr. Russay Gábor Lajos.

A fürdő igazgatósága.

HAVAS ADOLF dr. egyet. tanár, főorvos a Mercurocrème-ről az Orvosi Hetilap 1902. évi 6. számában a következőket írja: „A Mercurocrème mint oly szer, melynél zavarokat a bedörzsölési kúra alatt nem észlelünk, mely nem vagy alig piszkít, a bőrt nem izgatja, nem bűzös, a bedörzsöléshez kevés időt, 3–5 percet, igényel és speciális ügyességet a bedörzsölésre nem feltételez, így tehát könnyen otthon vagy a fürdőben is végezhető, haladásnak tekinthetem a syphilis terapiájában és a tisztelt kollegáknak szíves figyelmébe melegen ajánlhatom.”

Az eredeti dobozok árai a következők: 10 adag à 3 gr. 2 kor., 5 adag à 3 gr. 1 kor. 10 fill., 10 adag à 2 gr. 1 kor. 80 fill., 10 adag à 1 gr. 1 kor. 60 fill. Minden gyógytárban kapható. Minta és orvosi irodalom ingyen és bérmentve.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Purjesz Zsigmond: Maláriára vonatkozó vizsgálatok. 265. lap.

Pándy Kálmán: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkórodájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A tabes dorsalis keletkezése. 268. lap.

Klug Nándor: Az enzimekről. 269. lap.

Tárca. Tauffer Vilmos tanár elnöki megnyitója. 271. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Reuter Camillo: Az elnevelőtan haladása. 272. lap. — Könyvismertetés. C. Waibel: Leitfaden für Unfallgutachten. (Friedrich.) 273. lap. — Zeissl: Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers und seiner Complicationen. (R-i.) 273. lap. — Lapszemle. Belgyógyászat. Seiler: A gyomorfunctio vizsgálásának új methodusa. (—nt.) — Rose: Progressiv izomsorvadásnak trauma utáni különös alakja. (—nt.) — Wenckebach: A pulsus alternans. (—si.) — Wenckebach: Septikus endocarditis. — Winternitz: A tüdőgümőkór kórházi kezelése. — Heusser: A gümőkór kezelése betóllal. —

Fülggyógyászat. Zoth: A japáni tánczó egérrel végzett kísérletek. (Ifj. Klug Nándor.) — Kisebb közlemények az orvostudományról. Schmiedel: A vioform. — Winterberg: Az izületek idült megbetegedése és ezeknek kezelése. — Fürst: A puro. — Pfeifferberger: A xeroform. — Grawitz: Klinikai megfigyelések a szervezetben végbemenő plasmotrop mérgek képződéséről. (—si.) — Folyóiratok átnézete. 273—274—275. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — VIII. szünidei cursus. — A budapesti főokszövetség közgyűlése. — Új tisztí orvosok. — A budapesti orvosi kör országos segélyegyesülete. — Genersich Antal. — Székely Ágoston. — Földorvosok. — Új orvostársaság. — Új alapítvány az Erzsébet királyné-széniumban. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikuma. — Elhunyt. 276. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. 277. lap. A magyar szent korona országai Balneologiai Egyesületének 1902. évi közgyűlése. 279. lap. — Magyar balneologiai congressus. 279. lap. — Közkórházi orvostársulat. 280. lap.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Maláriára vonatkozó vizsgálatok.

Purjesz Zsigmond tanártól.

A fertőző betegségekre vonatkozó nézeteink utóbbi időben lényegesen tisztultak, ide vonatkozó ismereteink sok tekintetben bővültek. Azonban ez talán egy bántalomra nézve sem mondható oly mértékben, mint a maláriára vonatkozólag. A legtöbb fertőző bántalomra nézve ismereteink ez öregbedése főleg abban culminál, hogy magát a betegség előidézőjét, annak egynémely biológiai és morphológiai tulajonságait ismerjük; de az általa előidézett betegséghez való további közelebbi viszonyai felől még nagyrészt homályban vagyunk.

Nem szölok arról, hogy legtöbbször — bár jól ismerjük magát a mikrobát — inkább csak sejtjük azt, semmint tudjuk, hogy honnan, miként jut a szervezetbe, hol fészkel meg magát, miért épen ott, hogyan terjed tovább, miként és hogyan hagyja el a szervezetet. Arról pedig szó sem lehet, hogy a mikrobának, akár a mikroszkop alatt, akár a culturában való megtekintése felvilágosíthatna a felől, hogy valamely betegségnek milyen — enyhe vagy súlyos — alakjával, a betegség melyik phasisával állunk szemben. A gümöbacillusnak megtekintése pl. — és ez áll majdnem valamennyi pathogen mikrobára nézve — legkevésbé sem tájékoztat a felől, hogy a hetek alatt élő, leghevesebb lefolyású általános gümőkórral, vagy az évekig elhúzódó, úgynevezett fibrosus alakkal van-e dolgunk. Vagy tudjuk-e, ha a diphtheriás lerakódásból készült mikroszkopos készítményt vizsgáljuk, hogy az eset az enyhe vagy súlyos lefolyásúak közé fog-e tartozni? Mindezekre nézve úgy mint akkor, midőn e bántalmak fertőző természetét vallottuk ugyan, a nélkül, hogy a betegség okozóit ismertük volna, most is a klinikai kórképre és az epidemiológiai viszonyokra vagyunk utalva.

Felesleges talán külön hangsúlyoznom, hogy igen távol vagyok attól, mintha a mondottakban a fertőző bántalmakra vonatkozó ismereteink öregbedését, ezek nagymérvű jelentőségét, az ezekből úgy a prophylaxisra, mint a direct gyógyításra hármló hasznát kicsinyíteni akarnám. Csak arra óhajtottam utalni, hogy mennyire haladottabb állásponton vagyunk eme viszonyokra nézve a maláriával szemben. A malaria évszázadokon át a miasmatikus betegségek típusának tartatván, keletkezésének magyarázatára különböző elméletekhez kellett folyamodni, miglen Laveran 1880-ban először látta és leírta a malariás beteg vérében található s malariát okozó parasitát; leletének helyessége itt-ott mutakozó, de csak rövid ideig tartó kétkedések után ma nem csupán el van általánosán ismerve, hanem annyira kiművelt, hogy igen gyakran a vérelet alapján biztosan megmondhatjuk a bekövetkezendő kórforma típusát, súlyát, az egyes tünetek beköszöntési idejét. Mi magunk is nem egyszer voltunk abban a helyzetben, hogy a beteg állításával szemben, csupán a véreletből indulva ki, pontosabban meg tudtuk állapítani a lázroham beköszöntésének idejét, mint a bántalomban már hosszabb idő óta szenvedő beteg maga.

Tudva egyszer azt, hogy a bántalmat a vérben található parasiták idézik elő, csak természetes volt, hogy most első sorban a búvárlat célja nem lehetett más, mint annak kiderítése, hogy honnan és hogyan kerülhetnek ezek a vérbe. A kérdés megoldása hamarabb következett be, mint azt hinni lehetett volna. Az a körülmény, hogy a malariaparasitáknak tenyésztése az emberen kívül semmi körülmény közt megejthető nem volt, valamint más hasonló vérparasiták analogiája már korán terelt ama nézet felé, hogy e parasiták valamely állati vagy növényi szervezetben folytatnak parasitaéletet, honnan azután valamely módon az ember vérébe jutnak. Ezen vizsgálatoknál az újabb észlelők figyelme, támaszkodva ama szoros viszonyra, melyet a malaria és a mocsarak közt fennállónak már elődeink is ismertek, első sorban



a mocsarak faunájára és flórájára irányult. Ámbár *Lancisi* már 1716-ban a mocsaras tájakon élő mosquitokat gyanúsította azzal, hogy a malaria kórháziát közvetítik az emberre, újabb időben mégis szinte új felfogás számba ment az, midőn *Manson* hasonló véleményének adott kifejezést és *Ross* angol katonaeorvost arra buzdította, hogy a mosquitoban keresse a malaria előidézőjét. Ez idő óta *Ross*, az olasz bűvárok, különösen *Grassi*, *Bignami*, *Bastianelli* s mások részéről megindult a mondott irányban való kutatás és ma, ámbár ezen vizsgálatok multja alig terjed néhány évre, nehéz annak eldöntése, hogy kit illet inkább az érdem oroslán-része annak felfedezésében, hogy a malaria terjesztője bizonyos szunyogfaj, főleg az *anopheles claviger*, ámbár reánk az adatok azt a benyomást gyakorolják, hogy a legnagyobb rendszerességgel, a mellékkörülmények értékelésének bevonásával, illetőleg kizárásával, *Grassi* járt el a tények felfedezésében.

Főleg *Grassi*-nak és munkatársainak kísérletei és érvelései szólnak nagyon meggyőzőleg a mellett, hogy a malaria kórokozóját e szunyogfaj a már maláriában szenvedő beteg vérből szívja magába, hol bizonyos átalakulásokon megy át, megsaporodik, a midőn azután az ily módon megfertőzött szunyog által ép egyénekben gyakorolt csipés alkalmával oltatik a malaria okozója ezekbe. Nem csekély fontosságú érvnek mondható az is, hogy a szunyog biológiai viszonyai megfelelnek a malaria epidemiológiai viszonyainak.

De bármily meggyőző erővel bírnak *Ross* és *Grassi* adatai, ellentmondás nélkül azok még sem maradtak. Csak *Schwalbe*-re utalok, ki a malaria kérdésével már évek óta a legbehatóbban foglalkozik és ki még 1901-ben megjelent, különben érdekes munkájában is igyekszik a maláriára vonatkozó fentebb említett felfogás helyességét minden oldalról megdönteni. Már pedig azt hiszem, hogy ilyen kérdésekben minden kételyt lehetőleg el kell oszlatnunk, mivel csak úgy várható, hogy azok, kik a prophylaxis kivételére hivatván, ezt akkor eszközlik teljes eréllyel, ha a tények helyes és igaz voltáról minden irányban meg vannak győződve. Részben ez a körülmény, részben pedig az, hogy a fertőzésnek, a fertőzés módjának, a fertőzés körül észlelhető egyéb jelenségeknek tanulmányozását minden körülmény között fontosnak és kíváncsnak tekintetem, birt minket arra, hogy alkalom adtán e viszonyok tisztázását megkísértsük.

Klinikámon *Jancsó* dr. magántanár már régóta foglalkozik azon jelenségek tanulmányozásával, melyek a malaria okozóin a szunyogba való jutás után, magában az állatban, különböző körülmények között észlelhetők; különösen praeparált szunyogokkal tehát rendelkezünk és így szívesen ragadtuk meg az alkalmat a fertőzés tanulmányozására, midőn néhány egyén — részben talán *Löffler*-nek a malaria és carcinoma közti viszonyra vonatkozó és csakhamar a napi lapokba is bejutott közleménye behatása alatt — készséggel vállalkozott eme kísérletekre.

A kísérleteknél *anopheles claviger* (maculipennis) alkalmaztunk, melyek a szomszédos *Szamosfalva* és *Dezsmér* községek pajtaiban nagy számmal voltak összefoghatók, hová, valószínűleg, mivel ott kitelelésükre alkalmas viszonyokat találtak, nagy számban húzódtak.

Az anophelesek bizonyos számát tüllel körülvevő kalitkába helyeztük el, melyre a beteg karját vagy alsó végtagját kényelmesen helyezhette el, mire az egész a beteg takarójával betakarított, úgy hogy a szunyogok a homályban csipthettek, illetve szívhattak vért és tényleg azonnal szívnak is, ha csak előbbi időből nincs vérmaradék gyomorbélhuzamukban.

Ily módon jartunk el, akár az volt célunk, hogy az anophelesek maláriás betegekből szívjanak vért, akár az, hogy a maláriás betegek vérével már inficiált szunyogok átoltás céljából csipjék meg a kísérleti egyént.

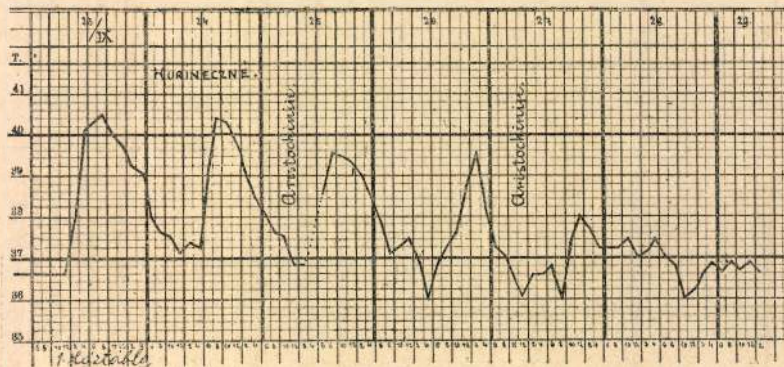
Ha már most azt akartuk, hogy a malariaparasiták az anophelesekben tovább fejlődjenek, akkor a mint a szunyogok a maláriás betegen vérrrel tele szívták magukat, a tüllekalitkát 30—32° C.-ra beállított és jól ventillált thermostatba tettük, a hol az továbbra is maradt; egyúttal gondoskodva lett arról, hogy a szunyogok kellő mennyiségű vízzel legyenek ellátva.

4—5 nap múlva újra szívattunk az anophelesekkel az előbbi maláriás betegektől vért.

Azon anophelesek, melyek az azonnal leírandó kísérleteknél szerepeltek, két maláriás betegtől szívattak vért. Ezek egyike:

1. Kurinecz Mária, 27 éves, mezőgazdasági munkás neje, a ki 1901. május óta Buzás-Bocsárdon, tehát maláriás vidéken dolgozott 120-ad magával részben. 1½ éves gyermekével együtt 1901. szeptember 23-dikán jön a klinikára, hol elmondja, hogy 5 hét óta naponta kiborzogattja a hideg, de főként erősen elgyengült, feje és gyomra fáj. Gyermekeit is két hét óta naponta rázza a hideg. Bejövetelekor a beteg vérében már nagy számmal voltak félholdak, ovoidok találhatók, úgy szintén nagy számmal kiesiny, festék nélküli, majd amoeboid mozgást mutató, majd gyűrűalakú félholdképző parasiták (plasmodium praecox).

Felvétele után mindennapos hőemelkedések voltak nála észlelhetők 40—40,3° C.-ig menő hőemelkedéssel (lásd 1. láztábla).

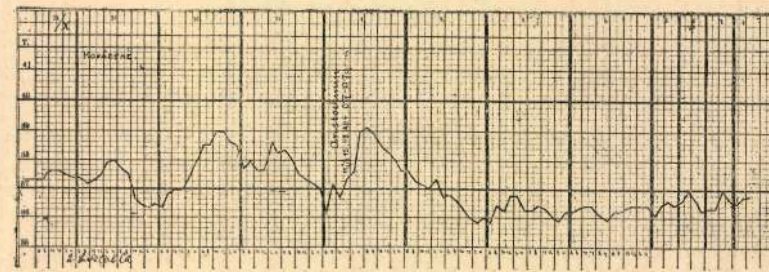


1. Láztábla.

melyek aristochinin adagolásra megszűntek ugyan, de 5—7 nap múlva néha mindennapos, néha quotidiana, subintrans, vagy éppen tertiana maligna typussal ismétlődtek és aristochinin, vagy chinin. sulf. adagolására ismét — végre egészen — elmaradtak. Eme lázszünetek alatt a vérben mindenkor csak félholdak, ovoidok és sphaerák voltak találhatók, de sohasem félholdképző alakok.

2. A másik beteg *Kovács Jánosné*, 22 éves, (maláriás vidéki) ajtoni születésű. 1901. október 28-dikán jött a kórodára azzal a panaszzal, hogy két hét óta naponta d. u. 5 órakor 1—1 óra hosszat rázza a hideg, mit forróság követ. Most már a hideg nem rázza, hanem nagyon gyenge és lábai fájnak. Bejövetelekor vérében nagy számban voltak félholdak, sphaerák találhatók, továbbá apró, festéknélküli, gyűrűket képező félholdképzők.

A délutáni órákban naponta 39—39,1° C.-ig menő hőemelkedések voltak észlelhetők, melyek aristochininre megszűntek. (Lásd 2. láztábla.)



2. Láztábla.

Mindkét betegen a hosszabban fennálló malária tünetei (lépnagyobbodás, anaemia stb.) jól ki voltak fejlődve, miknek részletes leírását a rövidség kedvéért mellőzzük.

A kísérleti egyének inoculatiojára használt anophelesek tehát e két betegtől szívattak vért; de miután a malariaparasitáknak az anopheles testében történő ivaros fejlődésére vonatkozó vizsgálatok, melyeket klinikánkon *Jancsó* dr. végzett és melyekről a t. szakosztálynak rövid időn belül be fog számolni, mutatták, hogy ha az ilyen maláriás vérrrel tele szívódott anophelesek a fentebb említett módon thermostatban tartatnak, úgy azok gyomrában már 7—8 napra sporozoitokkal telt hólyagok, a 10—12-dik napon pedig a sporozoitokat tartalmazó hólyagok megrepedése után az anophelesek testüregébe kiömlő sporozoitok már az anophelesek nyálmirigyeiben találhatók fel, kísérleteinknél tehát a kísérleti



egyéneket mindenkor legalább 12 nap előtt inficiált és azóta mindig thermostatban állott anophelesekkel csipettük.

Mindazonáltal, hogy kísérleteinknél minél pontosabban járjunk el, az inoculatio előtt a csipésre szánt anophelesek közül 2—3 megvizsgáltatott arra nézve, hogy van-e már gyomrukban megrepedt hólyag és hogy a nyálmirigyekben találhatók-e sporozyitok? Másfelől az inoculatio után többnyire szintén megvizsgáltatott néhány anopheles azok közül, melyek szúrtak, arra nézve, hogy vajjon a gyomorfalán kirepedt hólyag látható-e?

Ez utóbbi vizsgálat azonban nem minden alkalommal és az inoculationál szerepelt anophelesek nem mindegyikén hajtatott végre, s mivel bármily egyöntetű is a kísérleti eljárás, mégis akadhat az inficiált anophelesek között olyan, mely erősebben, és olyan, mely kevésbé erősen van inficiálva, sőt olyan is, mely dacára annak, hogy többször is vett fel magába továbbfejlődésre képes féléldákat tartalmazó vért, mégsem inficiáltatott: azon adatok, melyek azt mutatják, hogy valamely kísérleti egyént hány anopheles szűrt meg, csak hozzávető, de nem abszolút biztos adatok arra nézve, hogy miként ítéljük meg az infectio súlyosságát.

Valamennyire módosult eljárásunk a felsorolandó esetek közül a 4. M. A., az 5. L. A. és 6. M. J.-nál.

hideg, mely délig tartott 40·2 fokig menő hőemelkedéssel, utána erős fejfájása, forrósága volt; éjjel erősen izzadott. Étvágytalan. Lép: a bordaív alatt 3 ujjnyira tapintható, tompulata a 8-dik bordán kezdődik. *Vérvizsgálat*: d. e. 8 óraker negatív, kifejezett leucocytosis.

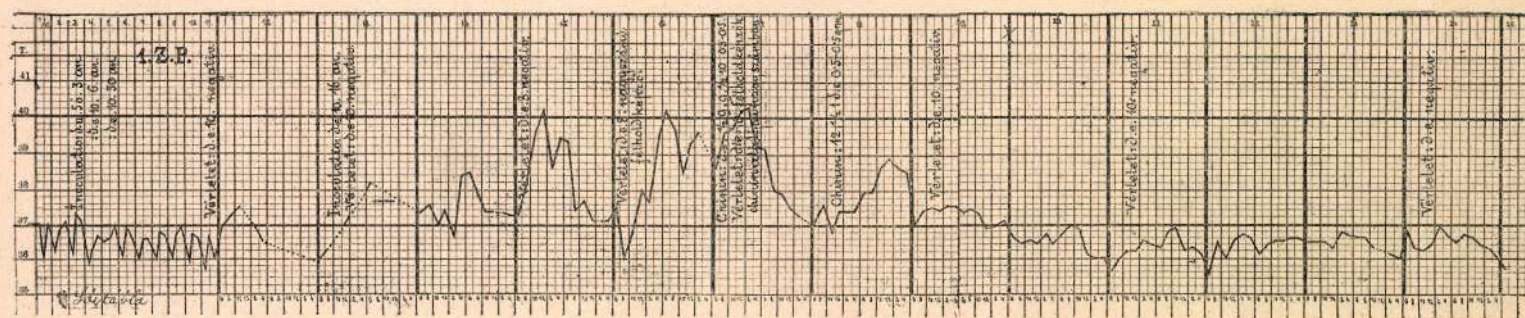
16/XI. Reggel jól érzi magát, hőmérsék rendes. Délután 1—4-ig erősen fázik, heves végtagfájdalmak vannak, kétszer hányt, hőmérséke  $41^{\circ}20'$  C-ig emelkedik, este 10 órakor  $38^{\circ}5'$ , éjjel 2 órakor  $39^{\circ}60'$  C volt.

*Vérvizsgálat* d. e. 10 órakor: igen nagy mennyiségű félholdképző parazita, részint kicsiny, élénk amoeboid mozgásban levő festék nélküliek, részint a vérsajt  $\frac{1}{3}$ -át kitöltő, barnás pigmentet tartalmazók; utóbbiak zsugorodott, rézvörös színű vérsjtekben ülnek. Sok a kettősen iniciált vérsajt. Félholdak nincsenek. Kifejezett leucocytosis festék nélkül.

XI/17. Reggel 6 óraker hőmérsék 38·6. Beteg igen elesett, sensoriuma nem egészen tiszta, erős fejfájásról panaszodik, nyög, jajgat. Reggel 1/29—9—1/210 óraker 0·5—0·5 gramm chinint kap porban.

Este: hőmérsék 38° alá esik.

Vérvizsgálat d. e. 10 órakor: a vérben sok festéknélküli



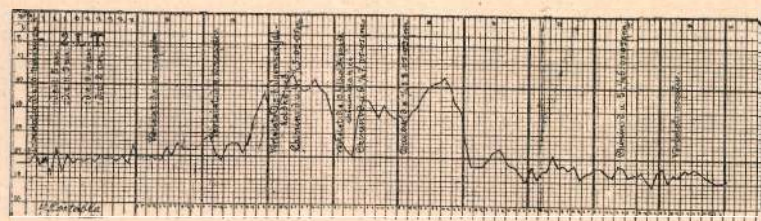
### 3. Láztábla.

Azon anophelesek t. i., melyek ezekben az esetekben alkalmaztattak, csupán 24 óráig voltak a 32° C.-ra beállított thermostatban elhelyezve, azon túl 22—24° C. hőmérsékű szobában tartattak. Ezek gyomorfalán már a 9-dik napon megejtett vizsgálatnál sporozoitokkal telt hólyagok, a 15-dik napon kirepedt hólyagok és a nyálmirigyekben sporozoitok voltak találhatók. Az inoculatio tehát ez eseteknél e naptól kezdve végeztetett.

Ezek előrebocsátása után áttérhetünk az inoculált esetek leírására :

1. Z. P. 38 éves szakácsné, 1901. IX/17. óta tabes dorsalis kórismével fekszik a kórodán. Gyermekkorában 1 évig rázta a hideg, azóta soha. Léptompulata rendes. Vérvizsgálat *negativ*.

*Inoculatio*: XI/3. estve öt órákor csipte 3, XI/4. csipte 6, XI/5. csipte 30, XI/13. csipte 16 anopheles claviger. (Lásd 3. láztábla.)



#### 4. Láztábla

*Decursus*: XI/11-ig hőmérséke (2 órai hőmérések) 37° C. körül ingadozott. E napon lép 1 harántujnyira kitapintható. *Vérvizsgálat*: negatív.

XI/12. Hőemelkedés  $37.5^{\circ}$  C-ig.

XI/13. Hőemelkedés 38,2-ig. Lép két ujjnyira tapintható a bordaív alatt. *Vérlelet*: negatív; kifejezett leucocytosis.

XI/14. Hőemelkedés 38,4-ig. Alsó végtagokon húzó fájdalomról panaszkozik.

XI/15. Végtagfájdalmai még erősebbek, d. e. kiborzogattja a

félholdképző chinin alakja. Leucoeytosis kisebb, festék nélküli; félholdak nincsenek.

XI/18. Éjjel erősen izzadt, jobban érzi magát; 12—12<sup>1</sup>/<sub>2</sub> óraker 0·5—0·5 chinint kap. Dacára ennek *estére* hőmérséke 38·9-re emelkedik.

XI/19. Reggel hőmérséke subfebrilis. Vérelet d. e. 10 óra-  
kor negatív.

További napokon láztalan, jól érzi magát.

2. L. T. 18 éves, VIII/23. óta hystero-epilepsiával fekszik a kórodán. Hideglelésben soha sem szenvedett. Léptompulat rendes.

*Inoculatio*: XI/6. néhány, XI/8—5, XI/9—5, XI/11—4, XI/12—2 anopheles által csipetett meg. (L. 4. láztábla.)

*Decursus*: XI/16.-áig egészen jól érzi magát; ekkor az esti órákban 37.5-ig menő hőemelkedés észlelhető. Lép mély légvétel-nél kitapintható, tompulat felső határa nyolczadik borda alsó szélén kezdődik.

**Vérvizsgálat:** negatív, kifejezett leucocytosis, néhány nagy lymphocyta.

XI/17. R. Egész éjjel és a nap folyamán rosszul érzi magát, főleg fej- és derékfájdalomról panaszodik. *Este* hőmérséke borzongás nélkül 37·7-re emelkedik; éjjel 2 órakor 38·6. Lép a bordaív alatt 1 $\frac{1}{2}$  ujjnyira kitapintható, kemény.

Vérvizsgálat d. e. 10 órakor mint tegnap.

XI/18. Reggel 39°7, délelőtt csökken, délben borzongással 40°5-re emelkedik. Nagyon rosszul érzi magát, heves fejfájásról, forróságról panaszkodik, léptáj feszül és fájdalmas. *Vérvizsgálat* d. e. 8 óraker: igen sok, alig kivehető, kicsiny, festéknélküli parasita a vörös vérsjcekben. Festéket tartalmazó fehér vérsjcek nincsenek; félholdak nincsenek.

Este 4—4 $\frac{1}{2}$ —5 órakor kap 0·5—0·5 chinint. *Vérvizsgálat* d. u. 4 órakor: nem nagy számmal találhatók a vörös vérszettek  $\frac{1}{4}$ -ét elfoglaló festéknélküli félholdképző paraziták. Fehér vérszettekben festék nincs.

XI/19. Reggel izzad, hőmérséke 37·7; délfelé hőmérséke 37·0-re száll alá, bőrszíne kifejezetten malariás. Jobban érzi



magát. Délután 4 óra tájban rövid borzongás után hőmérséke 39.4-re emelkedik. Vértvizsgálat d. e. 10 órakor: alig találni néhány festéknélküli chininalakot. 6—6½—7 órakor kap 0.5 chinint.

XI/20. Reggel. Az éj folyamán és reggelre hőmérséke alig csökkent; délután borzongással lassan felemelkedik hőmérséke 40.4-ig, feje és léptája fájdalmas.

XI/21. Izzadással hőmérséke lecsik rendesre s e naptól kezdve láztalan.

(Folytatása következik.)

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

### A tabes dorsalis keletkezése.

Irta: Pándy Kálmán dr. kórházi főorvos B.-Gyulán.

(Folytatás.)

A mi a finomabb szövettani elváltozásokat illeti, ezek egészen sajátosak voltak. Említettem a bonczjegyzőkönyv adatai között, hogy a hátulsó kötelek a szétfolyásig ellágyulók, kibugygyanók voltak.\* Ezen ellágyulás okát a gerinczvelő hátulsó köteleinek vándorsejtjeivel való nagyfokú beszűrődésében találtam; ép úgy mint a capillariseket s az ereket szemcsés magvú, Rosin szerint lila s kékre festődő magvú sejtek veszik körül, ilyen sejteket találunk mindenütt a rostok között szétszórva s azokat körülvéve is. A szemcsés magon kívül a törmeléken szövetben a sejtestet alig itt-ott ismerhető csak fel. A degenerált területen a tengelyfonal rendszerint szemcsésen szétesett, halvány foltot képez, egy-egy festetlen vagy szennyesen festődő, a környezettel összefolyó udvar (velőshüvely) közepén, itt-ott az idegrost helyét üres átlátszó tér foglalja el. Nagy számmal láthatók sötét, át nem tűnő, viaszos degenerációra emlékeztető sejtek, kerek, rem szemcsés maggal és magcsával, a sejteknek durva, el nem ágazó nyulványai is kisebb-nagyobb távolságra követhetők, ezek valószínűleg elfajult póksejtek (nem amyloid testek előhírnökei, mert lilára festődnek, nem pedig sárgára, nem is áttűnőek s fénytörésük is más). Gliafonalakat a rostozat közt felismerni nem lehet, az alapanyagot homályosan festődő szemcsé s törmelék képezi. Marchi-festéssel sok feketére festett szemcsé s szabálytalan korongok láthatók, melyek valószínűen zsírosan elfajult velőshüvelyeknek felelnek meg, az ereket körülvevő sejtburjánzásban is látni néha feketére festődő myelinszemcséket.

Tanulságunk ezen esetből első sorban az, s jelen tárgyalásunkra is ez bir fontossággal, hogy a hátulsó kötelek acut s primaer folyamat révén is teljesen degenerálhatnak, ugyanilyen módon fejlődött a bal pyramis oldali pálya degeneratioja is. Érdekes azonkívül ez esetben, hogy a másodlagosan s régebben degenerált jobb oldalsó pyramis-pályában az erek elfajulása sokkal előrehaladottabb, semmint a primaer s újabb keletű degeneratio területén a bal oldalköteg pyramis helyén. A parenchymás degeneratio tehát elősegíti az érelfajulást,\*\* de hogy az erek elfajulása primaer úton is felléphet, azt épen az art. basilaris s több más a velőállományon kívül eső, a burkokban vagy esetleg teljesen szabadon lefutó érnek az intramedullarisokkal teljesen azonos degeneratioja mutatja. (A tabest néha kísérő organikus szív- vagy aorta betegségek is csak így teljesen független eredésből magyarázhatók.)\*\*\*

A lágy gerinczagyburkok degeneratioja illetve elváltozása a hátulsó kötelek elfajulásához képest aránytalanul kisfokú volt s az egész peripheriára kiterjedt, a nélkül, hogy az alatta fekvő velőrészek arányos degeneratiojával járt volna. Ezen fontos, bár nem új jelenségre alább még visszatérünk.

\*\*\*

\* Mauriac és Le Petit esetében az ellágyulás még nagyobb fokot öltött: la partie ramollie de la moelle était réduite en bouillie et impropre à un examen histologique. Sottas<sup>51</sup>.

\*\* Valószínű, hogy az erek ilyen a parenchymatosus degeneratiót követő elfajulását más esetekben is megtaláljuk. L. Gowers<sup>11</sup>.

\*\*\* Bikelés szerint (D. Zsch. f. Nhk. 1901) már Siemerling, Marinisco, Raymond és Nageotte constataáltak, hogy a secundaer degenerált gerinczvelői pályákban újabb betegségek előszeretettel fejlődnek.

Az eddig felsoroltakban igyekeztem feltüntetni, hogy a gerinczvelői hátulsó kötelek sorvadása ezek egy bizonyos területének\* az intermediaer zónának anyagcsereváltozások iránt való specialis érzékenységből származik s átlag mindig egyformán localizálva a vírus toxicitásához, illetve az anyagcserezavar súlyosságához mérten különböző fokban jelentkezik; nézzük most mi okozhatja ezen résznek anyagcserezavarok (mérgezések is!) iránt való localizált specialis hajlamát?

Ezen kérdés eldöntésénél a következő lehetőségeket kell figyelembe vennünk:

1. Erek (vérrel való ellátás).
2. Kötőszöveti s gliasövények (szövetközi intramedullaris nedváramlás).
3. Gerinczvelői burkok (extramedullaris nedváramlás).
4. A gerinczvelői kötelekben levő rostcsoportok sajátos myelogen\*\* táplálkozási viszonyai.\*\*\*

A megbetegedésnek az idegrostok saját anyagcsereje szerint való csoportosulását [electiv megbetegedés, Mayer<sup>23</sup> s több újabb szerző, köztük Schaffer (Orvosi Hetilap)] 3 féle alapon képzelhetjük.

a) Egyidőben fejlődő illetve tengelyfonalaikat s velőshüvelyeket egyidőben nyelő rostok anyagcsereje is egyező.

β) Egyforma illetve azonos functiot teljesítő rostok anyagcsereje is azonos.

γ) Egy helyre localizált rostok anyagcsereváltozásai azonosak.

5. A myelogen anyagcserezavar extramedullaris okai.

a) Gyökér, b) peripheriás idegrészek, c) agyvelő.

\*\*\*

Azon lehetőséget illetőleg, hogy a gerinczvelői hátulsó kötelek megbetegedése az erekkel áll kapcsolatban, láttuk az előzőekben, hogy épen saját vizsgálataim nyomán a gerinczvelő ereinek leg-súlyosabb degeneratioja lehet jelen (arteriosclerosisnál), midőn a hátulsó kötelek degeneratioja, ha kifejezett s felismerhető is, de mégis aránytalanul csekély, másrészt a hátulsó kötelek igen súlyos tabes elfajulásánál is az erek degeneratioja alig vagy egyáltalában ki nem fejezett.

Köztudomású, hogy Ordonnez már 1862-ben állította, miszerint a hátulsó kötelek tabes degeneratioját az érelfajulás okozza, ezen nézethez csatlakoztak Adamkiewicz, Buzzard s mások, de Vulpian már 1879-ben ezen theoria ellen nyilatkozott s kimutatja, hogy igen súlyos tabes-eseteknél is az erek elfajulása aránytalanul csekély, megemlíti továbbá, hogy a tabesnél látható érelfajulást idegátmetszéseknel, Waller-féle degeneratiót követve is találjuk (Raymond<sup>28</sup>); magam neuritis multiplex egy esetében találtam az ereknek ilyen complicáló concomitans elfajulását. Raymond saját vizsgálatai nyomán is Vulpian felfogásához csatlakozik s úgy látszik az összes modern szerzők (Marie, Gowers, Spiller<sup>50</sup>, Leyden<sup>18</sup>, Redlich stb.) a vasodegeneratio theoriának ellene nyilatkoztak, különben maga Adamkiewicz is megengedi, hogy a tabes más módon is létrejöhet (Marie<sup>22</sup>). Nálunk Ritoók az arteriosclerosisra vonatkozó tanulmányában kimutatja, hogy míg 123 tabes közül csak 31 tehát 25.2% az arteriosclerosis, addig 381 arteriosclerosis között csak 31=8.2% a tabes, tehát a közvetlen kifejlődéstől el is tekintve azt kell mondanunk, hogy inkább a tabes vírusa okoz arteriosclerosist, semmint az arteriosclerosis okai létesítik a tabest.

Nemcsak a tabes, hanem egyéb hátulsó kötél-degeneratiók sem származnak érelfajulásból. Redlich<sup>41</sup> senilis gerinczvelő degeneratiót irt le a gerinczvelő lumbalis részében s a hátulsó kötelekben intensívebben localizált érelfajulás mellett, de adatai nem

\* Ezen magyarázat voltaké Topinardtól ered, követte Pierret és Charcot is.

\*\* Myelogen, tehát a rostok saját anyagcserejétől függő, a környező szövetektől független; endofibrillarisnak is mondhatnám, az anyagcsere előbb említett 3 exofibrillaris tényezője mellett, helyesebben endofibrillaris, illetve exofibrillaris (exofibrás), mert a degeneratio endo- vagy exogen keletkezése nem a fibrillumra, hanem az idegrostokra (fibræ nerveae) in toto vonatkozik (így értendő a kifejezés a 240-dik lapon is).

\*\*\* A systema elnevezést inprecisnek s semmiféle definitióját anatómiailag beigazoltak nem tartom.



bizonyítják, hogy ezen érelfajulás primaer s nem concomitans vagy consecutiv folyamat, az előzmények után nekem ez utóbbi látszik valószínűbbnek.

Minnich anaemia perniciosa 6 esetében látta a hátulsó kötelek degeneratióját s ezt vascularis eredésű interstitialis megbetegedésnek tartja. Következtetését azonban legalább leírásai nyomán eléggé bizonyítónak nem tarthatom, mert igaz ugyan, hogy első esetében mondja, miszerint az art. sulci post. s az art. interfunicularis elváltozott, de ugyanezen esetről ő maga említi: „die Gefässe im Centrum des Herden bieten oft auffallend wenig Veränderungen dar“, továbbá: „Leider muss ich gestehen, dass die in dieser Richtung (Gefässveränderung) vorgenommenen Untersuchungen noch unvollendet sind, und nicht zu einem abschliessenden Ergebnisse geführt haben. Bis jetzt hat sich das geheimste Wesen des Zerstörungsprocesses noch völlig zu verbergen vermocht“. „In der Mehrzahl der Fälle war trotz der deutlich sichtbaren Wandveränderungen das Gefäss der Herde so durchgängig als man nur wünschen konnte . . . und die scheinbare Obliteration war nur ein Trugbild gewesen.“ (Lásd Minnich.)

Minnich II. esetében az érelváltozásról a cervicalis velőt illetően nem nyilatkozik, csupán ennyit mond: „Im Uebergangstheile zum Lendenmark fallen schon deutliche Veränderungen der Gefässwandungen auf“.

II. esetében a nyirkutak is degenerálva voltak „Ueberall in den pathologischen Stellen Lymphscheidenwucherung um die Gefässe, gerade da, wo die Veränderung am stärksten ist“. A degeneratio azonban nem lehet az érelfajulás következménye, mert a 45-dik lapon Minnich maga mondja: „Die Goll'schen Stränge zeigen Neigung zum regellosen Zerfall, wie die übrigen Theile der Hinterstränge, die den Herden diesmal viel grösseren Spielraum und eine grössere Breite geben als in den früheren Fällen, obwohl die betreffenden Gefässgebiete dieselben sind wie früher“, továbbá: „Die entstandenen Lücken klaffen überall und werden noch nicht durch sclerotische Vorgänge im Stützgewebe geschlossen. In diesem letzteren sieht man kaum Kernvermehrung oder Fibrillenbildung, nicht einmal in der Nähe der Gefässe, welche durchaus sehr verändert sind...“

Minnich IV. és V. esetében az erek elváltozása különösen megemlítve nincs, míg a VI. esetben, ha a sörök értelmezésében nem tévedek, ismét inocongruentia van velő és érdegeneratio között: „Die Gefässe, die vom Septum in dieselbe eindringen, sind zwar oft verdickt, wie jene, welche die Randdegeneration begleiten, aber gerade die Randdegeneration ist in den Hintersträngen da am wenigsten ausgesprochen, wo der Goll'sche Strang seine Sclerose zeigt.“

Az úgynevezett hydropikus degeneratiót Minnich az ereken finomabb elváltozásokat nem talált, az elváltozások olyanok voltak, minőket normális praeparatumokon is látunk (102. oldal).

Hasonlóképpen nincsenek elváltozva az erek sem pellagrosisból, sem ergotismusból eredő hátulsó kötél elfajulásoknál.

Mindezek nyomán azt hiszem joggal mondhatjuk, hogy a gerinczvelő hátulsó köteleinek érelfajulásból származó degeneratiója sem tabesnél, sem más hátulsó kötél betegségeknél bizonyítva nincs, sőt biztosan tudjuk, hogy súlyos érelfajulás míg a hydropikus degeneratióknak csak oly fokát létesíti, mint más érelfajulásnak minden jele nélkül levő anyagcsereváltozás, addig a legsúlyosabb hátulsó kötél degeneratiók mellett is számba alig jövő érelváltozások lehetnek. Saját vizsgálataim nyomán is a gerinczvelő érelfajulásból eredő degeneratióknak csak igen csekély értéket tulajdoníthatunk s inkább az tűnik ki, hogy a parenchymás degeneratio érelfajulásra is praedisponál.

(Folytatása következik.)

## Az enzymekről.

Klug Nándor tanártól.

(Vége.)

B. A második ide tartozó enzim az erekből kibocsátott vért alvasztja meg. A vérmegalvadás lényegét sokan kutatták, igen kiterjedt irodalom foglalkozik vele és mégis be kell vallani, hogy a kérdés ma sem mondható minden kétségen felül tisztázottnak és a mit e tekintetben a következőkben mondandó va-

gyok, az csak rövid következtetés, melyre a vérmegalvadás újabb irodalmának tanulmányozása révén jutni lehet.

A véredv fehérjéi között előforduló s megalvadó fehérje, a fibrinogen, a globulinokhoz tartozik. A legtisztábban savós izzadmányokban, így nevezetesen hydrocelefolyadékokban található meg. Ez oldataiból vízzel való hígítás után szénsavval, valamint tömény konyhasó-oldatokkal kiválasztható. Konyhasó üledéke híg, mintegy 1—1.5%-os konyhasó-oldatban ismét feloldódik. Ez oldatából 52—55 °C-ra felmelegítve koagulál. Ezenkívül kiválék oldataiból mézszók jelenlétében a thrombase vagy thrombin-nek nevezett enzim befolyása alatt; ilyenkor lesz belőle a rostanyag vagy fibrina.

Az erjesztő szerepét a vérmegalvadás körül Schmidt Alexander a következőképen mutatta ki: Ha rostanyagot vagy vérsavót abszolút alkohollal kezelünk és benne hetekig eltartunk, akkor annak minden fehérjéje vízben oldhatatlan, megalvadtt fehérjévé lesz. Az ilyen alkohollal kezelt véralvadékból vízzel előállított kivonat megalvasztja a fibrinogent oldatából vagy savós izzadmányból. Hydrocelefolyadék megalvad, ha kevés vérrostanyagot adunk belé; a megalvadás elmarad, mihielyt a rostanyagot vagy a fenti esetben az alvadék vízkivonatát előzetesen felforraltuk.

Meg nem alvadtt vérben a vérerjesztő sem fordul elő. Ha vért a megnyitott érből egyenesen magnesiumsulfát oldatába bo-csátunk, akkor ez a vér nem alvad meg, ellenben a megalvadás bekövetkezik, mihielyt alvadtt vér alkohol üledékéből előállított vízeskivonat néhány cseppjét a vérmagnesiumsulfát keveréke közzé bo-csájuk. A vérből egyenesen tömör alkoholban felfogott vérből, még ha azt szintén hetekig alkoholban tartjuk, nem lehet olyan vízkivonatot nyerni, mely a fibrinogent megalvasztaná. A vérerjesztő tehát csak a vér megalvadására közben képződik. Mint-hogy pedig a vérnek a vérekekből való kibocsátása után benne fehér véresejtek tömegesen szétesnek, a magnesiumsulfát pedig épen ezt a szétesést megakadályozza, következteti Schmidt, hogy a vérerjesztő a fehér véresejtekből ezek szétesése közben kerül a vérbe. Ezt bizonyítja az a tapasztalat is, hogy midőn a vérekekből ki-bo-csátott vért jég között tartott hideg edényben felfogjuk és így megalvadását erősen késleltetve nyugodtan állni hagyjuk, míg csak a nehezebb vörös véresejtek az edény fenekére, a könnyebb fehérek pedig ezek fölé le nem szállnak, akkor a vérnek a fibrinogent legerősebben megalvasztó rétege az, mely a fehér véresejteket tartalmazza. Halliburton az erjesztőt egyenesen a nyirok-mirigyek leukocytaiból elő is állította. Ezek után a vérerjesztő létezését aligha lehet kétségbe vonni.

A mi a vérerjesztő kémiai tulajdonságait illeti, a legtöbbben proteidnemű testnek mondják. Az élő vérekeben keringő vérben, mint Brücke kimutatta, csak akkor képződik, midőn a vérekek intimája megsérült, vagy másként beteg; ez esetben a fehér véresejtek az érfalon tömegesen szétesnek.

A feltételek között, melyektől a vérerjesztő megalvasztó hatása függ, feltűnik, hogy pepton, albumose, magnesiumsulfát, natriumchlorid és több más só megakadályozzák ezen hatását. Hideg erősen késlelteti. Ha a megalvadásban így meggátolt vért dialysisnek teszszük ki, akkor úgy ez, valamint dialyzált fibrinogen-oldat, vagy dialyzált savós izzadmány, a vérerjesztő hozzáadására, nem alvad meg. E szerint bár több só megakadályozza a vér megalvadását, mégis bizonyos só jelenléte a vérmegalvadásnak is egyik lényeges feltétele. E tekintetben a vérrostanyag kémiai analízise a rostanyagot mindenkor mézszóval egyesítlen tünteti fel. Hozzájárul, hogy dialyzált véredv, midőn hozzá annyi konyhasót adunk, a mennyi globulinjainak oldatban megmaradására szükséges, mintegy 0.6%-ot, nem alvad meg, azonban azonnal koagulál, mihielyt hozzá kevés mézszót is adunk. Hammarsten<sup>1</sup>, Arthus<sup>2</sup> és mások a serumglobulinnak Schmidt által hangsúlyozott szükségét a vérmegalvadáshoz is csak onnan származtatják, hogy ezen fehérjenemű testhez a vér mézszói tapadnak. A fibrinogen, Arthus szerint, a mézszóval rostanyaggá egyesül a thrombin befolyása alatt; a rostanyag fehérjemész vegyület. A

<sup>1</sup> Hammarsten. Zeitschrift f. physiolog. Chemie, 22. k. 333. lap, 1896.

<sup>2</sup> Arthus. Archives de physiologie normale et pathologique, 5. k. 739. l. 1890.



mészó, melyre itt szükség van, mézszulfat, de lehet chlorid vagy phosphat is.

Arthurus jelzett következtetésével szemben azonban Hammarsten kimutatta, hogy a fibrinogen ugyanannyi calciumsót tartalmaz mint maga a vér rostanyaga, valamint, hogy kevés mészó sok vér megalvasztására elegendő, továbbá, hogy ninesen arányban a megalvadó vér mennyisége a benne foglalt mészó mennyiségével. *Pekelharing*<sup>1</sup> s mások is azért azt vélik, hogy a fehér vérésejtek szétesésekor a vérben nem a vérejesztő maga, hanem annak előstádiuma, a prothrombin készül s ez a mészók jelenlétében változik thrombinná, ható enzyimmé. Ez a prothrombin nuclealbumin nemű test. Hammarsten a prothrombint a vérplasmából elő is állította és oldott mészó befolyása alatt thrombinná változtatta át. Innen érthető, hogy oxalátok, melyek a meszet mészoxalattá megkötik, akadályozzák a vér megalvadást. A propepton, pepton, gátló hatását is némelyek arra vezették vissza, hogy azok a mészókat megkötik, a mit az a tapasztalat is valószínűvé tesz, mely szerint a vérmegálvás peptont tartalmazó vérplasmában bekövetkezik, mihelyt rajta szénsavat áramoltatunk át.

Mint a vér, úgy megalvadnak halál után többé-kevésbé az izmok, az agy s minden élő sejt; ezek tömöttebbek, ellentállók, hulladermedtek lesznek. A folyamat kissé más, mint a vér megaladásakor; a myosinogen nem válik ki rostokban, hanem megkocsonyosodik. A különböző szövetekben, sejtekben a fibrinogenhez némileg hasonló fehérje foglaltatik; ilyen az izmokban a myosinogen, ez koagulál enzim befolyása alatt myosinné. A megalvasztó enzymet, a thrombin előállítására követett hasonló eljárás szerint, hulladermedt izmokból, kötőszövetből, agyból elő is állították. Megalvasztó enzyemek tehát kiterjedten képződnek az állati szervezetben ennek elhalása közben, elhaló és széteső leukocyták és talán más sejtek nuclealbuminjából is.

#### 5. Oxydáló és más enzyemek.

Az eddig ismertetett enzyemek hatása a legszembeötlőbb. Mindenki ismeri közülnk a táplálékok emésztődését, tudja, hogy a esecsemő által esetleg kihányt tej koagulált, hogy az erekből kibocsátott vér megalvad. Már az egysejtű élő lény is a testébe felveendő anyagot vacuolába fogadja, hogy ott feloldja, tehát megemészsze. Emésztő rendszerünk enzymei is a táplálék szerves alkatrészeit egyszerűbb alakban felszívhatóká, a szervezetet alkotó sejtekbe befogadásra alkalmasokká teszik, így használja fel őket a sejt új synthesis útján saját felépítésére s kinetikai energia fejlesztésére. Itt felmerül azonban az a kérdés, vajjon a szervezet sejtjeiben lefolyó anyagforgalmat, az assimilatiót és dissimilatiót, melyek révén az életjelenségek fejlődnek, szintén enzyemek közvetítik-e? Eddigi fejtegetéseink közben is láttuk már, hogy a szöveteinkben lerakározott zsírt és glycogent enzyemek viszik oldatba, megváltoztatják a végből, hogy a vérkeringés útján azon szervekbe juthassanak el, melyekben rájuk szükség van. De a vizsgálatokat ennél további sikerek is jutalmazták már s mind erősebb lesz az a meggyőződés, hogy az enzyemek ugyan nem synthesis okozói, hanem igen is fenntartanak hasadásokat, oxydatiót és így működnek közre a dissimilationnál. Ez utóbbi működésükről a következők tesznek tanúságot.

Szervezetünk sejtjeiben az assimilált anyagok oxydatiót, hasadást szenvednek el. Olyan anyagok esnek aránylag gyorsan szét szervezetünkben, melyek különben a szabad levegőn változást épen nem, vagy csak rothadásakor szenvednek el. Ilyen anyag a cukor, de sőt a fehérjék is. A vizsgálatok mind valószínűbbé teszik, hogy az élősejtekben folyó hasadást külön erjesztők, az oxydatiót az oxydasok tartják fenn. A legrégebbi idevágó tapasztalat az, hogy a vérekből kibocsátott vérből állás közben a cukor eltűnik; minden újabb tett tapasztalat a mellett szól, hogy ennek enzim az okozója. *Arthurus*<sup>2</sup> az erekből kibocsátott vért steril edényben fogta fel s asepticummal való kezelés közben rostanyagától megfosztotta; állás közben a cukor a vérből eltűnt. Ugyanaz történik vérsavóban is, tehát a vérésejtektől megfosz-

tott vérben. Ez a cukor bontás a legjobban foly 54 C°-on. Itt sejtek nem működnek közre, a véredv magában végzi a glykolyist. Minthogy pedig az asepticumok ezt meg nem akadályozzák, főzés pedig megszünteti, következik, hogy a vérben levő külön enzim bontja a cukrot. További vizsgálatokból a cukoroldó enzim jelenléte más szervekben is kiderült, így nevezetesen a pajzsmirigyben, májban, lépben, vesében, tüdőben, pankreasban.

A cukorra való hatáson kívül a véredvnek és sejteknek más oxydáló hatását is észlelték. Így sikerült a salicylaldehydet, a benzylalkoholt, formaldehydet, különböző szervek kivonatainak befolyása alatt oxydálni. *Spitzer*<sup>1</sup> a máj, lép kivonataival, a rothadás teljes kizárása mellett, xanthinból és hypoxanthinból húgysavat állított elő. Számosan, így *Richet*, *Gottlieb*<sup>2</sup> és mások, májkivonatok digerálása közben a húgyanyag szaporodását mutatták ki. A húgyanyag tehát a májban nemcsak synthesis útján felszívott ammoniákból és szénsavból lesz, hanem enzim által okozott hasadás útján is képződik.

Az oxydase eredetét főképen a pankreasnak tulajdonítják, a mivel azonban ninesen mondvá, hogy más sejtekben épen nem képződik. Pankreas kiirtása tudvalevőleg nagyfokú diabetest okoz. *Lépine* ennek okát abban látja, hogy a pankreas kiirtása a cukor oxydációját fentartó enzim hiányát vonja maga után s e miatt halmozódik fel a cukor nagy mértékben a vérben s a vese választja ki. *Lépine* e következtetését arra alapítja, hogy kellő asepsis mellett előállított pankreas-kivonatban a cukor eltűnik, hogy a vena portae vére sokkal erősebben bontja a cukrot, mint a vena lienalis-é, hogy a chylusban, mely a belekben felszívott pankreasnedv alkatrészeit is bőven tartalmazza, amaz erjesztő bőven foglaltatik és végre sikerült *Lépine*-nek az erjesztőt a pankreasból egyenesen elő is állítani.

A mint látni, a pankreas kiválóan enzimtermelő szerv. Felismertük a trypsin, diastase, lipase, oltóerjesztő képzését benne s most mint az oxydase kiváló készítője tűnik fel. Vizsgálatok, melyeket a legutóbbi időben tettem, még arra is utalnak, hogy oxydáló hatása a fehérjeemésztés termékeire is kiterjed, melyekből nitrogéntartalmú, aránylag oxygendús anyagot készít. Feltűnt tudniillik, hogy midőn a minden festéktől lehetőleg megtisztított pankreast, a rothadás teljes kizárása mellett, vízben autolysisnek tettem ki, szüredéke intenzív vörössárga színt nyert és zöld színben fluoreskált. S ez akkor is így volt, ha az összeaprított pankreas előzetesen vízzel, majd alkohollal s aetherrel annyira volt mosva illetve extrahálva, hogy száraz anyaga hófehér lett a kezelés folytán. Ezzel szemben ha a szintelen száraz pankreast vízben való előzetes főzése után gyomornedvben emésztettem meg, az emésztetben a színes anyag hiányzott, tehát praeformálva a pankreasban nem volt. Minthogy pedig a színezettséget trypsinnel emésztett rostanyag emésztetije, hónapokra kiterjedt emésztés alatt sem kapta meg, a festőanyag képződése a trypsin-emésztés termékének sem mondható. Marad tehát mint egyedüli lehetőség az, hogy amaz anyag a pankreasban levő valamely más erjesztő behatása alatt képződik, mely tekintve, hogy festőanyagot készít, chromase-nak is volna nevezhető. A festőanyagot, a proteinochrom-ot lehetőleg tisztán elő is állítottam.

A két napig hideg helyen való állás után átszűrt emésztetet vízfürdőn besűrítettem s ebből alkohollal kivonatot készítettem; a proteinochrom 96.5%-os alkoholban oldható lévén, alkohol kivonata volt nyerhető, melyből az alkohol elpárlása után kivált. Ezt az üledéket aetherrel kevertem össze s mostan benne mindaddig, míg az aether felette víztiszta nem maradt. Azután aetherrel keverten került az anyag választó tölesérben centrifugálás alá, minek következtében a proteinochrom sűrűn folyó sötétbarnafekete réteggépen a tölesér fenekén összegyűlt. A csapos tölesérből óvatosan kibocsátott anyagot *Matolcsy Miklós* dr. úr chemiai analysisnek vetette alá s kitűnt, hogy a proteinochrom C, H, N és O-ból áll, oxygen- és nitrogéntartalma meg egyezik a biliverdin oxygen- és nitrogéntartalmával, csak szénben szegényebb ennél, a mennyiben épen félannyi szenet tartalmaz. Légenysavval hevítve egy idő múlva zöldes, hosszabb

<sup>1</sup> *Pekelharing*. Du Bois Reymond-féle Archiv f. Physiologie. 1895. évf. 213. l.

<sup>2</sup> *Arthurus*. Archives de phys. norm. et path. 4. k. 337. l. 1894.

<sup>1</sup> *Spitzer*. Pflüger-féle Archiv. f. d. g. Physiologie. 71. k. 596. lap, 1898.

<sup>2</sup> *Gottlieb*. Münchener medic. Wochenschrift. 1895. évf. 547. l.



állás után sárga színt nyer, mely reactio a Gmelin-féle epefesték próbára emlékeztet. Azonban korai volna ezekből következtetni, hogy a máj ezen könnyen diffundáló testet esetleg epefesték készítésére felhasználja. Az mindenesetre következik ezen leletből, hogy a pankreas a cukrot oxydáló erjesztőn kívül a fehérje bomlástermékeit oxydáló erjesztőt is készít.

Autolysisnek több más szervet is vetettek alá mások. Kitiűnt, miszerint kellő asepsis esetén 40 C<sup>o</sup>-ú hőmérsékben tartott szervek szabad szemmel és gócsóval is látható változást szenvednek. A legfeltűnőbb a zsíros degeneratiohoz hasonló változás, mely azonban, a mint újabban kimutatták (Siegert)<sup>1</sup>, valójában nem az, nem zsír képződik, hanem a zsírok hasadnak s rövidebb-hosszabb idő alatt eltűnnek. A szerveknek chloroform-vízben, vagy vízben toluol jelenléte mellett szenvedett e változásait, más ismereteink szerint ítélve, az élősejtekben már jelen volt enzimek hatásának kell tulajdonítanunk; e miatt az autolysis alatt nyert hasadástermékeket az anyagforgalom produktumai gyanánt igen kiterjedt vizsgálatnak is vetik most alá.

A mi a szervekben talált enzimek eredetét illeti, úgy egy részük kétségkívül elválasztó mirigyek sejtjeitől származik. A bélürbe emésztőnedvet szolgáltató mirigyek váladéka nagy részt felszivatik, s így az ott el nem rothadt enzimek is. Ezek a vérnedvben átjárják az egész szervezetet és a mi belőlük időközben el nem pusztul, azt a vese, esetleg más mirigyek, mint az emlő a tejjel, választják ki. A mivel azonban nincsen mondva az, hogy más, mint emésztőnedvet szolgáltató mirigyek sejtjeiben nem képződnek enzimek. Sőt a thrombint és így nyilván számos más enzimet is nem az emésztőmirigyek választják el.

Az enzimek vegyi természetét illetőleg Spitzer az oxydasét nucleoproteidnek mondja. Valamely szerv kivonatának oxydáló hatását annál intenzívebbnek találta, minél több nucleoproteid ment a szervből az oldatba át. A nucleoproteidek a sejtmagvak lényeges alkotórészei. Hogy pedig az enzimek képződése körül a sejtmagnak nevezetes szerepe van, ehhez kétség nem fér. Minden secretio közben megváltozik a sejtmag. Többnyire kisebb, szögletes lesz, sőt néha el is tűnik, vagy a sejtfalnak membrana propriával határos részéhez oda lapul, oda tehát, a honnan a sejt az enzim készítéséhez szükséges anyagot vesz.

\* \* \*

Az előadottak által talán sikerült némi képet nyújtanom azon fontos szerepről, mely szervezetünk életében az enzimeknek jut. Az anyagforgalom lényeges fentartóit ismertük fel bennök, láttuk, hogy életjelenségeink nagy részben erjesztőfolyamatok eredményei. Azonban tévedés volna ezekből arra következtetni, hogy minden életjelenség enzimhatásra vezetendő vissza. Nevezetesen az élősejten lefolyó assimilatiót, eddigi ismereteink szerint ítélve, nem lehet enzimhatásnak tulajdonítani. Bár legújabban állítják, hogy synthesist is értek el enzimmal, azonban ez még bebizonyításra szorul. *De ezenkívül is az élő sejtprotoplasma számtalan functiot teljesít az anyagforgalom körül, melyet nem lehet általa termelt enzim hatásának betudni.*

A legtanulságosabb bizonyítékát ennek adja az éhező anyagforgalma, a kinek szervezetében legelőbb a zsír, annál sokkal lassabban a fehérje fogy; míg a törzs izmai sorvadnak, ezek anyagát a szívizom és az agy használja fel a saját munkájára, éhezés közben, inanitio alatt az utóbbiak alig vesztenek valamit súlyukból. Ezzel szemben az álmatlanság miatt elhaltak éppen az agyvelő súlyából veszítenek legtöbbet.

Nagy szerepe van az enzimeknek még a pathológiában is. A bakteriolytic és haemolysis éppen úgy, mint az immunitás egész tana az enzimekkel számolni kénytelen. Külön proteolytic enzimek szerepelnek itt, az alexinek (Buchner), addimen (Ehrlich), melyek Buchner vizsgálatai szerint a leukocytákban képződnek. Innen valószínű Metschnikoff phagocytáinak bakteriumölő képessége is. Ehhez hozzá járul még az, hogy a testbe jutott bakteriumok maguk is termelhetnek enzimeket. Tudvalevőleg ezen a téren kiterjedt munkát fejtettek ki a vizsgálok az utóbbi évek alatt, mely már is meglepő sikerhez vezetett. Mindezek fejtegetése azonban a physiologia mai keretén kívül esik még.

## T Á R C Z A.

### Tauffer Vilmos tanár elnöki megnyitója

az Országos Balneologiai Egyesület 1902. évi közgyűlésén.

Tisztelt közgyűlés! A mikor egyesületünk ezen XII. évi közgyűlésének elnöki megnyitója felett gondolkoztam, visszaidézendő egyesületünk múltjának részleteit, elolvastam az előző 11 év főtitkári jelentéseit. Így tömörítve e 12 év eseményeit, azt kérdeztem magamtól, vajjon minő reflexiókat fog kelteni egyesületünk története abban az érdeklődő olvasóban, a ki ugyanezeket a lapokat egy pár decennium múltával fogja elolvasni? Azt hiszem, meg lesz lepetve, hogy minő egészen heterogen irányú férfiak csoportja verődött össze ez egyesületben, a kiknek gondolatiránya, érdeklődése, sőt nem egyszer anyagi érdeke is az élet küzdelmeiben toto coelo ellenkező irányú és nem egyszer egymással merőben ellentétben álló volt. S ha kérdezni fogja, hogy mi volt képes ezen heterogen elemeket mégis összetartani, úgy más feleletet aligha talál, mint azt, hogy ez egyesület minden kétséget kizárólag felül állott minden személyi és külön érdek cultusán és egész lényegében csakis hazafias közérdekeknek önzetlen szolgálatában állott, a hol egyetlen eszme uralkodott, t. i. az, hogy hazánk balneologiai érdekei mint közügy forrasztja össze törekvéseinket.

Az a bizonyos érdeklődő olvasó keresni fogja továbbá, vajjon minő eszközökkel szolgálta korunk e nagy jelentőségű ügyét és minő eredményeket ért el egyesületünk időszakonként, továbbá, hogy minő körültekintéssel, minő lelkiismeretességgel készítették elő korunk munkásai azt a talajt, a melyen a jövő nemzedék fog majd tovább haladni, az a jövő nemzedék, a melynek fia majd a mi bírálónk leend.

Ezzel a mi jövőbeli bírálónkkal óhajtók egy és más dologról ez alkalommal beszélgetni.

Arra hívom őt fel mindenképp, hogy tekintse végig azt a programot, a melyet 1891-ben, az első balneologiai értekezlet alkalmával elnöki megnyitómában az egybegyűlték elé terjesztettem és a mely program alapján azokat az egyesület megalapítására felhívtam; továbbá olvassa el azokat az értekezéseket, a melyeket azon alkalommal az elnöki programmal egybehangzóan érdemes tagtársaink elmondottak. Ezen olvasmány világos képét adandja annak, hogy mit akartunk 12 év előtt és mit tűztünk ki magunk elé feladatul a jövőt illetőleg; s ha ezután végiglapozza évkönyveink sorozatát a mai napig, úgy megtalálja annak minden részletében programunk egyes pontjainak megvalósítására irányuló törekvéseinket s talán nem tagadja meg tőlünk az elismerést, hogy nincs azok között egy sem, melyben kevesebb buzgalommal munkálkodtunk volna mind e mai napig, mint a többiben.

Hű képét munkálkodásunknak azonban még ebből sem fogja áttekinthetni egészen, mert az évkönyvek mégis csak a kikristályosodott eredményeket tüntetik fel, a valódi munkairányt, a fejlődés részleteit csak úgy ismerendi meg, ha az igazgatósági ülések jegyzőkönyvein végigtekintve, a rövid feljegyzések mögött meglátja azt az intenzív munkát, melyet az igazgatótanács akkor végzett, a mikor a felmerült eszméknek, kérdéseknek és konkrét előterjesztéseknek nagy sorozatát átböngészve, kereste azokat az értékes magvakat, a melyeknek cultiválása, a melyeknek propagálása a közönségnek, a magyar balneológiának érdekében állott. Érdeklődő utódunkkal szemben azon kedvező helyzetben leszünk, hogy jóakarató bírálata alkalmával nem az egyes rövid időszakok, az egyes évek eredményeit külön-külön lesz kegyes vizsgálni, hanem bizonyára az éveknél csoportjait együttesen veendő bírálat alá, méltányolva azon körülményt is, hogy egészen kívül áll a mi hatáskörünkön, hogy előmunkálataink mikor hozzák meg eredményeiket, törekvéseink mikor öltenek tényleges alakot.

Ez a jóakaró bíráló constatalni fogja, hogy a Balneologiai Egyesület azt a nagy célját, hogy a magyar orvosok között a hazai fürdőügyek iránt való érdeklődést felkeltse és ébren tartsa, első 12 évi működése alatt kétségtelenül elérte; constatalni fogja, hogy a magyar orvosi tudomány mezején a balneologiai tudományoknak cultusa és irodalma ez idő alatt megindult, s hogy 1902-ben már számottevő fiatal munkástábor állott e szakmának szolgálatában is, a mely munkaerőtől duzzadva, jogos reményt kelt jövőbeli működése iránt. Olyan generatio ez a mely exact búvárlati irányban természettudományi gondolkodásban nevelkedett fel, tehát jogos velük szemben azon reménykedésünk, hogy a szellemi munka életfeltételüké vált és a tudományos búvárkodás nemcsak kenyérkeresési eszközük, hanem lelki gyönyörűségük forrása is. Meg fogja látni, hogy olyan egyén is volt ez időben soraink között (Preisz Kornél dr. személyében), a ki a jelen materialistikus korban ritkán található buzgalommal, még anyagi áldozatok árán is, pusztán nemes passiójának hódolva, egy egész fürdőirodalmi könyvtárt állított össze, melyet legnagyobb részben önmaga irt meg és a melyben a füzetek száma 1902-ben nem kevesebb, mint 137 és e mellett még időt és kedvet talált arra is, hogy a „Balneologiai Értesítőben” egyesületünknek egy központi organumot teremtsen, melynek hasznos voltát kartársai oly készségesen ismerték el. Jóakaró bírálónk meg fogja látni, hogy mily buzgón volt gondoskodva ez időben a magyar balneologia tanításáról egyetemünkön is, hogy a fürdőtan, mely azelőtt egyetlen magántanári képesítettésnek volt tetszetős czíme, ma egy igen kedvelt és nagyszámú hallgató által szorgalommal frequentált előadási tárgya tantervünknek, a hol a buzgó tanár magyar balneológiát tanít és szavai folytán a magyar fürdők és magyar gyógyvizek nevének jelentősége, gyógyhatása vésődik be a közel jövő gyakorló orvosainak emlékezetébe, és hogy ezen előadások kapcsán a balneologiai kirándu-

<sup>1</sup> Siegert. Beiträge zur chem. Physiol. und Pathol. I. 114. lap, 1901.



lások alkalmával a magyar fürdők megragadó képe nagy kitörülhetetlen emléket a minden szép és jó iránt fogékony ifjú lelkekben. Jó-akaró bírálónk nem fogja megtagadni Bókay Árpád tanártól, hogy ő mind e módokon nem kicsiny és maradandó szolgálatot tett a magyar balneológiának.

Talán azt is el fogja ismerni, hogy Bókay tanár hazafias buzgóságán kívül a Balneologiai Egyesület érdeme is, ha elérjük végre azt, hogy megszűnt az a visszás és veszedelmes helyzet, a mikor a magyar gyakorló orvosoknak esztét, emlékeztet az idegen fürdők és idegen gyógyvizek nevének emlékeztete sátrálja, a melyek mellett, a melyek fölébe az orvosok gondolkodásába a hazaiaknak jelentősége eddigelé már csak azért sem juthatott be, mert ilyen irányú tervszelű és consequens actio egyáltalában sem létezett. Abban a korban már bizonyára észlelni fogja, az ilyen alapon növekedett orvosi kar hova-tovább miképen áll ellent mindig jobban és jobban annak a hátrányos hatásnak, a mely a gondolkodását az idegenből beáramló időszakos balneologiai nyomtatványok és illustratiók útján állandóan fenyegeti, a melyekkel szemben a mi mostani korunkban alig néhány nagyobb hazai fürdő-vállalat kezd felvenni a versenyt. Látni fogja, hogy minő hihetetlen élelmességgel igyekezett a külföldi verseny hazánk lakosainak és orvosainak izlését, vágyakozását a természet és egyes gyógyhelyek szépségei iránt felkelteni és azok iránt illúsiokat kelteni, mely célból a napjainkban relativ olcsó és gyönyörűsége képes reproductiokat száz-ezer számra szórta széjjel nyomtatványok, reálambrosurák, képes prospectusok, képes levelező-lapok és alkalmi ajándékok alakjában. Látni fogja azt is, hogy ezekkel szemben hazai fürdők és ásványvizeink, egynehány kivételt leszámítva, e század elején jóformán semmit sem voltak képesek tenni, s a hol valami próbálkozás ez irányban meg is történt, ott az többnyire oly primitív volt, hogy az elkényeztetett igényű nagy társadalomban a kétes szépségű illustratiók az illető helynek elég sokszor több hátrányára, mint előnyére válhattak, mert illúsiók felkeltésére a legkritikább esetben alkalmasak.

Fürkészve haladásunkat, a balneologiai kérdések útvesztőjében is rá fog találni nemzetünk egy jellemvonására, t. i. arra, hogy a politika minden kérdés fejlődésére, legalább indirect módon, befolyást gyakorolt. Így pl. kérdeznünk fogja, hogy az immár minden fórumon letárgyalt fürdőügyi törvényjavaslat miért nem kerül végre-valahára a parlament elé megvalósítás céljából; a feleletet e kérdésre abban találandó meg, hogy 1901-ben Magyarországon képviselő választás volt és így more patrio természetes, hogy előtte, alatta és jó időre utána más érdek, mint a politika helyhez nem juthatott. Olvassa el jóakaró bírálónk legalább ezen elnöki megnyitóban, hogy ezer más ügy között a balneologiai is nem kis kárát vallotta annak, hogy hazánkban minden érdek felett első helyen áll a politika.

Tisztelt közgyűlés! A lefolyt évben nagy eseményként vártuk, hogy fürdőügyi törvényjavaslatunk törvénynyő fog válni. Várakozásunk nem volt jogosulatlan, mert hisz nem kisebb helyen, mint a belügy-ministerium tanácstermében, nem kisebb elnök vezetése alatt, mint maga a belügyministerium vezetésével is megbízott ministerelnök személye, és nem kisebb jelentőségű enquete-ben, mint a melyet a belügyminister maga hívott össze: ministeriumok képviselői, államtitkárok, codificato-  
torok, országos képviselők és a leghivatottabb férfiuink sorából, itt tárgyalták le és fogadták el részleteiben is azt a törvényjavaslatot, melyet egyesületünk mint kész elaboratumot terjesztett elő. S ha mindezek után mégis csalódtunk várakozásunkban: úgy ne tulajdonítsák ezt a sikertelenséget tisztelt tagtársaink minekünk, az igazgató tanácsnak, hanem annak, a miről előbb szölk, t. i. a minden érdeken felül álló politikának, mely minden mást és így a fürdőügyi törvényjavaslatot is háttérbe szorította. Ez volt az oka, hogy egyesületünk letelt éve nem a nagy események, hanem a csendes, mindennapi munka esztendeje volt; ez az oka, hogy nem számolhatunk be önöknek új nagy kihatású intézményes eseményekről.

Reméljük, hogy a halasztás nem jelenti sok évi törekvésünknek csödjét, reméljük, hogy e nagyfontosságú ügy a napirendről nem kerülend le többé, míg megoldva nem lesz. Hisz a belügyministeri nagy enquete minden felszólalásában nyilvánosan demonstrálva volt, hogy nincsen irányadó tényező egyetlen egy sem, ki fürdőink és ásványviziparunk prosperálásának nagy nemzetgazdasági fontosságát be ne látná az azt előre vinni ne óhajtáná; bizonyossá lett a tárgyalások folyamán az is, hogy minden érdekeink védelmének és támogatásának eszközei ezen már elfogadott törvényjavaslatunkban czélszerűen és helyesen vannak lefektetve.

A míg egyrészt legalább egyelőre resignatioval kell belenyugodnunk abba, hogy az anyagi érdekek ezen hatalmas eszközének megvalósítása haladást szenvedett, más részből egyesületünk tudományos niveaujának emelkedéséért említhetem, hogy elérkezettnek találunk az időt, a mikor egyesületünk tudományos congressusainak rendezése körül a jövőben, az eddiginél magasabb nívaut jelölünk ki congressusi napirendünk megállapítása alkalmával. Úgy látszik előttünk, hogy a balneologiai és a rokon természetű tudományok művelésével már olyan szép számban foglalkoznak tagtársaink modern tudományos alapokon, hogy időszéri lesz a tárgyalásnak azt a módját meghonosítani, a mely a modern tudományos congressusokon mindenütt honos, t. i. thesisek kijelölését, a melyeknek előadására és a discussió bevezetésére referensek és correferensek lesznek felkérendők. Ugyanezt a czélt akarja szolgálni az igazgató tanács azzal az intézkedéssel is, hogy a mult congressusok egyikén felhangzott indítvány értelmében, ez alkalommal először, egy tudományos szakkérdés kidolgozása érdekében tekintélyes pályadíjat tűz ki mai congressusa alkalmával.

Évi munkálkodásunk részleteiről t. főtítkáruk jelentéséből és az igazgató tanács többi előterjesztéséből fog az igen t. közgyűlés értesülni.

Van szerencsém a magyar szt. korona országai Balneologiai Egyesületének XII. közgyűlését ezennel megnyitni.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Az elmekórtan haladása.

Közli: Reuter Camillo dr.

(Folytatás.)

Aschaffenburg 118 gyermekági elmezavar esetében vizsgálta, hogy mely elmebaj formákhoz tartoznak, vajjon van-e közös jellemző sajátosságuk, jellemzik-e a szülőnőket bizonyos állapotok, mi a gyermekági elmebajok prognosisa. Az elmebaj formák közül gyakoriság szerint a következőket találta; dementia praecox, maniás depressiv elmezavar, dementia paralytica, amentia, epilepsia, hysteria. E szerint tehát puerperalis psychosiról mint külön kórformáról nem beszélhetünk. A terhesség, gyermekági és szoptatás idejében az elmezavar minden alakja lehetséges. Közös jellemző sajátosságuk nincs, belőlük az aetiologiára következtetni nem lehet. A maniás depressiv elmezavar esetei főképen depressiós állapotok voltak, maniás állapotá váló átváltozás ritka volt. Leggyakoribb volt a dementia praecox, itt is depressiv, stuporos állapotok uralkodtak, de volt izgatott katatonias alak is. Aránylag ritkán fordul elő az amentia, hová csak azon eseteket számítja, melyeknél sem katatonia, sem dementia jelei nem mutatkoztak. A puerperiummal kapcsolatos amentia a diagnosist szerző felfogása szerint leggyakrabban tévesen teszik. A puerperiummal kapcsolatosan fellépő más aetiologiai momentumokat is figyelembe vette a szerző. Az öröklés főképen a maniás depressiv elmezavarnál szerepel, míg dementia praecoxnál kevésbé. A kor a psychosis jelentkezését nem sietette. A szülések száma és halmozódása szintén közömbös volt. A házasságon kívül terhesség nem növelte a praedispositiot. Néha hirtelen indulatkitörés, affectus után lépett fel az elmezavar. Tehát valamennyi aetiologiai factor közreműködését látjuk, egyenkint egyiknek sem lehet sajátlagos szerepet tulajdonítani, csak kiváltó ok, nem létesítő ok. A prognosist aránylag minden alaknál kedvező. Részletezve: a maniás depressiv elmezavar prognosisa kedvező. A dementia praecox stuporos alakjai kedvezőtlenek, az izgatott alakok a gyermekágiban szintén rossz prognosist nyújtanak, míg a szoptatás idején kedvezőtlen. Az amentia prognosisa kedvező. Legkedvezőtlenebbek tehát általában a stuporos állapotok, itt is főképen a dementia praecox katatonias alakjai.

Később Meyer foglalkozik a puerperalis elmezavarokkal, a terhességi elmezavarokat azonban kizárta. A gyermekági elmebajok az összes elmebajos esetek 45%-át tették ki. 51 eset közül 11 tiszta melancholia, 3 időszakos melancholia, 3 circularis elmezavar (maniás szak), 5 paranoia, 9 amentia, 14 katatonia, 2 hebephrenia, 2 epilepsias elmezavar, 1 hysteriás elmezavar. Tiszta maniát sohasem látott. A katatoniasok és hebephreniák nagy száma Aschaffenburg eredményeivel egyező, de a circularis elmezavar száma kevés. Specialis puerperalis psychosis szerinte sincs. Más aetiologiai momentum közül szerepelt az öröklött terheltség, infectio. A katatonias stupor igen rossz prognosist nyújtott.

Hegar a menstruation hatásait az elmebajok lefolyására vizsgálta. A beálló változások hullámos lefutást mutatnak, a hullám hossza az intermenstruum idejének megfelelő. Tehát szabályszerűen visszatérő tünetekről van szó, melyeknek tartama mindig egy menstrualis időszakkal megfelelő. Ezen határon belül kettéválást találunk, a mely többnyire az intermenstruumban következik be s úgy alakul, hogy a két phasis az intervallum első és második felének megfelelő és szabályszerű emelkedést meg süllyedést mutat. Ezen hullámszámak legnagyobb intenzitása közel a fordulópont előtt van, melyet a havi vérzés kezdete jelez. Mindezzel beigazoltunk látja a Goodman hullámtheoriáját. Végeredményben arra a következtetésre jut: minél egészségesebb az egyén, annál egyformábban, észrevétlenül történik a periódus változás, annál nyugodtabb a hullám megindulása és elsimulása; minél neuropathiasabb, annál kinosabban és zavarólag hat a változás; végre az elmezavar gyors fordulásával, a phasisok hirtelen megváltozásával kórosan meredek hullámot hoz létre.

Rudin a fogság és elmebaj kapcsolatát illetőleg azon kérdést vizsgálta az irodalom és észlelései alapján, vajjon van-e külön fogsági elmezavar. Az ide vonatkozó mult századbéli irodalom rövid vázolója után saját észleleteiből merített tapasztalatait közli. 94 esetet észlelt, ezekből 55%-a katatonia, 10%-a alkoholos elmezavar, ezek után leggyakoribb az epilepsia, hysteria, ritkább az imbecillitas, paranoia chronica epileptica (Buchholz), paranoia (Kraepelin). Eseteiben megállapíthatta, hogy az elmezavar 1. már a fogság ideje előtt vette kezdetét vagy sokkal tovább tartott szabadulás után, mint a mennyire a fogság káros befolyása tarthat; 2. kezdete, lefolyása és vége a fogságtól függetlenül is előforduló elmebajt jellemez. De minden a fogságban előforduló elmebajra jellemző a tünetek bizonyos csoportja, melyet már Gutsch, Reich, Kirn és mások találóan leírtak és melynek meglepő hasonlóságát ki is emelik. Ide a következő tünetek tartoznak: hang (fény) hallucinatiók, megkegyelmezési ígéretek, befolyásolási és üldöztetési téves eszmék, félelmi állapotok, kedvetlenség és ingerlékenység. Ezen tüneteket nemcsak a magánzárkában, hanem csoportos fogságnál is



észlette. Szerző nem nyilatkozik véglegesen, hogy van-e fogsági elmezavar mint külön elmebaj alak, de megengedi, hogy ilyen lehetséges három feltétel mellett. Először, hogy a fogságra jellemző tünetcsoport ne pszichotikus talajon jelentkezzen. Másodszor kezdete és lefolyása tipikus legyen. Gyógyulással végződjék vagy a bántalomra jellemző, más, különösen a katatonia végső állapotaitól különböző elme-egyensúlyba menjen át. Harmadszor a fogságban az ilyen tünetcsoporttal megbetegedett megfigyelése egész életére, a fogság előtt és után is tartson. Ilyen eset nem lehetetlen, de máig nem ismeretes, miért is a kérdés eldöntetlen.

Muralt a traumás katatonia egy esetét említi, hol trauma képezte az elmezavar okát. Az elmebaj képe más katatonias elmebajtól semmiben sem különbözött. A katatonias symptomákat többé-kevésbé diffúz agyvelősérülés eredményének tartja.

Az operációs trauma által okozott elmezavarokat vizsgálta meg Engelhardt. Azt találta, hogy az operáció csak kiváltó momentumkép szerepel, mindig lehetett valamely előrement gyengítő momentumot találni. Az operatio és az ezt szükségelő bántalom folytán előállott kimerülés lehet direct oka is valamely elmezavarnak. A postoperációs elmezavar minden esete azonban ezzel meg nem fejtethető.

Traumás elmebajokat vizsgált Rathmann, és talált olyan eseteket, melyek a trauma után rögtön jelentkeztek (primaer), és későbbben felépüket (secundaer). Előbbiek prognosisa jobb. Terhelt betegeknek szintén jobb a prognosisa, mert ezeknél már csekély sérülés vált ki elmebajt, míg egészségeseknél nagyobb sérülés szükséges, ennek következményei is súlyosabbak lesznek.

(Folytatása következik.)

### Könyvismertetés.

C. Waibel: *Leitfaden für Unfallgutachten*. Ein Hilfsbuch zur Untersuchung und Begutachtung Unfallverletzter und traumatisch Erkrankter. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902.

A kötelező balesetbiztosításnak minél nagyobb rétegekre való kiterjesztése Németországban, a biztosított sérültek kártérítési s a munkaképtelenség mérvéhez viszonyított járadék igénye egy sajátoszerűen új s rövid idő alatt nagyra nőtt, megszorodott orvosi irodalmat is teremtett. A külső vagy belső sérülés után bekövetkezett munkaképtesség csökkenésének megállapítása s annak megbeszélése százalékokban felelősségteljes s nagy feladatot ró az orvosra, kinek lelkiismereti s hivatali kötelessége egyrészt védeni a beteget anyagi megkárosítások ellen, másrészt óvni a biztosítási társaságokat felesleges kiadások ellen, mert elképzelhető, hogy a betegek színelésükkel s fájdalmaikkal túlbecsülésével mindent elkövetnek az anyagi előnyöknek minél nagyobb mérvbeni kiesikarására. Csak hogy e kettős feladat nagy tájékozottságot, körültekintést, szakismeretet s hosszú éveknek gyakorlatát igényli. Ez utóbbiaknak némileg pótlására valók a tan- s szakkönyvek, melyek az utóbbi években mind sűrűbben jelentkeztek a német könyvpiacra, más- s másképp foglalkozva e tárggyal, különféle oldalakról megvilágítva e fontos kérdést, melyhez minden orvosnak értenie kell ama országokban, a melyekben e törvény már be van vezetve, mert a sérült a vizsgáló orvos véleményes jelentése alapján hozott határozathozatal ellen felfolyamodással élhet a választott bíróságokhoz és a birodalmi biztosító hivatalhoz.

Előttünk fekvő mű, mely a sérülés után beálló munkaképtelenség nemeivel s fajaival foglalkozik, nem annyira tudományos becsre tartigényt, hanem gyűjtő s compilatorikus természeténél fogva inkább arra számít, hogy az orvost, ki egyetemi éveiben ritkán vagy sohasem jut ama helyzetbe, hogy a baleseteket e szempontból is tanulja felismerni, vagy hogy a sérülés folytán beállott munkaképtelenség mérvének százalékbani meghatározásában gyakorolhassa magát, e téren mintegy bevezesse, hogy az e téren még kezdő orvosoknak gyakorlati irányokkal s útmutatásokkal szolgáljon, a mi szerzőnek úgy az általános, mint részleges részben sikerült is. A könyvnek nagy s kiemelendő gyakorlati előnye ama a részleges részben számos helyütt felsorolt eset, melyeknél a szerző megemlékszik a sérülést követő munkaképtelenség százalékos értékéről, valamint ama összehasonlításról, mely beáll, ha a sérülés későbbi időben újból vizsgálatnak lett alávetve, midőn nem egy esetben a járuléki felemelve vagy leszállítva lett. A különböző fejezeteket megelőző bevezető, útbaigazító leírás, valamint a rövid s egyszerű nyelvezet a vaskos műnek csak előnyére válik.

Friedrich dr.

Zeissl: *Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers und seiner Complicationen*. Wien, Urban és Schwarzenberg. 1902.

Zeissl az irodalmi adatoknak rendkívül bőséges felhasználásával saját tapasztalatait és eljárását ismerteti e kis munkában, mely a férfi húgycsőgonorrhoeájának és összes szövödményeinek gyógykezelését öleli fel.

Zeissl tudományos működésében megszokott erősen kifejezett egyénisége e kis munkában is kifejezésre jut. Ismeretes, hogy midőn a gonococcus létezése és kórokozó hatása már általánosan elismert volt, Zeissl azt még mindig kétségbe vonta. A tudományos világ ma a hólyagzárókészüléket a külső (húgycsői) záróizmokba helyezi, Zeissl nem szűnik meg kísérleti és klinikai adatokkal a belső záróizmokszülék igazát védeni.

A gonorrhoea gyógykezelése az utolsó két évtizedben nagy változáson ment keresztül; Zeissl e változásról ritka pontossággal vesz tudomást, de nem él vele. Híven őzi a bécsi iskolának tradícióit, a mint azt nagynevű atyja, H. von Zeissl megalapította. E tiszteletre

méltó conservatismus lehet nagyon kegyeletes, de nem mindig igazságos. Ilyen szerzőnek azon állítása, hogy a gonococcus felfedezése keveset lendített a gonorrhoea gyógykezelésén és eredményeink nem javultak. A endoszkopikus kezelést, valamint a tágitást (műszerrel) nem gyakorolja, ellenben karlsbadi kúrát végeztet betegeivel. Mind igen csodálatos dolgok. A charlatanizmussal igen gyakran közel rokon polypragmásiával szemben tartozkodás lehet indokolt, sőt feltétlenül helyesítható, midőn gyakorló orvosoknak irunk, de az utóbbi két évtized legjelentősebb therapeutikus kísérletei, sőt vívmányai, ily apodiktikus letárgyalásra nem szolgáltak rá, legkevésbé egy oly szerző részéről, ki az öreg Dumreichernek vagy Zeisslnek minden theáját megható fiui kegyelettel itatja meg betegeivel.

A munka, mint már említettük, nagy irodalmi készllettel, a szűk kerethez mérten túlnagygyal van megírva. Szerző figyelmét alig kerülte valami el, és a ki ily irányban keres felvilágosítást, azt e kis munkában megtalálja.

A könyv kiállítása igen szép.

R-i.

Uj könyvek. *Hollaender Hugó*: A malaria-kérdés jelen állása. Budapest, Dobrowsky és Franke. — *Russay Gábor Lajos*: Szobráncz gyógyfürdő. Ungvár, Lévai Mór könyvnyomdája. — *Körner*: Die otischen Erkrankungen des Hirs, der Hirnhäute und der Blutleiter. Dritte Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Triepel*: Einführung in die physikalische Anatomie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Schuppe*: Der Zusammenhang von Leib und Seele. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Bayer*: Zur Pathologie und Therapie der Darmstenose. Würzburg, A. Stuber. — *Döderlein*: Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. Fünfte Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Jessner*: Dermatologische Heilmittel. Würzburg, A. Stuber. — *Moll*: Gesundheits, Medizin und Okkultismus. Berlin, H. Walther. — *Ribbert*: Über Vererbung. Marburg, Elwert. — *Kahane*: Therapie der Erkrankungen des Respirations- und Circulationsapparates. Wien, A. Hölder. — *Fajersztajn*: Beiträge zur Kenntniss der Myasthenie und der verwandten Symptomencomplexes. Tübingen, F. Pietzcker. — *Dunin*: Grundsätze der Behandlung der Neurasthenie und Hysterie. Berlin, A. Hirschwald. — *Henneberg*: Über die Beziehungen zwischen Spiritismus und Geistesstörung. Zweiter erweiterter Abdruck. Berlin, A. Hirschwald. — *Spillmann et Haushalter*: Manuel de diagnostic médical et d'exploration clinique. Quatrième édition. Paris, Masson et comp. — *Albert-Weil*: Manuel de l'électrothérapie et d'électrodiagnostic. Paris, F. Alcan. — *Bonain*: Traité de l'intubation de larynx. Paris, F. Alcan. — *Terrier et Péraire*: Petit manuel d'anesthésie chirurgicale. Paris, F. Alcan. — *Fiaux*: La prostitution cloîtrée. Les maisons des femmes autorisées par la police devant la médecine publique. Bruxelles, H. Lamartin. — *Enriquez et Sicard*: Les oxydations de l'organisme (Oxydases). Paris, Baillière et fils. — *Gilbert et Carnot*: Les fonctions hépatiques. Paris, C. Naud. — *R. W. Murray*: Hare-lip and cleft palate. London, J. and A. Churchill. — *J. Braithwaite*: Excess of salt in the diet, with three other factors, the probable causes of cancer. London, J. and A. Churchill. — *E. J. Edwards*: A concise history of small-pox and vaccination in Europe. London, H. K. Lewis. — *H. Campbell Thomson*: Acute dilatation of the stomach. London, Baillière, Tindall and Cox.

### Lapszemle.

#### Belgyógyászat.

A gyomorfunctio vizsgálásának új methodusáról ír *Seiler*. Az eddigi körülményes gyomorfunctiovizsgálatok helyett egy újat akar meghonosítani, melylyel különösen jól lehet constatalni a chemismusnak és a mozgásnak szerepét a gyomorzavaroknál. Ha pl. próbareggeli után a rendesnél nagyobb tömegű gyomorbennéket veszünk ki rendes aciditással, akkor ennek oka vagy a motilitás gyengesége lehet rendes secretio mellett, vagy hypersecretio normalis motilitás mellett. Hasonlóképpen pl. normalis viszonyok mutatkoznak — közepmennyiségű bennék normalis aciditással —, ha a secretio quantitative kicsiny, de qualitative rendellenesen savanyú volna, úgy hogy ilyen esetekben könnyen létrejön a gyomor-neurosis hibás diagnosisa. Az első kellék egy oly próbareggeli, mely fehérje és szénhydrát mellett egyenletesen elosztva zsírt is tartalmazzon. A zsír meghatározása által a kivett bennékben biztos ítéletet alkothatunk arról, hogy a bennéket a motilitás és secretio mennyire befolyásolta, mert a zsír a gyomorból csak motilitás által tűnhet el, felszívódás által nem. Ily próbareggeliként szolgált egy lisztleves (25 gr. liszt és 15 gm. vaj, vízzel 350 gm.-ra kiegészítve). A gyomorban visszamaradt zsír mennyisége a gyomorban visszamaradt bennék indicatora. Így kiszámítható a kivett bennékből visszamaradt rész és a secretált rész külön-külön. Ha most meghatározzuk az aciditást, akkor ezek a számok tiszta váladéokra átszámíthatók, a mennyiben a visszamaradt rész úgy tekintjük, mint a váladékot hígító folyadékot. Ez a módszer, ha nem ad is abszolút értékeket, de mégis nagyban hozzájárul ahhoz, hogy az esetek exactabban legyenek összehasonlíthatók. (Deutsches Archiv f. klin. Med. 1901. 71. k. 4. f)

—nt.

Progressiv izomsorvadásnak trauma utáni különös alakjáról ír *Rose*. Két atypikus esetét írja le szerző a progressiv izomsorvadásnak, majd e sorvadások aetiologiáját tárgyalja s főleg azokkal az eseteivel az irodalomnak hasonlítja össze, melyek trauma után következtek be. Kizárás útján arra a következtetésre jut, hogy mindkét esetben functionális neurosisról van szó, a mely a központi idegrendszernek könnyebb megbetegedése, melyet mai módszereinkkel kimutatni nem tudunk. A



durván bonczani elváltozások és az úgynevezett functionalis elváltozások közt szigorú választást nem szabad emelnünk. (Deutsches Archiv f. klin. Med. 1901. 71. k. 4. f.) —*ut.*

A **pulsus alternans** *Wenckebach* szerint nem rendellenes ideg-befolyás következménye, hanem a szívizomzat contractilitásának esükenéséből származik. A szív úgynevezett „hypodynamia” állapotban van és a nem egyenletesen ható contractio ingerekre kisebb és gyorsabb összehúzóddással felel; a szünet ez által megnyúlik s a következő összehúzóddás erőteljesebb lesz s több időt is vesz igénybe, a pulsus bigeminus-sal a pulsus alternans szerinte semminemű összefüggésben sincs. Ezen fejtegetések megfelelő ütérgörbékkel vannak illusztrálva. (Zeitschr. f. klin. Med. 44. k. 3—4. f.) —*si.*

**Septikus endocarditis** két esetét közli *Wenckebach* tanár (Groningen), melyek argentum colloidalis Credé intravenosus befecskendezése után meggyógyultak. Az egyik esetben a vérből staphylococcus pyogenes albus volt több ízben kitenyészthető; a másik esetben a vér bakteriologiai vizsgálata ugyan negatív volt, a jelen volt súlyos tünetek azonban határozottan arra utaltak, hogy septikus endocarditis állott szemben. Az első esetben 10%-os oldatot használt, a melyből először 1-25 köbcentimétert fecskendezett a vérbe, majd 2-4—3-0 köbcentiméterig emelkedett, naponként egy-egy befecskendezést végezve, összesen 9 napon át; a láz már az első befecskendezés után megszűnt, az utolsó befecskendezés után 8 nappal azonban újból jelentkezett, miert is még 8 befecskendezést végeztek, mire a láz végkép elmaradt s a szív részéről jelen volt tünetek mind visszajelöltek. A másik esetben már két befecskendezés után (20%-os oldatból 2-5 köbcentimétert) oly fokú javulás mutatkozott, hogy további fecskendezéseket nem tartottak szükségesnek; a beteg látszólag teljesen meggyógyult. Szerző még felemlíti, hogy más esetekben is használta a módszert és eredményeiről később be is fog számolni; egyúttal jelzi azt is, hogy egyes esetekben, a mikor eredményt várt volna, a kedvező hatás elmaradt. A hatásmódot illetőleg abban a véleményben van, hogy az argentum colloidalis az anorganikus fermentumok közé sorolható, a milyen például a colloidal platina, melyről ismeretes, hogy erős katalyzáló hatása van, vagyis hogy egyéb-ként nagyon lassan lefolyó reakciók már kis mennyiségének jelenlétében is villámszerűen folynak le; lehetséges, hogy az argentum colloidalis katalysator-ként hat a szervezetben és jelenlétével a vér normális bakteriumölő hatását rendkívül fokozza. (Die Therapie der Gegenwart, 1902. február.)

A **tüdőgümőkór kórházi kezeléséről** szóló cikkében *Winternitz* a hellei belgyógyászati klinikán thiocollal végzett kísérleteiről is bőven megemlékezik. A thiocoll (orthonajakolsulfosavas kalium) részint por vagy tabletták alakjában (3—4-szer naponként 0-5, némely esetben 3-szor 1-0 gramm), részint pedig mint sirolint (10-0 thiocoll, 40-0 viz, 5-0 extr. fluid. aurantii, 95-0 syr. sacchari) adta, többiből 3—4 kávés-kanálnyi naponként, a mi megfelel 1—1½ gramm thiocollnak pro die. Teljes szagtalanúsága miatt a szert sohasem utasították vissza a betegek, kissé keserű íze ostyában nem jut érvényre, vízben oldhatósága miatt mixturában is adható, a mely sirolin alakjában egy kellemes ízű, tonizáló gyógyszer minden kívánalmának eleget tesz. Kellemetlen mellékhatásokat szerző sohasem észlelt; a betegek hónapokon át szívesen vették és jól tűrték. Az étvágy többnyire feltűnően és gyorsan javult és ennek megfelelően a bőségesebb táplálékfelvétel folytán a testsúly is gyarapodott. Az éjjeli izzadás nem csupán a kezdeti, hanem az előhaladtabb szakban levő betegeknek is kedvezően befolyásoltatott, a kiköpés könnyebb lett, a köhögési inger csökkent. Előrehaladt esetekben azonban a köhögés csökkentésére még codeint vagy dionint is kellett adni. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1902. 1. füzet.)

A **gümőkór kezelése hetollal** címmel polemiás cikket irt *Heusser*, melyben főleg Staub ellen fordul, a ki a hetol-kezelésnek semmi hasznát nem látta. Heusser kimutatja, hogy Staub egyrészt nem követte a hetol-kezelés megalapítójának, Landerernek előírását, de másrészt csupa olyan esetet vetett alá a hetol-kezelésnek, a melyekben a sanatoriumi kezelés is eredménytelen volt. Szerző határozottan meg van győződve róla, hogy a gümőkórnak kezdeti szakában levő, szövödményektől mentes esetekben kellőképen használva a hetol-kezelést, sokkal biztosabban érünk el gyógyulást, mint bármely más eddig ajánlott szerrel. Hetollal kezelt nagyobb számú esetéről legközelebb egy nagyobb munkában szándékozik beszámolni. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1902. 1. szám.)

### Fülgógyászat.

A **japáni tánczoló egérrel** kísérletezett *Zoth*. Az utolsó három évben e kérdéssel mind többen és többen foglalkoznak, remélve, hogy ez állatok vizsgálásából az ivjáratokra vonatkozólag kapunk felvilágosítást. Ily vizsgálatokat eszközöltek többek között *Alexander* a bécsi fülszeti klinika assistense *Kreidl*-el együtt, *Panse* a dresdeni fülsz., *Cyon*, kinek idevágó szellemes közleményét annak idején e lap hasábjában ismerttettem. *Zoth* vizsgálatait, kísérleteit ismertetnem igen hosszadalmas volna és ez irányban az érdeklődőket az eredeti közleményre kell utalnom. Vizsgálatai eredményei azonban következő pontokba foglalhatók össze: 1. A tánczoló egerek ciklik-czakkos irányban mozognak; de esetleg minden nehézség nélkül az egyenes irányt is betartatják. 2. Nem állítható róluk, hogy szűk helyen ne tudnának megfordulni, avagy ne tudnának hátrafelé menni, sőt ellenkezőleg, megfelelő viszonyok mellett mindkét mozgást igen ügyesen végzik. 3. A fontos physiologiai jelet illetőleg, melylyel a házi egér játékánál dolgunk van,

a forgását, tánczát illetőleg, állataink végzett megfigyelései a főbb pontokban más vizsgálók előző megfigyeléseivel megegyeznek. 4. A tánczoló egerek „egyensúlyozó tehetsége” egészben véve igen tökéletes. Ennek látszólagos leszállása más — az eredetiben bővebben kifejtett — viszonyokra vezethető vissza. 5. A test helyzetéről való tájékozódás, tekintettel a vízszintesre és függőlegesre, úgy látszik, a látás érzése nélkül is jól történik. 6. Tánczoló egerei teljes napfényben úgy ferde síkon, valamint függőleges irányban úgy felfelé, mint lefelé jól tudnak mozogni, ha megfelelő durva felület által a kapaszkodás meg van könnyítve, mert túlgengék simább felületeken magukat megtartani. 7. Tünetek, melyek a látás folytán létrejövő szédülésre mutatnak, mely őket napfényben ferde síkon vagy nagyobb magasságban fogta volna el, nem voltak kimutathatók. 8. Rendes módon, szabadon futva vízszintes körben és a tér és test bizonyos meghatározott irányában történt forgatásnál nem mutatnak tánczoló egerei forgási szédülésre jellegzetes tüneteket. 9. 7000 rezgésű ajaksipokra, valamint egyes igen hangos zörejekre néhány ez irányban vizsgált fiatal és idős állaton nem mutatkozott oly biztos jel, mely a hallás reakciója gyanúját szerepelhetne. (Pflüger's Archiv, 86. kötet, 147. l.) Ifj. Klug Nándor dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A **vioformmal** *Schede* tanár klinikáján végzett kísérletekről számol be *Schmieden*, előrebocsátva, hogy az eredmények nagyon kedvezők voltak. A vioformot (jodchloroxychinolin), mely a jodoform jó tulajdonságaival bír, ennek kellemetlen sajátosságai nélkül, részint 20%-os gáze, részint hintőpor alakjában használták. Szerző mindenekelőtt kiemeli a vioform azon sajátosságát, hogy magas hőmérsékek mellett nem bomlik s azért könnyen sterilizálható. Bakteriumellenes hatását már Tavel tanár kísérletig bebizonyította; a hatás különben hosszabb ideig tartó a szer nehezen bomlása folytán; ennek következtében például a vioform-tamponok nagyon sokáig maradhatnak egy helyen változtatás nélkül. A vioform még nagyon nagy mennyiségekben használva sem okoz mérgezési tüneteket, idiosyncrasiát vele szemben sem észleltek sohasem. E mellett csaknem szagtalan, sőt tetemes desodoráló hatása van. A jodoform után gyakran észlelhető makacs eczemák vioform használatát után sohasem jelentkeznek. Szárító és váladék csökkentő hatása tetemes. Erős hegek képződésére nem hat gátlólag. Az említett sok jó tulajdonsága miatt *Schede* tanár klinikáján jodoform helyett most már mindig csak a vioformot használják; a jodoform már csak jodoform-glycerin-befecskendezések alakjában jut ott alkalmazásba. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 61. kötet, 5. és 6. füzet.)

Az **izületek idült megbetegedéseiről és ezeknek kezeléséről** irt nagyobb tanulmányában *Winterberg* a Mattoni-féle lápkivonattal készült fürdőkről is megemlékezik, mint a melyekkel 18 esetben (12 egyszerű idült arthritis, 3 gonorrhoeás arthritis, 3 ischias, többiak közül egynél még heves intercostal neuralgia is) nagyon jó eredményeket ért el. Minden beteg átlag 15—20 teljes fürdőt kapott 1, ritkán 2 kilo Mattoni-féle lápsóval, még pedig naponként vagy 2 naponként; a fürdő hőmérséke 33—37° C., tartama 20—25 perc volt. A mi a vérnyomásra való hatást illeti, ez a fürdés alatt kissé fokozódott, 1 órával utána 10—20 mgr. Hg-vel csökkent; egyidejűleg a bőr kipirosodott s nedves lett. A vérnyomás csökkentésével függött össze az, hogy a felszívódás az izületi üregben nem talál oly ellentállásra. Természetesen a bőrre való izgató hatás is nagy szerepet játszik, főleg azokban az esetekben (ischias és más neuralgiák), melyekben elvonólag akarunk hatni. (Wiener Klinik, 1901.)

A **puro**, mely nem más, mint vacuumban magas nyomás alatt szörpsűrűségűvé koncentrált marhahús-nedv, középhelyet foglal el a tápszerek és stimuláló szerek között, a mennyiben a hús basisai és sói mellett 33% természetes, bomlatlan, könnyen felszívódó fehérjét, valamint a szövetek felépítéséhez annyira szükséges phosphorsavat és kaliumot is tartalmaz. Legújabbban *Fürst* közölte a puroval főleg gyermekeknek végzett kísérleteit, melyeknek eredményeit a következőkben foglalja össze. A purot a 8. hónaptól kezdve mindenféle korú gyermekek jól tűrték, kellemetlen mellékhatások nem jelentkeztek, az általános táplálkozás javult, a testsúly gyarapodott. A táplálkozás javulásával az atonia, általános gyengeség, apathia és psychikus depressio is javult. Idült megbetegedések (rachitis, gyanús tüdőbeszűrődések, mirig-duzzanatok, neuropathicus állapotok, szívbjajok stb.) a puro használatát mellett ugyan nem gyógyultak meg, de határozottan javultak, a mi a szervezet fokozódott ellentálló képességének tudható be. Gyomorfekélynél a puro mint izgató tápszer caseinben szegény tejjel és nyálkával kapcsolatban nagyon jó eredményeket szolgált. Anaemiánál és chlorosinál a vér haemoglobintartalma és a piros vérszék száma szaporodott. Nagyon jó eredmények mutatkoztak gyomoratonianál, anorexiánál és dyspepsiánál, a mennyiben a betegek, a kik más táplálékot visszautasítottak, a purot szívesen vették, minek következtében az étvágy néha feltűnően gyorsan visszatért. Végül még kiemeli szerző, hogy izgató tulajdonságoktól mentessége, valamint gyors felszívódása miatt a puro végbélben át táplálásra is sikeresen használható. (Therapeutische Monatshefte, 1902. 1. füzet.)

A **xeroformot** *Pfeifferberger* nagyon jó eredménnyel használja váladékesökkentő, szagtalanító és fájdalomcsillapító hatása miatt. Így különösen égetési sebeknél, továbbá heveny és idült, erősen nedvező eczemáknál látott jó eredményeket a xeroformtól, a melynek nagy vilnyője még az is, hogy kellemetlen mellékhatásokat nem okoz és hogy nem mérgező hatása. (Wiener medizinische Presse, 1902. 10. szám.)



**Klinikai megfigyelések a szervezetben végbemenő plasmotrop mérgek képződéséről.** *Grawitz* tapasztalatai szerint a verek az emésztőcsatornán való áthaladása alatt mérgek anyagok képződhetnek valószínűleg a bél rothadási baktériumainak behatása alatt, a melyek a vörös vérszálakra „plasmotrop” hatást képesek kifejteni, a mely szemesés elfajulásban nyilvánul plasmolysis nélkül. Ez nemcsak oly egyéneknek észlelhető, kiknél belső vérzések állottak fenn ulcus, carcinoma intestini vagy cirrhosis hepatitis miatt, hanem — és ezen körülmény kiváló érdekel bir — némely haemoglobinkészítmény adagolása után is, mint a Pfeuffer-féle haemoglobinférféjczukorkák, Krewel-féle sanguinal-labdacsok és haemol használata után. (Deutsche med. Wochenschrift. 1901. 52. sz.)

—si.

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat.** 1902. 15. szám. *Szalárdi Mór*: Veleszületett bujakkór 178 esete. *Roth Alfréd*: Ichthyosis serpentina ritka esete. *Fejér Gyula*: Szemészeti közlemények.

**Orvosok lapja.** 1902. 15. szám. *Rottenbiller Ödön*: Adatok a gümös ú. n. hidegtályogok fejlődéséhez. *Porcsz Mór*: Az impotentiáról.

**Magyar orvosok lapja.** 1902. 15. szám. *Kuthy Dezső*: Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium működéséről. *Aldor Lajos*: Az epeköbetegség belső gyógyítása.

**Wiener klinische Wochenschrift.** 1902. 15. szám. *Weichselbaum*: A gümőkór keletkezése és megelőzése tanának mai állása. *Kraus és Ludwig*: Bacteriohaemolysinek és antihemolysinek. *Gruber*: A bactericid immunserumok hatása. *Frisch*: 400 hólyagkövét.

**Wiener medicinische Wochenschrift.** 1902. 15. szám. *Stiller*: Az intercostalis phonatio tünetény és klinikai értékesítése. *Erben*: Higan okozta reszketés. *Winternitz*: Idegen testek eltávolítása a bázsingból. *Silbermark*: Lövés okozta sérülés érdekes esete. *Clemm*: Adatok az eperendszer megbetegedéseinek prophylaxisához és belorvoslásához.

**Wiener medizinische Presse.** 1902. 15. szám. *Bondi*: Szemészeti közlések a gyakorlatból: 1. Lactatio neuritis. 2. Heveny könnymirigylob. *Strasser*: A diabetes mellitus physikális és gyógyszeres kezelése.

**Prager medicinische Wochenschrift.** 1902. 13. szám. *Smoler*: Bélátfúródás okozta peritonitis műtét által meggyógyított három esete. *Grünberger*: Lues cerebri esete.

**Berliner klinische Wochenschrift.** 1902. 15. szám. *Illyés és Kövesi*: A higitási kísérlet a functionalis vesediagnostika szolgálatában. *Ritter*: Gyenge gyermekek kezelése. *Marschalko*: Gyógyulhat-e a prostitúáltak gonorrhoeája? *Oppler*: Hőmérsék-krisisek tabes dorsalisnál. *Ehrlich és Sachs*: A serum complementumainak sokszorossága.

**Deutsche medicinische Wochenschrift.** 1902. 15. szám. *Bial*: A pentosuria diagnosa. *Loewenthal*: A vörös vérszálak szemesés elfajulása. *Lenzmann*: Appendicitis chronica. *Helbing*: Veleszületett csomonyakfissura. *Pariser*: Megjegyzések a gyomorfekély gyógyítását illetőleg. *Lipmann-Wulf*: Kiterjedt varixok és venectasiák a törzsön a vena cava inferior pneumonia után keletkezett thrombosisa folytán. *Hubrich*: Az epiglottitis cystája.

**Centralblatt für innere Medizin.** 1902. 15. szám. *Goldberg*: Adat a katheterezés okozta cystitis pathogenesiséhez és a katheter-sterilizálás methodikájához.

**Centralblatt für Chirurgie.** 1902. 13. szám. *Sudeck*: Műtetés aethermámorban. *Wolff*: A száj ferde állása nyakmirigyek kiirtása után; gyógyulás műtét útján. 14. szám. *Przewalski*: A pleuritis exsudativa nagyon korai tünete.

**Centralblatt für Gynäkologie.** 1902. 14. szám. *Martin*: A vagina vagy a has útján támadjuk-e meg a myomákat? *Dützmann*: A fehér vérszálak viselkedése a női nem szervek genyedtő folyamatainál. *Zander*: Embryotomia esete élő gyermek mellett. — 15. szám. *Fellenberg*: A Küstner-féle symphysis feletti ivmetszés. *Daniel*: A Pfannenstiel-féle symphysis feletti fasciáharántmetszés. *Skutsch*: A perforatio technikájához.

**Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte.** 1902. 7. szám. *Gelpke*: A hasúri szervek sérülésének öt esete. *Zoltikofér*: A bőrtuberculidek. *Nadler*: Lábelöses koponyafekvésnél.

**Neurologisches Centralblatt.** 1902. 7. szám. *Hoche*: Bíró és szakértő. *Smidt*: A kakodylsav-therapia. *Raecke*: A hysteria kérdéséhez. *Goldflam*: Az astheniás hűdésről egy bonczlelet kapcsán.

**Le progrès médical.** 1902. 14. szám. *Laffont és Lombard*: A glycosuria, albuminuria és haemorrhagiák gyógyítása gelatinával. *Leredde*: A parasyphilis kérdése. 15. szám. *Narich*: A foetalis hydrocephalia kórismézése.

**Gazette hebdomadaire.** 1902. 29. szám. *Soulrier*: A kimelő gyógyszer (Médicaments d'épargne) 30. szám. *Londe és Brécy*: Tuberculosis miliaris acuta haemorrhagica. *D'Espine*: A gyermekkori görcsök.

**La semaine médicale.** 1902. 15. szám. A német sebésztsárság congressusának és a francia belgyógyászati congressusnak tárgyalásait tartalmazza.

**Journal médical de Bruxelles.** 1902. 15. szám. *Bayet*: A „Saint-Pierre”-kórház dermatológiai és venerológiai osztályának évi kimutatása. *Destrée*: A heveny izületi csúsz.

**The lancet.** 1902. I. 13. szám. *F. T. Roberts*: A tüdővész tanulmányozása. *A. E. Wright*: A furunculosis, sycosis és acné gyógyítása staphylococcus-vaccina beoltásával és általában a lokalizált baktérium-

invasiók gyógyítása megfelelő baktérium-vaccinák beoltásával. *C. B. Keetley*: A nem rosszindulatú gyomorfekély és átfúródás sebészete. *A. J. Balmanno Squire*: Általános szörkpéződés esete. *J. H. Galton*: A canalis cruralisban levő appendix lobja. *W. Edmunds*: Inoperabilis rák esete; kedvező eredmény oophorectomia és thyreoidea-ectetés után. *S. L. Woolmer*: Egy új mély varrat. *F. Spurr*: A csecsbimbó véletlen fertőzése himlőoltóvírkkal. *C. Ogle és A. Marmaduke Sheild*: Átfúródott duodenalis fekély; műtét után gyógyulás. *Byrom Bramwell*: Tabes esete hevenyen fejlődött ataxiával, melyben nagyfokú és rohamos javulás állott be a Frenkel-féle mód használata után.

**British medical journal.** 1902. április 12. *A. W. Mayo Robson*: A térd semilunaris porcainak törése. *W. D. Halliburton*: A biltong összetétele és tápértéke. *J. W. Pugh*: Röntgen-sugarakkal kezelt ulcus rodens négy esete. *D. Walsh*: Moniliform haj öt esete alopecia areata-val. *Balmanno Squire*: Teljes kopaszság alopecia areata folytán. *E. H. Embley*: A chloroform-halál oka. *F. S. Palmer*: Urticaria acuta. *A. D. Owen*: Kaffer gyógymódok. *S. Cameron*: A carotis interna kanyargó volta. *J. Pollock*: Scarlatina és morbilli együttes előfordulása. *F. Porter*: A méh fertőzése okozhat-e emlőtályogot? *A. R. Anderson*: Szög eltávolítása a jobb bronchusból 2½ éves gyermeknél. *L. D. Parsons*: 37 láb hosszú vékonybélrészt intussusceptioja.

**The practitioner.** 1902. április. *Th. Dyke Acland*: A bronchiectasia. *E. Treacher Collins*: Ophthalmia infantilis.

**The Edinburgh medical journal.** 1902. április. *Harvey Littlejohn*: Latens pneumonia. *W. Arbuthnot Lane*: A könyök ízület táján létrejövő törések műtéti kezelése. *Ch. Bolton*: A szív állapota diphtheriában. *A. W. Mayo Robson*: Hólyagzsugorodás kezelése fokozatos folyadékbevitellel. *H. Macnaughton Jones*: Az Edelmann-féle „Galton Pfeife”. *J. Jackson Clarke*: A pes cavus keletkezése és gyógyítása. *R. Murray Leslie*: Peritonealis carcinoma okozta chylosus ascites.

### Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 14. hetében (1902. márczius 30-dikától április 5-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 425 gyermek, elhalt 349 egyén, a születések tehát 76-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 35.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 23.6, az egy éven felüli lakosságnál: 19.0 az öt éven felüli lakosságnál: 15.9 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtherica 2, pertussis 2, morbilli 5, scarlatina 6, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 6, meningitis 20, apoplexia 8, eclampsia 8, szervi szívba 24, pneumonia 35, pleuritis 5, pneum. catarrh. 9, bronchitis 9, tuberculosis pulmonum 66, enteritis 10, carcinoma 11, ezek közül méhrák 3, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 12, veleszületett gyengeség 19, paedatrophia 1, marasmus senilis 15, erőszakos haláleset 8, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 2, bal-eset 5, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2973 beteg, szaporodás e héten 967, csökkenés 886, maradt e hét végén 3054 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi április 2-dikától április 9-dikéig terjedő 14. 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 29 (21), diphtheria, croup 18 (21) hagymáz (typhus) 6 (4), kanyaró (morbilli) 349 (279), trachoma 4 (0), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 24 (22), orbáncz (erysipelas) 7 (3), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (1) járv. fültőmirigylob — (—), ezenfelül varicella 26 (18).

— **A VIII. szünidei cursus végrehajtó bizottságának elnöksége** — *Dollinger Gyula* elnök, *Bücker József* alelnök, *Grósz Emil* titkár, egyetemi tanárok — a napokban küldte szét felhívását a hazai orvosokhoz. A végrehajtó bizottság az előző évek tapasztalatait értékesíteni óhajtván, az idei cursusra a következő intézkedésekben állapodott meg:

1. A cursus idejét június hó 2—14 terjedő időközre tette. Ez évszakban a vidéki kollegák legkönnyebben távozhathatnak hazulról, a klinikákon s kórházakban pedig a leggazdagabb anyag s jól begyakorolt orvosi segédszemélyzet áll az oktatás szolgálatára.

2. Az előadók számát korlátozta, úgy, a mint az már a VI. és VII. cursuson is történt s a mint az az 1886-ban megállapított rendezési elveknek megfelelő, de ezen intézkedés következtéseképpen a hallgatók maximális száma is meg van szabva és pedig 25, melynél többen egy cursuban nem vehetnek részt.

3. Előadókul olyanok vannak megnyerve, a kiknek gazdag járó és fekvő beteganyag áll rendelkezésükre, minthogy a legnagyobb súly a cursus gyakorlati irángára van fektetve.

4. Az előadások összeállításában a területi elhelyezésre is figyelem fordítatik, hogy a résztvevők az időt rabló és fáradságos vándorlástól lehetőleg meg legyenek kímélve.

5. A cursus tárgyai között minden főszakma képviselve van s a speciális disciplinák leg többjéről is gondoskodtak. A gyermekgyógyászat és a fertőző betegségek kollegiumai számára aránylag legtöbb idő s legváltozatosabb anyag van biztosítva, mit épen ezen betegségek szerfelett gyakorisága s a nagy gyermekhalandóság eléggé megokol.

A cursus előadásai a következők lesznek: 1. Belorvostan (diagnostika és therapia; az eljárások begyakorlása). *Jendrassik Ernő* nyil-



vános rendkívüli tanár. Az egyetem II. sz. belklinikáján, VIII., Szent-királyi-utca 46. 2. Sebészeti, különös tekintettel a gyakorlat igényeire. *Dollinger Gyula* nyilvános rendes tanár. Az egyetem I. sz. sebészeti klinikáján, VIII., Üllői-út 28. 3. Szemészeti *casuistika*. *Schulek Vilmos* cz. minisiteri tanácsos, nyilvános rendes tanár. Az egyetem szemklinikáján, VIII., Üllői-út 26. 4. Szülészeti és nőgyógyászati különös tekintettel a gyakorló orvos igényeire. *Tóth István* magántanár. Az egyetem II. sz. női klinikáján, VIII., Üllői-út 78/a. 5. Elmeorvosi *diagnostika és terapia*. *Moravcsik Ernő* Emil nyilvános rendes tanár. A Szent János-kórház megfigyelő osztályán, II., Lövőház-utca 20. 6. a) *Gyermekgyógyászat*. *Bókay János* nyilvános rendkívüli tanár. *Stefánia* gyermekorvos. VIII., Üllői-út 72. b) *Gyermekgyógyászati practikum*. *Szontagh Felix* magántanár. Az új Szent János-kórház gyermekosztálya, I., Retek-utca 90. 7. A *hevenyésző fertőző betegségek köréből*. (A diphtheria serotherapiája; a typhus serodiagnostikája; *casuistika*). *Gerlóczy Zsigmond* magántanár. Szent László-kórház. 8. A *venereális betegségek* *diagnostikájának és terapiájának* újabb eljárásai. *Róna Sámuel* cz. nyilvános rendkívüli tanár. Szent István-kórház. 9. *Bőrkórtani casuistika*. *Nékám Lajos* magántanár. Az egyetem bőrkórtani intézetében, VIII., Üllői-út 26. 10. Az *orr- és gégegyógyászatnak* a gyakorló orvos számára legfontosabb fejezetei. (orr- és gégetükrözési gyakorlatokkal). *Irsai Arthur* cz. nyilvános rendkívüli tanár. Az egyetem I. sz. belgyógyászati klinikáján, VIII., Üllői-út 26. 11. *Fülészeti diagnostika és terapia*. *Krepuska Géza* magántanár. Szent István-kórház. 12. A *fogak extractiójának műtettana* (gyakorlatokkal). *Árkövy József* cz. nyilvános rendkívüli tanár. Az egyetem fogászati intézetében. VIII., Üllői-út 26.

A cursusbán résztvehet minden Magyarországon gyakorlatra jogosított orvos. A beírás díja 50 korona, ez összeg lefizetése valamennyi előadás hallgatására jogosít. A beíratási díj 1902. május hó 18-ig: pünkösdtől vasárnapig a titkárhoz küldendő. Ha a jelentkezők száma meghaladja a 25-öt, ez utóbbiak számára párhuzamos vagy egy újabb cursust rendeztetik.

A résztvevők mindazon közegészségügyi intézeteket s kórházakat, úgy szintén más közintézményeket, a melyek iránt érdeklődnek, kényelmesen megtekinthetik. Első sorban az *Erzsébet királyné-sanatorium* meglátogatását vették fel a programba s az egyesület részéről *Korányi Frigyes* gondoskodik, hogy a kartársak e nagyfontosságú mintaintézetet megismerkedhessenek. Ezen célból július hó 8-án vasárnap reggel 9 órakor lesz a kirándulás az egyetem I. sz. belgyógyászati klinikájáról (VIII., Üllői-út 26). Közlekedési eszközökről a cursust vezetőse gondoskodik.

A szokásos első összejövetel ismerkedés céljából június hó 1-én vasárnap este 8 órakor az Országos Casino (IV., Újvilág-utca 2, földszint) külön éttermében lesz megtartva, ezen kívül június 6-án pénteken este 8 órakor az esetleges óhajok és megjegyzések megbeszélésére, június hó 13-dikán, pénteken este 8 órakor pedig búcsúzás céljából tartatik barátságos összejövetel.

□ A budapesti fiókszövetség közgyűlést tartott f. hó 11-dikén *Adler Zsigmond* dr. elnöklété alatt, a betegsegélyző egyletkekkel szemben követendő eljárás tárgyában. A választmány javaslata e tárgyban, *Waldmann Fülöp* titkár előterjesztése szerint, a következő pontokban volt összefoglalva: 1. Ne legyen szabad az egyesületek keretén belül jómódúaknak ingyen orvosi segélyt igénybe venni. 2. Bizonyos jövedelmen felüli egyének ne lehessenek egyesületi tagok (census). 3. Az orvos ne legyen szolgálati ügyekben alárendeltje az egyesület vezetésének és ne legyen egy bizonyos időn belül elbocsátható (pragmatica). 4. Legyen az egyesületi orvos fizetése megfelelő, legalább 8—10 korona tagonként. 5. 150 családra jusson egy orvos. A mozgalom megindítása céljából végrehajtó bizottság küldessék ki, melybe a kerületi társaságok 2—2 tagot küldjenek.

*Barsi Jenő* a VIII. kerületi Orvostársaság nevében javaslatot terjesztett elő, melyben azt kívánja, hogy: 1. a jövőben senki se vállaljon egyleti orvosi állást, 2. végrehajtó bizottság küldessék ki.

Hozzászólottak a tárghyhoz: *Hofbauer Imre*, *Valkó Rezső*, *Wein Manó*, *Flesch Nándor*, *Andrénszky Jenő*, *Boross Ernő*, *Major Ferencz*. A közgyűlés a választmány javaslatát fogadta el az 5. pontnak azon megtoldásával, hogy mindaddig, míg e mozgalom tart, egyletnél állást senki ne vállaljon el.

Ülés kezdetén *Elischer Gyula* tanár hívta fel a közgyűlés figyelmét az Országos orvosi nyugdíjintézmény javára rendezendő műkiállítás pártolására.

× **Új tisztiorvosok.** A hivatalos lap jelenti: A tisztiorvosi vizsgák országos bizottsága által Budapesten 1902. évi márczius hó 15-dikétől április 3-dikáig tartott vizsgálatokon a következő orvosok képesítették:

Berkes Dezső magánorvos Szeged, Borsos Béla kórházi orvos Borosjenő, Christán János egyetemi gyakornok Budapest, Csánk Béla kórházi orvos Beregszász, Csiky Ferencz körorvos Nyitra-Komjáth, Dóvosslovits Vilmos magánorvos Zombor, Fischer Jenő magánorvos Munkács, Fleischer Emil kórházi alorvos Pozsony, Fülöp Ferencz kórházi gyakornok Budapest, Góth Lajos klinikai gyakornok Budapest, Jenev Béla körorvos Letenye, Káldy Dezső kórházi orvos Temesvár, Kabos Márton magánorvos Zombor, Kaveczky Béla segédorvos Budapest, Kelemen Izidor körorvos K.-Tapolcsány, Kemény Jakab községi orvos Okány, Khindl Barna magánorvos Jász-Apáthi, Klein Jenő magánorvos Budapest, Kovács Jenő magánorvos Nagy-Kálló, Limbader Rezső bába-képző gyakornok Pozsony, Maisels Hermann körorvos Beregszász, Marikowszky György egyetemi tanársegéd Budapest, Mészáros Béla műtőnövendék Budapest, Molnár Dezső községi orvos Mokrín, Nagy Kálmán körorvos Sükösd, Nagy Pál magánorvos Budapest, Nagy Sándor

kórházi segédorvos Budapest, Obál Ferencz kórházi segédorvos Budapest, Petrikovics Kálmán kórházi alorvos Pozsony, Reichardsperg Lajos klinikai gyakornok Budapest, Riemer Károly magánorvos Budapest, Sági Samu helyettes járásorvos Zombor, Sefcsik Alajos körorvos M.-Sziget, Sipőcz Géza kórházi segédorvos Budapest, Szendrődy Károly körorvos Rác-Petre, Széll Kálmán magánorvos Debreczen, Virágfi Sándor községi orvos Emőd.

— A budapesti orvosi kör országos segélyegyesületének pénztárába befizettek: Lovrich Gyula Nagy-Bánya 1901; Fialovszky Béla N.-Beeskerek, Karsay Zoltán N.-Bogsány 1902; Gutmann L. Győr 1901; Grün Jakab Besztercebánya, Gerő Adolf Feketeváros, Loffenreich Mór, Flesch Nándor, Mayer Árpád, Pákózy Károly Réczey Imre, Schwarcz Nándor, Schrödt Antal, Bojta József, Büchler Antal, Blayer Miksa, Elischer Gyula, Borsi Jenő, Bókay Árpád, Bugsch Gusztáv, Bradach Antal, Adler Zsigmond, Dumetrian Ágoston, Cserhádi Mór, Juba Adolf, Imrédi Béla, Hudomél József, Eisler Miksa, Högyes Ferencz, Grósz Emil, Bruck Lipót, Kovács Soma, Liebermann Emanuel, Lenkey Vilmos, Niedermann Gyula, Nátori Béla, Politzer Illés, Purjesz Ignác, Platzer, Sándor, Stern Ignác, Szamek Fülöp, Seliga János, Walla Béla, Trajtlér István, Ploner József, Tatár János, L. Lengyel Lajos, Geyer József, Senger Ede, Szikszay Sándor, Schiff Kálmán, Steiner Samu, Nádaskay Béla, Királyi Ármán, Lichtenstein S., Holl Valter, Moravcsik Ernő, Nádas Lipót, Lengyel Sámuel, Reichenfeld M., Rosenberg Jenő, Wahrenmann Simon, Weisz Jakab, Stahl Ignác, Budapest 1902; Oks József Fehértemplom 19—; Schwarcz Samu Budapest 1899—1902; Friedländer Simon N.-Kosztolány 1902; Bugét Ödön Pozsony, Deutsch Ignác Budapest, Steiner József Pápa, Celler Nándor Pomag 1902; Barok Samu Szalai Jenő Erzsébetfalva, Fürst Dávid Soroksár 1901. A fenti tag urak 4—4 korona tagdíjat fizettek, Löwy Ede Budapest, Királyi Gyula Eresi 10—10 korona tagdíjat fizetett az 1902. évre.

Befizettek alapítvány-részletet: id. Glass Izor 10 koronát, Pártos Henrik Erzsébetfalva, Temesváry Rezső és Hajniss Géza Budapest 20—20 koronát. Az orvosi kör tagok segélyegyesületi tagdíja fejében Hajniss Géza köri pénztáros útján befolyt 1100 korona, székesfőváros 1901. évi segélye fejében 800 korona, mint Rákosi Béla adománya 12 korona. Budapest, 1902. április 2-dikán. *Katona József* dr. segélyegyesületi pénztáros.

— **Genersiech Antal** tanárt az orvostanhallgatók önképző és segélyegyesülete dísztagjává választotta.

— **Székelly Ágoston** dr.-nak a budapesti tudomány-egyetem általános kör- és gyógytani tanszéke mellé f. évi február 1-től számítandó további három év tartamára adjunktussá történt újbóli megválasztását a közoktatásügyi minisiter jóváhagyólag tudomásul vette és nevezett ezen minőségben, a mondott idő tartamára, megerősítette.

+ **Fürdőorvosok.** *Arányi Zsigmond* dr. Herkulesfürdőn, *Weisz Ede* dr. Pöstyénben, *Aldor Lajos* dr. Karlsbadban, *Herczka Imre* dr. Karlsbadban, *Pesthy István* dr. Karlsbadban, *Kelen József* dr. Előpatakon fürdőorvosi gyakorlatukat megkezdtek.

△ **Új orvostársaság** alakult a VII. kerület külső részében. Elnök lett *Uhrík Gyula*, titkár *Spitzer Ármán*, jegyző *Klein Ödön*. Alakulófélben van a IV. kerületben is egy hasonló orvostársaság, melyre a szervezkedő gyűlést *Mutschenbacher Béla* dr. hívta meg f. hó 16-dikára.

× **Új alapítvány az Erzsébet királyné-sanatoriumban.** Néhaj *Wesely József* dr. elhunyt fővárosi orvos nevére tisztelői és barátai gyűjtés útján 2780 koronányi alapítványt tettek.

— **Tauffer tanár** szülészeti poliklinikájának segélyét 1902. márczius hóban 120 esetben vették igénybe. Evi folyó szám 370.

† **Elhunyt.** *Jellinek Mór* dr. fővárosi orvos Budapesten.

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

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



**Szt.-Lukácsfürdő**

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénés iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponként négyszer megújul, **loccális iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kifünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

**KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

**Tartalom:** Budapesti kir. orvosegyesület. (XIII. rendes ülés 1902. április 12-dikén.) 277. l. — A magyar szent korona országai Balneológiai Egyesületének 1902. évi közgyűlése. 279. l. — Magyar balneológiai congressus. (I. ülés 1902. április 13-dikán d. e.) 279. l. — Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató ülés 1902. január hó 20-dikán.) 280. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes ülés 1902. április 12-dikén.)

Elnök: Bókay János, később Tauffer Vilmos. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

**Elnök** az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Basch Imre, Huber Alfréd és Wenhardt János tagtársakat. — Jelenti, hogy *Hess Károly* wüzburgi egyetemi tanár levélben megköszönte levelező taggá való megválasztását; továbbá, hogy *Liszt Nándor* tétleni orvos „Népies gyógy módok és babonák” című értekezését beküldötte az egyesület könyvtárának. Köszönettel vétetik.

## Leiomyoma multiplex cutis esete.

**Huber Alfréd:** F. év március 6-dikán P. Á. 34 éves mészáros vétetett fel *Róna* tanár bőrbeteg és bujakóros osztályára azon panasz-szal, hogy a törzs mellő felületén fájdalmas daganatai vannak. A kör-előzmény adataiból kiemeli a következőket: 18 éves koráig teljesen egészséges volt; ekkor a jobb mellkasfélen egy a mostaniakhoz hasonló *egyetlen* tumor keletkezett, melyet beteg 5 évi fennállás után, a midőn fél meggyorónyi nagyságot elért, a gyakori heves fájdalmak miatt ki-irtatott; egy évi szünet után a bal mellkasfélen újból támadt egy hasonló daganata, a melyet később lassan progrediálva újabb és újabb daganatok követtek. A most látható körkép tehát mintegy 10 év alatt fejlődött ki. A daganatok fellépése előtt betegnek semmiféle subjectív panaszai nem voltak.

Fellépésük óta azonban igen heves, „szúrónak, lüktetőnek” jelzett fájdalmakat érez, a melyek 1/2–1 óráig tartó paroxysmusok alakjában jelentkeznek.

Efféle rohamok főleg éjjel, de nappal is jelentkeznek, utóbbi időben különösen hevesebb testmozgás, közösülés, vagy erősebb lelki izgalom alkalmával.

A fájdalom általában véve a tumorok nagyságával arányos és bármikor kiváltható, ha a tumorokat kissé összenyomjuk. Gombostűfé-nél kisebb tumorok többnyire fájdalomtalanok.

Atyja máj- és gyomorcarcinómában, egy testvére tuberculosiban halt el. Beteg maga 1886/87-ben és 1893/94-ben vért köpött, azóta, bár kisebb mértékben, állandóan köhög. Scarlatinán és diphtheritisen kívül egyéb betegségeiben sohasem szenvedett. Hasonló betegség nincs a családjában.

**Status praesens:** A tumorok csoportokban mintegy férfikéznyi területen a jobb mellkasfél felett foglalnak helyet. Nagyságuk a kölesnyi—kisdiónyi dimenziók között változik: a nagyobb különálló, félgömböszzerűen kiemelkedők vagy kocsányosak, a bőrrel együtt mozgathatók, élesen határoltak, rózsapirosak vagy lividek, felületükön táguult visszerek jelenlétén kívül a bőr épnek látszik; a kisebb és legkisebb tumorok halványabbak, miliumhoz hasonlítanak és sűrűbben állanak; a legnagyobb, mintegy kisdiónyi tumor mélyebben székelt a bőrben mint a többi, színe is lividebb és általában véve emlékeztet a bőrsarcomára. A tumorok száma meghaladja az 50-et. Consistentiájuk porézkevény, nyomásra igen fájdalmasak, a kocsányosak pedig oly transparenssek, mint a minő az átvilágított hydrocele szokott lenni. Ha a tumort fel-emeljük és az alatta levő bőrt összecsiszítjuk, úgy az csak a csipesssel arányosan fájdalmas. A jobb hónalj alatt egy kis diónyi, a bal hónalj alatt néhány babnyi fájdalomtalan kemény mirigy tapintható. A vizeletben idegen alakelemek nincsenek. Beteg egyébként robustus ember, a ki a fájdalomrohamokon kívül teljesen egészségesnek érzi magát.

A pontos diagnosis érdekében egy babnyi és egy nagy sörét nagyságú tumor exstirpáltatván, ezekben a *biopsia* a tiszta *leiomyoma* jelenlétét derítette ki.

A multiplex leiomyomák a legnagyobb raritások közé tartoznak. Az első esetet *Besnier* ismertette 1880-ban. Azóta *Arnozan-Vaillard* 1, *Jadassohn* 2, *Hess* 1, *Lukasiewicz* 1, *Wolters* 2, *Neumann* 1, *Crocker* és *Jarisch* 1—1, *Marschalkó* 1, *Basch* 1 esetben észlelték e betegséget, úgy hogy a mi esetünkkel együtt ezidőszent összesen 14 esetről van tudomása. Már *Besnier* hangsúlyozta, hogy a *leiomyoma multiplex cutis* a pathológiában egészen külön helyet foglal el, nem tévesztendő össze tehát a cavernosus myomákkal, sem a *Jadassohn*-féle „*Mischgeschwülste*”-vel, sem pedig a többnyire solitaer subcutan myomákkal vagy „*tuberculum dolorosum*”-kal.

A bőrmymákat ma általánosan úgy osztjuk be, a hogyan azt *Besnier* ajánlotta és később *Wolters* praecizizozta. Vannak ugyanis:

1. *Myomata cutis*, a melyek a bőrben normális viszonyok között előforduló sima izomelemből, tehát a szőrtüszők, mirigyek és véredények sima izomrostjaiból indulnak ki.

2. *Myomata tunicae dartos*, a melyek a genitáliák és az emlők subcutisában jelenlevő lapos izomtömegekből veszik eredetüket. Ezek többnyire solitaerek, az előbbieket multiplexek.

A diagnosis a biopsia útján, a midőn a tumorokat képező sima izomelemek úgy morfológiai, mint specifikusan festődő tulajdonságuknál

fogva jól kideríthetők, könnyű, klinice azonban csak valószínűséggel állítható fel. Az excessív fájdalomosság ugyanis, ha jelen van, fontos jel, de hiányzása nem zárja ki a leiomyomat. Így azt látjuk, hogy *Hess*, *Jadassohn* egyik és *Wolters* esetében sem spontán nem volt fájdalom, sem nyomásra ilyen kiváltható nem volt. A mikroszkopiai lelet bizony-sága szerint ezen tumorok, mint a mi esetünkben is, legalább az eddig kiírtottak, kizárólag csak sima izomelemből állanak. A kérdés csak az, hogy ezen képletek egyes adott esetben melyik normálisan sima izomszöveteket tartalmazó kélepletből indultak ki? *Jadassohn*, *Lukasiewicz*, *Wolters* és *Marschalkó* direct adatokat szolgáltatottak arra nézve, hogy a tumorok az arrectorokból származnak, *Hess*, valamint ugyancsak *Jadassohn* és *Wolters* másik esetéből pedig az világlik ki, hogy a tumorok egyéb elemekből (mirigyek és véredények sima izomszövetjeiből) indulnak ki. Esetünkben biztos véleményt az eredetről eddigelé még nem adhatunk: mert ennek kiderítésére a legminimalisabb képletek vizsgálatára lesz szükség. Minthogy betegünknek az egyetlen valódi therapeutikus beavatkozás — a radicalis exstirpatio — a jövő héten amúgy is foganatosítva lesz, ezért bő anyag fog rendelkezésünkre állani, a melynek segítségével remélhetőleg a mi esetünkben is meg fogjuk a kérdést oldhatni. Nevezetesen törekedni fogunk, hogy kiderítsük, vajjon származhatnak-e e tumorok egy egyéni egyidejűleg többféle normálisan praeformált sima izomelemből is, vagyis lehetnek-e például arrectorokból származó leiomyomák mellett olyanok is jelen, a melyek a véredények vagy mirigyek sima izomelemeiből is származnak. Ezzel természetesen a végső ok, a mely e képletek létezésére az impulsust megadta, még mindig nem lesz kiderítve.

Noha a képletek határozottan jóindulatúak, mindazonáltal tekint-vén a jelenlétüktől feltételezett rendkívül intenzív fájdalomosságot, a mely betegünket már a suicidium gondolatára is bírta, a radicalis exstirpatio és utána transplantiatio, mint egyetlen célhoz vezető eljárás, határozottan indikálva van.

**Basch Imre:** Egy év előtt szintén mutatott be a dermatológiai szakosztályban egy ily hasonló esetet, melyben a bántalom székhelye a jobb felső és alsó végtag feszítő oldalára és a bal arcfélre szorított. A localisatio oka ismeretlen; egyesek az idegtörzsek lefutásával hozták összeköttetésbe, mások a foglalkozással járó külső ingereknek tudják be. A szólt által bemutatott intelligens beteg azt adta elő, hogy rendszeresen nem érez fájdalmat, de ha bármi okból izgatott lesz, szédülés lép meg és ilyenkor az egyes csomókban fájdalom érez, a mely tünetek gyávrává teszik és ezért 10–15 percze félrevonulni kénytelen, míg normális közérzete helyreáll. Útesre a csomókban égési érzet támad, mely a szomszédságra elterjed és zsibongássá alakul át. A legtöbb esetben a betegek igen érzékenyek a hideg iránt, ellenben a meleget jól tűrik. Szólt esetében a hideg és meleg is fájdalmat váltott ki. Az sem dönthető el, hogy a leiomyoma cutis mely izomból indul ki, sokszor tényleg az erector piliből, máskor olyan helyekről, hol nincs erector pili. Néhol a véredények falzata megvastagodott, de azért e közt és a daganat közt összefüggést kimutatni nem sikerült. Unna szerint a fájdalom onnan van, hogy a daganat növekedés közben nyomást gyakorol az idegre, ezzel szemben szólt azt hozza fel, hogy a daganat növekedése sohasem oly nagyfokú és gyors, hogy az általa okozott nyomás a fájdalmat magyarázná. A fájdalom onnan ered, hogy a daganat sima izomrostjai ingerekre összehúzódznak és ezáltal egyes idegfonalakat von-gálnak.

## Nephrectomia esete.

**Fischer Aladár:** K. J. 56 éves napszámos. Beteg eltekintve szem-betegségétől, melyre vonatkozólag csak homályos adatokat tud elmon-dani és melynek következtében jobb szemét elvesztette, mindig egész-séges volt mult év nyaráig, mikor a jobb vesetájón fájdalmak kezdtek jelentkezni nála, majd vérrelés lépett fel. Bajától szabadulandó 1901. december 6-dikán a dolog-kórház Székács főorvos vezetése alatt álló belosztályára vétetett fel, hol nála Lévy Lajos alorvos szíves közlése szerint a következők találtattak: Egészséges mellkasi szervek, a jobb hypochondriumban gyermekfej nagyságú igen tömött, egyenletes sima felületű kerekded tumor tapintható, mely a légző mozgásokat nem követi, májtól igen jól és biztosan elkülöníthető és meglehetősen moz-gatható, különösen bimanualis eljárással, nyomásra nem fájdalmas, a vastagbél felfuvasánál a colon a tumor előtt és attól befelé találtatik. A vizelet napi mennyisége 1800–2200 gm. és a beteg felvétele után néhány napig igen bő vértartalmú. A cystoskopikus vizsgálat eredménye Kiss Gyula dr. szerint a következő: A hólyag belfülete kifejezetten trabecularis szerkezetet tüntet fel, nyákhártyája halaványpiros, a hólyag alapján kevésbé bővel, mindkét ureter nyílásából váladék ürül, mely jobboldalt zavaros, baloldalt nem. A jobboldali ureterbe vezetett catheteren át körülbelül 20 percig tartó idő alatt összegyűlt vizelet szalmasárga, kissé homályos, fagypontja —0.80 C°, fajsúlya 1008, nyomok-ban fehérjét tartalmaz.

Fenti tünetek alapján kétségtelen volt a vesetumor diagnosa és beteg 1901. december hó 27-dikén műtét céljából a szt. Rókus-kórház Navrátil tanár vezetése alatt álló II. sebészeti osztályára vétetett át.

Tekintettel a nagy vesetumorra, tekintettel a nagy vérrelésre,



a mely mind vehemensébbé vált és a mely a beteget mind jobban legyengítette, nemkülönben a magas lázakra, melyek esténként egész 40 fokig emelkedtek: vitalis indicatio volt, hogy a beteg tumorjától megszabadíttassék. A cystoskopikus vizsgálat eredménye, a mely szerint a bal vese bő mennyiségű vizeletet secernál, a mely tiszta és idegen alkatrészeket alig tartalmaz, kezességet nyújtott arra nézve is, hogy a másik vese a functiót kiirtás után zavartalanul átvenni képes lesz; igaz ugyan, hogy a fagyásponteszkénés még a Kümmel által megállapított  $-0.9^{\circ}\text{C}$  foknál kisebb volt, de tudjuk, hogy Landau és Wiebrecht eseteiben a vér és vizelet fagyáspontoknak a rendszeren megállapított határain túl is sikeresen végeztek nephrectomiák.

Betegnél tehát főnöke Navratil tanár megbízásából bemutató 1902. január 18-dikán nephrectomiát végzett. Tekintettel a tumor nagyságára, a Schede által ajánlott és a Pean-féle transversalis metszésnek is körülbelül megfelelő úgynevezett flankenschnittet használta, mely a 12-dik bordának alsó szélénél a musculus sacro-lumbalis külső szélétől kezdődve kissé lefelé húzódva halad a köldök irányában. A lumbalis izomzat átmetszetvén, nemkülönben a széles hasizmok hátsó része, a körülbelül mellső hónaljvonalig vezetett metszéstől először a tumor külső és alsó részletei szabadítottak ki. Ez meglehetősen fáradságos volt, miután a tumor a peritoneummal és a fascia transversával erősen össze volt kapaszkodva, úgy hogy sok helyen csak késsel volt leválasztható. Hátra volt még a tumor belső, felső, a diaphragmán fekvő részletének kifejtése. Erre nézve kitűnő szolgálatot tesz, mint azt Schede is ajánlja és Navratil tanár idevonatkozó tapasztalatai is megerősítik, a 11-dik és 12-dik borda resectioja.

Természetesen ez óvatosan eszközözlendő, miután a pleuralis zsák megnyitása elkerülendő. Bár ha véletlenül a pleura-üreg megnyitván, ez mint több idevágó esetből kiderül, varratokkal zárható és a betegre nagyobb baj nem háramlik belőle.

Bemutató tehát a 11-dik és 12-dik bordát resecálván, daczára a heges összenövéseknek, kiszabadította a tumor felső belső polusát és azután a vesehilust két portióban lekötve (külön az uretert és külön az arteria és vena femoralist), a vesét kivágta.

A vese, mint annak felmetszésénél kiderült, ritka szép példánya a gümös vesének, mely ily nagyságot elérni csak ritka esetben szokott. Tekintettel a vese gümös megbetegedésére, bemutató az ureter csontot szabadra praeparálta a mennyire lehetett, azután előhúzza azt lekötötte és lemetszte.

A vese capsula adiposája, melynek csak hátsó a musculus quadratus lumborum felé eső lemeze volt meg, míg mellső lemeze helyét heges szövet foglalta el, úgy mint azt Israel megköveteli, kiirtatott.

Az egész sebüreget, miután néhány varrattal szűkítettett, steril-gazeval tamponáltatott; felesleges megjegyezni, hogy ily műtétnek antisepticumot vagy antisepticummal beitatott gazet a sebbe bevinni nem szabad, mert ezáltal a különben is nagy feladat elviselésére hivatott másik vesét egy heveny degeneratio veszélyének tesszük ki, mint azt az irodalomnak sok idevágó szomorú esete bizonyítja.

A lefolyás betegnél zavartalan volt. A vizelet mennyisége az első 24 órában 870 gm., a második 24 órában 1350 gm. volt és ezen időtől kezdve állandóan 1500–2000 között ingadozott és csak kevés genyet és fehérjét nyomokban mutatott. A fájdalomtól, vérvesztéstől és lázaktól elesigázott beteg láthatólag gyarapodott és jelenleg kitűnő színben és közérzettel mutatatik be három hónappal a műtét után.

Kiss Gyula: 1901. évi május hó 11-én ezen egyesületben tartott előadásában azon álláspontot foglalta el, hogy a mikor a vese-működés megítéléséről van szó, a vizelet fagyáspontja sem több, sem kevesebb diagnostikai értékkel nem bír, mint a vizelet fajsúlya. Korányi Sándor tanár sem akkor, sem a később magyar és német lapokban folyó vitában nem mutatott hajlandóságot arra, hogy ezt az állításomat elfogadjá.

A bemutott eset alkalmat nyújt szólnak arra, hogy az akkor bőven kifejtett álláspontját újból megismételje, de nem érveit akar ezzel az esettel felhozni — mert a mit állított, ő már akkor bebizonyította —, hanem egy kicsiny lépéssel akar tovább menni. A figyelmet akarja felhívni arra, hogy ime volt egy eset, a mikor a vizeletnek fajsúlya és fagyáspontja a vesekiirtás kérdésénél absolute számba sem jött. Az egyik vese kiirtott kis fagyáspontsúlyedés és fajsúly mellett, ki kellett volna azt irtani még alacsonyabb fajsúly mellett is, mert a beavatkozást indikálta tette a vérzés és a lázak, a melyek mindegyike külön-külön az egyén halálát okozhatta volna.

A vesekiirtás után vizsgálva a vizeletet, azt találta, hogy valamivel nagyobb a molecularis concentratioja ( $0.920^{\circ}\text{C}$ ), de még mindig alacsony, ezenkívül kevés genyet és végtelen sok Koch-féle bacillust tartalmaz. A hólyag részéről feltűnőbb jelenségek hiányoznak, a cystoskopial nem voltak láthatók és a vizelés csak kissé gyakoribb és a polyuriának is van ebben része. Nincsen kétség, hogy ez esetben a functionáló vese gümőkóros. A sebész ennek a vesekiirtásnak kedvező kimenetele nem fogja meglepni, de szolgálhat azzal a tanulsággal, hogy a vesekiirtás bizonyos esetekben még mint palliatív műtét is megengedhető.

Ez esetben a vizelet fagyáspontja figyelembe műtét előtt nem vétetett, a vér fagyáspontja műtét előtt meg nem határozottatott. (Műtét után néhány héttel  $-0.57^{\circ}\text{C}$  volt.) Ha szabad volna lelkiismeretlen módon következtetni, akkor azt mondaná, hogy a cryoscopia a vesekiirtás kérdésénél felesleges. Ezzel az állítással nevétségessé válna szóló. De igazságos dolog-e az, ha Korányi Sándor tanár azt állítja, hogy mert Kümmelnek, Albarrannak és Dollingernek fényes eredményei vannak, ez a cryoscopia tudható be. Maga is alkalmazza mindenkor

a cryoscopia, de meggyőződése az, hogy mind a mai napig a vizeletnek cryoscopiaja a gyakorlati téren nélkülözhető.

Kövesi Géza: Felszólalásra készített Kiss Gyula dr.-nak a vizelet cryoscopiajának értékére vonatkozó megjegyzései. Kiss Gyula dr. akként tüntette fel, mintha a cryoscopia hívei a vizelet fagyáspontjának bizonyos határon aluli esikkenése alapján állítanák fel az indicatiót avagy contra-indicatiót a nephrectomiára vonatkozólag; már pedig teljesen téves volna az eddigi ily irányú közlemények alapján ily vélelményt alkotni. Már kezdettől fogva határozottan hangsúlyozva lón, hogy mindenkor ezen felette fontos kérdés eldöntésénél a vér fagyáspontjának értéke legyen a döntő, a melynek meghatározásáról ez esetben nem tétetett említés s a mely nézetet a módszernek külföldi alkalmazói is egész teljességében magukévé tettek.

Mindazonáltal a vizelet cryoscopiajának semminemű értéket sem tulajdonítani, a mint azt Kiss Gyula dr. jelen felszólalásában kifejezte, épenséggel nem indokolt; bizonyos cautelák figyelembe vétele mellett, mindenekelőtt normal standard étrend s közepes vízfelvétel mellett igen becses segédeszköz lesz a vesék functionalis vizsgálatánál; a fenforgó esetben is a hypostenuriás vizelet, az egyéb klinikai tünetek mellett, jelezte a bal vese működési képességének csökkenését. Bátorodik egy az 1. számú belklinikán a legutóbbi napokban észlelt esetet felemlíteni, mint bizonyítékot a vizelet fagyáspontmeghatározásának értékére vonatkozólag: 30-as években levő nő, kinek négy év óta jobboldali vesetáji fájdalmak s időnként, főként hosszabb mozgás után, mérsékelt haematuria jelentkeznek, a kórisme a sebészek részéről calculosis és neoplasma között ingadozott; a jobboldali vese kevésbé megnagyobbodott, sima felületű s mozgékony. A végrehajtott ureterectheterismus útján nyert mindkét oldali vizeletben kisebb mennyiségű fehérje mutatható ki, azonban vesealakelemek a legszorgosabb kutatás daczára nem voltak találhatók, míg a mindkétoldali vizelet molecularis töménységének csökkenése (jobboldalt  $\Delta = 0.55$ ; baloldalt  $\Delta = 0.64$ ) utaltak az idült nephritis fenforgására, mely némiképen az Israel által leírt alakkal tüntet fel némi hasonlatosságot, minthogy ez esetben is vesetáji görcsös fájdalmak és vérvezelés mutatkoztak. Szükségesnek vélte ezeket hangsúlyozni, nehogy azon teljesen téves nézet esetleg tért foglaljon, hogy egyedül a vizelet hypostenuriás volta ellenjavaslatot képezne a nephrectomiát illetőleg.

Kiss Gyula: Nem állította, hogy a cryoscopia felesleges, csak azt, hogy a vizeletnek cryoscopiaja nem nélkülözhetetlen.

#### Az alkohol a therapiában.

Wenhardt János: Előadó az alkoholt három szempontból teszi megbeszélés tárgyává. 1. Mily szerepe van az alkoholnak a fertőző betegségek kóroktanában és lefolyásában? 2. Tápláló anyag-e az alkohol? 3. Mit várhatunk az alkoholtól mint analepticumtól?

Az összes állatkísérletek, azok is, a melyekben a therapiában használatos alkoholadagokat alkalmazták, egyhangúlag arról tesznek tanúságot, hogy az alkohol az állatokban a fertőző betegségek keletkezését elősegíti, a lefolyásukat pedig súlyosbítja. Ugyanesek állatkísérletek valószínűvé tették, hogy az alkohol súlyosbítja az intoxicatiók lefolyását és megnehezíti vagy lehetetlenné teszi a mesterséges immunitás kifejlődését.

Az alkoholnak némi tápláló értéke van. Bármily kicsiny legyen is ez, nem becsülendő oly betegek kezelésében, a kikbe egyéb módon nem vihető a szükséges mennyiségű caloria.

Állatokon és emberekben végzett vizsgálatok kiderítették, hogy az alkohol a szívre egyáltalában nincs hatással, az érmozgató központokat pedig bénítja. Ezért fertőző betegségek folyamán fejlődő vérkeringési zavarok kiegyenlítésére nem alkalmas, mert ezek éppen a vasomotoros centrumoknak toxikok okozta bénulásából származnak.

Mindent összevetve: bármily hiányosak is az alkohol hatására vonatkozó ismereteink, annyit az eddigiekből lezűrhetünk, hogy bizonyos esetektől (például puerperalis láz, jodizmus, érgörcsön alapuló collapsus, étvágygerjesztés, talán euphoria-keltés) eltekintve, az alkoholt, ha csak rövid időre mint tápláló anyagra elkerülhetetlenül nincs szükségünk, ne vegyük igénybe.

Vámosy Zoltán örömmel üdvözlö az előadást mint úttörőt, mely a betegágnál tett tapasztalatokat a kísérleti eredményekkel igyekszik összhangba hozni. A legmodernebb pharmacologiai vizsgálatok szerint az alkohol a szervezetben majdnem teljesen elég, ezért a legkitűnőbb fűtőanyag. 100 gm. alkohol elége 200 caloriát terem; ennél fogva betegek táplálásánál fontos. Kísérletileg be van bizonyítva, hogy már középnyag adagok után (40–50 gm. alkohol) a végbél hőmérséke  $0.3-0.5^{\circ}\text{C}$ -kal süllyed, nagyobb adagok után collapsusszerű hőmérsékesés áll be. A szívre és edényekre vonatkozó hatást illetőleg Binz iskolája által az állított, hogy a normalis békaszív összehúzóerőinek számát és erejét fokozza az alkohol. Emlős állatoknál is hasonló eredményt állított, az excitantiák az izolált békaszívre nem hatnak.

A kísérleti eljárások még tökéletlenek és sok kifogás alá esnek. Tény, hogy az alkohol oly módon is hathat excitálólag, hogy a vér-edényeket tágítja. A légzést — Binz iskolája szerint — az alkohol fokozza középnyag adagban. Később mások azt találták, hogy a gyomor felől reflex úton jön ez létre. De más gyomorizgató anyaggal ezta hatást nem lehetett elérni. A központi idegrendszerre az alkohol határozottan depressálólag hat. Ezt Exner vizsgálatai mutatták ki. Az az általános jó hatás, melyet az alkohol középnyag adagai után mindenki érez, Kunkel szerint úgy értelmezendő, hogy az egész szervezetre tonizálólag hat, az összes szerveknek vérellátása jobb és így áll elő az euphoria.

Schütz Aladár: Az alkohol therapeutikus értékének megítélésénél



tekintetbe veendő: 1. a beteg individualitása; 2. az orvos subjectivitása. Legjobb a sceptikus álláspont. Igaz, hogy az alkohol kiméli a z-írt és a fehérjét, de határozottan fehérjemérget. Véleménye szerint nem jogosult az alkohol adagolása fertőző betegségeknél. Ajánlatos volna, hogy a laikusok kezéből vették ki az alkohol, mert nem ismerik a káros hatást; továbbá, ha az orvos alkoholt rendel, a signaturára ki-teendő az alkohol százaléktartalma, hogy a fogyasztott alkohommennyiség megállapítható legyen.

**Tóth István:** Előadó szerint az infectiosus betegségekből az alkohol határozottan ártalmas. A gyermekágyi láznál mindig ezélszerűnek találtuk az alkoholt. A gyermekágyi lázat maga előadó is kivette a többi infectiosus betegségek sorából. Kérde, hogy milyen alapon tette ezt?

**Ranschburg Pál:** Gyakran rendelik az alkoholos italokat vérszegénység esetében, azon hitben, hogy a vérszéklet számát és haemoglobin-tartalmát is gyarapítaná. A kísérletek ezen nézet téves voltát kimutatták. Az euphoria kérdése csábító, de Kurz, Kraepelin és mások vizsgálatai mind azt derítették ki, hogy az alkoholnak a szellemi működésekre kezdetben élénkítő hatása van, de ezt a rövid excitációt órákra sőt napokra kiterjedő depressió követi. Ezért szülő idegbetegségekből az alkoholt ártalmasnak tartja.

**Grósz Gyula:** Nem régen újból nyilatkozott az alkoholnak a gyermeki szervezetre való kártékony hatásáról, mindazonáltal kötelességének tartja, hogy álláspontját most is jelegezze. 1894-ben állította fel az alkohol nyújtásának kettős indicációját, t. i. azt ajánlotta, hogy az alkoholt idült betegségeknél (rachitis, tuberculosis, scrophulosis stb.) mint tápláló szert, továbbá hirtelen fellépő szívgyengeségnél mint izgatót adjuk. Az első indicációtól azonban már 1899-ben Rosemann pontosan vezetett anyagcserevizsgálataira támaszkodva ellátott. E tekintetben tehát előadó felfogásától eltérő szülő nézete. A mi a második indicációt illeti, a midőn gyors erőhanyatlással, illetőleg hirtelen fellépett szívgyengeséggel van dolgunk, erre vonatkozólag úgy az utolsó bécsi nemzetközi alkoholelles congressuson elhangzott részletek, valamint Kassovitz fejtegetései, de saját tapasztalata alapján is mondhatja, hogy az alkohol ily esetben értéktelen. Örvend, hogy előadó nézetei felfogásával meg-egyeznek.

**Wenhardt János:** Mivel a tisztelt hozzászóló collegák nézete nagyjából az övével megegyezik, azért a választ rövidre foglalja. Grósz tagtárs véleményét csak annyiban nem osztja, hogy szerinte az alkohol, mint tápláló anyag, egyáltalában nem jön szóba. Említette volt, bármily csekély legyen is az, bizonyos esetekben, például a typhus kezelésében, igen jó szolgálatokat tehet. A mi Tóth tagtárs kérdését illeti, arra már előadása folyamán megadta a feleletet. Ugyanis betűről betűre ezt mondta: „Azt hiszem, sikerült kimutatnom, hogy az alkohol épenséggel nem alkalmas a fertőző betegségek kapcsán fejlődő keringési zavarok leküzdésére. De ennél egy szóval sem akarok többet mondani s legkevésbé azt, hogy ebből folyólag infectiosus betegeknek ne adjunk alkoholt. Hogy ezen utóbbi tételt felállíthassuk, a szernek az organis-musra gyakorolt összes hatásait kell mérlegelnünk, mert lehetséges, hogy az említett kárt más előnyös tulajdonságai túlcompenzálják.” Ha ezek után Tóth azt kérde, hogy a puerperalis lázat miért veszi ki a fertőző betegségek sorából, akkor megint csak az említett citatumba kell utalnia, a melyben az összes fertőző bajokról, tehát a gyermekágyi lázról is szólt. S ha azt kérde, hogy midőn előadása végén egyes eseteket említett, a melyekben az alkohol különösen jó szolgálatokat tehet és ezek között a puerperalis lázat is felsorolta, azt azért tette, mert a fertőző betegségek közül olyat akart példaként említeni, a melynek lefolyására állítólag az alkohol kedvező hatással van. Épügy említhette volna a diphtheriát vagy influenzát, mert ezek is olyan fertőző bajok, a melyek kezelésében az alkoholt gyakrabban és nagyobb adagokban használják, mint más fertőző betegségek gyógyításában.

## A magyar szent korona országai Balneologiai Egyesületének 1902. évi közgyűlése.

Elnök: Tauffer Vilmos. Jegyző: Löw Sámuel.

Elnök hosszabb beszéddel nyitja meg az ülést. (Lásd tárcza-rovatunkat.)

Azután a mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Tóth Lajos és Ónódi Adolf tagtársakat.

Jelenti, hogy Papp Samu alelnök Párisból kimentette elmaradását és a congressust üdvözlí. Jelenti, hogy az Erdélyi Kárpátgyógyászati Dániel Gábor, Hankó Vilmos, Radnóti Dezső, Polvány Zoltán, Junker Sándor, Strausz Béla tagokat küldte ki. Jelenti, hogy az „Ország Világ” ismét külön fűrdőismertetőket fog díjtalanul közölni. Továbbá a fővárosi szegény gyermekkert egyesület „képes jótékonyági albuma”, mely 40,000 példányban jelenik meg, hajlandó fűrdőismertetőket felvenni. Tudomásul szolgál.

Löw Sámuel dr. főtitkár kimerítő jelentést olvas fel az egyesület 1900-iki működéséről. A főbb adatok a következők:

A nemzetközi párisi kiállításról, melyen az egyesület arany-érmet nyert, az egyesület által kiállított, nagy tudományos értékkel bíró gyűjtemény visszaérkezvén, az az egyetem gyógyszer-tani intézetében lett elhelyezve; ugyanott nyertek elhelyezést az egyes fűrdők és telepek albumai, analysisei, képes felvételei. Minthogy a balneologiai előadások ebben az intézetben tartatnak, a tanárnak módjában van hazánk nevezetesebb fűrdőit és forrástelepeit az orvosnövendékeknek lelki szeméi

elő varázsolni. Az igazgató tanács egy balneologiai könyvtár létesítését határozta el és az előkészítő lépéseket már megtette. A fűrdőgazdasági kérdések körül az igazgató tanács különösen kettővel tüzetesebben foglalkozott: a hazai ásványvizek kivitelének kérdésével és az ásvány-vízűvek irtartalmának és minőségének egységes szabályozásával; az utóbbi eszme a kolozsvári kereskedelmi kamara részéről pendített meg; az igazgató tanács ellene foglalt állást és a kereskedelmiügyi minster ily értelemben határozott.

Az igazgató tanács állandó figyelemmel kísért a fűrdőtörvény-javaslat sorsát; ezen fontos kérdés végleges megoldása azért késik, mert a javaslatban kilátásba vett nagyszabású pénzügyi actio részletei a pénzügyministeriumban még nem lettek kidolgozva.

Az egyesület tagjainak száma: az orvostudományi osztályban 290, a gazdasági osztályban 77, összesen 367 egyesületi tag. Az egyesület viselt dolgainak letárgyalása után a jelentés behatóan ismerteti a fontosabb bel- és külföldi fűrdőügyi mozgalmakat, továbbá a fűrdő-ügyi irodalmat.

### Pályakérdés kitűzése.

Az országos Balneologiai Egyesület a tudományos balneologiai kutatások fellendítése végett 500, azaz ötszáz korona jutalomdíjat tűz ki, a következő kérdés megoldására:

„Miképen alkalmazható az oldatok új emélete — Van't Hoff és Arrhenius tételei — az ásványvizek élettani és gyógyhatásának értelmezésére?”

A pályázó munkák 1903. évi december hó 31-ig a Balneologiai Egyesület főtitkári hivatalához küldendők be; a jutalomdíj az egyesület 1904. évi közgyűlésén fog kiadani.

Liebermann Leó ajánlja, hogy a pályázók számára bizonyos directiva is adassék, mert ez oly óriási kérdés, melynek alapja sincs megvetve. Kétféleképp lehetne hozzáfogni: egy hosszabb és egy rövidebb úton. A hosszabb út az volna, hogy a különböző sóoldatokat vizsgáljuk meg és ezeknek egymásra való hatásait physikai és chemiai tekintetben. Ennek gyakorlati haszna csak később lenne várható. A rövidebb út pedig az volna, hogy első sorban kíváncsiak, hogy összehasonlíttassanak a magyarországi ásványvizek mesterséges ásványvizekkel. Azt hiszi, ebből gyakorlati eredmény volna várható és a tudomány is hasznát látná.

Than Károly szintén azt tartja, hogy a kérdés felette nagy a kitűzött díjhoz képest. Fontos a synthesis minősége és hogy mennyi ideig állt már készen az oldat, mert a természetes ásványvizek jó tulajdonságukat épen évszázados összetételüknek köszönhetik.

Bókay Árpád bizottság kiküldését ajánlja, mely a kérdés épségben való fentartása mellett a pályázók számára a directívákat megadja.

Csatáry Lajos hozzászólása után elnök indítványára elhatározza a közgyűlés, hogy a pályakérdést kitűzi és a directívák kidolgozására Bókay Árpád elnöklete alatt Than, Liebermann és Hankó tagtársakat küldi ki.

A pénztárosi jelentés szerint az 1901-iki pénztárkezelés 2 korona 13 fillér hiánnyal zárul. A közgyűlés a felmentvényt a pénztárosnak megadja és működéséért köszönetet szavaz.

Végül titkár felolvassa a beérkezett indítványokat: Mangold Henrik, Masa István, Ormai József, Winter Sándor, Rottenbiller Ödön-től, melyekre nézve a közgyűlés az igazgató tanács véleményét fogadja el.

Gáspár Gyula fűrdőtulajdonos indítványára a közgyűlés az elnöknek és titkárnak, valamint az igazgató tanácsnak jegyzőkönyvi köszönetet szavaz.

## Magyar balneologiai congressus.

(I. ülés 1902. április hó 13-dikán d. e.)

Elnök: Tauffer Vilmos és Bókay Árpád. Jegyző: Löw Sámuel.

### Fűrdők és ásványvizeink történelméről.

Győry Tibor: Az ügy iránt mindig meg volt a legmesszebb menő szándék, de tette a szándék soh'se jutott. Sőt még ma is úgy áll a dolog, mint régen; a fűrdőkben gyógyulást kereső testünket az idegenbe viszzük, a gyógyulást nyújtó ásványvizeket pedig az idegenből hozzuk — a helyett, hogy fordítva cselekednénk. Előadó ezek után ismerteti azokat a rendeleteket, melyeket Mária Terézia, II. József, I. Ferenc ásványvizeink érdekében kiadtak. Mind tanujelű a jóindulatnak, de másfelől a magyar nemtörődömségnek. II. József plané az összes külföldi vizek behozatalát végleg meg akarta szüntetni.

Ezek után vázolja a „magyar hydrographia” ügyét, melyet Kitaibel kezdett meg és Tognio Lajos folytatott, de be nem fejezhetett, mert a mostoha körülmények, az érdeklődés teljes hiánya miatt elkedvetlenedett.

Végül indítványt tesz, hogy a Balneologiai Egyesület adjon ki tárczában hordozható, rögtön kéznél levő kis lapokat, melyeken a külföldi vizek magyar substitúense röviden fel legyen tüntetve.

Elnök köszönetet mond előadónak és a talpraesett indítványt átteszi az igazgató tanácshoz.

### A fertőző gyermekbetegségek kérdése fűrdő- és nyaraló-telepeken.

Kármán Samu: Egynemely ragályos betegség könnyen elhurozható és így a tavasz vagy nyár idején grassáló városi járványok a fűrdőhelyeket is inficiálják. All ez különösen a számarköhögésre. Egy-



két szórványos eset gyorsan terjedhet a fürdőhelyeken szokásos együttélés következtében. A fürdőknek tehát a közönség érdekében résen kell lenniök, hogy ilyen járványos betegségek oda be ne huzoltassanak. Előadó ezért ajánlja, hogy minden fürdővendég orvosi bizonyítvánnyal igazolja, hogy gyermeke ragályos bajban nem szenved, s ha utóbbi időben abban szenvedett volna, a beteg, valamint a holmija desiniciálva lett. Hogy pedig a szegény hőkhurutos gyermekek se legyenek nyaralás, illetve a jó levegő jótéteményétől megfosztva, ajánlja, hogy külön telepek rendeztessenek be e célra. Ilyenek lehetnének például a budakeszi erdőben, a Balaton partján, a tengerparton, a hová a szegények ingyen, a módosabbak olcsó áron (mint az állami kórházakba) felveendőek volnának. Így különösen a fővárosban állandóan uralkodó számközhűgés terjedésének is könnyebben lehetne gátat vetni.

#### A hazai fürdők reklámügyében

Váradi Gyula (Siófok) javaslatokat tesz, melyek az igazgató tanácsához tettek át.

#### A syphilis kezelése sósfürdőkkel.

Arányi Zsigmond (Herkulesfürdő): A fürdőkúra szerinte a higanykezelésnek fontos segédeszköze, mert egyfelől az anyagcsere fokozása által a szervezet ellenálló képességét növeli, másrészt a testben lerakódott higanynak gyors kiküszöbölését teszi lehetővé. A higany a syphilis gyógykezelésében nélkülözhetetlen, bár a szervezetre káros hatásai vannak. Ezért fontos a kombinált kezelés; a mindennapi fürdőzés és higanybedörzsölés, a mi által a higanynak csupán előnyös tulajdonságai jutnak érvényesülésre, a káros mellékhatások pedig a minimumra csökkennek. A syphilis eme kombinált kezelésénél a kénés és konyhasós fürdőknek alkalmazását ismerteti. Előadó a konyhasós fürdőkkel előnyben részesíti, mivel ezek termikusan indifferens, vagyis langyos állapotban is befolyással vannak az anyagcsere, mihez az általuk képviselt bőringer is lényegesen hozzájárul. A konyhasós fürdőknek ezen előnyös sajátága főleg a lues azon eseteiben használandó fel, a mikor a beteg egyúttal olyan bajban is szenved, a melynél a meleg fürdők ellenjavallatot képeznek. Ide tartozik az anaemia erethikus anyagcserevel, neurasthenia, hysteria, neuralgiák, myelitis, szivbajok, emphysema, tuberculosis stb. Mindezen esetekben csakis langyos fürdőkkel alkalmazhatunk, a mely állapotban csupán a konyhasós fürdők vannak hatással a szervezet anyagcserejére. Mivel pedig a kénés fürdőknek a lues specifikus hatásuk is van, előadó az ilyen esetekben, a mikor a langyos kénés fürdők hatástalanok volnának, a langyos konyhasós-kénés fürdőkkel ajánlja. Két ily forrás van Herkulesfürdőben, ezek ismertetésével fejezi be előadását.

Rottenbiller Ödön: A francia orvosi akadémia és a bécsi balneológiai congressus is foglalkoztak ezen kérdéssel. Feltűnőnek tartja, hogy sem a gyakorló orvosok, sem a syphilidologia kiváló képviselői nincsenek jelen. Nem szemrehányás, csak felhívás akar lenni a thema érdekessége iránt. Az előadásban sajnos nélkülözi a személyes tapasztalatok felemlítését, azután azt, hogy előadó ivógyógyymódot nem alkalmazott, pedig arra Herkulesfürdőben lett volna bő alkalma, mert a konyhasós itatása a chloridok megszorodása által az anyagforgalmat lényegesen emeli; különösen a fokozott endosmosis által, mely centrifugálisan kiválasztja a toxinokat. A francziák előadó szerint túlságosan dicsekszik saját fürdőiket, de szóló tudomása szerint nem mondják, hogy csak az övék ér valamit. Sajnálja szóló, hogy előadó az idiosinkrasiával nem foglalkozott, pedig éppen az ilyen betegek tűrik jobban a Hg-t fürdővel kapcsolatban. Tévedésen alapulhat előadónak azon nézete, hogy az anaemiások nem tűrik a meleg fürdőkkel, szólónak ellenkező tapasztalata van. A pakkolásos is előnyösen előmozdítja a toxinok eliminálását.

Weyner Emil felhossa Rottenbillerrel szemben, hogy mestere, néhai Schwimmer tanár mindig élénken emléklődött a balneologia iránt. Róna, Basch is részt vettek az üléseken más alkalommal. Téved előadó, ha azt hiszi, hogy a Hg nehezen küszöbölődik ki a szervezetből, ez régi elavult feltevés és például Hyrtl, syphilitikusok hulláiban nem találta meg. Kétségbe vonja, hogy a Hg felvételére a konyhasós fürdő nagyon előnyös volna, mert a Hg egyformán vétetik fel mindenkor, kivéve idiosinkrasiákat. A kombinált kezeléssel az a véleménye, hogy csak egy pontra nézve híve ennek és pedig arra nézve, hogy az anyagcsere fokozza, egyéb érv a fürdőkezelés mellett nincs.

Tausz Béla (Csiz): A NaCl és kénés fürdő mellett harmadik tényező a jód, mely specialis indicatioval bír. A jódfürdőkben az anyagcserejavulás mellett még a specifikus hatás is érvényre jut. A jód, mint Justus kimutatta és a külföldi közlések is megerősítik, a sejteknek alkatrésze, ezért syphiliseseknél a jódfürdők és jódvíz itatása felette fontos. Ezért a jódfürdőkre, mint specialis tényezőre hívja fel a figyelmet.

Arányi Zsigmond nem támadta a francziákat, de a „Journal Médical”-ban a Luchon-ról szóló cikkben azt mondja az írója, hogy csak francziaországi fürdő indikált, a többi össze nem hasonlítható a francziákkal. Anaemiás egyéneknek, erethikus anyagforgalom mellett fentartja azon nézetét szóló, hogy a meleg fürdő nem használható, hanem csak a langyos. Hogy a kombinált kezelés csak az anyagcsere fokozása által hatna, nem áll, mert a Hg eltávolítását is elősegíti, a mennyiben a Hg éppen nem távozik el gyorsan a szervezetből. Hogy a kénnek specifikus hatása van, azt szóló kifejtette.

Április 13-án délután a congressus az Erzsébet-sanatoriumba rándult ki, a hol Kuthy Dezső igazgató-főorvos tartott előadást az ott alkalmazott gyógymódokról.

#### Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1902. január 29-dikén.)

Elnök: Schrod Antal. Jegyző: Juba Adolf.

(Folyt.)

#### Ophthalmoplegia externa completa bilateralis.

Goldzieher Vilmos: A jelen eset már 1900. november 14-dikén bemutattattott. Minthogy új anamnestikus adatok merültek fel és szólónak a kórkép lényegéről és localisatiojáról egészen eltérő nézetei vannak, újra bemutatja.

A 30 éves beteg előadja, hogy baja már gyermekkorában fennállott. 20-ik évében már mindenesetre létezett, mert azért nem sorozták be katonának. Különben úgy emlékszik, hogy a betegség gyermekkorában nagy meghülés után keletkezett. A kórkép a következő: A homlok ráncos (a musc. frontalis szokásos összehúzódása folytán), tökéletlen ptosis, az összes szemmozgató izmok bénulása mindkét oldalt. A bal oldalon a bénulás tökéletes, a jobb oldalon a magassági irányban a mozgásnak nyoma még fennáll. Az accomodatio megvan; az iris minden értelemben erőlyesen reagál. Látási funkciók, szemfenék teljesen épek. Feltűnő, hogy az arcizmok nagy mérvben lesoványodottak, facialis hűdés azonban nincs. Az egyén különben teljesen egészséges; se idegbaja, sem egyéb betegsége nincsen.

Diagnosis: ophthalmoplegia externa completa bilateralis.

A baj mindenesetre független minden más szervi elváltozástól, önálló, az ú. n. functionális ophthalmoplegiákhoz tartozik. A localisatiót illetőleg igen nehéz feladatunk van. Annyi bizonyos, hogy sem orbitalis idegbénulás, sem agyalapi bántalommal nincs dolgunk; mind a két felvétel ellen szól a szembeli sima izomzat ép functioja, a baj hosszú tartama és állandó jellege. Ugyanezen érvek szólóanak azon feltevés ellen, hogy a fehér agyállományban levő idegfasciculások betegedtek meg. Legplausibilisebb volna a feltevés, hogy a III., IV. és VI. agyidegpár nucleusai vannak megtámadva; de akkor azt is fel kellene venni, hogy ilyen kiterjedt sejtsovadásos folyamat mellett éppen az iris záróizmát és a sugárizmot innerváló dúczsejtmagvak állandóan, évek keresztl szabadok maradtak, míg a többi dúczsejtek tönkrementek. Ezt a feltevést csak akkor fogadnám el, ha kórboneztani alapja volna. Az agypathologia azonban azt tanítja, hogy egyetlen egy eset sem létezik, melyben functionális ophthalmoplegiánál nucleus-elváltozásokat boncztanilag találtak volna. A hol a nucleusokban boncztani elváltozások voltak, mindig heveny esetekről (alkoholismus, mérgezések stb.) szól, progressív jelleggel, melyek rövid idő alatt halállal végződtek. Azon ophthalmoplegiás esetekben azonban, melyek más szervi vagy központi idegbajokkal voltak összefüggésben, a bonczolásnál feltűnően gyakran fascicularis, sőt agyalapi elváltozások voltak. Az agypathologusok tehát elismerik, hogy nem képesek a functionális ophthalmoplegiánál a localisatiót felállítani. Ép oly ismeretlen, mint a kórkép localisatioja, annak aetiologiája is.

Az úgy ilyen állása mellett jogosult az a törekvés, hogy az ophthalmoplegia ext. functionális alapját más irányban kell keresni, nem az idegrendszerben, hanem az izomzatban. Előadó 10 évvel ezelőtt mint első leirt egy rokon kórképet, a ptosis amyotrophicát. Ez a kórkép el van fogadva és kórboneztanilag be van bizonyítva (Fuchs, Sillex). Olyan ptosisról van szó, mely nem idegbaj következtében, hanem a szemhéjemelő izom genuin megbetegedése folytán jött létre. Olyan elváltozás, mely az izom-dystrophia körkeretébe tartozik, ha már egyszer az orbitán belül is felléphet, nemcsak a szemhéjemelőt, hanem a többi szemmozgató izmot is megtámadhatja. Minthogy ez a kóros folyamat, mely izomsovadáshoz vezet, mindig csakis a harántcsíkolt izomzatot támadja meg és a sima izomzatot megkíméli, meg van magyarázva az iris és a ciliaris izom állandó ép volta az ophthalmoplegia évtizedes tartama alatt.

Előadó tehát az ophthalmoplegia externát, a „functionalist”, nem idegbajnak, hanem a haladó izomdystrophiához közelálló folyamatnak tartja.

#### Chinin-amaurosis, egy eset bemutatásával.

Goldzieher Vilmos: A chinin-amaurosis a látószerv legtipikusabb betegségeihez tartozik. A szemtükri lelet, úgy mint a klinikai lefolyás, annyira határozottak, hogy az, a ki csak egyszer látott ilyen esetet, alkalomadtán rögtön fel fogja ismerni. Sőt azt is lehet állítani, hogy a tükrü elváltozás olyan éles és állandó, hogy anamnesis nélkül még évek múltán is felismerhető.

A chinin-amaurosis a legteljesebb ischaemia retinae, mely egyáltalában látható. A végzetes chinindosis, melynek nagysága egyéni dispositio szerint 1—20 gm. között ingadozik, bevétele után rövid időre teljes vakság áll be. A vakság oka világosan látható. A szemtükör az ad maximum tágult pupillán át a többi közeg teljes tisztasága és átlátszó-sága mellett a teljesen vértelenített retinát fedezi fel. Az élesen határolt papilla n. optici hófehér, az arteriák annyira össze vannak húzódva, hogy a véroszlop eltűnt és fehér fonalakká vannak átalakulva, a betegség tetőpontján pedig alig találhatók meg. Csak néhány fonalszerű vörös csík jelzi a vénákat. A papilla hajszáledényei absolute eltűntek. Ez a kép, melyet saját észleléseim alapján és mely teljesen egyezik a többi észlelőktől látottakkal, évek múltán is változatlan marad, legfeljebb az arterialis csíkok fehér színe mutatkozik jobban és a vénák jobban láthatókká válnak. Az előadottakat illusztrálja ez a kórtörténet: Egy körülbelül 30 éves fűszerkereskedő részegen, a cognac-hatás ellen-súlyozása végett, meg nem állapítható mennyiségű chinint szedett. Minthogy az általa pár nappal előbb vásárolt 100 gr. chininból 28 gr. hiányzott, valószínű, hogy körülbelül ezt a mennyiséget vette be. Este a



szobájában mély álomban találtatott, melyből nem volt felkelhető. Másnap felébredve, teljesen vak és teljesen süket volt. Borzasztó dühöngési rohamba esett és csakis morphiinjekciók és chloralhydrát adagolása után csillapultak rohamai a 4-ik napon és hallása lassanként visszatért. 6 hét múlva Pestre jött, a mikor bold. Siklóssy-val együtt észleltem, s akkor még teljes amaurosis állott fenn. A látás csak 3 hónap múlva kezdett visszatérni, jelenleg, 7 év múltán, a beteg képes folytatni foglalkozását, persze concentrikusan szűkült látótér és színvaktság mellett. Hasonló esetet látott egy budai embernél, csak hogy itt a chinindosis kisebb volt és orvosa által láz miatt ordináltatott.

A jelen eset egy kis leányt illet, a kit folyó évi január 15-dikén vett fel. A gyermeket négy évvel ezelőtt a poliklinikán észlelte, a hová teljes amaurosisból hozták. Az anamnesisből kiderült, hogy a gyermek egy pár héttel ezelőtt lázas betegségben szenvedett, mely ellen orvosától chinint kapott. A chinin mennyisége nem volt megállapítható, mivel az egyleti receptkönyvből épen az illető lapok ki voltak tépve. A látás

lassanként visszatért és ma  $v = \frac{5}{50}$ , igen szűkült látótérrel; a jobb szemem, mely befelé kancsalit, csak ujjakat olvas 2 m.-re. A szemtükri lelet azóta teljesen változatlan, a mi a papillát és az edényeket illeti. Az utolsó időben azonban mindkét retinában vérömlenyek láthatók, melyeknek keletkezését könnyen meg lehet magyarázni az endarteriitistól.

Az előadott esetekből, melyek az irodalomban közlöttekkel identikusak, láthatjuk, hogy dacára a tartós ischaemiának és az oly sokáig fennálló vakságnak, a prognosis annyiban kedvező, hogy a látás igen tetemes quótája visszatérhet. Mindenesetre feltűnő, hogy a reczeártya oly sokáig tartó vértelensége dacára az idegelemek nem mennek tönkre, a mi annál feltűnőbb, mert mint állatkísérletek mutatják, az ischaemia, az edénygöres nemcsak a retinában, hanem a chorioidealis edényekben is fennáll és pedig tudjuk, hogy a retina külső rétegei: a páleziika és csapréteg, a chorioidealis vérkeringés által táplálthatik.

Mindenesetre érdekes a chinin-amaurosisnál az ú. n. embolia art. centr. retinae körképét szembeállítani, mely betegségnél szintén az ischaemia retinae áll a tünetmenyek központjában. Ott is jellemző az arteriák vértelensége, mely azonban sohasem oly nagymérvű, mint a chinin amaurosisnál. A vérkeringés már néhány nap múlva helyreáll, habár gyengén, de a vakság gyógyíthatatlanul megmarad. Csak azon kivételes esetekben, a mikor az ú. n. art. cilio-retinalis van jelen, marad meg a központi látás. Ebből következik, hogy a kedvezőtlen kimenetel retinalis emboliánál, valamint a functio teljes elvesztése az ischaemia retinae által nem magyarázható meg. Itt még egy másik ismeretlen tényezőnek kell szerepelnie, mert ha az ischaemia az idegelemek gyógyíthatatlan szétesését vonná maga után, akkor ennek sokkal inkább fel kellene lépni a chinin-amaurosisnál, hol a vérelzárás sokkal nagyobb fokú. Hogy melyik ez a tényező, az ma el nem dönthető, ez a jövő dolga marad.

**Grósz Emil:** Nem látszik előtte plausibilisnek ama magyarázat, melyet bemutató az első esetről adott. A mikor az esetet Davidovits Jenő első ízben bemutatta és a „Szemészetben” részletesen leírta, a nuclearis székhely mellett alapos érveket hozott fel; ezzel szemben bemutató azon nézete, hogy az ophthalmoplegia externa oka adott esetben az izmok primaer baja lenne, egy eléggé meg nem okolt hypothesis.

A chinin-amaurosis esetében sem látja az összefüggést eléggé beigazoltatnak s legalább is jogosult ama eshetőség, hogy az optikusok baja az alapbetegséggel, a meningitissel áll összefüggésben, mire a nem említett strabismus convergens is utal.

**Goldzieher Vilmos:** Az első esetre vonatkozólag felszólalót csak a nagyobb agypathologiai művekre utalja, mert elismert tekintélyű buvárok azt mondják, hogy eddig egy támpontot sem találnak arra nézve, hogy ezen functionalis ophthalmoplegia externa localisatioja a nucleosokban volna. Hivatkozik *Monacora* és *Wildbrandtra*, különösen ez utóbbinak „Neurologie des Auges” című művére. Sectioi acut esetekben voltak, idült esetekben pedig a secundaer ophthalmoplegiák anatomikus kifejezése a fasciculusokban volt. Hogy az iris és a sugártest ép, mint kiemelte, a myogen eredet mellett szól, mert a dystrophia muscularis nem támadja meg a sima izomrostokat. *Fuchs* és *Silex* leletei mellette szólnak. (*Grósz Emil* közbeszól: „Ptosis eset volt”). Az emelő izom is az orbitában van, mint a többi: ugyanazon fekvés és eredet, és ha az egyik izom megbetegedhetik, megbetegedhetik a másik is. Tehát *Grósz Emil* ellenvetését nem fogadhatja el; a nuclearis eredetet Mauthner állította fel, de az írásztálnál kórboneztani adatok nélkül.

A második esetre vonatkozólag talán megfelelőbb lett volna, ha előbb tükröl nézi meg (*Grósz Emil* közbeszól: „Elhittem”). Ha meg elhiti, elhiheti, hogy nem volt lobos folyamat, mert a lobos atrophia a nem lobostól megkülönböztethető. Utal a bemutatása kezdetén mondottakra: a ki egy chinin-amaurosis esetet látott, el nem felejtí és képes más atrophiatól megkülönböztetni.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

4254/1902. szám.

Sopron vármegye soproni járásában Nyék (székhely), Haraesony, Alsó-Péterfa, Doborján, Hasfalva és Harka községekből álló, elhalálozás által megüresedett és 722 kor. 20 fillér évi fizetéssel javadalmazott nyéki kórorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

Felhívom ezennel a pályázni óhajtokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám ez évi május hó 14-dik napjáig annyival inkább adják be, mert a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás ez évi május hó 15-dik napján d. e. 8 órákor Nyék községben fog megejteni.

Sopron, 1902. évi április hó 10-én.

3-1

Molnár, főszolgabíró.

1366/1902. szám.

Évi 1200 korona fizetéssel és az ambulans betegektől 40 fillér, a többi betegektől nappal 60 fillér, éjjel 1 korona látogatási díjjal, továbbá a halottvizsgálatért esetenként fizetendő 40 fillérrel és a hússzemle elvállalása esetén a község által megállapított szemledíjakkal javadalmazott megyesegyházai községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Megjegyeztetik, hogy mindaddig, míg a megyesegyházai község egészségügyi körben, melyhez Megyes-Egyháza az elkülönítés előtt tartozott, a jelenlegi orvos működik, annak szerzett jogai az 580/889. sz. belügyministeri rendelet értelmében érvényben maradnak, de ezen megszorítás az orvos fenti javadalmazását nem érinti.

A pályázati kérvények hozzám jövő hó 8-dikáig küldendők el.

A később érkező vagy a kellőleg fel nem szerelt kérvények az ugyanazon hó 12-dikén d. u. 4 órákor M.-Egyházán megtartandó választás alkalmával figyelembe vételű nem fognak.

Az állás május 15-dikén már elfoglalható, június 1-jéig azonban okvetlenül elfoglalandó.

Elek, 1902. évi április hó 4-dikén.

A főszolgabírói hivatal.

## Egyéb üresedésben levő allások.

| Lejárat  | Állás      | Hely                     | Fizetés        | Czím                                |
|----------|------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|
| Apr. 22. | kórorvos   | Szepes-Ófalu (13 közs.)  | 1800 k.        | Mattyasovszky fszb., Szepes-Ófalu   |
| 23.      | "          | Nagybánya                | 1200 k.        | Dienes D. fszb., Nagybánya          |
| 25.      | "          | Hadad (Szilágy)          | 2000 k.        | Kiss fszb., Szilágy-Cseh            |
| 25.      | "          | Ruszkabánya (10 község)  | 1000 k.        | Ruden György főbíró, Karánsebes     |
| 25.      | "          | Nándorhegy (8 k.)        | 1000 k.        | Pálffy fszb., Székely-Keresztúr     |
| 28.      | "          | Somogyvár                | 1200 k.        | Plachner fszb., Lengyeltóti         |
| 29.      | közs. orv. | Oka                      | 1200 k.        | Wolf fszb., Kis-Marton              |
| 30.      | "          | Tinye                    | 1200 k.        | Geréby fszb., Bja                   |
| 30.      | kórorvos   | Szentegyházasi-Oláhfalva | 1200 k., lakás | Demeter fszb., Székely-Udvarhely    |
| 30.      | "          | Etéd (Udvarhely) 12 k.   | 1250 k.        | Pálffy Jenő fszb., Székelykeresztúr |
| 30.      | közs. orv. | Daróc                    | 1200 k., lakás | Benedek fszb., Oklánd               |
| 30.      | p. orvos   | M.-Szilágy               | 2360 k.        | Munk fűrészgár, b.-p.ig             |
| Máj. 1.  | o. orv.    | Komjáth                  | 600 k. és jár. | Igazgatóság Komjáth                 |
| 10.      | kórorvos   | Szenna                   | 1600 k.        | Szakál fszb., Gács                  |
| 10.      | "          | János-Gyarmat            | 2620 k.        | Finka fszb., Garam-Szent-Kereszt    |

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

**Salvator**

kitűnő sikerrel használtatik

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

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Tisztelettel értesitem a t. kartárs urakat, hogy Kézmárszky tanár, udvari tanácsos úr klinikáján több éven át folytatott tanulmányaim után, f. évi május hó 1-én

**Franzensbadban**

fürdőorvosi gyakorlatot kezdek.

**Dr. Cukor Miklós,**  
nőorvos.



# BUTOR

készpénzért v. részletfizetésre legjutányosabb áron  
**EHRENTREU és FUCHS**  
 testvérek  
**BUDAPEST, VI., Teréz-körút 8.**  
 Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

Van szerencsém a t. kartárs urak szives tudomására hozni, hogy több évi **bátfai** működéssel felhagytam és ez idényben már **Franzensbadban** folytatom fürdőorvosi praxisomat.

**Dr. Hasenfeld Oskar**, fürdőorvos,  
 Franzensbadban, Hotel Kreutz.

## Dr. Fries-féle magán-gyógyintézet

ideg-, kedély-, morhium- stb. betegek részére  
**INZERSDORF** Bécs mellett.

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 labororium vezetője.

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

## Dr. Römler-féle sanatorium

tüdőbetegek részére  
 Görbersdorf (Szilézia).  
 Elsőrendű gyógyintézet, remek magas fekvéssel, hegyek között, a modern higiénia valamennyi berendezésével. Magyar segédorvos. Új képes prospektus magyar nyelven is.

Alapított 1878-ban.



Sürgőnyozim:

Keleti J. műszerész, Budapest.

## A t. orvos urak becses figyelmébe.

Betegápoláshoz szükséges eszközök, orvos-sebészeti műszerek, kötszerek, villany-gépek és gummiárak beszerzésére ajánlhatjuk.

## KELETI J. orvos-sebészeti műszergyártó céget

Budapest IV., Koronaherczeg-utca 17., műszergyár: Károlylaktanya.

A cég elvállal teljes kórházi berendezéseket; szállít beteg-szegélyző pénztáraknak sérvkötőket egy évi jótállás mellett és kötszereket legjutányosabb áron, — úgyszintén gyáraknak mentő-szerekreket legújabb előírás szerint.

Tiszti és körorvos urak részére mindenkor raktáron tart teljes boncsoló és amputáló készleteket, igen czélszerűen berendezett tokokban.

**Jegyzet:** Az igen tisztelt orvos urak kényelmére legnagyobb készséggel szállításokat évi számlára fogantatosít, — kezdő orvos uraknak pedig teljes berendezéseket havi esetleg negyedévi részlet-fizetés ellen szállít.

Minden a szakmába tartozó javítások, nickelezések, működőszűrősek stb. fogantatosítatnak és legolesőbban számíttatnak.

Nagy képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

## JÉKEL LÁSZLÓ DR.

min. eng. nyilv. oltó intézete Nagy-Károlyban.

A m. kir. honvédség és államvasutak egyezm. szállítója.

100 egyénre kipróbált oltó anyag 6 korona. Hitel meg- egyezés szerint.

## Gyógyszertár az „ANGYALHOZ”

Budapest, IX., Üllői-út 39.

A magyar kir. tudomány-egyetem gyógyszer-szállítója.

# PURGO

Gyermekeknek a „P. mitior” (0-05) ára 1 kor. Felnőtteknek a „P. fortior” (0-10) ára 1 kor. Fekvőbetegeknek a — P. fortior „Fekvőbetegeknek” — (0-50 p<sub>2</sub>) phthalein-tartalmú tabletták ára 50 fillér. Irodalom és minták ingyen és bérmentve.

## GYÓGYFÜRDŐK A HÁZBAN

mint: lúgsó-, szénsav-, fenyő-, kén-, vas-, lúgvas-, ischli kéniszap-, nauheimi szénsavas lúgsó-fürdő a Dr. Sedlitzky (Hallein)-féle törvényileg védett fürdőtabletták által.

Árjegyzék és minta orvosok és kórházak részére ingyen.

## Vízgyógyintézet „Rudolfsbad” Reichenau

(Alsó-Ausztria).

Bécsből 1 1/2 órányi távolság. Déli vasuti állomás: Reichenau-Payerbach.

Teljesen berendezett intézet. Hydrotherapia, villamos kúrák, gép-gyógyászat, forró légkezelés, szénsavas fürdőkúrák, fenyőfafürdők, homokfürdők, Fango.

Fürdőévad: májustól októberig.

Orvosi vezetőség:

**Dr. M. BITTNER**

és egy segédorvos.

Tulajdonos:

**J. M. Waisnix örökösei.**

## Daruvár fürdő

(Szlavoniában).

Akratoforrások, vastartalmú források és iszap-fürdők. Fango-kezelés. Kiváló gyógyered-mények női betegségeknek, rheumatikus szenvedé-seknél és idegbajoknak.

Közelebbi felvilágosítással szolgál a vezető fürdőorvos:

**Dr. Fischer.**

Vegyi, górcsövészeti 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 transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

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

## TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak, vértörlés, fejfájás, étvágyhiány, epa-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknak, kivált a szülést megelőző, a azt követő időszakban, előnyösen alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekeknek. Semminemű drasztikus alkalmatosságok, mint Aloë, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítv. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A Tamar Indien Grillon Franciaország első tekintélyei által javallatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

**TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.



# 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 kartársainak közreműködésével

SZERKESZTI: HÓGYES 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, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Purjesz Zsigmond: Malariára vonatkozó vizsgálatok. 282. lap.

Lévai József: Bélelzáródások. 285. lap.

Schopf József: Thure-Brandt módszerével kezelt dysmenorrhoea, amenorrhoea és menstruatio tarda esetei. 286. lap.

Pándy Kálmán: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóródájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A tabes dorsalis keletkezése. 288. lap.

Tárca. Úti levél. 289. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* Reuter Camillo: Az elmekörtán haladása. 291. lap. — *Könyvismertetés.* Wilhelm Schuppe: Der Zusammenhang von Leib und Seele. (Schaffer.) — L. W. Weber: Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. (Schaffer.) — A. Broca: Leçons cliniques de chirurgie infantile. (Pólya Jenő.) 291—292. lap. — *Lapszemle.* Általános kór- és gyógytan. Kaiser: A tüdőgümőkór és más gümőkóros folyamatok gyógyítása kizárólagosan kék fénnyel. — Sebészet. Payr: Felnöttek idült csipőizületi ficamodásainak véres repositioja. (Milkó Vilmos.) — Payr: Conservativ műtétek a herén és mellékherén. (Milkó Vilmos.) — Stein: A felső

állesonti daganatok statistikája. (Milkó Vilmos.) — Orr-, torok- és gégebetegségei. — *Schroetter*: Az egyoldali recurrens hűdés eddig még nem észlelt oka. (Tóvölgyi Elemér.) — *Hinsberg*: Az ornyákhártya gümőkórja. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Mori: A malaria prophylaxisa euechinin-  
nel. — A Clin-féle phosphotal- és guajacophosphal-készítmények. — *Luthlen*: A lenigallol. — *Folyóiratok átnézete.* 292—293. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Egyetemi orvoskari hírek. — Az egyetemi orvostudományi karoknál tartandó doktori szigorlatok. — Új kórházi szabályrendelet. — Az 1901/2. tanév pályadíjnyertesei az orvosi karon. — Leyden tanár jubileum 70 éves születésnapján. — Fűrdőorvosok. — Az első orvosi congressus Egyiptomban. — Idegen orvosok és fogászok gyakorlatának megnyitása Fokföldön. — A német természetvizsgálók és orvosok vándorgyűlése. — Gyógyszerárúkereskedés engedélyezése. — Elhunytak. 294. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar tudományos akadémia. 295. lap. — Budapesti kir. orvosegyesület. 295. lap. — Magyar balneológiai congressus. 297. lap. — Közkórházi orvostársulat. 298. lap. — Szegedi orvosegyesület. 299. l. *Melléklet:* Szemészet. 2. szám. Szerkeszti: Schulek Vilmos egyetemi tanár.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Malariára vonatkozó vizsgálatok.

Purjesz Zsigmond tanártól.

(Vége.)

3. K. A. 43 éves koresmáros, carcinoma pylori miatt fekszik XI/12. óta a kórodán. Műtétbe nem egyezik bele. Hideglelésben sohasem szenvedett; lép rendes, úgyszintén hőmérséke, vérvizsgálat negatív. (L. 5. láztábla.)

*Inoculatio*: XI/16. este 6 órakor megcsípi 8 anopheles.

*Decursus*: Hőemelkedése XI/22.-éig nincs; tünetek csupán a gyomor részéről mutatkoznak. E napon hőmérséke minden különösebb tünet nélkül 37.2 °C-ra emelkedik.

XI/23. Reggel hőmérséke 37.2; este 37.9, borzongás nélkül, léptáj nem fájdalmas, lép nem tapintható, tompulatának felső határa 9-dik borda.

XI/24. Reggel láztalan, rosszul néz ki, halványabb. *Vérvizsgálat* d. e. 10 órakor negatív. Éjjel 2 óra tájban hidegrázással kezdődve hőmérséke 38.6°-ra emelkedik, ezután forróság érzete.

XI/25. Reggel hőmérséke 38.4, ez időtől fogva lassan leszáll, d. u. láztalan. *Vérvizsgálat* d. e. 10 órakor negatív, leukocytosis kifejezett.

XI/26. Reggel láztalan. Ebéd után kirázza a hideg, hőmérséke d. u. 6 órakor 40.3-re emelkedik, erős forrósági érzettel. *Vérvizsgálat* d. e. 10 órakor: mérsékelt számú, festéknélküli, amoeboid mozgásban levő, vagy gyűrűalakú parazita található.

XI/27. Reggel hőmérséke 37.7, estére ismét lassan emelkedik s az éj folyamán még mindig magasabbra hág.

XI/28. Reggel hőmérséke 39.1. Beteg ekkor ellenzésünk dacára elhagyja a kórodát, miután 1.5 chinint kapott. Kezelőorvosának Genersich dr. m. tanár úrnak szívesége révén tudjuk, hogy künn ismételt chininadagolásra láza végkép elmaradt.

Később mint halljuk műtétnek vetette magát alá és utána jól érzi magát.

4. M. A. (L. 6. láztábla) 32 éves, munkás neje, XI/18. óta fekszik a nőgyógyászati kórodán carcinoma port. vag. uteri kórismével és észlelhetését Szabó tanár úr szívességének köszönhetjük. Hideglelésben sohasem szenvedett, hőemelkedései nincsenek.

*Inoculatio*: XI/30. d. e. 10 órakor 7 anopheles csípte meg.

*Decursus*: XII/3. Hőmérséke 38.1-re emelkedik. *Vérlet* negatív. Tamponcsere után hőmérséke leesik és így is marad, s XII/10-ig jól érzi magát, úgy, hogy ama kis hőemelkedés kétségtelenül a váladék pangása által volt feltételezve.

XII/10. Reggel hőmérséke 36.8, délben felmegy 38.9-re és estére is csak 37.5-re száll alá. A hőemelkedést heves derék- és végtagfájdalmak kísérik, közérzete általában rossz; herpes labialis. *Vérvizsgálat*: kevés festéknélküli félholdképű.

XII/11. Reggel hőmérséke 36.3. Dél előtt folyamán 1.5 chinint kap és ennek dacára délben kirázza a hideg s estére hőmérséke 39.3-re emelkedik.

XII/12. Reggel hőmérséke 37.5. Ismét 1.5 chinin. E napon és ezután láztalan marad.

5. L. A. 54 éves magánzónő, 10 év előtt 4 hónapig rázta a hideg, mi chininre elmaradt; 9 hónap óta carcinoma vulvae áll fenn, melylyel a nőgyógyászati kórodára vétette fel magát. Naponta vannak 37.3—37.6-ig menő hőemelkedései. (L. 7. láztábla.)

*Inoculatio*: XII/3. Egy anopheles csípte meg délben. Ez időtől fogva XII/14-ig semmi szembeötlőbb változás nem volt észlelhető.

XII/14. Hőmérséke délután felemelkedik 38.3 °C-ra, egyszerűsmind kellemetlen közérzet által kísért derék- és végtagfájdalmak lépnek fel. *Vérvizsgálat*: nagy számban voltak félholdképű

<sup>1</sup> A lázgörbén tévedésből 6-nak van jelezve.



paraziták találhatók. XII/21.-éig chinint nem kap. Vérében félholdak még ekkor nem voltak kimutathatók. E napon kap 1.5 chinint és miután hőmérséke még XII/22-dikén is felemelkedik 39.1 maximumra, ezen a napon újra kap 1.5 chinint, mire hőemelkedései végleg elmaradtak, 24.-én vérvizsgálat negatív.

6. M. J. 69 éves, szőlőmunkás. 1901 október havában febris intermittens quotidiana miatt feküdt kórodánkon, a midőn vérében 3 generatio quartana-parasita volt található. Hőemelkedései ekkor spontan elmaradtak és október 16-dikán túl többé hőemelkedés nem is észleltetett nála. XI/18-dikán emphysemája miatt ismét felkeresi a kórodát. XII/6-dikáig hőemelkedése nem volt, ismételten megejtett vérvizsgálat mindenkor negatív volt. (8. láztábla.)

Inoculatio: XII/6. délután 5 órakor megcsipte 2 anopheles.

Decursus: Két óránként mérve hőemelkedése XII/18.-dikán nines.

XII/12. estve 7—8-kor kapott 0.5—0.5 chinint.

XII/13. délután 5—6-kor 0.5—0.5 chinin.

XII/18. Az éjjel óta nem érzi jól magát.

Reggel hőmérséke 37.2, délből már 39.8, a nélkül, hogy borzongatta, vagy rázta volna a hideg, csak bágyadt, szédül, forró-sági érzetről panaszkodik.

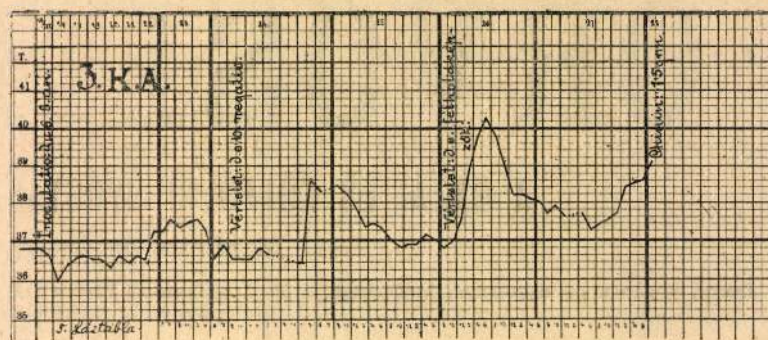
Lép nem tapintható, tompulata a 8-dik borda felső szélén kezdődik. Vérvizsgálat: könnyen lehet festéknélküli, amoeboid-mozgásban levő félholdképző parazitákat találni; félholdak nincsenek.

Délelőtt 10 órakor kap 0.2 chinint bőr alá fecskendezve, d. u. 1.0 chinint per os.

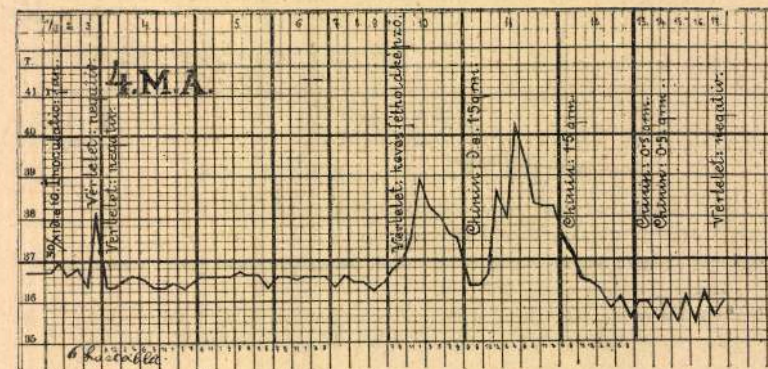
XII/19. Láztalan estig. Délelőtt kap 1.0 chinint, de ennek daczára éjjel kirázza a hideg, hőmérséke felmegy 39.2-re és még a XII/20. megejtett vérvizsgálatnál is kapni néhány félholdképző parazitát.

XII/20. Újra kap chinint. Ezentúl hőemelkedései nincsenek és vérében többé nem lehet parazitát találni.

A mellékelt táblázat az esetek lefolyását könnyen áttekinthető alakban nyújtja és abból a következőket vonhatjuk le:



5. Láztábla.



6. Láztábla.

nem elegendő annak eldöntésére, hogy vajjon így módon eszközölt inoculatioval szemben található-e embernél a fertőzéssel szemben immunitás.

3. Egyetlenegy ilyen anopheles szűrése is elegendő arra, hogy a maláriát addig ép emberbe átoltssa.

| Név, kor és kórisme                  | Mikor és hány szunyog által történt az inoculatio                    | Melyik maláriás betegről szívták a szunyogok vért | Mikor volt az első hőemelkedés | Az incubatio tartama | Láztípus                              | Az inoculatiótól számítva hányadik napon voltak a vérben paraziták találhatóak | Milyen parasita volt az inoculatióknál található |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1. Z. P. 38 éves. Tabes dorsalis     | XI/3. — 3 anoph.<br>XI/4. — 6<br>XI/5. — 30<br>XI/13. — 16           | Kurinecznétől                                     | XI/12                          | 9 nap                | Tertiana maligna? Quotidiana subintr. | 12. napon                                                                      | Félholdképző paraziták                           |
| 2. L. F. 18 éves. Hystero-epilepsia. | XI/6. — néhány<br>XI/7. — 5<br>XI/9. — 5<br>XI/11. — 4<br>XI/12. — 2 | Kovácsnétől                                       | XI/16.                         | 10 nap               | Tertiana maligna                      | 12. "                                                                          | "                                                |
| 3. K. A. 43 éves. Carcinoma pylori.  | XI/16. — 8                                                           | Kovácsnétől                                       | XI/22.                         | 7 nap                | Quotidiana                            | 10. "                                                                          | "                                                |
| 4. M. A. 32 éves. Carcinoma uteri.   | XI/30. — 7                                                           | Kurinecznétől                                     | XII/10.                        | 11 nap               | Quotidiana                            | 11. "                                                                          | "                                                |
| 5. L. A. 54 éves. Carcinoma vulvae.  | XII/3. — 1                                                           | Kurinecznétől                                     | XII/14.                        | 11 nap               | Quotidiana                            | ?                                                                              | "                                                |
| 6. M. A. 69 éves. Emphys. pulm.      | XII/6. — 2                                                           | Kurinecznétől                                     | XII/17.                        | 11 nap               | Quotidiana                            | 11. napon                                                                      | "                                                |

1. Eseteink bizonyítják, hogy az anopheles claviger, ha maláriás betegnek továbbfejlődésre képes félholdakat tartalmazó véréből szívták s kellő viszonyok közé kerül, egy bizonyos idő múlva szűrésevel képes addig ép emberben maláriás megbetegedést előidézni. Ezt bizonyítják a létrejött megbetegedéseknél észlelhető intermittáló hőmenet, lépnagyobbodás, maláriás szín, főleg pedig a vérlelet és a chinin prompt hatása.

2. Összesen hat esetben történt részünkről az inoculatio és a malária minden esetben kifejlődött. Eseteink száma azonban

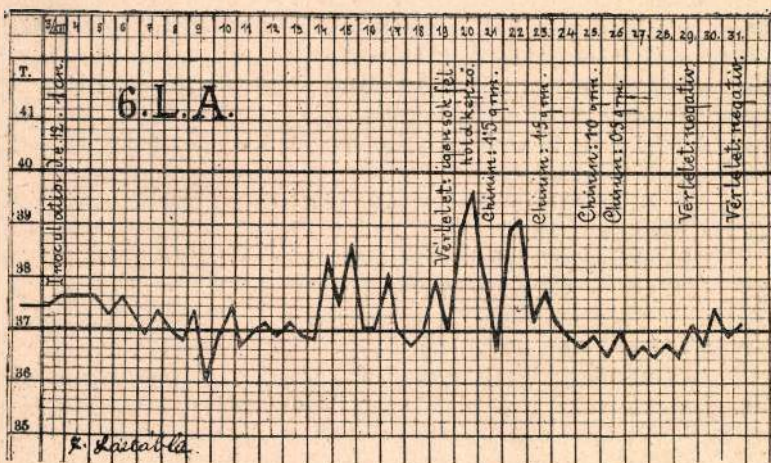
<sup>1</sup> A lázgörbén tévedésből 7-nek van jelezve.

4. Eseteinkben, melyekben az inoculatio használt anophelesek félholdképző parazitákkal (plasmodium praecox) inficiált beteg véréből szívták, az incubatioideje 7—11 nap között ingadozott. Eseteinkben tehát sem oly rövid, sem oly hosszú (2—4—14) incubatiót nem észleltünk, mint aminőt Bastianelli és Bignami maláriás betegek vérének közvetlen befecskendezése által nyertek.

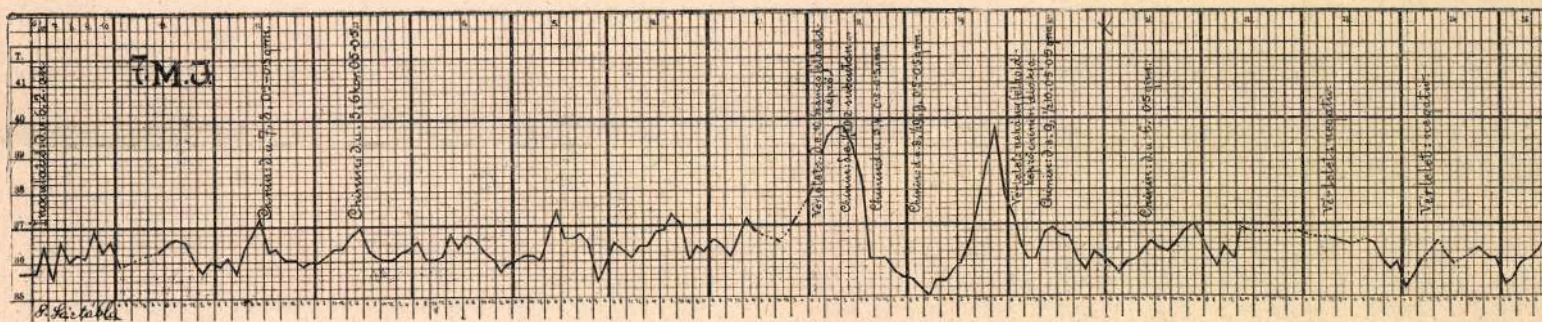
Ezek után legalább is kétes értékűek lesznek az olyan adatok, mint a minöket Herz említ, midőn elmondja, hogy egy moesár mellett rövid ideig (fél óra) tartózkodva, azonnal rosszul érezte magát és néhány óra múlva lázrohamot kapott. Úgy a mi esetünkben, mint azokban, melyekben a vér közvetlen lett



átolva, észlelt incubatio időszaka a mellett szól, hogy a szervezetbe jutott sporozitáknak mindenesetre szaporodniuk kell, hogy a szervezetet észrevehetőleg beteggé tegyék. Ez másképp nem is lehet. Ha meggondoljuk, a miről mikroszkopos vizsgálattal meg is győződhetünk, hogy a legerősebben inficiált anopheles nyálmirigye is, szemben az ember összes véréhez, mily csekély számú sporozitot tartalmazhat és ha másfelől tekintetbe vesszük, hogy nem egyszer már az első, de mindenesetre a 2–3-dik kifejezettebb hőemelkedés alkalmával a peripheriás vérben is mily könnyen találhatók a parasiták, úgy fel kell hogy tűnjék amaz aránytalanság, mely a beoltott sporoziták száma és a már első hőemelkedéskor található parasiták száma között fennáll.

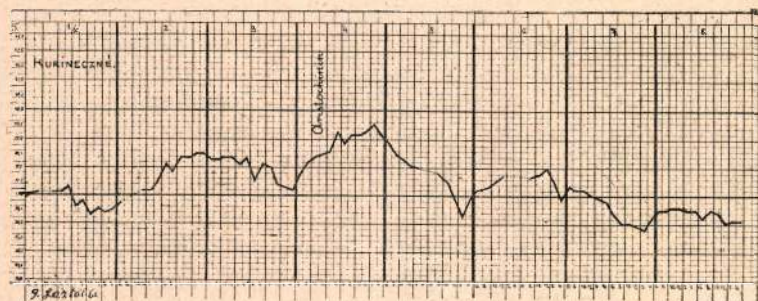


7. Láztablea.



8. Láztablea.

5. Ezen felfogás helyessége mellett látszik szólni ama körülmény is, hogy eseteink egyikében sem kezdődött a betegség azonnal magas hőemelkedéssel és jól kifejezett rázóhideggel, hanem a hőemelkedés intenzitása és extenzitása csak fokozatosan növekedett és ezzel karöltve súlyosbodtak a többi tünetek is.



9. Láztablea.

6. Eseteink nem szólnak határozottan a mellett, hogy az incubatio rövidebb, vagy hosszabb tartama lényegesen csupán a csipetésnél szerepelt anophelesek számától függne, noha azt, hogy ez alól extrém esetekben kivételek elő nem fordulhatnak, nem mernők kizárni. Igaz ugyan, hogy 1. Z. P. és 2. L. T. kísérleti egyének, kik legtöbb anopheles által szúrattak meg, aránylag csak 9, illetve 10 napi incubatiót mutatnak, szemben a sokkal

kevesebb anopheles által megcsipett 4. M. A. és 6. M. J. (7, illetőleg 2), vagy a csupán egy anopheles által megcsipett 5. L. A. esetekkel, kiknél az incubatio 11 napot tett ki; de viszont itt van a 3. K. A. kísérleti egyén, ki csupán 8 szunyog által csipetett meg, tehát jóval kevesebbel, mint a két első eset és incubatioja mégis csak 7 napra terjedt. Ezekből — természetesen, mint az ily kevés esetből vont következtetésnél másképp nem is lehet — kellő fentartással arra lehetne gondolni, hogy

7. Az incubatio tartama bizonyos mértékben talán a szunyog által megszárt egyén individualitásától is függ.

8. Az incubatio tartama alatt az inficiáltaknál semmiféle subjectív tünet nem volt észlelhető.

9. A lép nagybodása némely esetben már előbb ki volt mutatható, semmint hőemelkedések lettek volna észlelhetők; viszont máskor a hőemelkedés már jó ideje fennállott a nélkül, hogy a lép nagybodása kimutatható lett volna.

10. Az anophelesek által inoculált malária klinikai jellege ép olyan volt, mint a minőt észleltünk azoknál a maláriás betegeknél, kiktől a szunyogok a vért szívták. Több évi tapasztalat és számos eset megfigyelése alapján tudjuk, hogy nálunk is úgy mint másutt, hol ily félholdképzők előfordulnak, ilyen megbetegedések nem a tipikus hidegrázással, forrósággal és izzadással járó rohamok alakjában jelennek meg, hanem heves fej-, derék-, végtagfájdalmak, gyomor- és bél-tünetek, nagy elesettség által kísért, hosszan elnyúló, rövid intervallumok által félbeszakított rohamok alakjában. Ilyeneket észleltünk úgy azokban az esetekben, melyektől az anophelesek inficiálódtak, mint azokban, melyeknél a malária oltás által lett előidézőve.

11. Külső körülmények gátoltak minket abban, hogy a beoltott egyének hőmenetét és a náluk észlelhető többi tüneteket gyógyító beavatkozás nélkül hosszabb megfigyelés tárgyává tegyük,

a mi pedig okvetlenül szükséges lett volna annak a kérdésnek elbirálására, hogy vajjon az inficiált anophelesek számától függ-e a láz typusa, a láz és egyáltalán az infectio súlyossága? vagy pedig talán inkább azon parasiták fajától, melylyel a szunyogok fertőzve lettek.

Mi csupán félholdképző plasmodium praecox-szal inficiált szunyogokkal rendelkezünk és így a kérdéshez már e miatt is csak óvatosan szólhatunk; mindazonáltal úgy tűnik fel nekünk, mintha azon két egyénnél, kiknél az inoculatio több alkalommal és jóval több szunyoggal történt, mint a többinél, t. i. 1. Z. P. és 2. L. T.-nél, a lázmenet és ezzel karöltve a többi tünetek is súlyosabbak lettek volna, mint a többi esetekben. Az ellenállóképesség csekélyebb volta ez esetekben annál kevésbé jöhet szóba, mivel ezek a kísérleti egyének voltak aránylag a legjobb erőbeli állapotban.

E kettőnek hőmenete hosszú, 36 óráig is elhúzódó hőemelkedésével és rövid, majdnem csak 1–2 óráig tartó apyrexijával nagyon emlékeztet azon súlyos maligna tertiana esetek hőmenetére, minők olyan tájakon észlelhetők, hol a súlyos malária otthonos, míg a többi betegek hőmenete inkább quotidiana typust mutat.

Mi, kik a félholdképző parasiták két fajtát sem a betegek vérének sokszoros vizsgálata, sem több ízben megejtett léppunctio, sem néhány bonczleletből merített tapasztalat alapján megkülönböztetni nem tudjuk, ezt feltűnőnek nem tarthatjuk.

Sajnáljuk, hogy a két beteg közül, kiktől az átoltás céljából a szunyogok által vért szívattunk, csak az egyiket,



Kurinecznét észlelhetjük hosszasan. Nála néha egy-egy recidiva alkalmával maligna tertianára emlékeztető lázmenetet észleltünk (l. 9. láztábla). Azt mondhatná tehát valaki, hogy 1. Z. P. kísérleti egyénél azért észleltünk ilyen maligna tertianára emlékeztető hőmenetet, mivel olyan szunyogok által csipetett, melyek Kurinecznétől szívtak vért. De ezen ellenvetés ellen felhozhatjuk egyrészt azt, hogy 2. L. T. kísérleti egyénél szintén ilyen hőmenetet észleltünk, ámbar ő kizárólag Kovácsnétől inficiálódott szunyogok által csipetett, Kovácsné pedig az anamnesis szerint kiűn, valamint bent a kórodán is mindennapos hideglelésben szenvedett, valamint utalhatunk a 4—5—6-dik kísérleti egyénre, kik mindannyian Kurinecznétől inficiálódott szunyogok által csipettek, mégis csak quotidiana typust mutattak, ezek tehát az 1. Z. P.-től csakis annyiban különböznek, hogy ugyanazon szunyogfajból kisebb számmal csipettek meg. A mi eseteink már csak azért sem értékesíthetők ezen kérdés végleges eldöntésénél, mivel különösen pl. modium praecox-sal történt infectio-nál az első napokban a lázmenet nem szokott határozott typust mutatni; a gyógykezeléssel pedig könnyen belátható okokból tovább várni nem akartunk.

12. Inoculáltjaink vérében minden esetben félholdképzők voltak kimutathatók, tehát ugyanazon alakok, mint a minők a szunyogok infectiojára használt maláriás betegek vérében voltak találhatók.

13. Inoculáltjaink vérében a legelső 1—2 hőemelkedés alkalmával maláriaparasitákat nem, csupán kifejezett leukocytosist találtunk. Meg vagyunk azonban győződve, hogy e körülmény semmi esetre sem magyarázható oly módon, mint ezt Schwalbe gondolja, hogy t. i. a parasitáknak tartott alakok nem okai, hanem következményei volnának a maláriának, hanem e körülmény abban a nagy aránytalanságban találja magyarázatát, mely a parasiták összes száma és a vörös vérsejtek összes száma között még az első hőemelkedések alatt fennáll, mely miatt még kitartó kereséssel sem voltak a parasiták feltalálhatók.

Az sem lehetetlen, hogy a miatt nem sikerült a parasitákat az első hőemelkedések alkalmával feltalálni, mivel e parasitafaj szeret a belső szervekbe húzódní és így annál kevesebb kerül a peripheriás vérbe. Léppunctiot pedig e célból nem akartunk végezni.

14. Érdekes a táblázatban felsorolt 6. M. J. esete. Ez t. i. abból a célból, hogy megtudjuk, vajjon a praeventive adott chinin képes lesz-e a betegség kitörését megakadályozni, az incubatio időszaka alatt ismételve kapott chinint; lázrohama azonban mindamellett az összes jellegzetes tünetekkel ugyanazon módon lépett fel, mint azokban az esetekben, melyek ilyen praeventiv célból chinint nem kaptak.

Igaz, hogy ez csak egy eset, és ha egy ilyen eset nem jogosít is fel arra, hogy a szokásos praeventiv chinin-adagolás felett pálcázát törjünk, úgy mégis kell hogy gondolkozóba ejtsen az ilyen módon és célból alkalmazott chinin használat szemből, ha meggondoljuk, hogy annak hasznosságát — eltekintve a recidivák kikerülése szempontjából adagolt chinin hasznosságától — rendszerint olyan esetekkel bizonyítják, melyekről az, hogy tényleg inficiálva lettek volna, bizonyítva nincs és legfeljebb annyit lehet róluk mondani, hogy az infectio lehetőségének ki voltak bizonyos mértékben téve. Nem lehetetlen, hogy szerencsésebbek lettünk volna, ha a chinint az incubatio későbbi szakában adtuk volna.

### Bélelzáródások.

Irta: Lévai József dr. műtőorvos, az „általános munkás-betegsegélyző pénztár“ kórházának főorvosa.

Alig van kóros állapot, a melynél a beteg életben maradása az orvos tudásától, gyors és erélyes beavatkozásától annyira függne, a melynél a kezelés annyi felelősséggel járna, mint a bélelzáródás. Azért az ilyen esetek mindig érdekesek és tanulságosak, de különösen akkor, a midőn a bélelzáródás nem külső, könnyen felismerhető és hozzáférhető sérvben történt, hanem a midőn az elzáródás helyét és minőségét a tünetekből kell előbb megállapítani, a midőn a műtét kérdésének eldöntése is nehezebb és a műtét módját is esetről-esetre kell megválasztani.

Az „általános munkás-betegsegélyző pénztár“ kórházában az 1901-dik év folyamán a következő idevágó esetek kerültek műtetre.

\*\*\*

#### *Hernia inguino-properitonealis bilocularis incarcerata.*

L. J. 69 éves asztalosnak körülbelül 20 év óta van kétoldali lágyéksérve. A baloldali az évek folyamán többször kiszorult. Kétszer orvos helyezte vissza, máskor saját maga. 1901. január 5-dikén este vétetett fel a kórházba. Reggel székletét közben rosszul lett, hányt, azóta émelygést, hasában nagy fájdalmakat és csikarást érez. Reggel óta szelek nem távoztak.

A herezacskó mindkét oldalán csak a here- és az ondósinór képletei tapinthatók. A jobboldali lágyékesatornán egy ujjal könnyen be lehet hatolni, köhögéskor bél ütődik az ujj csúcsához. Bal oldalon is egy ujj könnyen hatol át a lágyékesatornán, a csatorna belső nyílása felett két ujjnyira körülbelül ökönyi resistens képletet lehet homályosan tapintani, a mely felett tompult a kopogtatási hang.

A bélelzáródás kétségkívül tüneteit en masse redukált sérvre vonatkoztattam.

Schleich-féle helyi érzéstelenítés után, a melynek segítségével a beteg a fél óráig tartó műtétet kitűnően tűrte el, a lágyékesatornát feltártam és a metszést a lágyékesatorna irányában felfelé meghosszabbítottam.

Kitűnt, hogy kettős sérvtömlő van jelen. A sérvtömlő megvastagodott nyaka a lágyékesatorna belső nyílása felett két ujjnyira foglalt helyet. Innen egy két ujj számára átjárható nyílás a lágyékesatornán át a herezacskóba lógó üres, kissé megvastagodott falú és az ondósinór képleteivel több helyen összenőtt tömlőbe vezetett. Egy másik, kis ujj számára átjárható nyílás, gyermekököllyi vékonyabb falú tömlőbe száradzott, a mely felfelé és kifelé a hashártya és fascia transversalis között helyeződött el és ezektől elég könnyen elválasztható volt. Ezen második sérvtömlőben egy 12 cm. hosszú bélkaes foglaltatott, a mely a tömlő szájadékánál szorosan lefűződött. A lefűződésből felszabadulván, a kizáródva volt bélkaes gyorsan elvesztette szederjes vörös színét és két-három meleg nedves mullecompress alkalmazása után a lefűződési barázda is halványabb lett, úgy hogy a belet visszahelyezhettem. Mindkét sérvtömlőt a közös nyaki részzel együtt kiirtottam, a peritoneumot zártam, a lágyrészeket Bassini szerint egyesítettem. Subcutan bőrvarrat.

Másnap reggel ricinus-olajra bő ürülés, szelek távoztak. Következő nap reggelén a hőmérsék 38°40 C., a beteg sokat köhög, nyugtalan, a jobb tüdő alsó részleteiben kezdődő hypostasis jelei. Ez okból a beteget felültettem és azontúl napközben állandóan ült. A seb zavartalanul gyógyult egy kötés alatt. A beteg 1901. január 31-dikén hagyta el a kórházat. 1901. november 2-dikán alkalmam volt meggyőződni a felől, hogy a heg szilárd, vonalas.

Göbell legújabb összeállítása szerint a sérvnek betegemnél leirt alakja eddigelé 69-szer észleltetett, 67-szer férfinál és csak kétszer nőnél. Legtöbbször bilocularis és jobboldali volt.

A sérv ezen szokatlan alakjának létrejvetelét eszemben úgy lehet magyarázni, hogy a gyakori, olykor erőszakos visszahelyezések alkalmával a sérvtömlő eredeti nyaka magasabbra került. Innen kiindulólág kifelé és felfelé új kitüremkedés képződött, míg az eredeti sérvtömlő a borékban megmaradt.

A Schleich-féle helyi érzéstelenítés ez esetben nemesak a fájdalomtanság szempontjából vált be, hanem azért is, mert a koros, gyenge egyén, a mint a műtét után fellépett hypostasisból következtetni lehet, a narcosist aligha heverte volna ki.

#### *Ileus hernia foraminis ovalis incarcerata folytán.*

A hernia foraminis ovalis vagy obturatoriat Arnaud de Ronsil 1720-ban fedezte fel. Thiele néhány év előtt csak 26 esetet tudott összegyűjteni, legújában Schmiedt H. 105-öt szedett össze. Ezek közül 43 operáltatott, 7 gyógyult. Rendszerint csak kizáródott állapotban, műtét nélkül vagy bonczolatnál kerül felismerésre. Így pl. Berger a párisi Centralbureauban sérvkötő végett jelentkezett 10,000 sérves beteg közül csak egynél ismerte fel.

V. M. 44 éves, korán öregedett, rosszul táplált soroksári asztalos 1901. július 14-dikén reggel szállítottatott a pénztár kórházába. Előtte való napon délelőtt rosszul lett, azóta sem szék,



sem szél nem távozott tőle, sokszor felbőg, többször hányt, az utolsó hányadék bélsárszagú volt.

A beteg igen elesett, hőmérséke 36,4, érverése 100. A herezacskó jobb felében almányi, puha, könnyen visszahelyezhető szabad sérv. Lágyékesatornában és környékén, valamint a sérvék egyéb megjelenési helyein semmi rendetlenség sem észlelhető. A has egyenletesen puffadt, tompulat, resistentia sehol sem mutatható ki. Gyomormosás, magas bélbeöntés daczára a bélzáródás tünetei továbbra is megmaradtak, a többszöri bélsárhányás és fokozódó meteorismus a bélzáródás művi megoldását sürgették.

A lágyékesatorna belső nyílásától körülbelül két ujjnyira felfelé és befelé egy ponton a beteg állandó fájdalma körül panaszkodott, a fájdalom nyomásra fokozódott. Az is feltűnt, hogy a beteg jobb alsó végtagját a csípő- és térdizületben meghajlítva és addukálva tartotta és ha ezen helyzetből a végtagot kimozdítottuk, a fájdalom fokozódásáról panaszkodott. Mindezekből azt tettelem fel, hogy az elzáródás helye a jelzett helyen van. Az ileus eseteiben a középnyalban szokásos laparotomia helyett a lágyékesatornán át hatoltam be, feltárván a csatornát és a metszést körülbelül 10 cm.-re meghosszabbítván. A lágyéksérv tömlőjének megnyitása után egy teljesen összeesett és egy puffadt kékes-vörös bélkaes került elő. Ez utóbbit a sebhe akarván vonni, a húzásnak ellentállott. Ezen bélkaes mentén előrehaladva kitűnt, hogy a szeméremesont vízszintes ága alatt szűk nyílásban a bélkaesnak egy körülbelül 7 cm.-nyi részlete kettősen incarcerationálva van. További húzás közben a lefűződött bélkaes kiszabadult, mire a beszorult részlet feletti puffadt kacsok azonnal összeestek. A széles, erősen belövelt lefűződési barázda is gyorsan visszanyerte fényét, úgy hogy a zárlat ezzel meg volt oldva. Az incarceration helyét a foramen ovale tünt ki, a melyen át a peritoneumnak egy 3½–4 cm. hosszú, keztyűujjhoz hasonló tasakja nyomult be a canalis obturatoriusba. Ezen tasakot előre vonván, a lágyéksérv tömlőjével együttesen kiirtottam. A foramen ovalének külön varratokkal való elzárásától a nehéz hozzáférhetőség és a beteg erőtlenségére való tekintettel elállottam. A lágyékesatornát Bassini szerint zártam, subcutan bőrvarrat.

A beteg hőmérséke este 38,2, gyakran bőg, émelyeg. Másnap ricinus-olajra bő ürülés, azontúl láztalan, zavartalan gyógyulás. A sebész per primam gyógyult. A beteg augusztus 10-dikén gyógyultan ment haza.

A Schleich-féle érzéstelenítés ez esetben is kitűnően bevált. Igaz, hogy a műtét csak 25 percig tartott.

Megjegyzem még, hogy a hernia obturatoria jellegzetesnek mondott *Houshup-Romberg*-féle tünetet, erős fájdalmaikat, esetleg paraesthesiát a csomb belfelületén betegemnél nem észleltem.

#### Volvulus.

P. M. 65 éves, foglalkozás nélküli egyén, 1901. szeptember 2-dikán kizárt sérv diagnosissal küldetett a kórházba. 8 év óta van jobb oldalán lágyéksérv, a mely a sérvkötő alatt gyakran kicsúszott, s a melyet saját maga vissza szokott helyezni. Előtte való napon vacsora után hasgörcsöket kapott, azóta háromszor hányt, köldöke táján fájdalmaikat érez.

Hőmérséke 37,0, érverés 90, nyelve bevonat, közepén száraz. A herezacskó jobb felében két ökölnyi szabad sérv, melynek bennéke a hasüregebe könnyen visszahelyezhető. Visszahelyezés után a lágyékesatornán két ujj könnyen behatol. A has mérsékelt puffadt, feszes, felette a kopogtatási hang dobos. Délután magas beöntésre kevés szék, ismételt beöntésre még egyszer valamivel bővebb ürülés. Másnap reggel a hólyagból Nelatonnal másfél liter vizelet ürített ki. Hőmérséklet 36,5, pulsus 96, az arcz beesett, a nyelv szárazabb, szelek nem távoztak, a has puffadtabb, állandó csikarás és fájdalom a köldök táján, gyakori hányásinger. A bélzáródás képe kifejezett és művi megoldása sürgőssé vált.

A has felett mindenütt dobos volt a kopogtatási hang, kivéve a jobb lágyékesatorna belső nyílásától felfelé és befelé körülbelül 3 ujjnyira egy gyermektenyéryn timer helyet, a hol a kopogtatási hang tompult és a has nyomásra érzékeny volt. Mivel a has egyebütt nyomásra nem volt érzékeny és a bélzáródásnak okát másutt nem találtam, mivel jobb oldalon nagy sérv volt jelen, a melyet a beteg gyakran visszatolt, így az ileus keletkezése napján is: nagyon sok okom volt

feltételezni, hogy a bélzáródás helye a leirt tompulat helyén van. Középvonal helyett ismét a lágyékesatornán át való behatolásra határoztam el magam, a midőn az is hozzájárult elhatározásomhoz, hogy ha okadatolt feltevésem beigazolódnék, könnyebb lesz az elzáródásnak megoldása és a mennyiben azt a sérv okozta, az ok is egyben és véglegesen elhárítható lesz.

Tekintettel a betegnek kényesebb természetére és a has puffadt voltára, a műtétet chloroformnarcosisban végeztem.

A sérvtömlő nyakából kiindulva megnyitottam a hashártyát. Összeesett vékonybelek toltak elő, majd egy puffadt bélkaes. 4 cm.-re a lágyékesatorna belső nyílásától felfelé, befelé és hátrafelé kis ökölnyi tömöttebb gócot tapintottam, a melyet a 3½ cm. hosszú vékony bélkaesből álló volvulus alkotott. A volvulus úgy jött létre, hogy egyik vékonybélkacsnak egymással párhuzamosan haladó két szára egymással kereszteződött, az így keletkezett hurokszerű képlet visszacsapódott és ebbe belenyomult a vékonybélnek a kereszteződés előtti részlete. A volvulus könnyű szerrel volt megoldható. A volvulusban foglalt bélkaes két szára- nak kereszteződési helyén éles vonallal volt megjelölve a lefűződött kékes, belövelt részlet és a szomszédos ép részlet közötti határ. A lefűződött részlet gyorsan visszanyerte ép színét, a felette levő bélkacsok gyorsan lelohadtak. A vastagfalú nagy sérvtömlőt összenövéséből kifejtettem, kiirtottam, a lágyékesatornát Bassini szerint zártam. Subcutan bőrvarrat, Zeisl-suspensorium.\*

(Folytatása következik.)

## Thure-Brandt módszerével kezelt dysmenorrhoea, amenorrhoea és menstruatio tarda esetei.

Schopf József dr. buziási fürdőorvostól.

Midőn évekkkel ezelőtt Thure-Brandt módszerét és gyógytornáztatát ennek egyik volt tanítványától elsajátítam, igen sceptice hallgattam előadásait és demonstratioit, mondhatom majdnem kelletlenül végeztem az oda- és elvezető ellenállási mozgások gyakorlását, a massage-t, végbélfelhúzást, nyújtást. Mint újság érdekelt ugyan, de az eljárástól mint gyógyfactortól keveset vártam. Egy majdnem négy évtizedre kiterjedő orvosi gyakorlat alatt sok mindenféle modern eljárással és szerrel ismerkedtem meg, melyeket ismét a lomtárba raktam, hogy a régiekhez visszatérjek. A mi bizalmamat e módszerhez emelé, az egy Thure-Brandt módszere szerint kezelt, már 2 éve fennálló, de gyógyuló félben levő prolapsus ani et vaginae volt. Ezen két esetet volt tanítóm (Dr. F. Kumpf. Wiener kl. Wochenschrift 1889. 36., 37. sz.) nekem és többeknek demonstrálta. Az eredmény meglepő volt. Kumpf dr. oly rajongással és tisztelettel szól Thure-Brandtról és gyógyeljárásának sikereiről, hogy várva vártam az alkalmat, hogy azt alkalmazhassam és kipróbálhassam. Az alkalom csakhamar kínálkozott.

Egy magtalan betegem igen fájdalmas dysmenorrhoeában szenvedett, a görcsök, melyek a vérzést megelőzték, oly nagyfokúak voltak, hogy hányingert kapott s erőltetés folytán a conjunctiva és az arcz hajszáledényei itt-ott megrepedezvén, ecchymotikus helyek képződtek.

Az ismert szerek egész scáláját, a mindenféle klysmák és forró borogatások applicatioját végig használta, de zsongításon kívül több eredményt nem ért el és e kínos állapot hónapról hónapra ismétlődött úgy, hogy a nő kedélyhangulata mindinkább deprimált lett. Megvizsgáltam újra tüzetesen, de semmi feltűnő abnormitást vagy kóros állapotot, a honnan állapotára következte- tét vonhatnék, nem találtam. A bal petefészkek kissé érzékenyebb volt, mit ama rossz szokásnak tudok be, hogy székelését késlelteti s ezért néha 2–3 napi székrekedésben szenvedvén, a ligamentum latum és az ovarium nyomásnak és következményeinek van kitéve.

Thure-Brandt módszere szerint a vért az anyaméhhez vezető ellentállási mozgásokat végeztettem naponta. Azon nézetből indulván ki, hogy a görcsöket jelen esetben a nem elegendő erős vérnyomás

\* Bassini-féle gyökerező sérvműtét után a legnagyobb gonddal alkalmazott kötés alól is gyakran kicsúszik a herezacskó, a mi az ondósinór vongálását, esetleg leztorítását, a here megduzzadását stb. eredményezi. Részemről minden Bassini-féle műtét után a kötés fölé alkalmazott sterilizált Zeisl-féle suspensoriumba helyezem el a herezacskót. Ezzel a jelentéktelennek látszó kötésmóddal betegemtől sok kellemetlenséget távol tartok.



idézi elő, t. i. a vérnyomás ez esetben csak congestiot idéz elő, mely a véredények falaira nyomást gyakorol ugyan, de nem elég erőset, hogy ezeknél mihamarabb rhexis álljon be. Négy heti mindennapos tornázás és tapotement után beállott a remegve várt menstruatio és pedig oly csekély moliminálkkal, hogy a nő le sem feküdt, hanem dolga után ment. Azóta állandóan jól érzi magát s hébe-hóba a tornázást folytatja.

Ezen eset felbátorított s kezdtem a dolog lényegével behatóbban foglalkozni.

Már ma, rövid 2 évi gyakorlás után a szép számú, részint gyógyult, részint javult dysmenorrhoea és amenorrhoea eseteken kívül még más (parametr. exsud.) kórosatok casuistikájával is rendelkezem.

Thure-Brandt nézete, az hogy bizonyos fokozott izomfeszítésekkel és mozgásokkal vért vezethetünk és elvonhatunk az anyaméhtől és függelékeitől, s ezen nézetből kiindulva mozgásait (Widerstandsbewegungen) oda- és elvezető ellentállási mozgásokra osztályozza. Sokféle ily mozgása közül csak a leghathatósabbakat választottam ki és alkalmaztam (mert 2—3 más irányú mozgásnál ugyanegy eredményt érünk el).

Thure-Brandt elve továbbá:

1. Ha az anyaméh nagy, de a havi vérzés csekély, úgy kezdetben ennek könnyed, később erősebb massage-a tornázás nélkül alkalmazandó.

2. Nagy anyaméhnél, bő, profusus vagy hosszantartó vérzéssel könnyed massage használható elvezető ellentállási mozgásokkal.

3. Kis anyaméhnél (többé-kevésbé atrophikus) tetemes vérzésekkel: lehető könnyed massage, elvezető mozgásokkal.

4. Kis anyaméhnél csekély vérzéssel: könnyed massage, oda-vezető ellentállási mozgásokkal.

5. Menorrhagiánál (eltekintve polypustól és nagyobb myofibromáktól) mindig könnyed massage elvezető mozgásokkal alkalmazandó.

Az elvezető mozgások 3—5 térdösszenyomással végződnek (a fekvőbeteg felhúzza lábszárait és szétteszi — mint a kömeteszénél —, medenczéjét felemeli, a tornázó orvos pedig a térdet a beteg ellentállásával összeszorítja, ezután a beteg az orvos ellentállásával szétteszi). Mindezen mozgások mindenesetre kevésbé zavarólag hatnak az idegrendszerre, mint phenacetin, antipyrin, nitroglycerin, morphiun, tinct. castor., tinct. valer. stb. bevétele, még akkor is, ha a tornázás nem épen hibátlan volt.

*Dysmenorrhoea.* Okai elég ismertek (méhelhajlás, cervix szűke, metritis, endometritis, uterus infant., némelyek a salpingitist, ophoritist és masturbatiót okolják). Legújabbán Fliess az orrkagyló bizonyos részének (az alsó kagyló) duzzadásában véli a bajt feltalálni s cocainnal való ecsetelést ajánl.

A mozgások mindig a betegség okaihoz alkalmazandók.

Világos az, hogy a vér annál könnyebben és hamarabb tör magának utat, mennél nagyobb mennyiséggel feszíti a véredények falát. Ezen elvet szem előtt tartva, még oly esetekben is célt érünk, a hol az anyaméhnyak szűk, főleg a hol congestiós állapotok folytán fejfájás van jelen hideg végtagokkal, velejáró göresös fájdalmakkal és derékfájással. Az eddig használatban volt és javalt szénsavas aczélfürdők, melyek közül hazánkban Buziásfürdő régi idők óta első helyet foglal el, könnyítettek ugyan e bajon, de nem eredményezték ama kívánt sikert, melyet tőle a rendelő orvos és a beteg elvárt. Ezen kimondásom igazolására szolgáljanak alanti kórtörténetek és tapasztalataimon alapuló megfigyeléseim.

Két hölgyismerősöm évek óta dysmenorrhoeában szenvedett s a házi orvos Buziásfürdő ismételt használatát ajánlotta. Mindkét nő kezelése alá került. A rendelő házi orvos beleegyezésével Thure-Brandt-féle ellentállási mozgásokat végeztem, még pedig fényes eredménnyel. *Brunting* stockholmi tanár szerint a tornázó orvosnak a tornázás alatt, mivel ő adja az ellentállási erő nagyságát, „csak érezni szabad”. Szerinte még egy rossz gymnasta is sikerrel működhetik, „mert az eljárás lényege már magában jó”.

Szolgáljon egy pár kórtörténet az alkalmazott mozgásokról tájékoztatásul.

B. R. 17 éves. A jól kifejtett leány eléggé jól táplált, sima, fehér, sápadt bőrrel, conjunctivával, szájszájpir hiányzik. Jugularisban zörej,

végtagok hűvösek, 24 R<sup>o</sup>-nál fázik, burkolódzik, mindig bágyadt, csekély étvágygyal elég jól emészt. Székelés rendes. Tüdő, szív, gyomor, lép, máj egészséges. Havi baját 14½ éves korában kapta, azóta ki-kimarad 2—3 hóig, de fej- és derékfájás, valamint étvágytalanság, álmatlanság jelzi az időt, midőn a havi bajnak be kellene állnia. Különben, ha meg is jó derékfájással, úgy az csekély hússzínű váladék volt.

Mintegy fél év óta, ismeretlen oknál fogva, havi baja beáll rendszeren, azonban oly derékfájdalmakkal és göresökkal, hogy hányinger és hányás jelentkezik. Ezen állapot órákig tart. Sorra használta az ismert szereket, melyek némileg csillapítólag hatottak is, de a jövő havi bajnál minden a régienél volt.

A vizsgálat csak külsőleg volt megengedve, a hasfal feszültebb, fájdalmas pontokat nem találtam.

Azon feltevésekből kiindulva, hogy az anyaméh kiesi izomzata elégtelen anyagcsere folytán csekély, gyenge, per analogiam a chlorosisnál alkalmazott gyógyérvágásokkal, az anyaméhhez vért vezető ellentállási mozgásokat végeztem, azonkívül 26 R<sup>o</sup> aczélcálorisatorfürdőt 3—3 nap után egy napi szünettel, ¾ liter József-forrásvizet 3 részletben, reggel fél liter tejjel, délből húst téstával, egy deciliter vörös borral, este fél liter tejet lágy tojással felváltva rendeltem.

Az ellentállási mozgások kissé eltérőleg Thure-Brandt-étől ezek valának:

A tornázó Thure-Brandt-féle nyugágyon félig ülő helyzetben nyugszik.

1. Az orvos a térdék fölé teszi kezét s ezzel azokat a nyugágyra rögzíti. A tornázó felül (kezeinek használata nélkül) és lassan lefekszik (3—5-ször).

2. Czomb és alszár felhúzása (orvos az alszárt a boka felett fogja, s a térdén felül laposan tenyerét a czombra teszi) orvos ellentállásával, kinyújtás a beteg ellentállásával 3—5-ször.

3. A felhúzott és egymáshoz simuló térdék szétnyomása felváltott ellentállással, ismét összeillesztése a medence emelésével. Egyike Thure-Brandt legerősebb, s véleménye szerint leghathatósabb mozgásainak.

4. A tornázó hátrafele egy szék- vagy zsámolyülésre ráteszi lábhegyét, kezeit fel egy széken álló orvosnak nyújtván, a kézizület felett kölcsönösen erősen átfogják egymás alkarját. Erre a tornázó az orvos ellentállása mellett lassan a térdére ereszkedik, mely helyzetből a tornázó ellentállása mellett az orvos elsődleges állásába felhúzza; felváltva jobb s bal lábbal 3—5-ször ismétlődő (fárasztó).

5. A tornázó 2 rúd vagy ajtó közé áll, feje magasságában megfogódzik, fejét hátra hajlítja. Az orvos a tornázó derekára teszi támaszként szabad kezét, a másikat a megfelelő oldal czombjára a térdén felül. A tornázó az orvos ellentállásával térdét felhúzza s ellentállással lenyomni engedi (felváltva 3—5-ször).

Ezen mozgás a tornázónak és orvosnak legfárasztóbb s azért óvatosan és csekély ellentállási erővel kezdendő.

6. A tornázó erős topanásokkal, mintha lábaival valamit össze akarna zúzni, törni, vagy egy helyben, vagy a szobában fel s alá jár (3—5-ször).

7. Térdhajlás lábujjhegyen állva csipőre tett kezekkel.

8. Karkörzés gyorsan a vállizületben kinyújtott karokkal.

9. Tapottage és pedig a félig ökökre zárt, de rugalmasan tartott újjakkal.

A tornázó vállmagasságban kinyújtott karral valami támaszt fog, lábujjait befelé forgatva áll. Az orvos bal kezével a beteg altestét támasztja s a fent leírt tartású jobb kezével mindkét oldalon az első ágyékesigolyától a crista ilei féle 5—6 rugalmas ütést mér. Erre 5—6 ily ütést lefelé a fancesontig, erre néhány dörzsölő mozdulatot tesz.

10. A tornázó fenti állását megtartja, az orvos hátrakerül és újjait kinyújtja s rugalmasan tartva, kisujjainak széleivel vagdaló ütéseket mér a nyakszirtról le a keresztcsontig fokozatos erővel akként, hogy a 3 újj mintegy ráesve a kisujjra, a vagdalásnál ennek súlyát növeli.

Ezek volnának a vért az anyaméhhez vezető mozgások.

Ügyelni kell 1. a tornázó beteg erejének nagyságára, 2. hogy az ellentállás kifejtése alatt ez izmait egyenletesen feszítse, ne göresösen, 3. nyugodtan vegyen lélekzetet és pedig az orrán át, 4. egyes mozgások között szünet tartandó, 5. a szív működése ellenőrizendő.

Minden tornázó kezdetben — nem az ellentállás nagysága, de a szokatlan mozgások folytán — elfárad, sőt következő nap izomfájdalomról is panaszkodik, de ez pár nap után elmúlik.

Az arcizmok megfigyelendők, mert ezek rögtön elárulják,



ha a tornázó túleröltöti magát, a minek nem kell, de nem is szabad megtörténnie.

A tornázónak és az orvosnak oly együttesen kell működnie mintha egy izomzat működne.

Betegem eleintén nem igen szívesen végző gyakorlatait, de már 8—10 nap múlva kedélyhangulata vígabb, többet bír járkalni, étvágya fokozatosan emelkedik, a harmadik hét végén, daczára, hogy bőven vacsorált, alig várja reggelijét. Meglepve látom, hogy ajka, arca pirosodik és többé nem fázik. Ötödik héten beállott havi baja fájdalom nélkül, kielégítő mennyiségben és minőségben. A leányka 3-5 kiloval gyarapodott.

M. L. 31 éves. Mint serdülő leány, a bal hüvelykujj metacarpus csontcariése folytán operáltatott, fürdőzött, különben meglehetősen és tartós egészséggel örvendett. 3—4 év óta havibaja mindinkább erősbödő göresökkal rendetlenül áll be, hol kimarad, hol pedig kevés mennyiségű vérzéssel jön meg. Sokat szenved fejfájásban, mindig fázik, kezei, lábai nyirkos hidegek. Étvágya gyenge, álma zavart, székelés késlelt.

Az elég erős, izmos és jól táplált nő arczbőre sárgáshalvány, koránál idősebbnek látszik. Tüdők, szív, hasüri zsigerek épek. Bal oldalt a méhtől nyomásra érzékeny, kellemetlen érzés.

A végbélén át megejtett belvizsgálatnál a rendes fekvésű és nagyságú anyaméh kitapintható vala. Itt is, mint előbbi betegemnél, az anyaméhhez vért vezető ellentállási mozgásokat alkalmaztam 26° R aczélfürdővel, belsőleg cascara sagrada-pastillákat.

Különös, hogy e betegem, daczára elég jól kifejezett és nem petyhüdt izomzatának, oly gyenge volt és oly hamar fáradt, hogy 4—5 gyakorlati nap után vala csak lehetséges a mozgások sorrendjét és az egyes mozgások számát szaporítani. Öt hét multán a gyakorlatokat hibátlanul és fáradtság nyoma nélkül végzé.

Itt is szembetűnő volt a javulás. Kedélye vígabb, közérzete jobb, étvágya fokozatosan javult, nagyobb sétákra képes, mélyebben és huzamosabban alszik a kevésbé fázik.

A hatodik hét elején hivatása elszólította, de utókúrául ajánlottam, hogy a szabad mozgások közül még huzamosabb ideig a 6., 7. és 8. pont alatt leirtakat otthon is folytassa, még pedig 3—4 nappal a reményelhető havi baj beállta előttig. Azonkívül ugyanez idő alatt hideg vízzel locsolja meg lefekvés előtt könnyedén czombjainak belfelületét és szeméremtestét rögtön lezárással. A kapott jelentések kielégítettek, mert a nő fájdalmai megszűntek s általában jól érzi magát.

O. G. 17 éves, sugár termető, gömbölyű arczú, meglehetősen jól táplált, gyenge csontalkatú (pect. carin.) leányka, kezei, lábai hosszúak, vékonyak, kicsinyek.

Az anyaméh anteverzióban. Érzékenység sehol sincs daczára, hogy rossz szokása folytán coprostasisban szenved. Havi baját 15 éves korában kapta s ez idő óta rendetlenül jelentkezett, de oly mennyiségű, hogy utána mindig hetekig gyenge volt. Szédült, s néhányszor görcsei is voltak. Az alkalmazott szerek könnyítettek ugyan, de nem segítettek. A beteg képes 14 óráig egyhuzamban aludni, hamar fárad, de nem épen vérszegény. A szívhangok tiszták, de a rythmus nem egyenletes, a mit a lezajlott duphteritis vagy a könnyebb fokú gyógyult izületi csúsz maradványának tudok be.

A szívnek arythmiája lassú és fokozatos erőfejlésre készítetett.

Az anyaméhtől vért elvonó, elvezető ellentállási mozgásokat alkalmaztam, 2—2 napos aczélfürdővel és csekély ivókúrával.

Ezen mozgások következők valának:

1. A tornázó félig ülő vagy fekvő helyzetben van a Thure-Brandt-féle nyugágyon vagy masszálópadon. Az orvos a pad végéhez áll s a könyökizületben meghajtott alkarokat a kéztől felett átfogja, ugyanígy és ugyanott átfogja a tornázó az orvos alkarját. Az orvos a tornázó ellentállásának legyőztével a karokat a fej fölé kiegyenesíti, erre a tornázó karjait az orvos ellentállásának legyőzésével a kiindulási helyzetbe le- és visszahúzza. Itt nagyon ügyelendő hogy az adandó ellentállás túlnagy ne legyen, és hogy a tornázó ne göresösen, rángatva, szakadozva izmaival dolgozzék, valamint hogy nyugodtan vegyen lélekzetet (3—4 szer).

2. Az orvos kezét a tornázó nyakszirtjére teszi, a tornázó ebbe belefekszik s nyakát megmerevítve, kis ellentállással felültetetik s ezután az orvos ellentállásával visszafekszik (3—5-ször).

3. Térdszénnyomás; itt az orvos adja az ellentállási erőt, az összenyomásnál a tornázó (3—5-ször).

4 = második mozgás.

5 = első mozgás.

6. Tapottement és dörzsölés.

7. Térdhajlás.

A leányka étvágya napról napra fokozódott, sokat sétál, víg, a szív működése rendesebb, csak minden 30—32 contractio után rövid pausa, 2—3 gyorsabb szív lökessel. Leveleiben örvendő tudósít, hogy eddig dolgai jól mennek.

P. F. 29 éves. A több mint sugár, inkább gyenge testalkatú, rosszul táplált, különben vérszegény, de ép szervezetű nő panaszkodik, hogy göresökkal fellépő, s a mellett csekély mennyiségű havi baja folytán képtelen hivatalát ellátni s máris azon fokon áll, hogy kenyerét veszti, ha rajta segítve nem lesz.

A végbélén át megejtett vizsgálatnál az anyaméh kicsi, kemény

voltáról győződtem meg, fekvése rendes, nyomásra sehol fájdalmas érzés, a jobb medenczében a vakbél tájának megfelelően egy tenyérnagyságú keményebb, nyomásra kellemetlen érzéssel reagáló hely. A hasfalak vékonyak, feszebbek, az izomzat satnya, állandó székrekedés, renyhe bélmunka, étvágy meddő. Többi szervek rendesek. Kezelés: 27° R aczélfürdő 3—3 nap után egy napi szünettel, 0,5 liter tej reggel, délből sült hús és tészta, este egy pohár sör és pecsenye. József-forrás vizéből 150 gramm reggeli után, ép annyi 4—5 óra között a séta alkalmával.

Itt naponta az anyaméhhez vért vezető ellentállási mozgásokat végeztem.

Igen lassan, hosszú szünetekkel és fokozatosan valék képes az egyes mozgásokat háromszor egymásután végezni. Eleintén sehog sem birt az izmok göresös és rángató összehúzódaírói leszokni, de már az 5—6. gymnastikai órában meglehetősen egyenletességgel birt háromszor egy-egy fajta gyakorlatot végezni. 10 nap múlva vígabb lett, sétálgatott három órát is, jó étvágygyal költé el ebédjét s már egy déli második pohár sörről is álmodozott, midőn a 16. napon valami be nem vallott étrendi hiba miatt igen acut bélhurutot kapott, mely öt négy napig az ágyhoz kötö. A jobb oldalt észlelt keményedés teljesen eltűnt s tájéka tapintásnál, nyomásnál nem volt érzékeny.

További gyógykezeléstől el kellett állnia, mert a beteg három heti szabadsága lejárván, hivatalát át kellett venni. Utolsó levelében arról értesít, hogy kitünően érzi magát, 4,5 kilot hízott s fájdalmai azóta nem voltak. Otthon a szabad mozgásokat folytatja.

Mi cél vezette Thure-Brandtot, midőn vért az anyaméhhez vezető és ettől elvonó mozgásokat rendelt? Körülbelül ugyanaz, a mi az orvosokat indítja, midőn 40° melegvízbeöntéseket, scarificatiokat, nadályokat, forró vagy jégborogatásokat, ólomsúly-rárákást, hashajtókat rendelnek.

Miként képzelhette Thure-Brandt a vérelvonást? Akként, hogy az anyaméhtől távolabb eső izmokat (kar-, mell- és hát-izmokat) szokatlan, ismételt és erőltetett munka által congestionalta és itt a vérkeringést fokozta, vice versa, a medence, a lábszárak, valamint a hasizmok erőltetett munkája által a fluxiot lefelé terelte s ezáltal ideiglenes vérbőséget idézett itt elő.

Azonkívül még oly izmokat is késztet a kis medenczében nehezebb munkára, melyeknek rostjai az anyaméh fekvésére s a hüvely hordképességére befolyással vannak.

Riess (D. med. Wochenschr. 1892. 18.) azon meglepő eredményt észlelte, hogy a vagina hőmérséke elvezető mozgások után kisebb, mint ezek előtt.

Hogy mily meglepő gyógyeredményeket érünk el Thure-Brandt massage-ával és nyújtásával parametritis chron., oophoritis, peri-oophoritis, kisebb ovariumtumork, lezajlott peritonitis, deviatikok stb. eseteiben, arról tanuskodnak Profanter, Schauta, Schulze, Preuschen, E. Braun, Nagel, Kreisel, Ziegenspeck, Prochownik. Kumpf Brandtnak egykori tanítványa azt írja, hogy „mégis csodálatos, mennyire sceptice áll még ma is e kipróbált és bevált technikával szemben a máskülönb tudományosan gondolkozó és ítélő orvosok nagy része“. Hasonló értelemben nyilatkozik Ziegenspeck is.

Igen melegen ajánlom a gynaekológiával foglalkozó vidéki kartársaim figyelmébe ez eljárást. Próbálás — tanulás.

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

A tabes dorsalis keletkezése.

Irta: Pándy Kálmán dr. kórházi főorvos B.-Gyulán.

(Folytatás.)

Nézzük másodsorban, ninc-e a hátulsó kötelek lokalizált degeneratioja a septumokkal összefüggésben. Ezt erősíti Minnich több ízben is a gerincezvelőnek anaemia pernicioza folytán fellépő súlyos, nem hydropikus degeneratiojánál: „Wir sehen allerdings, wie die hellen Streifen und Felder . . . vorzugsweise im Ausbreitungsgebiete des Septum intermedium und an den kürzeren Keilstrangsepten lagen“ (i. m. 20), továbbá: „Gemeinsam war nur die rein anat. Seite an diesen Herden, das heisst Beziehungen zu den Septen und den darin geborgenen Gefässen“.

Mégis Minnich maga sem tudja magyarázni azon ellenmondást, hogy míg néha a főseptumokat határoló rostok is degeneráltak, máskor a kisebb septumok mentén is ép rostok maradnak, s főképp nem érthető az, hogy a hátulsó kötelek II—III-ad rangú septumai mentén igen kifejezett degeneratio lehet, a nélkül, hogy a velőköpeny többi részének ugyanily jelentőségű septumai mellett degeneratio lépett volna fel. A 10. lapon említi, hogy a felső



dorsalis velőben a septum posticum, tehát egy elsőrendű septum mentén degenerált rostok vannak, míg a septum intermediumot, tehát egy másodrangú septumot, bár nem is teljesen, de átlag ép szegély határolja. A 46. lapon foglaltak még határozottabban igazolják, hogy a degeneratio sem nem a septumokból, sem nem az erekből indul ki: „Die entstandenen Lücken klaffen überall und werden noch nicht durch sclerotische Vorgänge im Stützgerüste geschlossen. In diesem letzteren sieht man kaum Kernvermehrung oder Fibrillenbildung, nicht einmal in der Nähe der Gefässe, welche durchweg verändert sind. . . Eine Erklärung, die uns einigermaßen befriedigte, ist auch hier wiederum nicht möglich.“

Elég különben Minnich rajzait megtekintünk, ezek maguk is mutatják, hogy a degeneratio nem követi a septumokat, hanem hol az erősebb, hol a gyengébb septumok mentén jelentkezik, minden rend nélkül oszolva el, egyszer a septum irányában, máskor azt keresztezve, ismét máskor a septumokkal viszonyba egyáltalán nem hozható alakban, minden rendszeresség nélkül okozva a rostok elfajulását vagy hagyva érintetlenül azokat.

Magam súlyos arteriosclerosisnál szintén láttam a septumok megvastagodását s ez annyira kifejezett volt, hogy a gerincevelő makroszkopos nézésénél is jól szembejött, annyira, hogy az arteriosclerotikus gerincevelők Müller-féle folyadékból kivéve, septumai túltengéséről is felismerhetők voltak, mégis a hátulsó kötelek degeneratioja csak olyan volt (a mi az idegrostok elfajulását illeti), mint azon hydropikus gerincevelők, melyek septumai teljesen épek voltak. Ugyancsak az arteriosclerosisnál daczára annak, hogy a velőköpeny minden részén hypertrophizáltak a septumok, a degeneratio mégis feltűnően a hátulsó kötelekre volt lokalizálva.

Bullock<sup>3</sup> a gerincevelő hyalin degeneratioját írta le; esetében a velődegeneratio legelőrehaladottabb a hátulsó kötelekben, de a septumok elfajulásával arányos velőszétesést a gerincevelő többi részeiben nem találunk, s úgy látszik, hogy esetében is septumdegeneratio s velőszétesés teljesen különálló, össze nem függő elváltozások.

Tabeses hátulsó kötélelfajulásnál is durvábbak, vastagabbak lesznek a septumok, de semmi bizonyítékunk nincs arra nézve, hogy a velődegeneratio a septumok elfajulásának volna következménye, mert a septumok degenerálhatnak velőszétesés nélkül s fordítva: nagyfokú velőszétesés mellett a septumok degeneratioja igen esekély fokú is lehet. Minnich leírása bármily gondos s tetőzetős is különben, nem biztosít arról, hogy a degeneratio a kötőszövetben (támasztószövet: Mihalkovics) s nem a velőben kezdődött, s nem szabad elfelednünk, hogy a velőszétesést nyomban követi az interstitiumoknak túltengése. Gowers<sup>11</sup> mondja: „Everywhere the new growth of connective tissue proceeds chiefly from the pre-existing tracts, vessel-walls etc. . .“ tehát a Minnich-féle képek, a nélkül, hogy a causalitást vagy a causalis nexus sorrendjét eldönténék, érthetők.

Harmadik lehetőség a gerincevelői hátsó kötelek elfajulási mechanizmusánál az, hogy előidéző ok gyanánt a gerincevelői, specialisan a hátulsó köteleket körülvevő burkok gyulladásának a velőre áttérjedése, vagy a gerincevelőt körülvevő s a burkok által közvetített nyirkáramlás szerepelnek. Ezen nézet első képviselői voltak Lange és Takács. Kisérjük figyelemmel, hogy a szövettani vizsgálatok, az összes hátulsó kötélmegbetegedéseket tekintetbe véve, minő eredményeket adnak.

Hydropikus degeneratioknál magam a gerincevelői burkok jelentős túltengését egyetlen esetben sem láttam. Említettük, hogy arteriosclerosisnál az interstitiumok általában szaporodnak, ez azonban a gerincevelőnek egész peripheriájára kiterjed, s mégis a degeneratio túlnyomóan vagy csakis a hátulsó kötelekben van kifejezve; insuff. valv. bicusp. eseteiben a gerincevelői burkok teljesen épek voltak s a degeneratio csak oly erős volt, mint arteriosclerosisnál. Minnich sem találta a burkok elváltozását sem a hydropikus degeneratioknál, sem a sokkal súlyosabb anaemia perniciosus 6. esetében\* leírt velőelfajulásnál. Tuzcek, Walker ergotismusnál, Tuzcek pellagránál a hátulsó kötelek súlyos degeneratioja mellett a burkokat teljesen épeknek találták. Magam fentebb

írtam le meningomyelitis luetica egy súlyos esetét, hol a meninxek s a hátulsó kötelek degeneratioja közt szintén teljes incongruentia volt. (Lamy Bourges-t idézi, ki streptococcus-toxin befecskendezése után az idegelemek elfajulását találta a meninxek s ezek elváltozása nélkül.)

Ezenkívül tudjuk azt, hogy meningitisek igen súlyos eseteiben is a hátulsó kötelek épek maradnak. Nageotte idézi Raymond-nak egy idevágó igen érdekes esetét. „Dans ce cas la lésion piele, ancienne, scléreuse était véritablement énorme, et pourtant il n'y avait qu'une vague raréfaction diffuse dans les cordons postérieurs“.

Mindezek nyomán megnyugtató biztossággal állíthatjuk, hogy a hátulsó köteleknek úgy könnyebb, mint súlyosabb degeneratioi a gerincevelő-burkoktól teljesen függetlenek.\*

Ennek daczára azonban Obersteiner és Redlich, továbbá Nageotte s ezen szerzőket követve mások is a hátulsó kötelek tabeses degeneratioját a gerincevelőburkok lokalizált (a hátulsó gyökereket illető) megbetegedéséből származtatják. Obersteiner s Redlich szerint a túltengő piagyűrű szorítja le illetve körül a hátulsó gyökereket azok belépési helyén, míg Nageotte szerint a pia, illetve arachnoidea túltengés nem a gyökerek belépési helyén, hanem attól távolabb, a ganglion spinale s gerincevelő között lévő részen foglal helyet. Obersteiner s Redlich szerint a piagyűrű hegesedő túltengése maga még nem magyarázza a hátulsó kötelek specialis elváltozását, hanem számba kell venni a hátulsó gyökerekhez tartozó erek arteriosclerosisát is. Hivatkoznak ezen utóbbi pontra vonatkozólag Otto-ra, ki arteriosclerosisnál a nervus opticus degeneratioját találta. 1897-ben azonban már maga Redlich lényegesen módosította első álláspontját: „Der Untergang der Nervenfasern der hinteren Wurzeln an der Eintrittsstelle dürfte in seltenen Fällen durch eine Meningitis mit Schrumpfung, Infiltration der Wurzeln selbst, Druck und Fortpflanzung von Entzündungsvorgängen von Seite veränderter Gefässe an der Eintrittsstelle der Wurzeln und s. w. bedingt sein.“

Ezen nyilatkozat után úgyszólván nem is volna szükséges, hogy a Redlich-Obersteiner-féle, a szerzők egyike által is csak ritka esetekre alkalmazott theoria megvitatásával bővebben foglalkozzam. Mégis, mivel ez a magyarázat a legújabb s legelfogadottabbak közül való, felsorolom az ellenérveket.

Nageotte, Massar s Philipp, Obersteiner s Redlich-hel szemközt azon ellenvetést támasztották, hogy az ezen utóbbi szerzők által leírt elváltozás műtermék, mely a gerincevelőnek Müller-féle folyadékban való keményítése s zsugorodása folytán állott elő. Bizonyos mértékben ezt maga Redlich is megengedi, mondván: „In kleinen Nuancen mag das Bild durch die mit der Härtung einhergehende Schrumpfung geändert werden, aber das ganze als Kunstproduct zu erklären, geht nicht an.“<sup>41</sup> Ezen engedménnyel szemben Nageotte leírásából kitűnik, hogy a gerincevelővel együtt kivett s ahhoz rögzített gerincevelőn a pia sima s a hátulsó gyökerek belépési helyén összeszűkülést (Einschnürung, rétreissement) nem mutat. Ugyancsak Nageotte tapasztalta, hogy a fixálás nélkül keményített gerincevelő 3 nap alatt 32–35 cm. távolságból 3½, illetve 2½ cm. zsugorodást mutat. Tévedésekre alkalmasnak látom különösen azon szokásos eljárást, hogy a gerincevelőt körbe hajtva teszzsűk el s csak pár hét múlva ejtjük a bemetszéseket. (Már ezelőtt 10 évvel láttam Berlinben H. Virchow-nál, hogy ő a gerincevelőket mindig hosszú üvegben suspendálva keményíti; ez bizonyára exactabb eljárás.)

(Folytatása következik.)

## T Á R C Z A.

### Úti levél.

(Münchentől Nizzaig.)

1902. márczius.

Szomorú emlékekkel hagytam el Münchent, a hol utolsó útjára kísértük ki a derék embert és a nagy tudóst: Ziemssent.

Szerette és szívből sajnálta őt mindenki, a ki csak hosszabb ideig érintkezhetett vele.

München, ez a kedves, tiszta művészváros annál többször felújult

\* Csúpán a 6. esetében említi: „Die Pia ist im Bereiche der Banddegeneration leicht verdickt, noch mehr die Subpia.“ 77.

\* Hasonlítsd össze továbbá Redlich adatait. Monographia. 1897.



emlékezetemben, mennél nagyobb volt az ellentét az utána látott városok és azoknak kórházai és egészségügyi viszonyai között.

Tirol és Dél-Tirol üdítő levegője után Verona és Milano volt az első állomás. Ez utóbbról érdemes néhány szóval megemlékezni, mert hiszen Olaszország legnagyobb kereskedelmi városa.

A mi az orvosnak itt legelőször feltűnik, az a nem épen nagy tisztaság. Különösen a kisebb utcákra áll ez, a melyek határozottan piszkosak és sötétek. Itt a lakások sem valami egészségesek. Az utcák kövezete legtöbb helyen rossz. A Viale di P. Venezián és egyebütt végigfolyó nagy csatornák sötét, szinte fekete vize, nyáron aligha terjeszthet valami kellemes illatot.

A városnak úgy látszik nem sok gondot okoz a tisztaság hiánya.

Egészen hozzáálló ezekhez a higienikus viszonyokhoz a városi nagy kórház, a Hospitale Maggiore. A kép, a mely szemembe tűnt a kórház meglátogatása alkalmával, meglepő volt. Új és szokatlan volt az nekünk, a kik a kórházakban a csendhez, rendhez és tisztasághoz szoktunk, új ez mind, a mit itt látunk.

Régi, igen nagy udvarral bíró kórház ez. Messziről feltűnt a kapun beözönlő tömeg; azt hittem, eltévesztettem az utat és a vásárcsarnokba jöttem, nem a kórházba. Délelőtt 10 óra volt, úgy látszik látogatási idő. A kórtermek tömve voltak látogatókkal, a kik minden néven nevezhető ételneműt behoztak ide. A Strachino di Milano szaga összevegyült itt a narancs illatával, nem tudom milyen épülésére a betegeknek.

A berendezés a leprimitív, a tisztaság épen nem megfelelő, a modern berendezés pedig még a képzeletben sincs meg.

Zsivaj, lármá, ismétlem, mintha vásárcsarnokban volnánk, a melyik különben szomszédos a kórházzal. Egy betegágyat öt-hat látogató is körülvevett. Orvossal nem találkoztam, pedig sok kórtermet bejártam, de egyebütt lehettek elfoglalva.

Egy szóval az első olasz kórház nem tett reám kellemes benyomást, persze ebből nem lehet a többire is következtetni.

Ezek után jól esett az a nyugalom és csend, a mi a régi egyetemi városban, Páviában fogadott.

Csak még néhány szóval érintem Milano higienikus viszonyait. Sajnos, Bordoní Uffreduzzi professzorral nem volt alkalmam találkozhatni. Központi intézete nincs a higienének, azt a jövő évre szándékoznak felállítani.

Semmi esetre sem kerülhet el az Olaszországban utazó figyelmét a nyílt pissoire. Ez nem higienikus, épen nem aesthetikus és erkölcsi tekintetben sem valami magasztos. A prostitutionak is eléggé nagy tere van itt Milanóban, sok a visszaélés, a mi érthető, tekintve az ideözönlő idegenek nagy számát, az olasz, francia leányok hanyagságát és kapzsiságát.

Az ipari hygiene sem tökéletes ugyan, de legalább annyiban jó, hogy alig látni itt pinczehelyiségekben üzleteket s a pinczehelyiség maga is kevés. Mindenki nyitott, aránylag szellős helyiségben dolgozik. Annál inkább figyelembe kell ezt vennünk, mert épen Milanóban a legelterjedtebb a socialismus és a hevesvérű olaszok sokszor kikelnek soruk ellen, nem épen jogtalanul. Milano fekvését illetőleg, a város sík helyen épült, semmi vonzó nincs a környékén, legalább közvetlen a város körül. A legszebb része a Foro Bonaparte és Porta Sempione környéke, hol a város legnagyobb kertje van.

Erdő nincs sehol, a mint tudvalevő, hogy egész Olaszországban kevés az erdő. Minden olasz lakóra 0.13 hektár erdő esik, tehát a legutolsók közé tartozik. Arról felesleges szólni, hogy ez mennyire nem kedvező az ottani higienikus viszonyoknak.

Páviában az első utam Golgihoz vezetett. Ugyanebben az intézetben van a bakteriologiai, bonczani intézet is. Bár nem különös, de megfelelő berendezés. Itt készítik a mindenfelé elküldendő serumot; ennek megfelelőleg is elég jól berendezett.

Golginak érdekes, az idegtan körébe vágó előadását meghallgattam, sajnos, még a felét sem értettem. Ebben az intézetben dolgozott valamikor Apáthy is. Az ő készítményeit is láttam a sok szép idegkészítmény között, a mit szívesen mutattak meg.

Ugyancsak itt láttam a Bécsben készült centrifugáló gépet, valami Csokor nevűtől, a melyre épen a magyar név tett figyelmessé. Egyáltalán az olasz assistensek végtelenül udvariasak; a lelkükre kötöttem, hogy most már el ne mulasszák a budapesti kórházak és klinikák megtekintését. Ezzel eltávoztam ebből a kis egyetemi városból, melynek szintén nem tartozik a főerényei közé a tisztaság, sem a lakásainak a tulajdonságai közé a világosság.

Az egyetemi kórházakat nem tekintettem meg, miután erre nem igen bízattak és inkább a Certosa di Pavia megnézésére fordítottam az időt.

De még e mellett az újkori renaissance legszebb emléke mellett is kísért a hygiene kezdetlegessége, mert a gyönyörű épülettől nem messze nem épen kellemes volt az illat.

Úgy látszik nemzeti tulajdonsága az olaszoknak: a piszkosság.

Ugyanez a kifogás áll *Genuának* egy részére, különösen a kikötővárosra és az azt környékező szűk, sötét utcákra, a mi annál inkább feltűnő, mivel a házak roppant magasak, napsugár alig hatolhat ide. Itt mindenütt a leprimitív az egészségügy.

Genua legszebb részei a Via Palestro, a Corso Solferino és még feljebb a C. Paganini, egészséges, szellős helyek, a város legmagasabb helyén. (Via di circonvallazione al monte.) Telve van e hegy villákkal, örökzöld fákkal, narancssal és pálmákkal. A kilátás a tengerre igen szép.

Egyáltalán Genua két részre osztható, a melyek közül a régi az alacsony helyen fekvő városrész.

Ez egészségtelen, régi házakból áll, míg a másik, a magas hegyen, egészséges, kellemes, szép hely. Amaz a szegény nép lakása, emitt a vagyonos osztály lakik.

Több igen szép pálmaligetből álló park, néhány szép, köztük még csak épülőfélben levő utca, emelik Genua érdekességét, a melyet az előtte elterülő tenger úgyis oly látogatott, jelentékeny várossá emelt.

Meglátogattam az egyik poliklinikát. Ettől is elkéstem, azaz itt is csak délután öt óráig vannak rendelőrák, így csak az üres szobákat láthattam. Az épület szép, egészséges helyen van.

A vásárcsarnok említésre méltó. Nyílt hely, oszlopokon nyugvó tetőzettel, szép, egészséges, könnyen tisztítható. Ez volt a legszebb vásárcsarnok, a mit eddig láttam; nemcsak egyszerű és izléses, a mellett nem egyéb egy nyílt oszlopcsarnoknál. Persze ilyen csak az örökké derűs genuai ég alatt lehet építeni. Szerettem volna még itt Genuában néhány iskolát is meglátogatni, de ehhez már nem maradt időm, különben még Milanóban megtekinthettem egy külvárosi, nem épen elsőrangú iskolát, a melyik eléggé jó berendezésű volt. Az iskola-termek ablakai tágas, csendes, kerttel ellátott udvarra nyíltak és kiemelem, hogy nyíltak, mert rendesen nyitva vannak, az osztályok elég tágasak; a padok, bár kopottak már, de megfelelő modern készítésűek. A kis tanulók, a kik *salutalea* fogadják a bejövőt, egészséges színűek és értelmes arcúak.

Mindezt igen szívesen, nagy készséggel mutatta meg az igazgató, bár én nem voltam talán elég háládos, a mikor őszintén megmondtam, hogy az abort és pissoire nem megfelelő, a mire ő azután összezdíta az iskolaszolgát. Mégis szívesen vettünk egymástól búcsút.

Genuát, ezt az érdekes, bizzar várost elhagyva, nem fárad el a szem a gyönyörű táj bámulásában, a magas sziklahegy tetejére épített régi várak szemléletében. Alattuk a morajló, végtelen távolba enyésző tenger a legridegebb stóikust is lekissé teszi. Csupa nyaraló, narancs-liget, babérrdő; semmi por, de annál több verőfény. Csak úgy kinálkozik gyógyításul a neurastheniának és tuberculosishoz. Persze mindenünnen igénybe is veszik. San Remóban királyok, arisztokraták és mások keresnek üdülést. Gyönyörű hely, de olasz hely, tehát már kissé beljebb a városban megint a régi nóta járja, hogy piszkos. S ez nem is marad el sehonnán. Nápolyban úgy, mint Rómában, mindenütt és nagyon sokat leront abból, a mi fenségeset, szépet az olasz földön látunk és élvezünk.

San Remotól Európa legszebb vidékét sétálva, gyalogosan jártam. Nem ajánlhatom ezt eléggé azoknak, a kik turisták, vagy egészségük visszanyerése végett jönnek le ide. Olajligetek, babérrdők, pálmaligetek között járhatunk erre, mindig a tenger mellett. Az onnan jövő szellő enyhíti a nap hevét és üdülésünkre szolgál itt minden, a mit csak látunk, a táj szépsége mellett az a végtelen nyugalom és a fenséges csend. Jó volt ezt mind egészségesen élvezni, de kezdődő csúcshegynél, persze nagyobb pihenésekkel, nagyon hathatós orvosság volna ez a hosszú séta, ép úgy több egyéb chronikus bajnál.

Elhagyva a szép St. Mentona-t, végre a legszebb helyre, Monte-Carloba értem.

Ennél pompásabb hely nincs több a Rivierán, de egészségesebb is aligha van. Váltakoznak a parkok, kertek és szebbnél szebb épületek. S levegő, napsugár, virág mindenütt, és természetesen a cigányzene sem maradhat el.

A ki pedig azzal a szándékkal lép be a gyönyörű casinóba, hogy nem kártyázik, annak ez is érdekes, mert pszichológiai megfigyeléseket tehet — nem a maga kárára.

Ezek után most már valóban kíváncsi voltam a leghíresebb üdülőhelyre, Nizzára, mert szinte lehetetlennek tartottam, hogy ennyi szép után még szebb, kedvesebb és egészségesebb helyet is láthassak. S valóban, Nizza nagy, hiszen város, szép, telve mindenünnen idejövővel, de nem oly szép hely, mint a Riviera gyöngye, Monte-Carlo. A sympathikus francziák sem feledtetik velem az aránylag nagy port, a mit Nizzában csodáltam, mert nem vártam. San Remotól Nizzáig ugyan az automobilok gyakran juttattak az országút porából, no de ez még megjárna; itt a világ majd első fürdőhelyén ezt az automobiloktól sem vettem szívesen.

De vannak Nizzának pormentes sétányai is, gyönyörű kirándulóhelyei, a melyek mégis csak páratlanok a maguk nemükben. Itt is megemlítem a piacot, a Rue Saint François de Paule-on és környékén, a hol a tömör virág és narancs illata ellensúlyozza a sok tengeri hálnak és egyéb árúnak nem mindig kellemes illatát.

S érdekes a mindenünnen idejövő sokféle ember is, a kik között igen sok a sápadt, beesett arcú, a kikről meglátszik, hogy nincsen messze már az utolsó órájuk. Pedig szegények nem is áldoznak talán, hogy nemsokára jön az örökös, hosszú pihenés...

De temetőnek legszebb az olasz föld, megpihenni a cyprusszal benőtt dombtetőn és itt aludni az örök álmot a szép olasz ég alatt... Szegény betegeknek ez aligha szolgál vigasztalásul...



## IRODALOM-SZEMLÉ.

## Összefoglaló szemle.

Az elmekórta haladása.

Közli: Reuter Camillo dr.

(Folytatás.)

Edel a baleset folytán származó elmezavarokról értekezik. Főképen saját észleletei alapján a következő tapasztalatokhoz jut. Legkönnyebben terhelteknél és káros behatások folytán, gyengülteknél vagy mindkét tényező által gyengítetteknél áll elő. Meglevő ideg vagy elmezavar súlyosbodhat valamely baleset folytán, vagy csak ez váltja ki az elmebajt. A balesetből származó elmebajok legkülönbözőbb alakúak lehetnek. A depressív, melancholiás és hypochondriás kedvetlenség gyakori előfordulása magyarázza a fokozott taedium vitae-t, conamina suicidii-t. Igen gyakoriak még a ködös állapotok, a szédülési, hysteriás, epilepsziás, paralytikus és alkoholos göres- vagy apoplectiform rohamok. A baleset a téves eszmékben is szerepel. Múlt elmezavarok gyakran időszakossá válnak. Hosszan tartók pedig butulásra vezetnek.

Henneberg a spiritismusról és elmebajokról értekezik. Míg Bechterew a spiritismust a psychopathiás epidemiákhoz számítja, Nordau degenerációs stigmának mondja, addig szerző a spiritizmussal való foglalkozást nem tartja szellemi rendellenesség vagy gyengeség jelének. A mivel persze nem azt akarja mondani, hogy a spiritisták között nincs sok elmeegyengető, sőt ezekre igen nagy vonzó erőt gyakorol. Degeneráltak és elmeegyengetők könnyen válnak spiritistákká. Elmebajosok ismét spiritistikai úton magyarázzák téves eszméiket. A spiritismus lehet aetiologiai momentum, minthogy a vele való foglalkozás gyakran lelki felindulásokkal jár. Ide főképen nőknél előforduló kedvezően gyógyuló hallucinációs zavartsági állapotok tartoznak. Azután a szerzőtől Forellel egyetértőleg „autosuggestált spiritistikus megszálloottsági téves eszmének” nevezett kórkép, a kettős öntudat, a kettős vagy alternáló egyéniség. De lehet a spiritizmussal való foglalkozás tünete valamely kezdődő elmezavarnak, pl. dementia paralyticának, aggsági elmezavarnak. Ideges egyénekre a spiritizmussal való kísérletezés mindig veszedelmet rejt magában. Az orvos feladata a spiritismus ellen állást foglalni, mert gyakran ennek leple alatt a kuruzslás rejtőzik. Trance állapotok, mivel autohypnotikus állapotok, nyilvános mutogatása hatóságilag betiltandó.

A psychikus infectio érdekes esetét írja le Naecke, melyben egy elmeegyengető epilepsziástól egy még gyengébb elméjű dallamot tanul meg a kísérő gesztusok próbálgatásával. Ez, mint „zenei infectio” esete, egyetlen az irodalomban. A szellemi infectio három más esetét írja le Meyer, két házaspárt meg egy testvérpárt. Mind a három esetben közvetlen együttélés és a jellegbeli hasonlatosság szolgált elősegítő tényező gyanánt.

Némelyek a specializálásban túlzásba mennek. Így Beadles újabban már a zsidók elmebajait külön tárgyalja. Szerinte feltűnő a zsidó férfi paralytikusok nagy száma, a zsidó férfi elmebajosok nagy halandósága. Igen gyakori ok a syphilis, de nehezebben deríthető fel mint nem zsidóknál. Iszákosság kis szerepet játszik, míg sexualis excessusok gyakori aetiologiai momentum. Neurasthenia és hysteria zsidóknál igen elterjedt. Örökölt elmezavar, fiataloknál a degeneráltság és perversio, gyermekeknél nagyfokú neurasthenia gyakori. A zsidó elmebajosoknál gyakori a recidiva, illetőleg periodosus megbetegedés. Nőknél gyakori a puerperalis psychosis. A legtöbb beteg orosz és lengyel származású volt. Az intézetek zsidó eredetű chronikus betegei legnagyobb fokban összeférhetetlenek. Epilepsziát igen ritkán észlelt. Félelem és gond a betegség legnagyobb oka. Gyógyulás rosszabb, mint a nem zsidóknál.

A dementia paralytica tünetetana bár a legjobban ismert, mégis egyes symptomák még felkeltik a vizsgálók érdeklődését. Így Lenzi az izmok villamos reactioját vizsgálta meg paralytikusoknál. A galvános és faradás ingerlékenység csökkent. Az elfajulásos reactionak azt a formáját találta, melyet intermediaer formának mondunk, midőn a K Z R = A Z R, gyakrabban észlelte ezt a felső, mint az alsó végtagokon, és főképen taboparalysissnél.

Naecke paralytikusok és egészségesek belső szerveinek degenerációs jeleit hasonlította össze. A külső degenerációs jelekről már előzőleg kimutatta, hogy paralytikusoknál gyakoribbak mint ép embernél, testi elterjedtségük nagyobb, súlyosabb fokúak, gyakoriak a nyomás stigmák, az öröklésnek fontos szerepe van. Ebből és más tényezőkből a paralytikus agyvelő „csekélyebb értékűségére” következtetett. Ugyanerre a következtetésre vezettek újabb vizsgálatai. A paralytikusoknál a tüdő, szív, máj, lép és vese ritkább rendellenességeit — szerinte ezek degenerációs jelek — vizsgálta. A rendellenességek száma paralytikusoknál nem feltűnő, egyes rendellenességek gyakorisága nagyobb, szintűgy elterjedtségük. Ritkább rendellenességek paralytikusoknál gyakoribbak. A külső és belső degenerációs jelek között számbeli párhuzamosság van. Nagy szerep jutott az öröklésnek. Lues 39.5%<sub>0</sub>-nál volt. Következteti, hogy az öröklés a paralysis fejlődésében fontos, az agyvelő „csekélyebb értékű.”

Hermann dementia paralytica egy új mozgási zavarát észlelte. Egyes izmokban villámszerű rángások léptek fel, melyeket ő myocloniásoknak tart. A bonczolási leletből kifolyólag a myoclonia centrumát az agyvelőben keresi, ugyanis subarachnoidalis cystát talált a motoros mező területén.

A gyakorló orvosra fontos kérdéssel foglalkozik a külföldiek közül Hoche, Spengler, a hazaiak közül Moravesik professor, tudniillik a demantia paralytica korai diagnózisával. Ezen mindinkább elhatal-

masodó bántalom korai felismerése a therapia, prognosis, beszámíthatóság szempontjából egyike a legfontosabbaknak. Nem könnyű feladat ez. Mert a könnyen diagnosizálható esetekben a prognosis biztos, a therapia ott már nem segít. Nem is ezeknek felismeréséről van szó, mert itt a folyamat már előrehaladt, hanem a kezdeti stadiumról, a neurasthenia, cerebraesthesia és dementia paralytica elmosódott határainak megállapításáról. Kiváló szakemberek hosszú évi tapasztalatait nyertük Moravesik és Hoche értekezéseiben, kellő kritikával, szabatos előadásban, kiemelve a fontosabb momentumokat, de a legesekélyebb részleteket sem elhanyagolva. A tárgy gyakorlati fontossága megkívánja, hogy hosszabb idezzünk nála. A dementia paralytica képe az időszak folyamán megváltozott, a classikus paralysis helyébe a paralysis demens alakja lépett s kezd gyakoribbá válni. Moravesik professor elmosódott, nem jellemzett, inkább más bántalomra (tébolyodottságra) emlékeztető esetek szaporodását is constátálja. Feltűnő még a gyógyulásnak imponáló remissiók gyakorisága. A kezdeti tünetek felismerését megnehezíti azok sokféleségén, változatosságán kívül az is, hogy teljesen megegyezők általános agyvelői izgalommal kezdődő más bántalom tüneteivel, így pl. neurastheniáéival, sőt neurasthenia lehet a paralysis kezdeti szaka. Minél műveltebb az egyén, annál könnyebben veszünk észre nála a legkisebb szellemi defectust, annál könnyebb a paralysis korai diagnózis. A kezdeti tünetek a bántalom kitérését évekkkel előzik meg, lassan fejlődnek. Az egyén gondolkodása, viselkedése, cselekvése s jelleme megváltozik. Néha testi panaszok (emésztési zavarok, neuralgiform fájdalmak) másfelé terelik a figyelmet. A szellemi működése vontatott, lassú, munkakedve csökken. Munka közben fejfájás lepi meg, szemében nyomást érez, fülzúgás zavarja. Gondolatait nehézséggel termeli, nem találja hamar a helyes szót. Emlékezőtehetsége gyakran cserbenhagyja, néha csak futó pillanatra. Ezzel ellentétben ismét máskor a szellemi tehetség hirtelen fokozódását észleljük s utána vehemensen tör ki a bántalom. Jelleme korán változik meg, könnyen befolyásolható, állhatatlan, ingadozó jellemű lesz. Túlságosan bizalmas, mindent kifecseleg. Könnyen haragra lobbán, de csakhamar kibékül, jóvá akar tenni mindent. Ethikai ítélletei felületesek, ezért botlásai gyakoriak. Néha paranoiás színezetű a viselkedése, gyanakodik és gyanús, féltékenykedik, sőt féltékenységi téves eszme lép fel nála. Máskor úgy érzi, mintha egyidőre minden megváltozott volna, képességei, tehetsége egyidőre fokozódnak volna, mindez egész homályosan érzi. Néha álmaiban már megjelennek a nagysági téves eszmék csirái, hatalmáról, nagyságáról álmodik. Hosszabb időn át ismétlődő egyenemű, magában álló hallucinatiokat is észlelhetünk. Másokat tart betegnek s nem magát (altero-aegrotismus). Állandó korai tünete a paralysisnek a kedv ok nélkül való gyors változása. Mégis a nyomott, rossz kedv a túlnyomó. Nem ilyen állandó, de azért ha jelen van, korai tünet a fejfájás, a fej üres voltának, nyomásnak, szorításnak érzete. A beteg álma különböző, néha álmatlan, máskor túlságosan aluszékony. A szervezet ellenállása csökken. Gyakran hallunk emésztési zavarokat panaszolni minden objectív lelet nélkül. A beteg arczkifejezése melázó, szeméi mélyen beesettek, tekintete tétovázó, mintha megszűnnék gondolkodni. Mozgásai renyhék, lusták, ügyetlenek. Éjjeli hőemelkedések, erős salivatio, acne eruptio az arczon. Vasomotoros zavarok, gyors pirulás, elherványpodás. Mindenfelé hirtelen neuralgiás fájdalmak, paraesthesia. Az érzékszervek részéről megemlítendő a homályos vagy kettős látás, hyperacusis, fülzúgás, szagérzések. Bőrhypaesthesia, később analgesia. A bonyolultabb működésekben, főképen az írás mechanizmusában korán állnak be hibák, alakja megváltozik, rendetlen és pszikus lesz. A pupillák nagysága változó, két oldalt nem egyenlő, egy oldalt a reactio renyhe, alakjuk szabálytalan. Facialis kis fokban bennult, szótagbotlás, hibás kiejtés, nyelv és kézreszkedés, hang megesuklása. Az arcizmokban villámszerű gyors rángások jelentkeznek. Térdreflex változó. Mindezen tünetek évekkal megelőzhetik a bántalom tulajdonképeni kitörését. A korai tüneteknek megfelelő bonczatani elváltozásokat ma még nem ismerjük. Mai tudásunkkal a paralysisnél talált patholog-anatomiai elváltozásokat nem tudjuk magyarázni. Az orvos feladata a kezdődő bajnál első sorban az életmód és életrend szabályozása, izgalmak elhárítása. Mérésékelt, nem kimerítő testmozgás, anticongestiós kezelés, sedativumok nyújtása, tüneti kezelés. Az oppressio, anxietas érzetét legjobban csillapítja opium, codein, thebain emelkedő dosisban, kivéve congestiora hajlamosoknál, hol ártalmas. Antilueses kezeléstől eredmény nem várható.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

Wilhelm Schuppe: Der Zusammenhang von Leib und Seele. Das Grundproblem der Physiologie. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1902.

Szerző ebben az értekezésében a test és lélek közötti összefüggés kérdésével foglalkozva, Petzoldt és Lipps felfogásával polemizálva oda concludál, hogy a testnek a lélekre és viszont a léleknek a testre való behatása képtelenség. A tisztán bölcsészeti értekezés psychológiával foglalkozóknak ajánlható olvasmány. Schaffer.

L. W. Weber: Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Jena. G. Fischer. 1901.

Szerző kiterjedt anyagon úgy klinikailag, mint kórszövettanilag behatóan foglalkozik az epilepsziával. Összehasonlítás céljából mindig azonos szövettani technikával a baloldali elülső középponti tekervényt tette rendszeres vizsgálatainak tárgyává, melyeknek végső eredményei a következők.

Friss elváltozások (vérzések, oedema, magszaporulat) mindazon epilepsziásoknál találhatók, a kik rohamban, statusban, comában vagy



zavartságban haltak el; ugyanazon elváltozások magyarázzák meg részben az ezen állapotok alatt észlelhető mozgási, légző és edénymozgató izgalmi és hűdési jelenségeket.

Gliatültengéseket és az érfalaknak sejtes burjánzását oly esetekben találni, a melyekben a halál előtt hosszabb-rövidebb időn át epilepsziás rohamok sűrűbben mutatkoztak.

A gliának erős felszaporodása, az érfalak kötőszövetes megvastagodása és az idegelemeknek pusztulása a hosszantartó, elbutulással végződő epilepsia eseteiben fordul elő.

Gyorsan lefolyó progressív epilepsiáknál mindeme elváltozások együttesen is előfordulnak.

Szerző hangsúlyozza, hogy a leírt elváltozások nem képezik az úgynevezett „elsődleges epilepsziás elváltozás” lényegét és abban a véleményben van, hogy az epilepsia anatómiai diagnózis ez idő szerint még nem lehetséges.

Schaffer.

A. Broca: Leçons cliniques de chirurgie infantile. Paris, Masson et Cie. 1902.

Ezen 31 ívre terjedő vaskos kötet 35 előadást foglal magában, melyekben a szerző a gyermeksebészetnek egyes válogatott fejezeteivel foglalkozik; az egyes előadások, bár nem monographikus terjedelműek, tárgyukat mégis teljesen kimerítik, nagy alaposággal, körültekintéssel és kiváló klinikus érzékkel vannak összeállítva s mindig könnyen folyó, világos, élvezetes stílusban tartók. Legnagyobb teret (9 előadást) a könyökizület sérüléseinek szánt a szerző; az izületi végek töréseit, a könyökfejemódások gyakoribb féléseit kimerítően, önálló észleletekkel, számos rajzzal és gyönyörű radiogramokkal illusztrálva tárgyalja. Három előadásban foglalkozik az appendicitissal, melyre nézve meglehetősen conservatív álláspontot foglal el; külön fejezetet szentel az appendicitis folytán keletkezett incarcerationnak, az appendicularis tályogoknak. Több előadás jut a mastoiditis, az otogen pyaemia, az állkapocsnecrosis tárgyalásának is. Igen figyelemreméltók a brachialis paraplegiával járó Pott-kórról, a plexus brachialisnak a szülészeti beavatkozásokkal kapcsolatos bénulásairól szóló fejezetek is. De még ezeken kívül is számos érdekes körkép és köreset megvilágítását találjuk e műben és sok megszívlelendőt tartalmaz a bevezető előadás is, mely arról szól, mikép kell a végtagok valamely bántalmában szenvedő gyermeket megvizsgálni.

A könyv számos photographiával, Röntgen-képpel, schematicus rajzzal van illusztrálva és szép kiállítása teljesen megfelel a kitűnő tartalomnak.

Pólya Jenő dr.

Uj könyvek. Ebstein: Vererbare cellulare Stoffwechselkrankheiten. Stuttgart, F. Enke. — Gastpar: Die Behandlung Geisteskranker vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt. Stuttgart, F. Enke. — Kraft-Ebing: Psychosis menstrualis. Stuttgart, F. Enke. — Pfister: Strafrechtlich-psychiatrische Gutachten als Beiträge zur gerichtlichen Psychiatrie. Stuttgart, F. Enke. — Petri: Brehmer's Aetiologie und Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. Berlin und Leipzig, Vogel und Kreienbrink. — Lereboullet: Les cirrhoses biliaires. Paris, Masson et comp. — Miquel et Cambier: Traité de bacteriologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène. Paris, C. Naud. — Wharton P. Hood: The treatment of injuries by friction and movement. London, Macmillan and co. — G. T. Jackson: The ready reference handbook of diseases of the skin. London, H. Kimpton.

## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

A tüdőgümőkór és más gümőkóros folyamatok gyógyításáról kizárólagosan két fénynyel tett előterjesztést Kaiser a bécsi orvosegyesület február 7-dikén tartott ülésén. A 3000 gyertyaerőjű fényforrásból eredő sugarakat két üvegen bocsátotta keresztül. Figyelmeztet arra, hogy saját vizsgálatai alapján is igazoltan találta Sterkel-nek, a Reiniger, Gebbert és Schall czég bécsi üzletvezetőjének azon állítását, miszerint a két üvegek nagy része a két sugarakon kívül a többi sugarakat is átbocsátja; a két üvegeket tehát spectralanalytice kell megvizsgálni és csak azokat használni, melyek csak a két sugarakat bocsátják át, mert csak a két sugarak hatnak öléleg a bakteriumokra. A mi már most a kísérletek eredményét illeti: gümöbacillus-tenyészetek 5 meter távolságból 30 perc alatt sterilekké lettek; a sugarak az emberi testen keresztülhatolnak; előhaladt tüdőgümőkórban szenvedő két beteg állapota néhány hét alatt tetemesen javult, a köpetben a bacillusok száma megkevesbedett; gümőkóros fekélyek a lábon négy hét alatt meggyógyultak; hat hónap óta fennálló nedvedző eczema öt hét alatt meggyógyult. Eddigi kísérleti eredményeiből a következők kimondására véli magát felhatalmazva: 1. A két fény az ultraviolettig bakteriumölő hatású. 2. E mellett a hősugarak befolyása ki van zárva. 3. A fény hatása függ a távolságtól és a fényforrás intenzitásától. 4. A chemiai sugarak képesek elég erősen áthatolni az emberi testen. 5. A tiszta két fény rendkívül erős felszívó hatással bír. 6. A két fény fájdalomcsillapító, sőt, ha a sugarakat koncentráljuk, érzéstelenítő hatású. (Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 7. szám.)

### Sebészet.

Felnöttek idült csipőizületi ficzamosodásainak véres repositioja. Payr a csipőficzam véres repositioját Nicoladonival együtt 5 esetben végezvén, a következő tapasztalatokat tette: Legcélszerűbb áttekint-

hetőség szempontjából a Kocher-féle metszés. A lágyrészek minél nagyobb kimélete szerfelett kívánatos, bár sokszor kivihetetlen. Nagyon fontos a pontos vérzéscsillapítás és a lehető leggondosabb asepsis. A sebet nyitva kezelni és drainezni célszerűbb, mint bevarrni. Az utókezelést illetően gipszkötésre csak ott van szükség, a hol relaxatiótól lehet tartani, különben jobb az extensió vagy egyszerű fedőkötés, különösen ha a sebváladék igen bő. Functionalis tekintetben a végtag korai mozgatása és masszálása igen hasznos. (Archiv für klinische Chirurgie, 63. kötet, 952. l.)

Milkó Vilmos dr.

Conservatív műtétek a herén és mellékherén czímmel ír Payr. Egy esetben, midőn igen súlyos tünetekkel járó genyes herelob volt jelen, sikerült a here teljes — a corpus Highmori-ig hatoló — átmetésze által a folyamatot megállítani. Különös figyelmet érdemel ezen eset azért, mert a másik herén ugyancsak előrement genyes orchitis miatt már castratio végeztetett s így a korai incisio által sikerült a nemzőképességet megtartani. Az ondócsatornának prolapsusát a szerző az által akadályozza meg, hogy a tunica albuginea megnyitása előtt azon 7—8 fonalat húzott át Lembert-varrat módjára, melylyel azt az incisio után azonnal összehúzták. Szerző ezenkívül idült epididymitis gonorrhoea több esetében is conservative járt el az által, hogy a mellékherében jelen lévő kis tályogokat kiirtotta. Az eredmény itt is tökéletes volt annyiban, hogy a fájdalmak teljesen megszűntek. (Archiv für klinische Chirurgie, 63. kötet, 1004. l.)

Milkó Vilmos dr.

A felső állcsonti daganatok statistikájához közöl adatokat Stein. Az utolsó 10 év alatt a Bergmann-féle sebészeti klinikára 118 beteg vétetett fel állcsonti daganatokkal. Az állképlet 53 esetben ráknak, 48 esetben sarcomának bizonyult. A többi jóindulatú daganat volt. Műtétet végeztek 75 esetben, és pedig 47 totalis és 28 partialis resectiot. A mortalitás 14% volt. Ezen még mindig elég magas halálozási számot szerző a narcosisra, illetőleg arra vezeti vissza, hogy a narcosis alatt vérszpiratio és következményes pneumonia lép fel, mert pl. Krönleinnél, a ki narcosis nélkül operál, csak 2% volt a halálozás. Hogy a narcosis előnyeit élvezzük, de e mellett a pneumonia veszélyét elkerüljük, legcélszerűbb eljárás a carotis externa előzetes alakítása. Ha még ezenkívül lógó fej mellett operálunk, akkor bátran narcotizálhatunk. A műtét utáni eredmények a következők voltak: totalis resectionál 12.5%, partialisnál 50% végleges gyógyulás, de a carcinomás betegek közül egy sem élte túl műtét után az átlagos 3-6 hónapot. (Archiv für klin. Chirurgie, 65. kötet, 2. füzet.)

Milkó Vilmos dr.

### Orr-, torok- és gégebajok.

Az egyoldali recurrens hűdés eddig még nem észlelt okáról értekezik Schroetter. Egy 15 éves leány veleszületett szivbajban szenvedett. A kórisma bicuspidal insufficienciára és mitral stenosisra volt téve. A kísérő tünetekből biztosan megállapítani nem lehetett, hogy vajjon a septumhiány, avagy a Botalli-féle vezeték nyitvamaradása van-e jelen, de mégis inkább a septum hiánya látszott valószínűbbnek. A baloldali recurrens-hűdést az Ortnier-féle esethez hasonlóan a bal pitvar erős tárgulatából magyarázták. A sectio azután kimutatta, hogy a Botalli-féle vezeték nem volt elzáródva, e mellett úgy a bicuspidal, mint a tricuspidal billentyűk elégtelensége, endocarditis verrucosa, a pulmonalis kitágulása és billentyűinek megvastagodása és vegetatioja állott fenn. A jobb pitvar és gyomrocs excentrikusan túltengett. A recurrens a fesszes, duzzadt edények közé beékelődve, körülbelül egy centiméternyi hosszúságban szürkés-pirosan elszínesedett és megvékonyodott, azaz nyomási atrophiat szenvedett.

Górcsói vizsgálatnál a recurrens ideg rostjaiban nagyfokú degeneratio, az idegelemek a szétesés különböző stadiumában. A bal m. crico-arytaenoideusban szintén kifejezett degeneratio, sőt a hangszalagizomban is atrophias elváltozások voltak kimutathatók. (Zeitschrift für klinische Medicin, 43. kötet, 1. és 2. füzet.)

Tölggyi Elemér dr.

Az ornyákhártya gümőkórja Hinsberg szerint már azon okból is súlyos folyamatnak tekintendő, a mennyiben a környezetre, ú. m. a szem, orrgaratfűr, gége és légutak mélyebb részeire könnyen átterjedhet. A boroszlói klinikán kilencz orrgümőkórban szenvedő egyén közül háromnál a szemekre is áthúzódott a gümőkóros folyamat, egyenél dacryocystitist és phlyctenát, egyben pedig egyedül dacryocystitist hozott létre. A mi a kezelést illeti, legcélszerűbb, ha a jelenlevő granulatiokat az orrból kacs vagy curett segítségével távolítjuk el. A szerek közül legnagyobb sikert lehet elérni kevés jodoformpéppel kevert tejsavval. E folyadékba mártott vattatampont minden kezelés alkalmával három óra hosszáig hagyjunk az orrüregben. A tejsav töménysége nyolczvan százalékgig emelhető. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 39. kötet, 3. füzet.)

Tölggyi Elemér dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A malaria prophylaxisa eulinin. Említettük volt, hogy Celli olyanoknál, a kik malarialis fertőzés veszélyének voltak kitéve, jó eredménnyel használta az eulinint. Újabban Mori számol be hasonló kedvező eredményekről, a mennyiben eulinint nasznált 42 egyén közül csak 5 (11.9%) esett malariába, míg hasonló viszonyok között volt, de nem kezelt 47 egyén közül 39 (82.97%) kapta meg a malariát. Azoknál, a kik eulinin használata dacára malariába estek, a baj nagyon enyhén folyt le, a szokásos eljárással könnyen volt gyógyítható, míg az eulinint nem használtaknál a lefolyás nagyon súlyos volt, gyakori visszaesésekkel. (Centralblatt für Bakteriologie, 29. kötet, 20. szám.)



A Clin-féle phosphotal- és guajacophosphal-készítményeket, melyek Franciaországban már több év óta kiterjedt alkalmazásnak örvendenek, újabban már Franciaország határain túl is kezdik használni azon kedvező eredmények alapján, melyeket velük heveny és idült gőge-, légcső- és hörghurut, valamint tüdőgümőkör eseteiben elértek. A phosphotal 90% ereosotot és 90% phosphort tartalmaz; maró és mérgező hatása nincsen, a szervezet még nagy adagokban is jól tűri; kellemetlen mellékhatásokat nem okoz. Részint capsulák, részint emulsió alakjában jön forgalomba. A Clin-féle phosphotal-capsulák csak a bélben oldódnak, ennek folytán a gyomor működése zavart nem szenved; minden capsula pontosan 0.2 gramm phosphotalt tartalmaz, az adag 4–12 capsula naponként. Clin phosphotal-emulsiója kávéskanálanként 0.5 gm. phosphotalt tartalmaz s napi 2–6 kávéskanálnyi mennyiségben 1/2 pohár tejben veendő be; a végbélben át is adható. A guajacophosphal 90% guajacolt és 70% phosphort tartalmaz; ugyanazon előnyökkel bír, mint a phosphotal. A Clin-féle guajacophosphal-capsulák egyenként 0.15 gm. guajacophosphalt tartalmaznak, naponként 2–6 adható belőlük. A Clin-féle guajacophosphal-oldat kávéskanálanként 0.10 gramm hatóanyagot tartalmaz s naponként 1–3 kávéskanálnyi mennyiségben veendő be kevés tejben az étkezés előtt; a végbél útján szintén használható.

A lenigallol Luithlen szerint a legjobb szer arra, hogy idült eczemál heveny tovaierjedését a legrövidebb idő alatt megszüntessük. A lenigallol nem mérgező pyrogallolszármazék, melyből csak a kóros bőrrezteteken hasad le lassan pyrogallol, míg az ép bőrt sértetlen hagyja. A viszketést is gyorsan és biztosan megszünteti. Legcélszerűbben 10–20%-os lenigallol-zinkpasta alakjában használható késbátnyi vastagságban felkenve, reá vattát és kötést teszünk és vastagon behintjük zinkoxyd és taleum venet. egyenlő mennyiségéből készült porral. A kötés reggel és este változtatandó, a mikor is a régi pastát vaselinnel távolítjuk el. Psoriasisnál is igen jó szolgálatokat tesz a lenigallol, melynek használata csak egészen heveny loboknál ellenjavalt. (Luithlen: Therapie der Hautkrankheiten. Wien, Verlag von A. Holder. 1902.)

#### Folyóiratok átnézete.

**Magyar orvosi archívum**, 1902. 2. füzet. Szili Aurél: Vizsgálatok az emberi iris hátsó rétegeinek anatómiája és fejlődése körül, különös tekintettel a musculus sphincter iridisre. Szontagh Félix: A csecsemő táplálásáról szóló tan mai állása. Második közlemény. Hudovernig Károly: Adat a chorea minor kórbölcztanához. Chudovszky Móricz: Gyomor-bél-műtétek. Második közlemény.

**Gyógyászat**, 1902. 16. szám. Borbély Samu: Újabb adat a sérv-metszést követő vérzésekhez. Fejér Gyula: Szemészeti közlemények. Justus Jakab: Megjegyzés Szalárdi Mór „A veleszületett bujakór 178 esete” című cikkéhez.

**Orvosok lapja**, 1902. 16. szám. Rottenbiller Ödön: A gümőkóros csont- és izületbetegségek kezelése.

**Magyar orvosok lapja**, 1902. 16. szám. Weisz Ede: Casuistikus közlemények a pöstyéni munkáskórházból. Kuthy Dezső: Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium működéséről. Böke Gyula: A dobhártya művi megnyitására. Schwarcz Ede: A külső hangvezető szerzett kötőszöveti elzáródásának electrolysis útján való gyógyításáról. Szenes Zsigmond: Heveny középfülgyulladás kapesán kifejlődött hysteria esete.

**Wiener medicinische Wochenschrift**, 1902. 16. szám. Schott: A vérnyomás a szív heveny túeröltetésekor. Meisl: Az atoniás gyomor motorius működésének befolyásolása. Holzknecht: A Röntgen-eljárás a belorvostanban. Frey: Adatok a belélgzési gyógymódhoz. Clemm: Az eperendzser megbetegedéseinek megelőzése és belorvoslása.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1902. 16. szám. Jellinek: Az elektromosság animális hatásai. Klein: Adatok a vörös vérszettek agglutinatiojának ismeretéhez. Kreidl és Alexander: A süketnémák testi és szellemi fejlődésének statistikája az első életévekben Ausztriában. Weichselbaum: A gümőkór keletkezése és megelőzése tanának mai állása.

**Wiener medizinische Presse**, 1902. 16. szám. Zeissl: A gyomor és bél syphilise. Schmiedl: Adat a pankreas betegségeinek ismeretéhez. Josipowici: Tabes heveny ataxia esete.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1902. 16. szám. Dyce Duckworth: A személyes factor klinikai jelentősége betegségekben. Lépine: A diabétozen leukomaiok létezése. Pel: Polyarthrit rheumatica acuta coincidentia typhussal. Sahli: Új eljárás a gyomorműködés vizsgálatára. Petersen: A bőr gümőkóros megbetegedései és viszonyuk a belső szervekhez. Ascoli: Félős számú venapulsusok. Hocke: A Banti-féle tünetsoportra emlékeztető, valószínűleg veleszületett lues által létrehozott kórkép. Kovács: Kísérletes adatok az oxygenbelélgzés hatásához. Blad: „Streichauscultatio” és transzonantia, különös tekintettel a gyomrocshatárok megállapítására.

**Deutsche medicinische Wochenschrift**, 1902. 16. szám. R. uvers: Leyden mint klinikus. Jolly: Leyden és a neurologia. Meyer: Leyden munkássága az egészségügy és betegápolás terén. Ramon y Cajal: A külső lemniscus végződése vagy a másodlagos acustikus idegpálya. Gowers: Myasthenia és ophthalmoplegia. Lauder Brunton: Kaliumnitrát és kaliumnitrát használata az ütőfeszülés idült fokozott voltánál. Charvin: Egy és ugyanazon baktérium kórokozó váladékainak sokszorosága. Bechterew: A hal kar tonikus görcseitől és vizketésétől kísért kényszernevetés-rohamok. Marinesco: Adat a hemiplegia infantilis tanához. Patella: Az ex- és transsudatumok cytodiagnosticsa. Curschmann: Halálos vérzések idült pangásoknál a vena portae területén. Eichhorst: „Zuckergusscherz.” Donath: Pseudomeningitis esete. Benedict: A terhességi icterus ismerete-

téhez. Hamel: Anaemia pernicioza érdekes esete. Strauss: A indican mennyiség meghatározása.

**Centralblatt für innere Medicin**, 1902. 16. szám. Gumprecht: Az üledékek konzerválása klinikai mikroskopi ezélokra.

**Centralblatt für Chirurgie**, 1902. 15. szám. Sykow: További adat a térdizületi resectio kérdésének fejlődéséhez.

**Centralblatt für Gynäkologie**, 1902. 16. szám. Merletti: A terhességi urobilinuria fokozódása a magzat intrauterin elhalása esetén. Cohn: Szülés előrehaladt tabes estében.

**Archiv für klinische Chirurgie**, 65. kötet, 3. füzet. Rasumowsky: Új conservativ műtét a herén. Albeck: Kísérletes és klinikai vizsgálatok a halál okáról vékonybélstrangulationál. Sticker: Rák állapotokban. Bockenheimer: A spina bifida ismeretéhez. Hildebrandt: A kiskaliberű lövegek hatása. 4. füzet. Lexer: A Gasser-dúc műtéveséről 15 eset kapesán. Türk: Az eddig végzett Gasser-dúc kiirtások összeállítása. Staffel: Orthopaedikus pad törzskötések feltevesére, scoliosisok modelláló redressálására és más ezélokra. Bergmann: Agydaganatok műtévese. Eichholz: Kísérletes vizsgálatok a felhívmáslásra a phloridzin-diabetesben. Adat a glucuronsav származásához az állati szervezetben. Loewi: Czukorképződés zsíról. Bergmann: A phosphorsav kiválasztása húsevőknel és növényevőknel. Westenryk: A szénsavlégzés befolyása a testhőmérsékre. Klapp: Parenchymatosus resorptio. Weber: A kénsvdimethylester és a zsírsorozatból való néhány más ester mérgező volta. Schaer: A guajakfa és guajakgyanta hatékony anyagai. Gottlieb és Magnus: A digitalis-csoport hatása a véredényekre.

**Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie**, 47. kötet, 1. és 2. füzet. Scherbatschef: A bromoethylen és bromoethyl hatása és utóhatása. Hayashi: A tetanustoxin vegyi természet. Weber: A fehérjeforgalom művi korlátozása lázban. Loewi: Phloridzin-diabetes. Loewi: A kámför befolyása a czukorkiválasztásra a phloridzin-diabetesben. Adat a glucuronsav származásához az állati szervezetben. Loewi: Czukorképződés zsíról. Bergmann: A phosphorsav kiválasztása húsevőknel és növényevőknel. Westenryk: A szénsavlégzés befolyása a testhőmérsékre. Klapp: Parenchymatosus resorptio. Weber: A kénsvdimethylester és a zsírsorozatból való néhány más ester mérgező volta. Schaer: A guajakfa és guajakgyanta hatékony anyagai. Gottlieb és Magnus: A digitalis-csoport hatása a véredényekre.

**Archiv für Gynäkologie**, 65. kötet, 1. füzet. Wertheim: Új adat a méhrák gyökeres műtévesének kérdéséhez. Löwenstein: Klinikai-statistikai adatok a gyermekági láz kérdéséhez. Micholitsch: Breus-féle haematommola esete a chorion bolyhok hólyagmolához hasonló degeneratiojával. Kundrat: A tubák és a méhnyákhártya gümőkórja. Nordmann: A placenta adhaerentia kérdéséhez. Joachimsthal: Vele-született hiányos képződés a czombokon. Orgler: Az ovariectomia prognosisa és indicatioja a terhesség alatt. Weinreb: Adat az uretersérülések gyógyításához laparotomiáknál. Davidsohn: A vulva haematomatos tanához.

**La semaine médicale**, 1902. 16. szám. A német sebésztsárság congressusának és a francia belgyógyászati congressusnak tárgyalásai.

**Journal médical de Bruxelles**, 1902. 16. szám. Mahillon és Delattre: Generalizált arterio-sclerosis. Bayet: A „Hôpital Saint-Pierre” dermatologiai és venerologiai osztályának kimutatása.

**Gazette hebdomadaire**, 1902. 31. szám. Merklen: Nagyfokú szívtágulat, a digitalis dissocíált hatása. 32. szám. Debove: Gümőkóros genyes pleuritis.

**Le progrès médical**, 1902. 16. szám. Terrien: A toxikus amblyopia.

**Archives générales de médecine**, 1902. márczius. Girard: Genyes epidemias hepatitis három esete. Oddo és Audibert: Periodikus familiaris paralysis. Marion: Nyelvsarcoma esete.

**Bulletin général de thérapeutique**, 143. kötet, 7. füzet. Leredde: A higanybefecskendezések kérdése. Robin: Hyoscin bromhydrat használata remegés ellen. Mossé: A burgonya használata diabetikusoknál. 8. füzet. Mauvel: A gyógyszerek és mérgek általános hatását szabályzó törvények. Laval: A szem függelékeinek lobos bántalmi. Mabilie: Mérgezés chininnel. 9. füzet. Mauvel: A gyógyszerek és a mérgek általános hatását szabályzó törvények. Robin: A tüdővészések táplálása. Witt-hauer: A fűzőkről.

**Revue de médecine**, 1902. 3. füzet. Bard: A pleuraizadományok nyomása. Mossé: A diabetes gyógyítása burgonyával. Chemonski: Az idegrendszer állapota phthisikusoknál és befolyása a gümőkór lefolyására. Bacaloglu: A „Hopital des enfants-malades” megfigyelő pavillonjának kimutatása.

**Revue de chirurgie**, 1902. 3. füzet. Estor: A kizárt sérv a csecsemőkörben. Féré és Papin: A kulescsontok symmetriás törései. Zesas: A patella veleszületett ficzomodásai. Patel: A belsűkület felett fekvő bélrészet állapota.

**Annales de dermatologie et de syphiligraphie**, 1902. 2. füzet. Jaquet: A kopaszodás összefüggése fogbajokkal. Carle: A végtagok recidiváló phlyctenosisának esete.

**The lancet**, 1902. I. 14. szám. F. T. Roberts: A tüdővész beható tanulmányozásáról. W. H. Corfield: A typhus aetiologiaja és megelőzése. H. Sinigar: 1060 felnőtt vaccinálásának eredményei. C. B. Keetley: A nem rosszindulatú gyomorfekély és átfűródás sebészete. C. Kiltick Millard: A scarlatinás hámlás fertőző volta. W. Stuart Low: Mucin helyi alkalmazása az orr, torok, fül egyes megbetegedéseiben. Ralph Vincent: Mindkét csecsbimbó gangraenája a puerperiumban. F. Faulder White: Spina bifida 27 éves asszonynál, ruptura, műtét után gyógyulás. Montague D. Makuna: Antistreptococcus-serum gyermekági láz ellen. A. E. Wright: Typhusellenes védőoltások. A. Lloyd Owen: A csipőizület traumás dislocatioja 6 éves fiúnál.



**British medical journal**, 1902. április 19. *A. Marmaduke Sheild*: A gégen végzett külső műtétek. *H. Tilley*: Az antrum maxillare idült genyedésének 35 esete. *E. S. Yonge*: Az orrsővény-deviatio műtéve Asch szerint. *A. L. Whitehead*: A nasalis és nasopharyngealis obstructio befolyása a fogak és a szájpadiás fejlődésére. *J. Mc Kenzie*: Idegen test a bázisban. *E. H. Embley*: A chloroform-halál oka. *T. E. Watson*: Genyszalag használata hemicraniánál. *R. Turner*: Chorea gyógyítása Fowler-oldat nagy adagjaival. *R. J. Love*: Typhus 4½ hónapos gyermeknél. *J. M. Thorne*: Postnasalis obstructio gyógyítása, a lágy szájpád bemetszésével. *E. Owen*: Az ötödik nagy csigolya törése haemophiliánál halálos vérzéssel a hátsó mediastinumba. *W. H. Pyle*: Hirtelen halál katheterezés közben; bonczlelet.

## Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. április 25.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 15. hetében (1902. április 6-dikától április 12-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 490 gyermek, elhalt 359 egyén, a születések tehát 131-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 33.2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 24.3, az egy éven felüli lakosságnál: 18.3 az öt éven felüli lakosságnál: 15.1 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 1, pertussis 1, morbilli 11, scarlatina 5, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 7, meningitis 18, apoplexia 6, eclampsia 7, szervi szívhibák 14, pneumonia 53, pleuritis 5, pneum. catarrh. 15, bronchitis 9, tuberculosus pulmonum 60, enteritis 16, carcinoma 19, ezek közül méhrák 5, egyéb újképletek 2, morbus Brightii és nephritis 4, vesesületett gyengeség 20, paedatrophia 3, marasmus senilis 17, erőszakos halálos eset 9, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 4, bal eset 4, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi köz-kórházakban. A múlt hét végén volt 2973 beteg, szaporodás e héten 967, csökkenés 886, maradt e hét végén 3054 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi április 2-dikától április 9-dikéig terjedő 14. 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 29 (21), diphtheria, croup 18 (21) hagymáz (typhus) 6 (4), kanyaró (morbilli) 349 (279), trachoma 4 (0), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 24 (22), orvancz (erysipelas) 7 (3), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0), (1) járv. fültőmirigylob — (—), ezenfelül varicella 26 (18).

— **Egyetemi alkalmaztatást nyertek:** *Halász Aladár* és *Steiner Pál* szigorló orvosok az I. számú kórboncznati intézetben mint díjazatlan gyakornokok, *Kollarits Jenő* dr. mint tanársegéd, *Hammerer Dezső* dr. mint díjazatlan gyakornok az idegkórtani klinikán, *Lengyel Loránd* dr. mint tanársegéd és *Pozsonyi Jenő* dr. mint díjazott gyakornok az élet- és kórvégynati intézetben, *Háry Pál* dr. mint II. tanársegéd a gyógyszerintézetben, *Décsi Károly* dr. mint I. *Hudovernig Károly* dr. mint II. tanársegéd (meghosszabítás) az elmekórtani intézetben, *Tuallacz Ferencz* dr. mint díjazatlan gyakornok ugyanott, *Hartmann Lajos* dr. mint díjazatlan gyakornok a szemklinikán.

— **Egyetemi orvoskari hírek.** A régi boncznati épületnek a két kórboncznati tanszék számára történt átalakítása már teljesen elkészült és a modern igényeknek minden tekintetben megfelelő intézeti helyiségbe azon két intézet és az ott elhelyezett sebészeti műtettani intézetek beköltöztek. Az intézeti épület igazgatójánál Pertik Ottó tanár kéretett fel. Ideiglenes helyiségeket kap a II. sz. kórboncznati intézet volt bérhelyiségeiben az idegkórtani intézet és klinika is, mely *Jendrassik* tanár igazgatása alatt fog állani.

— **Az egyetemi orvostudományi karoknál tartandó doktori szigorlatok tárgyában** 1901. évi 4593. sz. a. kelt vallás- és közoktatásügyi minis- teri rendelettel közzétett szabályrendeletet a belügyminister folyó évi április 12-dikén 35,655/1902. sz. a. kelt rendeletével valamennyi köz- és nyilvános- sági jelleggel felruházott kórház igazgatóságának tájékoztatásul azzal küldte meg, hogy a szabályrendelet 1. §-ának értelmében az orvosdoktori oklevél tulajdonosa csak abban az esetben lesz ezután jogosult az orvosi gyakorlatra, ha valamely arra minősített és feljogosított köz- vagy nyilvánossági jelleggel felruházott kórházban (illetőleg valamely cs. és kir. közös hadseregbeli vagy magyar kir. honvéd egészségügyi intézetben) eltöltött egy évi gyakorlatot ki tud mutatni. Ennek a kötelező kórházi gyakorlatnak a módját az 1902. évi 11,843. sz. a. kelt vallás- és közok- tatásügyi minis- teri rendelettel kiadott szabályrendelet szabályozza, melyet a belügyminister a körrendelet mellékleteként szintén megküldött. Miután ezen utóbbi szabályrendelet 2. §-a értelmében a kötelező gyakorlat csak oly kórházakban tölthető el, a melyeken osztályos vagy rendelő főorvosok vezetése alatt álló külön kórházi osztályok vannak, a feljogo- sítás megadása s a feljogosított kórházak jegyzékének összeállítása végett a jelenlegi állapotnak megfelelő pontos adatokra van szükség: a belügyminister felhívta az igazgatóságokat, hogy az alábbi kérdőpontokra adandó pontos válaszukat *folyó évi május hó 31-dikéig* okvetlenül adják meg. A válasz a rendeletre való hivatkozás mellett közvetlenül „Buda- pest, Vár, Belügyminis- terium” címre küldendő. 1. Van-e a kórháznak külön törvényszerű minősítéssel bíró osztályos vagy rendelő főorvosok vezetése alatt álló belgyógyászati, sebészeti, szülészeti (esetleg egyéb)

osztálya? 2. Van-e a kórháznak külön bonczoló főorvosa (kórboncznoka) és van-e kórtani bonczolatok és vizsgálatok végzésére szolgáló külön helyisége (prosecturája)? 3. Hány betegágya van összesen a kórháznak s mennyi jut ebből az egyes betegosztályokra? 4. Kinek vezetése alatt állanak az egyes osztályok? 5. Van-e a kórháznak az egy évi gyakor- latot végző orvos számára esetleg átengedhető lakószobája?

— **Az új kórházi szabályrendelet.** A belügyminister folyó hó 4-dikéről 35,000 B. M. sz. alatt új szabályzatot bocsátott ki a kórházak- ról, gyógyintézetekről, üdülőházakról és a gyógyíthatatlan betegek menedékhelyeiről. A nagy terjedelmű rendeletet a „Belügyi Közlöny” 15. rendkívüli száma közli. A szabályrendelet több javítást és egyszerűsítést hoz be az előbbi szabályzathoz képest, mely ezen rendelettel hatályon kívülé vált.

— **Az 1901/2. tanév pályadíjnyertesei az orvosi karon:** *Mari- korszky György* dr., általános kör- és gyógytani tanársegéd, *Dalmady Zoltán* szigorló orvos, *Fodor Leó* V. éves, *Orsós Ferencz* IV. éves, *Steiner Pál* V. éves, *Hammermann Emil* és *Erdélyi Jenő* V. éves, *Szöllősy Lajos* III. éves orvostanhallgatók, kik a kitűzött pályakérdéseket sikeresen oldot- ták meg. Kórboncznati bonczolási pályadíjat nyertek: *Flesch Hermann* V. éves, *Doboss Márton* IV. éves, *Schmidt Béla* III. éves orvostanhall- gatók. A pályadíjak ünnepélyes kiosztása a május 13-diki egyetemi disz- közgyűlésen fog mezejtetni.

— **Leyden tanár jubileuma 70 éves születésnapján** Berlinben folyt le nagy ünnepséggel. Magyarországot ez ünnepélyen *Korányi Frigyes* tanár képviselte, ki az ünnepeltnek üdvözlő iratot nyújtott át az orvosi kar nevében.

— **Fürdőorvosok.** *Arányi Gusztáv* dr. Karlsbadban (Mühlbrun- strasse. Böhmische Krone.), *Kelen István* dr. szintén Karlsbadban fürdő- orvosi gyakorlatukat megkezdették.

— **Az első orvosi congressust Egyiptomban** — mint a congres- sus főtitkára értesíti lapunkat — ez év december havában 19—23-dikáig tartják meg a khedive fővédnöksége alatt. A résztvevők a hajókon 35—50%, az egyiptomi vasutakon és a Cook-féle utazási vállalat vona- lain a nilusi és a felső egyiptomi kirándulásoknál 50% árleengedést kapnak. A résztvevők nejei is részesülnek fognak külön kívánatra a fentebbi kedvezményekben. Későbbben bővebb programot bocsátanak ki. A magyarországi helyi bizottság díszelnökei — mint halljuk — *Korányi Frigyes* és *Feuer Náthán* kartársak lesznek.

— **Idegen orvosok és fogászok gyakorlatának megnyitása a Fokföldön.** A fokföldi kormányzóság rendeletet adott ki, melynek értel- mében ezután idegen diplomával bíró orvosoknak vagy fogászoknak tilos gyakorlatot űzni a Fokföldön, kivéve, ha az illető idegen orvosnak vagy fogásznak olyan országban szerzett oklevele van, a melylyel e tekintetben viszonyosság áll fenn.

— **A német természetvizsgálók és orvosok vándorgyűlésére** az idén egy új osztályt szerveznek „Az orvosi történelem” cím alatt.

— **Gyógyszerárúkereskedés engedélyezése.** A belügyminister *Marcovich Péter* fiumei lakosnak Fiumében gyógyszerárú-kereskedés nyitására engedélyt adott.

— **Elhunytak.** *Kurtz Gusztáv* dr. fővárosi gyakorló orvos, volt belgyógyászati tanársegéd, a Budapesti Orvosi Kör Országos Segély- egyesületének volt elnöke 70 éves korában. *Muraközi Kálmán* dr. volt trachomaorvos Budapestén.

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

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



## Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapestén.

**Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások,** zuany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógy- víz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Úszó, közzvény, ideg-, borbajok** stb. fölöl kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatóság** a Budán.

**A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

**Tartalom:** Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1902. április 21-dikén.) 295. l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XIV. rendes ülés 1902. április 19-dikén.) 295. l. — Magyar balneológiai congressus. (II. ülés 1902. április 14-dikén d. e.) 297. l. — Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató ülés 1902. január hó 29-dikén.) 298. l. — Szegedi orvos-egyesület. (XXV. szakülés 1901. május 8-dikán és XXVI. szakülés 1901. június 12-dikén.) 299. l.

### Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1902. április 21-dikén.)

Elnök: Than Károly. Titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadások voltak:

1. Jendrassik Ernő l. tag a következő című értekezését adta elő:

#### Adatok az öröklés és az öröklési betegségek tanához.

Az öröklés problémája régóta van állandóan a biológiai tudományok napirendjén. Sajnos, hogy újabban inkább túlbecsült, körmönfont teoriák gyártásának veti meg ágyát az öröklés érdekes s talán egyszer az emberiség fejlődésében is nagy gyakorlati fontosságra emelkedő folyamata, mintsem hogy a függő kérdéseket újabb észleletek összegyűjtésével iparkodnának megfejtetni a tudósok. Az öröklést addig, a míg az kedvező sajtóságot fakaszt, a biológia körébe szokás számítani, kétségtelen azonban, hogy a kedvező jelenségek csak olyan természetűek, mint az öröklés útján támadt hibák s általános szempontokból, főleg ha a kiemelkedő tulajdonságokat vesszük szemügyre, az egyénre kedvezők és kedvezőtlenek teljesen egy alakban itélendők meg. Az öröklés tanulmányozása szempontjából a kórtani észleletek igen tanulságos módon egészítik ki a biológiai megfigyeléseket. De igen nagy fontossága van ezen észleléseknek a pathológiai felfogás álláspontjából is. E tekintetben azonban a jelenlegi felfogás egyáltalában nem felel meg az észleleteknek. Eddigéllel ugyanis az öröklési kóreseteket a tüneti hasonlóság alapján iparkodtak beilleszteni, mint alfajokat egyes exogen betegségek körébe. Ezen felfogás téves voltát legjobban bizonyítja ama körülmény, hogy az öröklési kóralakok nem egyenlők amazokkal és teljesen hiányzik az egyes eseteknek az a szabályos egyöntetűsége, a mely a külső okból származó betegségeket jellemzi.

A kórtani észlelés azt bizonyítja, hogy az öröklődés alapján újonnan támadó tulajdonságok csirái az anya és apa öröklődő tulajdonságainak egymásra hatásából (superponálásából) erednek, csak ha már egy tulajdonság ilyen módon erősen létesült, úgy viheti azt a szülők egyike is tovább. Bizonyítja ezen felvételt egyebek között az is, hogy azon 21 család közül, a melyben ilyen öröklődő betegséget észlelt, 13-ban voltak a szülők közeli rokonságban.

Ezek után bemutatja 14 családban észlelt 25 esetét, mint harmadik sorozatát ezen tárgyról közölt eseteinek. Közleményébe azonban csakis azon eseteit vette fel, a melyek szokatlan kórformák alakjában voltak észlelhetők.

Végül a következő pontokban foglalta össze eredményeit:

1. Téves csupán azon kóreseteket venni családi, illetve öröklődő bántalomnak, a melyekben több családtagon fordult elő ugyanazon kóralak, mert egyedül maradó esetek is észlelhetők, mert a legterheltebb családban is előfordulhatnak kivételek.

2. Az öröklés mint körök sajátlagos; oly kóralakokat hoz létre, a melyek más okból nem támadhatnak.

3. Az öröklési kórformák nem typusos, körülírt kórképekben jelennek meg, hanem a tünetek variálása végtelen sorozatban a leg-heterogénebb körben fordul elő.

4. Az öröklési bántalmak a szervezet minden szövetét illethetik, az idegrendszer ép úgy, mint az izomzatot, a kötőszövetet, a csontokat, az egyes szerveket stb.

5. Szokatlan csoportozatú kórtünetek, *idült*, hosszú ideig progressiózó lefolyás mellett a legnagyobb valószínűséggel öröklött degenerálásnak felelnek meg.

6. A szülőknek közeli rokonsága nagyon fokozza az öröklődő degenerálás lehetőségét.

2. Tellyesniczky Kálmán egyetemi adjunctus részéről Thanoffor Lajos r. tag nyújtotta be a következő című dolgozatot:

#### A sejtmag szerkezetének kérdéséhez.

A nyugvó mag belsejében, miként ismeretes, bizonyos vázat különböztetnek meg, mely hálózatos formában, a hálózat csomópontjaiban nagyobb anyagfelhalmozódásokkal jelenik meg. Ezen hálózat között van az alapanyag, illetőleg a Heidenhain szerint ú. n. lanthanin struktúra. A nucleolusok ezen struktúrákon kívül állóknak tekintetnek. A Heidenhain-féle lanthanin egybe esik a Schwartz-féle paralininnel, a Pfützer-féle parachromatinnal, melyek mind viszont a régebbi alapanyag (Grundsubstanz-Zwischensubstanz) elnevezés körébe esnek. Azonkívül felveszik Schwartz vizsgálatai alapján, hogy a maghálózat nem csak chromatin anyagból áll, hanem ennek is még külön alapanyaga van: a Schwartz-féle linin.

Vége Reinke szerint az oedemantin-golyók járulnak mindezekhez, melyek szintén az alapanyagban vannak elhelyezve.

Ezen struktúrák kritikájában a szerző előbb is az élő vizsgálattal foglalkozik és kimutatja, hogy az élőben észlelhető viszonyok semminemű alappal sem szolgálnak ezen struktúrák felvételére; azután

tér át a kémiai vizsgálatokra, a melyek tulajdonképpen ezen strukturális teoriákat szolgáltatták; kimutatja, hogy a különféle nézetek és anyagok voltaképpen a vegyi kezelések különféleségén alapsznak, úgy, hogy ezen struktúrák élőben való láthatatlanságának magyarázatánál egyáltalán nincs szükség a kedvezőtlen fénytörési viszonyok felvételére, miután a reagens hatása azok mesterséges létrejövését világosan megfejtí.

A legáltalánosabban elfogadott ú. n. maghálózat, valamint a Heidenhain-féle lanthanin fehérje-kiesapódások útján létrejövő formációk; az Altmann-féle granulák közömbös kezelések eredményei, a Reinke-féle oedemantin lúgos kezelésnek megfelelő macerálódási jelenség.

Reámutat végtére a szerző arra, hogy ezen struktúrák nem birnak jogosultsággal azon szempontból sem, hogy belőlük átmenetet a mitotikus elenségekhez megállapíthassunk. Következő közlemény számára, tartja fenn magának a nyugvó magvak közelebbi ismertetését, valamint a mitotikus oszlasok fellépése kérdésének tárgyalását.

### Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIV. rendes ülés 1902. április 19-dikén.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Wenhardt János.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Hasenfeld Arthur, Bókay János és Deutsch V. Adolf tagtársakat. Elnök szomorú kötelességet teljesít, midőn jelenti, hogy ma délután az orvosegyesület buzgó és kedvelt tagja Kurtz Gusztáv életének 70-dik évében meghalt. Mindnyáján, kik a derék férfit ismerték, szerették és becsülték. Ő a Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegyletének elnöke volt és mint ilyen az orvosi közügyekért küzdött olyan időben, mikor arra az orvosi rendnek még kevésbé volt szüksége, mint ma. Indítványára az ülés az elhunyt iránti tiszteletet felállással fejezi ki és emléket a jegyzőkönyvben örökíti meg.

#### Bradycardia esete.

Hasenfeld Arthur: A 80 éves nőbeteg 9 hó óta áll bemutatónak a szegényházi kórházban levő szívbeteg osztályán észlelése alatt. Ezen hosszú idő alatt a pulsus, illetve a szívösszehúzóerő száma állandóan 26—36 között ingadozott. Betegnél tehát tartósan ritka szívverés, bradycardia van jelen. Bemutató hangsúlyozza, hogy a nagyobb fokú bradycardiák általában ritkák és hogy még a magas korban is ritkán látjuk a szívösszehúzóerő jelentékenyebb megritkulását. Bizonyítékul felhossa a székesfővárosi „Erzsébet”-szegényházat, melynek 1000 lakója közül — a kik pedig túlnyomólag a 60 éven felül vannak — a bemutatott jelenleg az egyetlen bradycardiában szenvedő beteg.

A beteg luesben nem szenvedett, alkoholikákkal mindig mértéketlenül élt. Két év előtt történt meg vele először, hogy hirtelen eszméletlenül összeesett és környezetének elmondása szerint ez alatt izmaival göresösen rángatózkodott. Ezen rohamok 2—3 heti időközökben ismétlődtek; 11 hónap óta azonban végleg elmaradtak.

A betegnél jelenleg található elváltozások a szív és ér-rendszert illetik. A környéki erek kanyargósak, lüktetésük jól látható. A pulsus, a mint az a bemutatott sphygmogrammból jól kivehető, rendkívül ritka, száma percenként 32; nagy hullámú, lassú lefolyású, a görbe leszálló szára hosszan elnyújtott, azonban teljesen rhythmikus.

A tapintó ujj az érfalat alig képes összenyomni, a pulsus rendkívül feszes. A Gärtner-féle tonometerrel meghatározott vérnyomás 200 m. Hg-nak felel meg; tehát rendkívül magas.

A szívesücsök 5—6 között a bimbón kívül 14 cm.-re a középvonaltól tapintható. A szívesücsök körülírt, emelő és resistens. Jobb felé a szívtompulat nincs megnagyobbodva. Jobboldalt a 2-dik bordaközben a sternum mellett egy szalagszerű helyen rövidebb a kopogtatási hang.

Az aorta felett az első szívhang zörejes; a pulmonalis második hangja ékelt, nemkülönben az aortáé is. A jugulumban az aorta-ív lüktetése jól tapintható. Betegnek emphysemája nincsen. A vizeletben állandóan kevés fehérnye. A szemfenéki lelet (Béla dr.) negatív. Betegnél tehát az erek nagyfokú atheromás elfajulása van jelen, bal szív-túltengéssel, magas vérnyomással mellette.

Előadó felsorolja a bradycardiát létrehozó okokat és oda concludes, hogy jelen esetben sem a vagus direct, sem reflectorikus izgalmanak felvételére nincsen ok; sőt hogy több körülmény ezen lehetőségeknek egyenesen ellentmond. Így a bradycardiának hosszú és állandó fennállása, továbbá azon körülmény, hogy a bradycardiás szívösszehúzóerő mindig rhythmikusak voltak. Előadó állatkísérleteire támaszkodva hangsúlyozza, hogy a vagus izgalom nem csak ritkává, de egyáltalán arhythmiaá is teszi a szívösszehúzóerőket. Bemutató a jelen esetben a bradycardia okát a szív koszorús útjainak sclerotikus elváltozásában keresi, a melynek következményeként a szívizom egyes részei fibrosis elváltozást szenvedtek. Bemutató azon látszólagos ellentmondást,



hogy a coronarsclerosis nagy gyakorisága mellett a bradycardiák mégis oly ritkák, abból magyarázza, hogy a szívizomzat egyes részeinek functioi nem egyenértékűek.

Ez az oka annak, hogy a coronarsclerosis okozta fibrosus elváltozás kiterjedése és localisatioja szerint egyszer bradycardia lép fel s máskor a szív insufficienciája; máskor ismét súlyos stenocardiás rohamokat hoz létre.

Bemutató azután magyarázatát adja annak, hogy a jelen esetben miért tartja a pitvarok izomzatát fibrosusan elváltozottaknak.

Végül előadó még egy fontos momentumra figyelmeztet. Nagybőfokú bradycardiánál a szív ritka összehúzódása alatt az üteres rendszer rendszerint nincs vérrel kellőképpen ellátva, a minek következményeként a vérnyomás le szokott süllyedni. Minden valószínűség szerint ezen relativ anaemia oka a bradycardiához csatlakozó azon symptomá komplexusnak, a melyet röviden Adam-Stokes-féle betegségnek neveznek. Jelen esetben 11 hónap előtt betegnél is voltak ily rohamok észlelhetők.

Hogy ezen öntudatlansággal és epilepsiás görcsökkel járó rohamok jelenleg betegnél teljesen szűnnek, annak okát bemutató éppen abban találja, hogy a jelen esetben a vérnyomás jelenleg igen magas (200 mm. Hg.), bizonyítékul annak, hogy a bradycardia okozta vérkeringési zavar nagyrészt compenzálódott. Ezen compensatiót úgy képeli, hogy éppen a bal gyomrocsonk túltengése a szívösszehúzódásokat erősebbé tette; másrészt, hogy a bal gyomrocsonk diastole alatti tágulási képessége a szükségesnek megfelelőleg megnagyobbodott, a minek következményeként azután az időegység alatt több vér hajtatik az üteres rendszerbe. Bemutató azonban hangsúlyozza, hogy a szív már eljutott alkalmazkodási képességének határához: a járásnál mutatkozó nehéz légzés és a pulmonalis második hangjának ékeltsége egyaránt bizonyítja, hogy a pangás a kis vércsőben megkezdődött.

**Kéthly Károly:** Bemutató magyarázatával egyetért és osztja azt. Két hét előtt egy 20—30 év közötti egyénnél volt consiliumban, kinél néhány hó óta ritkábban, utóbbi időben gyakrabban, naponta 2—5—10-szer grand és petit mal alakokban lép fel a morbus sacer. Lues nem volt kimutatható. Pulsusa utóbbi időben percenként 22 volt. Hogy valódi bradycardia volt, azt a szív összehúzódásainak controlálásával megállapította. Látszólagos bradycardia az, melynél a gyenge szívösszehúzódások nem lökik be a vért a periferiás artériákba. Az összefüggés megállapítása nehéz volt. Központi bántalomnak jelenléte kizárható volt, úgy, hogy bradycardia és Adam-Stokes-féle betegséggel lehetett a tüneteket megfejtetni.

A bal szív valamivel nagyobb volt, hangokon eltérés nem volt, a bradycardiának oka legtöbbször nem központi, hanem a szív art. coronariájában fekszik, és pedig legtöbbször arteriosclerosis.

A bradycardia nem olyan ritka, mint előadó gondolja; 1000 beteg közül tán 20 akad. Azt mondjuk, bradycardiás az a szív, melynél a pulsus 60 percenként, de ez lehet normális is, azért azt kell mondani, bradycardia az az eset, melyben a pulsus szám 6—8 veréssel kevesebb, mint rendesen. Bradycardia oka gyakran kellene talán még felvenni a szív ingerlékenységének lefokozását is, ez is táplálkozási zavaron alapszik. Egy gyakori ok még a diffus arteriosclerosis, de csak ritkán, úgy hogy a főok az art. coronariák elváltozása.

#### Hydrocephalus chronicus internus rendszeres kezelése lumbal-punctioval; gyógyulás.

**Bókay János:** Meningitis cerebrosinialis után fejlődött chronikus belső agyvízkór miatt végezte a műveletet. A kezelés kezdetén a gyermek négy hónapos volt, s a belső agyvízkór tünetei kifejezett képet mutattak. 14 hónap lefolyása alatt 11 ízben végeztetett a Quincke-féle eljárást, s ezen időszak alatt körülbelül 300 köbcm. liquor cerebrosinialis bocsátott ki. A gyermek teljesen gyógyult állapotban mutatott be; a szellemi fejlődés semmi kívánni valót nem hagy hátra.

**Donáth Gyula:** Azon alkalomból, hogy előadó a lumbal-punctiot hydrocephalus chronicusnál ajánlja, ő is óhajtaná úgy a belgyógyászok, mint a sebészek figyelmét azon fontos therapeutikus szolgáltatokra felhívni, melyeket idegbetegségeknek képes nyújtani. Idegosztályán eddig legalább is 40 esetben és gyakran ugyanazon betegnél ismételt alkalommal lumbal-punctiot és különösen óhajta a többiek közt azon kiváló fájdalomcsillapító hatást felemlíteni, mely tabikusok lancináló és hátfájdalmainál, gastrikus és laryngealis kríziseinél elérhető, midőn a szokásos antineuralgicák már mind cserben hagytak. A hatás itt gyakran hosszú időre kiterjedő, minőt orvosságoknál nem látunk. Epilepsiások status epilepticusában is kiváló szolgáltatokat tehet, mint ezt egy betegnél látta, kinek több napig tartó halmazott görcseit és hozzájuk csatlakozott állandó teljes elmezavarát a lumbal-punctio mintegy varázsütésre megszüntette, úgy hogy a beteg két-három nap múlva a kórházat elhagyhatta. A lumbal-punctio itt valószínűleg egyrészt nyomásesőként hat, másrészt valószínűleg azáltal is, hogy felhalmozódott toxinok eltávolíthatnak. Egy 16 éves leánynál agytumor okozta pangásos papillánál, melynél a látóélesség nagyfokú csökkenését Feuer és Goldzieher tagtársak constatálták és kinél a láthatár is mindkét szemben jelentősen csökkenve volt, a lumbal-punctiot követő harmadik napon rendes visust és láthatárokat állapítottak meg. Szólv egyetlen egy esetben sem látta a lumbal-punctio kedvezőtlen hatását, majdnem állandó tünet csak a fejfájás, mely néha még a punctio alatt vagy nem-sokára beáll és legfeljebb 24—36 óráig tart és mindig egy pár 1 cgm.-os morphin- vagy 2 cgm.-os dionin-por által csillapítható és a beteget különben alig alterálja. Valószínűleg a punctio után az agyban beálló compensatorikus hyperaemia által okozatik.

**Szontágh Felix** osztályán kiterjedten alkalmazza a lumbal-punctiot, úgy diagnostikus, mint therapeutikus czélból. Erről más alkalommal fog beszámolni. Uraemiánál neves klinikusok, például Gerhardt, ajánlják az eljárást a supponált agyvízkór megszüntetésére.

**Korányi Sándornak** nagyobb tapasztalatai nincsenek, részben azért, mert mikor a lumbal-punctio ajánlatba jött, egy esetben sebész hajtotta végre és a beteg Cheyne-Stokes-tünetek között egy óra múlva meghalt és ezen kedvezőtlen eset behatása alatt állott.

Epilepsiánál nem vár a Quincke-féle punctiotól hatást, mert nem osztja Koher nézetét, hogy a liquor cerebrosinialis nyomása idézné elő a rohamot, mert későbbi adatok igazolták, hogy köhögés alkalmával kétakkora a liquor cerebrosinialis nyomása és epilepsiás betegnél köhögés rohamot nem vált ki. Így inkább a nyomásemelkedés az izomösszehúzódásoknak következménye. Természetes azonban, hogy nem a theoria, hanem a praxis dönt.

Vannak azonban esetek, melyekben kétségtelenül jogosult a Quincke-punctio és ilyen a Bókay esete is. Hasonlóan megengedhetőnek gondolja szólv a lumbalis punctiot azon esetekben, melyekben gyógyszereket kívánunk subduralisan bevinni, például tetanus-antitoxint, melynek bevitelére némelyek trepanatiót és az agygyomrocsonk punctióját ajánlják, mert a lumbal-punctiot kisebb beavatkozásnak tartja. Szólv osztályán így gyógyult meg egy súlyos tetanusban szenvedő beteg. Vajon ez a gyógyulás a serumnak tulajdonítandó-e vagy nem, az természetesen kétséges marad.

**Winternitz Arnold:** Megjegyzi, hogy a spinalis subarachnoidealis ürbe lumbal-punctio révén bevitt oldatok, gyógyszerek, nem terjednek gyorsan fel az agy s annak subarachnoidealis üreire felé. Így a lumbalis cocain-analgesiciánál az anaesthesia rendesen csak a bimbók magasságáig terjed, de ha a beteget Trendelenburg-helyzetbe hozzuk, úgy az analgesia (mint azt Kader kimutatta) magasabbra terjed fel, azaz a befecskendett cocain a gerinczagy magasabb részeit éri el. Az agy subarachnoidealis üreibe való eljutását a cocain-oldatnak Bier azáltal volt képes megakadályozni, hogy a betegek nyaka köré gummigyűrűt alkalm. azott, melynek strangulatioja révén a jugularisok compressioja miatt beállott intracranialis venosus pangás a cocainnak az agyhoz való eljutását megakadályozta. A nyak eme strangulatiojának alkalmazásakor a cocain kellemeitlen mellékhatásai csökkentek. Lumbalis úton a subarachnoidealis ürbe bevitt gyógyszeres anyagok főleg azért terjednek nehezen fel az agy felé, mert a liquor cerebrosinialis, mely a ventriculusok plexusaiban produkálódik, az agy felől a gerinczagy felé, tehát az alól bevitt gyógyanyagok megkivánt elterjedésével éppen ellenkező irányban áramlik.

**Bókay János** száz és száz esetben végezte a lumbal-punctiot és káros hatást nem látott, csak egy kis csecsemőnél látott a tü beszúrásakor momentán, pillanatig tartó eklampsiát, de ez, mikor a folyadék ürülni kezdett, csakhamar megszűnt. Ismeri a rosszalló végződő eseteket, de ezek nagyrészt agytumorkok voltak és ezért agytumor contraindikálja a lumbal-punctiot. Diagnostikus czélból alig végezte. Gyógyszereknek a gerinczatornába való bevitelétől nagyobb eredményeket nem várhatunk, talán csak tetanus esetében, mikor ily módon jobb eredményeket várhatunk, mint subcutan való alkalmazás esetén.

#### A gége felfekvések fekélyződéseinek helyi kezeléséről.

**Bókay János** előadásában azon tapasztalatait közli, melyek vonatkoznak a timsóval és gelatinával praeparált, karesőbb nyakú bronz-tubusok alkalmazására, oly eseteknél, hol a primaer intubatio folyamán decubitalis fekélyzések keletkeztek a gégeben. Az eljárás a secundaer légesömettszéseknek lehető kiszorítását szándékolja az intubációs praxisban s hogy ez hasonló esetekben sokszor sikerülni fog, azt 12 kóresettel demonstrálja. Valamennyi esetben a tubusfektés a primaer intubatio alatt a 100 órát túlhaladta s a praeparált karesőbb nyakú bronz-tubusokkal 69—317 órai tubusfektés mellett sikerült a végleges extubatiót végeznie. Ezen eljárás O'Dwyer-nek ideája s O'Dwyer 1897-ben vetette fel a gégebeli felfekvések fekélyződéseinek a fent leírt módon történő helyi kezelését. **Bókay János** karolta fel az összes intubatorok között először az ideát, kísérleteket eddigé ily irányban senki nem tett.

**Szontágh Felix:** Annak idején, a mikor Bókay tanár az ő két nagy előadását az intubációs traumáról az orvosegyesületben tartotta volt, szólv családi körülmények akadályozták benne, hogy az előadás-hoz fűződött discussioban résztvegyen. Engedtessek meg tehát, hogy Bókay tanár mai, hasonlóképpen igen érdekes és tanulságos előadása alkalmából egészen rövid felszólalás alakjában praecizirozza azon főbb elveket, melyek szerint osztályán operatív beavatkozásra szoruló laryngitis crouposa eseteknek a therapiájában eljárnak. Minden művi beavatkozásra szoruló esetben első sorban is az intubatiót hajtják végre, illetőleg kísérlik meg, vagyis szólv a feltétlen, a principalis intubationnak híve, azon egyszerű oknál fogva, mert igen számos esetben, az esetek igen túlnyomó százalékában ezen, a légesömettszéstől enyhébb és egyszerűbb eljárással, teljesen czélt érünk. Légesömettszést tehát csak másodlagosan végez, még pedig: 1. ha — a mi úgyszólván alig fordul elő — az intubatio nem sikerül, bármint oknál fogva; 2. hasonlóképpen ritkán, ha sikeres intubatio dacára az állapot nem javul meg lényegesen, vagyis igen kiterjedt croupal van dolgunk, a mikor azonban a tracheotomia úgyszólv reménytelenül végeztetik, mert az sem vezet eredményre; 3. neheztelt decubatio, vagyis decubitus miatt, ez utóbbi javulat alapján azonban aránylag gyakran. Decubitus miatt végzett másodlagos légesömettszések javulatának a felállításánál elvük, nem schematizálni, hanem individualizálni, azaz nem végeznek légesömettszést egyes egyedül a decubitu-tól való félelem miatt már 80—100 óra múlva, nehogy éppen néha feleslegesen végezzék, hanem figyelemmel vannak az összes tünetekre, ha csak lehetséges még a laryngoskopikus



leletre is. Decubitus kétségtelen jeleinél ők sem várnak, hanem azonnal másodlagos légcsőmetszést végeznek. A másodlagos légcsőmetszés javatának oly értelemben való felállításánál, hogy inkább korábban, mintsem később, mostan már súlyos decubitusokkal csak ritkán találkozunk, még pedig úgyszólván csak a boncasztalon, az olyan esetekben t. i., a melyekben a croup igen kiterjedt foka vagy a diphtheriás infectio vagy intoxicatio leküzdhetetlen volta, az úgynevezett diphtheriás marasmus vezetett halálra s így nem volt idő s nem volt mód a decubitus meggyógyítására sem.

Máskülönben sikerült úgyszólván mindenkor a kellő időben végrehajtott légcsőmetszéssel súlyos decubitusnak a fejlődését megelőzni s ez által a decubitusoknak sokszor csak igen kellemetlen, sokszor azonban végzetes következményeit elhárítani. A kellő időben végrehajtott másodlagos légcsőmetszéssel, utána megint intubatioval kezelt s intubatio segítségével decanulált eseteik eredményével nagyon meg voltak elégedve; demonstráltak ezen eredményeket azon nagyobb számú esetek is, miket annak idején szóló megbízásából jelenlegi orvosunk Massanak Gábor dr. a közközházi orvostársulatban két ízben bemutatott volt. Nem lesz érdektelen felemlíteni, hogy volt alkalmuk másodlagos légcsőmetszéssel kezelt esetekben a decubitusok gyógyulását boncasztalon is megfigyelhetni. Így egy kis betegük a légcsőmetszés utáni 10-dik napon — valószínűleg diphtheriás szívbeululásban — hirtelen meghalt. A boncasztalon látták, hogy az eléggé kiterjedt, de nem mélyre hatoló decubitus már szépen sarjadzásnak indult. Egy másik kis betegük 2 hónap múlva a decanulement után bronchopneumoniában pusztult el. Decubitus teljesen meggyógyult volt. Egy harmadik kis betegük 3 hét múlva a decanulement után genyes mellhártyazsádmányban halt el — az ő decubitus is már teljesen meggyógyult volt.

A szeptemberi hamburgi vándorgyűlésen Bókay tanár igen szép s kimerítő referátumához fűződött discussioban, felszólalásában szóló oda concludált, hogy a laryngitis crouposa gyógyításánál az intubatiót és tracheotomiát nem szabad egymással szembe állítani, hanem mind a két eljárást karöltve, egymást kiegészítve, egymás mellett kell alkalmaznunk.

Szóló ezen eddig elfoglalt álláspontján nagyon szívesen változtat, ha az eljárás, melylyel Bókay tanár ma este bennünket megismertetett, a légcsőmetszést a decubitusok terapiájánál is helyettesíteni, illetőleg pótolni képes. Szóló mindenesetre meg fogja kísérteni.

Grósz Gyula: Bókay tanár szívesége folytán már körülbelül egy évvel ezelőtt értesült szóló az imént előadott igen elmés eljárásról és ekkor ő is megfelelő esetekben kezdte alkalmazni a gelatinás tubusokat. Ha eredményei nem is olyan fényesek, mint a Bókay által elérték, mindazonáltal eléggé biztatók és megérdemlik, hogy az ez irányú kísérletekkel tovább is foglalkozzunk. Összesen 8 esetben alkalmazták a gelatinás tubusokat. Hozzászólása keretén belül nem részletezheti az eseteket egyenként, csak a következőket említi fel. 3 esetben, a mikor az extubatio véglegesen nem sikerült, a gelatinás tubus 3 napi alkalmazása után gyógyulást ért el. 3 esetben még secunda tracheotomiát kellett végeznie, ezek közül 2 gyógyult és 1 meghalt. 1 esetben a fonálnak a tubusba való aspiratioja folytán állott be a fuladási halál, a rögtön megejtett tracheotomia daczára; ez eset tehát nem a methodus rovására irandó.

Végül pedig egy esetben kiterjedt pneumonia catarrhalis volt a halálok. Mindössze tehát 8 esete közül meggyógyult 5 és meghalt 3. Az eljárás mindenesetre kötelességünké teszi, hogy tovább is foglalkozzunk vele és csak hálával tartozunk Bókay tanárnak azért, hogy a methodust velünk megismertette.

Bókay János azon véleményben van, hogy az intubatioval foglalkozóknak kötelességük az eljárás megpróbálása. Grósz Gyula nem a gyógytubussal, mely karcsúbb, hanem más tubussal tett kísérleteket, a mi az eredményeket befolyásolja.

## Magyar balneologiai congressus.

(II. ülés 1902. április hó 14-dikén d. e.)

Elnök: Tauffer Vilmos, később Bókay Árpád. Jegyző: Löw Sámuel.

Elnök az ülést megnyitja, azután így folytatja: A kik e balneologiai congressus tegnapi kirándulásán résztvettek, kétségtelenül emelt érzéssel látták, hogy az a közszellem, mely ma társadalmunkban uralkodik, ha jó vezetésre talál, milyen szép eredményt mutat fel. Kétségtelenül gyönyörűségünkre szolgált az az intézet, melyet egy ember, Korányi ő méltósága működése teremtett meg. Nem szabad, hogy ezen szép kirándulás emléke elveszzen, hanem indítványozza, hogy ezen szép kirándulás rövid leírása a jegyzőkönyvben helyet foglaljon. (Helyeslés.) Jelenti továbbá, hogy az „Ország-Világ” szerkesztősége hajlandó ingyen fűrdőleírásokat közölni, ha a fűrdőtulajdonosok a leírásokat és elicheket beküldik. Együttal felhívja a figyelmet a d. u. 4 órákor tartandó értekezletre, a hol több, a fűrdőtulajdonosokat érdeklő egészséges és praktikus eszme lesz tárgyalandó.

Tanulmányok a csizi jód-brómos viz physiologiai hatásáról a gyomorra; reflexiók a mesterséges ásványvizekről.

Tausz Béla: Felemlíti, hogy hazánkban ez az első eset, melyben ásványvíz hatásának megbirálásánál a physico-chemiai analysisből indulunk ki s tekintetbe vesszük fagypontesülését, osmotikus nyomását, és a mólók számát. A csizi víz jód-tartalmát illetőleg nemesak hazánkban, hanem a continensen is jelenleg a legelső helyen áll s magas jód-

tartalma ellenére is a gyomorra nincs káros behatással. Felolvasásának második részében a mesterséges ásványvizeket bírálja és kimutatja, hogy azok sohasem lehetnek oly összetételűek és hatásosak, mint a természetes ásványvizek s ezért rendelésük irrationalis.

Vas Bernát: Nyolcz éve számolt be e helyen azon vizsgálatokról, melyeket Garával együtt végzett a kénes vizek physiologikus hatására nézve. Ezen vizsgálatokra azon felfézés indította, hogy az ásványvizek hatásának megállapítására physiologikus vizsgálatok szükségesek úgy egészségesebben, mint betegeken; a vizsgálatok által oly adatok birtokába juthatunk, melyek segítségével a javatok biztosabban felállíthatók és melyekkel az ivókúra megállapításánál az individualizálás fontos elvének is megfelelhetünk. Szólónak tapasztalatai ezen tétel igazságos voltát beigazolták, sajnos azonban, hogy fűrdőorvosok ily vizsgálatok megejtésétől tartózkodnak. Annál inkább is üdvözlő Tausz Bélát, ki hazánk egy kiváló gyógyvízével végzett physiologikus vizsgálatokat, felhasználva a physico-chemiai eljárásokat is, melyeknek bevezetése az orvosi tudományba Korányi Sándor elévülhetetlen érdeme. Ily vizsgálatoknak nem tisztán tudományos, hanem praktikus értékük is van. Így Tausz magyarázatot keresve azon fontos körülményre, hogy egyes betegek a csizi vizet jól tűrték, mások nem, annak okát az aciditas különböző fokában találta és ha megfelelően és rationalisan adagolta a vizet, a kellemetlen tünetek megszűntek. Hasonlóképp fontos azon vizsgálati eredmény, hogy a csizi víz gyorsan hagyja el a gyomrot és atoniás gyomornál sem ellenjavalt, Tausz vizsgálatait szóló sem tartja befejezeteknek, mert ha van gyógyvíz, úgy bizonyára a kiváló gyógyhatású csizi víz az, mely megérdemli, hogy vele foglalkozzanak; különösen anyageserevizsgálatok és a vérre való hatásnak vizsgálatát kívánatosak.

Ketty Károly: A csizi víz a gyomor sósavának közömbösítését hozhatja létre és így bizonyos indicatióknak kedvezően fog eleget tenni. A kísérletek előadó nem adta elő — az idő rövidsége miatt —, ezért néhány megjegyzést tesz. Tudjuk, hogy az éhezé vagy üres gyomor rendesen nem, vagy alig tartamaz néhány gramm közömbös folyadékot és hogy az elválasztás meginduljon, erre inger szükséges, a mi lehet darabka kő, rendesen étel vagy ital. Tiszta víz nagyrészt kiürül a gyomorból a vékonybélbe, a nélkül hogy a gyomor nyákhártyájára vagy mirigyekre ingerként hatna, talán kevés felszívódik, de ez is kétséges. Azonban a csizi víz Na Cl-t tartalmaz egyéb fontos alkatrészekből eltekintve és a konyhasó nem oly gyorsan szívódik fel, különösen nem, ha concentrált, a Na Cl oldat már nem közömbös a gyomor mirigyek működésének megindítására. Kérde, mennyiben indítja meg a csizi víz a gyomor elválasztást, másodsor hogyan állapította meg a sósavra való hatását a csizi víznek?

Liebermann Leo: Ismeretes Neneki azon lelete, hogy jód és brom adagolása folytán bromhydrogensav és jódhydrogensav jelennek meg és azt hiszi, hogy ezeknek nincs olyan hatása, mint a sósavnak. Erdemes volna azzal foglalkozni, hogy ezen savak milyen arányban jelennek meg, különösen, mert a csizi vízben több a brom, mint a jód.

De egy fontosabb kérdés az, mely miatt szólónak kötelessége felszólalni. Elismeri, hogy előadónak felolvasása érdekes, tartalomdús és eredményeit se akarja kritika tárgyává tenni. Szóló azonban azt látja, hogy a physico-chemiai módszereknek ásványvizekre való alkalmazása által bizonyos abusust történt. Kénytelen kijelenteni, hogy a physico-chemiai módszerek még távol vannak attól, hogy ásványvizekre alkalmazva őket, valami különös eredményt képesek volnának elérni, vagy csak annyit is, mint azon chemiai elemzések, melyek eddig történtek és melyek alapján eddig az orvos gondolkodni szokott, mikor meg akarja ítélni az ásványvíz értékét és javait. Néhány módszerről van szó. Egyik a fagypontesülések megállapítása. Ez nem jelent mást, mint megállapítani azt, hogy térfogategységben valamely folyadékban hány molecula van. Ugyanezt a chemiai analysis alapján megállapítottuk eddig is, a fagypontmeghatározás tulajdonképp a chemiai elemzés ellenőrzésére való. A forrpontemelkedés vagy osmotikus nyomás által is controlálható az a chemiai elemzés, de többet ez a módszer egyáltalában nem nyújt. Than tanár régebbi theoretikus conceptiojára is történt hivatkozás, hogy új utat indított. Ne tessék ezzel összetéveszteni. Nem physico-chemiai módszer alkalmazásáról van szó, hanem valami egyéb, nagy jelentőségű dologról. Than figyelemztette az orvosokat arra, hogy különböző anyagoknak egyenlő súlyait nem szabad egymással összehasonlítani, tehát 1.0 gr. Br-ot és 1.0 gr. KJ-ot adva a betegnek, nem hasonlítható össze a hatás, mert a molecula-súlyuk teljesen különböző. Csak aequivalens súlyuk arányában hasonlíthatók össze. Nem az a fődolog, hogy absolute mennyi szilárd moleculát tartalmaz, hanem hány aequivalens tartalmaz mindenből. Than ajánlata jelentékeny reform, de egészen más, mint a mit előadó mondott.

A fagypontesülések megállapításán kívül az elektromos vezetőképesség is physico-chemiai módszer, de a gyakorló orvos ezzel sem operálhat, mert meddő dolog. Nem felesleges, de eredményei az orvost tévútra vezethetik vagy azon nyilatkozatra, hogy svindli. Nem szédelgés ez, mert a jövőben lehet még ettől sikert várni és ezért tüzte ki a Balneologiai Egyesület Bókay tanár indítványára pályakérdés gyanánt. Ismétli, hogy ezen módszerek az ásványvizek hatásának tanulmányozására még nem használhatók.

Bókay Árpád csatlakozik a Liebermann által elmondottakhoz és elfogadja mindazon fentartásokat, miket Liebermann kifejtett. Tauszkkal szemben védelmébe veszi Jaworskyt, ki egyike a legérdemesebb belgyógyászoknak és a ki itt nem védheti magát. Nem szabad őt úgy feltüntetni, mintha ő mellékezőket követne, mert ő erős meggyőződésű férfiú, a ki a tudományos meggyőződést helyezi előtérbe.

Korányi Sándor: Teljes meggyőződése, hogy a physico-chemiai módszer bevitele az orvosi tudományba teljes sikerű csak akkor lehet,



ha óvakodunk minden túlzástól, a minék hibájába különösen Németországban estek bele. Ezen módszerek mélyebb betekintést engedtek bizonyos processusokba és közel volt az idea, hogy a hatás módjaira lehet majd következtetni, de a pathológiai és physiológiai folyamatok tanulmányozása még nem haladt ennyire. És ezért a mellett kell maradni, hogy az ásványvizek hatását a klinikai észlelet határozza meg és nem a physico chemiai módszerek.

**Tausz Béla:** Kétly kérdésére azt választja, hogy igenis végzett ilyen-nemű kísérletet: 15 perc múlva 2-3%, 30 perc múlva 3-1%, 45 perc múlva 1% aciditást talált. Liebermannal szemben megjegyzi, hogy Németországban általánosságban el van fogadva az ásványvizek classificatiója a fagyponcsökkenés alapjául. Bókayval szemben megjegyzi, hogy a külföldön még sokkal csúnyábban jártak el Jaworskyval, pl. Koepe direkt kimondja, hogy hazudik.

**A balfi lithiumos savanyúvíznek hatása, javalata és használati módja.**

**Wosinszky István:** A fürdő történelmének ismertetése után fel-említi, hogy a balfi lithiumos víz az alkalikus savanyúvizek sorába tartozik, a melyben a víz chemiai characterét megszabó szabad CO<sub>2</sub> és Natr. hydrocarbonaton kívül, a lithiumhydrocarbonat a leglényegesebb alkotórész, mely sokkal nagyobb mérvben foglaltatik benne mint az emsi, salzbrunni, weilbachi, gieszhübl, fachingeni, wildungeni lithiumos vizekben.

A víz hatása abban nyilvánul, hogy a nyák elválasztását elő-segíti, oldja, hígítja, a kiköpést könnyíti, ezért a garat, a gége és hörgők hurutjainál jótékony befolyást gyakorol. Oldólag hat a gyomor-ban levő nyálkára, a gyomornedv kiválasztását serkenti; a gyomor-szabad savait megköti, fokozza a gyomor és bélmozgást. Így hát gyomor- és bélhurutnál előnyösnek bizonyult. Ajánlatos a víz használata mellett a gyakori étkezés, kerülendők a fűszerek, zsíros, savanyú és fűszeres ételek. Ezenkívül húgyhajtó, Bright-kórnál indikált, de csak 3-4 pohárral naponta. E mellett meleg fürdők. Vese- és hólyaghurutnál naponta 1-2 liter. A hólyaghuruttal járó tenesmust gyorsan csökkenti. Genyes hólyaghurutnál alkalikus vizelet mellett contraindikált. Legszébb az eredmény a köszvénynél.

**Ráskai Dezső:** A húgyszervek idült megbetegedéseinek a vizelet concentratiójának lefokozása, tehát a diuresis fokozása által annak hígítása igen kívánatos; vajjon mennyiben szolgálják e célú a lithium-tartalmú ásványvizek, nem akarja fejtegetni, csak nem hallgathatja el, hogy igen kiváló szaktekintélyek az ezen vízben foglalt lithiومت a diuresis előidézésére elégségesnek nem tartják, feltehető tehát, hogy ezen vizeknek ilyen kétségtelen hatását ezen vizekben foglalt más tényezők idézik elő. Nem tartja azonban szóló feleslegesnek, hogy a tractus átöblítése tekintetében igen gondos vizsgálatok teendők a vese átöblítőképességére nézve. Rovsing, ki pyelitisben szenvedő betegeinél 4-6 liter főtt vizet itat, e tekintetben igen kellemetlen tapasztalatokra juttatta methodusának követőit; mindenestre igen előnyös, ha ásványvizet itatunk betegeinkkel. Vajjon az aciditas lefokozása, illetőleg a vizelet alkalizálása kívánatos-e, kétségbevonná. Saját, valamint más vizsgálatok azt bizonyították, hogy a vizelet aciditásának fokozása a bakteriumok fejlődésére igen jelentékenyen gátló hatást fejt ki. A mi pedig a mésztartalmú vizek nyálkaoldó hatását illeti, a mire Zülzer helyezett nagy súlyt, a cystitist illető mai felfogásunk szerint nagy fontosságúnak nem tarthatja. Egy más körülményre öhajtaná azonban a figyelmet felhívni. A külföldi nagyhirű fürdők és források látogatottsága és kelendőse az ottan működő orvosok specialistikus kiképzésének és a fürdő- és vízkúrával párhuzamosan végzett localis kezelésnek köszönhető javarészt. A betegek nagy részének a localis kezelés abban hagyása a fürdőkön jól tesz, de van a betegek egy categoriája, a kiknél a kezelés folytonossága kívánatos, pl. a prostata hypertrophiás betegek, tehát a hólyaghurutos betegek legnagyobb contingense. Ezen célú a külföld fürdőinek kiválóan kiképzett specialistái szolgálják, a mi fürdőinkben ez azonban csak a legújabb időben történt meg és még korásem ntkielégítő módon.

**Az ásványvizpalaczkok dugaszolásáról.**

**Rigler Gusztáv** kolozsvári egyetemi tanár legelső sorban azon örvendetes tényt constatalja, hogy hála az orvosok folytonos sürgetésének, hazánk városai, polgári és katonai hatóságai, sőt a nagy közönség is belátják, hogy a közönséges ivóvíz tiszta és egészségtanilag kifogástalan volta mily óriási fontosságú. Joggal várhatja el tehát mindenki, hogy a betegek gyógyítására használt drága ásványvizek az egészségtan legszigorúbb követelményeinek is megfeleljenek. **Rigler** tanár sajnálattal constatalja, hogy az ásványvizek, főleg pedig a hazaiak legnagyobb része nem állja ki a szigorú kritikát. **Tury, Frank és Krausz** doktorok, de főleg saját vizsgálata alapján, a melyek 65 hazai és külföldi ásványvizekre terjednek ki, bebizonyítja, hogy a chemiai alkotórészekből sok ásványvízben 30, sőt 70% is hiányzik. Még szomorúbb, hogy a bakteriumok száma egyes hazai ásványvizekben szinte óriási, mert igen sokban 1000-nél, néhányban pedig 25,000-nél is több mikro-organismus van 1-1 köbcentiméternyi vízben. Ez annak a jele, hogy a vizek kezelése hibás. **Rigler** tanár a hibát legelső sorban a parafadugókban találja s kimutatja, hogy azok felületén is, meg a mélyében is, óriási mennyiségű bakterium él, a melyek a dugó átnedvesedése után a vízbe is átmennek és ott elszaporodva, azt elrontják. Kimutatja, hogy ezen még a dugók 1 órai főzésével sem lehet segíteni, mert a dugó anyaga igen rossz hővezető s így belsejében nem pusztulnak el a csírák. Ezek alapján első sorban a parafadugók használatának elhagyását s

helyettük a likaestalan és szervesen anyagokból készült zátraknak használatát tartja az egyedüli segítségnek. Ismertetvén az eddig ismert palaczkzárakat, arra a következtetésre jut, hogy valamennyi között legjobb a **Lutze-féle szabadalmazott üveg záró**.

A második nagy hiba **Rigler** tanár szerint az, hogy az üvegeket nem tisztítják ki kellően, mielőtt az ásványvizet beléjük töltik. Vizsgálataiból kimutatja, hogy az üvegüthetőből érkezett s még nem használt üvegekben is több százezer, sőt millió csíra van; természetesen még több ily mikroorganismus él azokban az üvegekben, a melyek a kereskedőktől kerülnek vissza a forráshoz. Elmondja és rajzban is bemutatja, hogy miképen kell az üvegek tisztításának történni, hogy az a nagy kincs, a mely hazánk ásványvizeiben fekszik, valódi értékében kihasználtsék, úgy az ásványvíztulajdonosok, mint a fogyasztó közönség érdekében.

**Oelhoffen Henrik:** Örül, hogy hangoztatott elveit ismételte előadó: tisztaság minden egyes részletben. Később a fürdőirodalmi könyvtárban is foglalkozott e kérdéssel és azt találta, a mit előadó, hogy a parafadugasz nem zár megfelelő módon, de a míg más anyagunk nincs, elimináljuk a parafadugasz hibáit. Az előadó által említett dugasz előnyösnek látszik, de nem mondta meg, mi az ára. Azután a praxisban naponta százezer számra kell töltöni az üvegeket és így kezelésük körülményes, a befektetés is feletten nagy. Azután a komplikáltabb szerkezetű dugaszok csak ott használhatók, a hol a palaczkot visszkapjuk, külföldi exportnál nem. A seltersi és keserűvizeket különben évszázadok óta parafadugasszal szállítják és a bakteriumok daczára sem volt veszedelmes.

**Rottenbiller Ödön** a Lutze-féle dugaszra megjegyzi, hogy az a csomagolásra és szállításra nem alkalmas formájú.

**Fenyvesi Károly:** Előadó ideális tájakra vezette a hallgatókat, **Oelhoffen** practikus maradt. Binz egy cikkében kérdezte, honnét van az, hogy kevés vas van a palaczkozott vasas vizekben? **Oelhoffen** is válaszolt erre, szóló is. Szóló azt találta, hogy vasas vizet napvilágnál töltöni nem szabad és sötét palaczkba töltendő, így állandóbb. Szóló azt hiszi, hogy a meteorológiai viszonyoknak is van befolyásuk, a mit tanulmányozni kellene. A parafadugóknak sok hátrányuk van. Próbálták staniollemazzal bevonní, de a kezelés nehézkes. Szóló véleménye szerint a parafalízst rontja a vizet, ezért simára csiszoltatta a dugasz alsó felületét (tükör), de fordítva tették bele. Most gelatinnal próbálja a dugaszt bevonní.

**Palotai Rezső:** A Siemens-féle patent zátrak bevéltak és áruk 6 fillér teljesen felszerelve. Ezzel szemben a parafadugó ára 2 fillér, ónkupakkal 4 fillér, tehát a patent zár 2 fillérrel drágább, de mert újból használható, voltaképen olcsóbb. Az ónkupak is hygiéna-ellenes, mert közte és a parafa között bakteriumtelepek létesülnek; ezért Németországban már el is hagyják. A patent zátrak elterjedésének leginkább az állja útját, hogy a publicum szívesebben vásárolja a parafadugaszos üvegeket; de a dugó alsó része ellátható staniollemazzal és **Krondorf** és **Giesshübl** már így szállít — mert így is követelik — tropikus vidékekre.

**Oelhoffen Henrik:** A staniollemazeket nem tudják ólommentesen előállítani, ezért ez sem czélserű.

**Rigler Gusztáv:** Hogy mesterséges zátrak bevélnak, mutatja a **Kristály, Margitszigeti** stb. víz, már az is előny, ha csak helyi használatban válnak is be. A mesterséges zátrak kívánatosak a közönség, az orvosok, de a fürdőtulajdonosok érdekében is. A vasas vizek romlásának nem a világosság, hanem a levegő az oka. A meteorológiai viszonyok tanulmányozása végett a helyszínen kellene tartózkodni, de a külső okok gátolják ezt.

## Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1902. január 29-dikén.)

Elnök: **Schrodt Antal.** Jegyző: **Juba Adolf.**

(Vége.)

## Conjunctivalis plastica szaruhártyafekélynél.

**Vidéky Richárd:** Egy a szemészetben újabban ajánlott sebészi eljárásról s annak eredményéről bátorkodik e helyen röviden beszámolni. Ezen eljárás a **Kuhnt** által ajánlott: a szemtekei kötőhártyának felhasználása a cornea és sclera defectusainak fedésére. Ezt transitorius védelemként alkalmazzuk a szemteke sérüléseinek, másrészt kevésbé ellenálló bulbusrészek állandó védelmére. Ez utóbbi különösen perforatioval fenyegető szaruhártyafekélynél, iris előesésnél és staphylo-mák után van helyén. Most csak ez utóbbról akar szólni. Az eljárás lényege a következő: A szaruhártyafekélyt gondosan megtisztítjuk, esetleg kikaparjuk, az esetleg előesett irist levágjuk és azután a szemtekei kötőhártyából készített lebenyt a defectusra reávarjuk. Az így a szaruhártyára helyezett lebeny rövid idő múlva pirosodik, kissé duzzad, a harmadik naptól fogva azonban gyorsan vékonyodik s a lebeny lenövése az ötödik és hatodik napon be van fejezve. Tudjuk azt, hogy a cornea táplálkozását legnagyobbbrészt a conjunctiva edényei látják el, anyaghiányok is csak azután reparálódnak, miután az edényződés a conjunctiva felől megindul, mikor is új epithel képződése mellett megindul a hegképződés. Erthető tehát ezek után, hogy ha a kötőhártyát direct reáhelyezzük az anyaghiányra, ennek táplálkozása javul s a gyógyulás sokkal gyorsabban halad előre. A tizedik napon már rendszeren vékony, átlátszó, kevésbé edényszett hártyát látunk az implantált conjunctiva



helyén. További előnye ezen eljárásnak, hogy átlátszó elastikus szövet képződik, mely épen rugalmasságánál fogva sohasem vezet keratectasiára vagy staphylokoképződésre, mi a szem látóképességére nagy befolyással bír, mert kisebb a veszélye az irregularis astigmatismus keletkezésének. Továbbá nagy előnye a módszernek az infectio elleni védelem sérüléseknél vagy staphylokoképződésnél. Már Leber reámutatott arra, hogy staphylokoképződés vagy elülső synechiákban a legkisebb ok miatt is a periferia felé eső rész berepedhet és infectionnak kapujává lehet. A keratoplastica útján ezt elkerülhetjük, mert szolid egynemű heget kapunk.

Jelen esetben prolapsus iridis miatt végeztük a keratoplastikát. A beteg 9-dikén vétetett fel nagy ulcus corneae phlyctenulosummal és keratocelével. Reggelre a fekély perforálódott és a szivárványhártya előesett. A kötőhártyából lebenyt készítettünk, az előesett irist lemet-szettük és a kötőhártyalebenyt az anyaghányra reávarrtuk. Ma a folyamat befejezettnek mondható, az implantált conjunctivából csak vékony hártya látható, a cornea fekélykörüli részei pedig feltisztultak. A fekély helyét solid heg foglalja el.

#### Extragenitalis ulcus lueticum primarium két esete.

Róth Róbert: I. B. E. 19 éves hajadon eselédleány eddig venereás bajban nem szenvedett. A beteg nyelve hegyén kórházba való felvételénél egy krajczárnyi területen laposan kiemelkedő szürkés-féhes induratio volt látható és tapintható. A baloldali áll alatti mirigyek tetemesen meg voltak nagyobbodva. A köztakarón abszolute semmi. Differential diagnostikus szempontból felemlitem a I. és II. szakában gyakran előforduló papulákat a nyelven; de miután semmi más luesre valló tünet nem volt jelen, ellenben az ulc. luet. prim. hü kísérete, a bubó ezen esetben sem hiányzott, diagnózisunk ulcus lueticum primarium volt. Diagnózisunk helyes voltát igazolták a három nappal ezelőtt fellépett roseolák a köztakarón.

Második esetünk szintén extragenitalis ulcus luet. prim. a jobb oldali tonsillán nagy bubó kíséretében.

Mindkét esetben az infectio létrejöttének módját nem tudtuk ki-puhatólni. Valószínűleg ivó-evőeszközök használata vagy csók által történt az infectio.

#### Szegedi orvos-egyesület.

(XXV. szakülés 1901. május 8-dikán.)

Elnök: Faragó Ödön. Jegyző: Falta Marczel.

Pilisi Béla „A bujakór és gyógy módjai“ címen foglalkozik a bujakór történetével, megkülönböztető kórisméjével, a különböző gyógyítómódok kivételével, végül a gyógyítómódok eredményeivel összehasonlító adatok alapján 248 esete kapcsán.

Ezen esetekben a különböző gyógyítómódokkal a következő eredmények értek el: Az inunctiós kúra alatt levők (2–3 éven át) gyógyulási-javulási aránya 89%; az inunctiós és injectiós kúra alatt levők (2–3 éven át) 90%; az injectiós kúra alatt levők az első évben 75%, a másodikban 45%, a harmadikban 24–25%; a Welander-kúra alatt levők gyógyulási-javulási aránya 30–50% közt ingadozik az első és második évben alkalmazott kúra hatása alatt.

A belső adagolás kúrája alatt levőknél % egyáltalán nem állapítható meg, mivel ez egymagában kizárólag kúra számba nem jöhet az emésztő szervek részéről felmerülő akadályok, reakciók miatt. A belső adagolással együtt alkalmazott inunctiós vagy injectiós kúra alatt levőknél a javulási, igen ritkán gyógyulási arány 15–20%.

A praeventiv antiluetikus kúrára nézve tett tapasztalatok a következőket bizonyítják: az eseteknek majdnem 50%-ában a második stadium kitörésének bekövetkezési ideje és intenzitása tekintetében különbség nincs, mely körülmény azt bizonyítja, hogy az induratio primaria syphilitica megjelenése után a szervezetben elterjedt vírusra nézve a szervezetet immunizálni képesek nem vagyunk.

A gyógyeljárások sorrendje értékük szerint: az inunctiós kúra, melynek hatása maradandóbb, azután a vegyes inunctiós és injectiós kúra. Hatásában néha meglepő, de eredményében sokkal kevésbé kielégítő az injectiós kúra; hatására úgy mint eredményre nézve alig jöhet számba a belső adagolás.

Elnök ajánlatára a vita az idő előrehaladottsága miatt el-halasztatik.

(XXVI. szakülés 1901. június 12-dikén.)

Elnök: Faragó Ödön. Jegyző: Falta Marczel.

Berger Mór: „A diphtheriás gégeszűkület kezelése“ címen tartott értekezésében behatóan tárgyalja a tüneteket és az intubatio indicatioit, a serumfeeszkendés javasolását és kiviteli módját.

Faragó Ödön: A klinikusok legnagyobb része a kanyarónál a stenosist okozó Löffler-bacillus által okozott croupus stenosissal ugyanazonosoknak tartja és így serumfeeszkendés volna ott is javulva, a a mint Bókay meg is teszi.

Schreiber Fülöp: Egy esetben 11 napig a tubust a légcsőben kellett hagynia és egyszeri serumbeeszkendéssel ezélt ért, dacára, hogy bronchopneumonia volt jelen; nem tudja, hogy indokolt-e a többszöri beeszkendés, mint Berger az ő esetében tette.

Regdon Károly: Az első serumbeeszkendést ő alkalmazta Szegeden és leggyakrabban egy üveggel elég a beeszkendésre, csak egy esetre

emlékszik, hogy kétféleképpen kellett. Egyik esetében a gyermek a tubust lenyelte, miután a fonatát elvágta. Három nap múlva a széketétél távozott. Tillmans is említi ily esetet. A tubuskészlet hiányossága, hogy minden életévknek megfelelőleg csak egy darab van, ő a második és harmadik számot két példányban tartja.

Kőhegyi Lajos: Voltak esetei, hogy egyszeri beoltásra is oly kedvező fordulat állott be, hogy szinte kételkedik az ember, hogy a befeeszkendés következménye-e. Látott torok- és orrdiphtheriát, hol két-háromszor is feeszkendés történt eredmény nélkül. Hogy hányszor kell befeeszkendezni, az az esettől függ.

Vass Ignác: Kérde, lehet-e 24 órán belül kétszer befeeszkendezni. Berger Mór: Szórványosan ő is alkalmazott kanyarónál serumot. A Löffler-bacillus nem bizonyít, hogy a larynx stenosis diphtheriás, iszta scarlatínál is találtatott. Nem a bronchopneumonia, hanem a garat-tünetek súlyosbodása miatt feeszkendez újra. Többnyire kijön egy-két serummal, de épen oly esetekre akarta a figyelmet felhívni, melyekben többször kellett feeszkendezni. Subcutan emphysemát a tracheal-gyűrűk közt levő fibrosus hártya áttörése okozhat. A befeeszkendés után 24 órát be kell várni, miután a hatás átlag 18–30 óra alatt mutatkozik.

Faragó Ödön: A bal mutatóujj igen jó útmutató a tubus bevezetésére.

Kőhegyi Lajos: Subcutan emphysemát a tubus által történt sérülés is okozhat.

Schreiber Fülöp: Megmarad a mellett, hogy a többszöri befeeszkendés indicatioját nem látja be.

Berger Mór: Ismétli, hogy a tünetek súlyosbodása indikálhatja az újraoltást.

(Vége köv.)

#### PÁLYÁZATOK.

4254/1902. szám.

Sopron vármegye soproni járásában Nyék (székely), Haracsony, Alsó-Péterfa, Doborján, Hasfalva és Harka községekből álló, elhalálozás által meg-üresedett és 722 kor. 20 fillér évi fizetéssel javadalmazott nyéki kórorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

Felhívom ezennel a pályázni óhajtokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám az évi május hó 14-dik napjáig annálval inkább adják be, mert a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás az évi május hó 15-dik napján d. e. 8 órakor Nyék községben fog megtörténi.

Sopron, 1902. évi április hó 10-én.

3-2

Molnár, főszolgabíró.

A szegzárdi Ferencz-kórházban egy alorvosi állás megüresedvén, felhívom az arra pályázni óhajtok, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat folyó évi május hó 8-dikáig nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. úrhoz, mint Tolnavármegye főispánjához ezímezve alulírt kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1000 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtés és világítással.

A kinevezés 3 évre történik s csak nőfien orvostudorok pályázhatnak.

Szegzárd, 1902. évi április havában.

2-1

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

#### Egyéb üresedésben levő állások.

| Lejárati | Állás      | Hely                     | Fizetés                   | Czím                                |
|----------|------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Ápr. 28. | kórorvos   | Somogyvár                | 1200 k.                   | Plachner fszb., Lengyel-tóti        |
| 29.      | közs. orv. | Oka                      | 1200 k.                   | Wolf fszb., Kis-Marton              |
| 30.      | "          | Tinye                    | 1200 k.                   | Geréby fszb., Bia                   |
| 30.      | kórorvos   | Szentegyház-as-Oláhfalv  | 1200 k., lakás            | Demeter fszb., Székely-Udvarhely    |
| 30.      | "          | Etéd (Udvarhelym.) 12 k. | 1250 k.                   | Pálffy Jenő fszb., Székelykeresztúr |
| 30.      | közs. orv. | Daróc                    | 1200 k., lakás            | Benedek fszb., Oklánd               |
| 30.      | p. orvos   | M.-Szlatina              | 2360 k.                   | Munk-fűrészgár, b.-p.ig             |
| 30.      | kórh. alo. | Arad                     | 1600 k., lakás és ellátás | Schill főj., Arad                   |
| Máj. 1.  | o. orv.    | Komjáth                  | 600 k. és jár.            | Igazgatóság Komjáth                 |
| 6.       | kórh. főo. | Brassó                   | 2000 k.                   | Jeckel alispán, Brassó              |
| 7.       | közs. orv. | Torbágy                  | 1200 k.                   | Geréby F. fszb., Bia                |
| 8.       | "          | Megyesegyháza            | 1200 k.                   | Főszb. hiv., Elek                   |
| 10.      | kórorvos   | Szenna                   | 1600 k.                   | Szakál fszb., Gács                  |
| 10.      | "          | János-Gyarmat            | 2620 k.                   | Finka fszb., Garam-Szent-Kereszt    |

„ANKER“ biztosító társaság. Az Anker élet- és járadék-biztosító-társaság Bécsben, április 19-dikén tartotta 43-dik rendes köz-gyűlést, gróf Prokesh Osten Antal úr elnöklése alatt. A számadási jelentésből kitűnik, hogy 1901-dik évben 10,358 ajánlat 54,209,154 K tőkére és 58,049 K járadékra nyújtott be és 7906 szerződés 40,747,118 K tőkére és 48,230 K járadékra létesített. Az év végén érvényben volt 87,945 szerződés 511,331,371 K tőkére és 361,373 K járadékra. Az 1901. évben halálesetért, visszavásárlásért, életeseti biztosításokért



és járadékbiztosításokért 4.458,212 K, a nyeresményrészesüléssel kötött haláleseti biztosítások osztályaiból és a minimális eredménnyel garantizált túlélési csoportok alapjaiból — a társaság által az üzleti nyereségből adott összeg hozzászámításával — 7.760,110 K, összesen 12.218,323 K fizetett ki, míg a tartalékok szabályszerű emelésére 135.252,273 K fordított.

A halálesetre nyeresményrészesüléssel biztosítottak nyeresményosztalék gyanánt A osztályuk szerint az évi díjnak 25%-át, B osztályuk szerint (emelkedő osztály) a biztosítás tartamához képest az évi díjnak 24, 21, 18, 15, 12 és 9%-át kapják, mely a társaság budapesti pénztáránál készpénzben felvehető. A biztosítéki vagyon a számadási jelentésből kitűnően, a tőke és járadékbiztosítások 48.661,112 K-ra rúgó díjtartalékaiból (biztosítási alapok) és a minimális eredménnyel garantizált túlélési csoportbiztosítások 79.970,113 K-t kitevő alapjaiból, tehát összesen 128.631,226 K-ból áll; ehhez jön még a 2.000,000 K-t kitevő alaptőke és a tőketartalék a kölcsöntartalékokkal, melyek az 1901. évi nyereségből adott összeg hozzászámításával 6.264,299 K-ra rúgnak, tehát összesen 136.895,526 K. Az összes vagyon 144.990,379 K.

A mi a vagyon elhelyezését illeti, az a törvényes határozatnyoknak teljesen megfelelően történik és a budapesti, bécsi és belgrádi ingatlanokból, pupillaris jelzálogkölesönökből, valamint pupillaris értékpapirokból áll és a felügyelő-bizottság elismeréssel hangsúlyozza, hogy a vagyoni állomány beható megvizsgálása ismét bizonyítékot szolgáltat arról, hogy a társaság a vagyon elhelyezésénél szigorú szoliditással jár el és a biztosítási alapok és a díjtartalékok gazdag díjazására különös gondot fordít. A részvényesek között kamat és felülosztalék gyanánt 400,000 K osztatik szét; a nyeresményrészesüléssel biztosítottak osztalék-alapjának javadalmazására 340,000 K utaltatik át és a rendkívüli tartalékok emelésére 100,000 K fordított. Az 1901. évben a nyeresményrészesüléssel biztosítottaknak és a felszámolásra került garantizált túlélési csoportbiztosítások tagjainak nyeresményosztalékok gyanánt 747,527 K fizetett ki.

Az 1901. évi részvény-szelvény, 1902. április 21-dikétől kezdve a társaság budapesti és bécsi pénztáránál 200 K-val váltatik be.

**Foncière, pesti biztosító-intézet.** A Foncière, pesti biztosító-intézet folyó évi április 30-dikán fogja ez évi rendes közgyűlését megtartani.

A zárszámadásokból, melyeket ez az intézet a lefolyt üzletévre vonatkozólag nyilvánosságra hozott, a következő lényegesebb számadatokat veszszük át: A múlt évi díjbevétel a törlek levonása után az elemi- és balesetbiztosítási ágazatokban 7,668,707 korona 77 fillért és az életbiztosítási ágazatban 2,654,634 korona 06 fillért, összesen tehát 10,323,341 korona 83 fillért tett ki, míg a későbbi években esedékes tűz- és balesetárazatbeli díjkötelezvények és díjváltók összege 19,990,095 korona 82 fillérre rúg. Az életbiztosítási összallomány az elmúlt üzleti évben 63,308,185 korona tőkére emelkedett. A készpénztartalékok és díjáhozatok az életbiztosítási ágazatban 16,226,288 korona 43 fillérre, az elemi- és balesetbiztosítási ágazatban 2,365,730 koronára rúgnak. A készpénz-díjtartalékok 982,531 korona 97 fillérrel szaporodtak. Különösen kiemelendőnek tartjuk, hogy a biztosítottaknak 1898-ban alakított azon csoportja, melynek kötvényei vegyes tőkére szólnak három évenkénti nyereségfelosztással, az évi díj 48 1/2%-ára terjedő osztalékban részesül s hogy a biztosítottaknak 1896-ban alakított azon csoportja részére, melynek kötvényei feltételes díjizetés és díjvisszatérítés mellett kiházasításra szólnak öt évenkénti nyereségfelosztással, az évi díj 37 1/2%-a a jár osztalékul.

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

# Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

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

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

**Dr. FÜZESSY és Dr. BAZSÓ**

nyilvános borjú-himlőnyirk intézete, a m. kir. államvasutak egyezm. szállítói

**Hevesen.**

Szállít biztos fogamzású nyirket következő áron:

100 egyénre 6 korona, 50 egyénre 3 korona.

# BUTOR

kézpénzért v. részletfizetésre legutányosabb áron

**EHRENTREU és FUCHS**

testvéreknél

**BUDAPEST, VI., Teréz-körút 8.**

Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

Van szerencsém a t. kartárs urak szíves tudomására hozni, hogy több évi **bátfai** működéssel felhagytam és ez időnyben már

**Franzensbadban**

folytatom fürdőorvosi praxisomat.

**Dr. Hasenfeld Oskar,** fürdőorvos,  
Franzensbadban, Hotel Kreutz.

**BAD HALL** országos gyógyfürdő  
Felső-Ausztriában.

**Elsőrangú jodbromfürdő**  
a havasok közt.

Javallatok: Valamennyi scrophulosus és nemi betegség.

Legmodernebb gyógyeszközök. Értesítést küld  
a fürdőigazgatóság.

**Vízgyógyintézet „Rudolfsbad“ Reichenau**  
(Alsó-Ausztria).

Bécsből 1 1/2 órányi távolság. Déli vasuti állomás: Reichenau-Payerbach.

Teljesen berendezett intézet. Hydrotherapia, villamos kúrák, gép-  
gyógyászat, forró légkezelés, szénsavas fürdőkúrák, fenyőfafürdők,  
homokfürdők, Fango.

**Fürdőévad: májustól októberig.**

Orvosi vezetőség:

**Dr. M. BITTNER**

és egy segédorvos.

Tulajdonos:

**J. M. Waisnix örökösei.**

**SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D<sup>r</sup>EGGER**

indicatíói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaehitis.  
Kapható minden gyógyszerárban.

**Fekete áfonya gyógybor**

Vinum myrtillorum medicinale.

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

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

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerárban Budapesten.

Teljes ellátás (Lakás, fürdő, ételmezés, kiszolgálás) naponként 4 kor. 50 fl.-től  
feljebb. — Májushoz és szeptember 1-től kezdve még olcsóbb.

# KRAPINA-TÖPLITZ

gyógyhely Horvátországban.

**Idény május hó 1-től október hó végéig.**

Zagorinai vasútállomástól „Zabok-Krapina-Töplitz“ egy órai kocsit. A 30—35° R. hőmér-  
sékű meleg akvato-forrásoknak kitűnő a hatásuk kösvény, izom- és  
izületi csúsz és azok utóbajai, ischias, neuralgiák, bőrbajok és sebzések,  
idült Morbus-Brightii, bennulások és különféle női betegségek ellen. Nagy me-  
denezők — teljes — külön márványkád- és zuhany-fürdők, kitűnően  
berendezett izzasztó kamarák (Sudaria), massage, elektromosság, svéd  
gyógygymnastika. Kényelmes lakások. Jó és olcsó vendéglők, állandó fürdő-  
zene. Terjedelmes árnyas sétányok stb. Május 1-jétől naponként posta-omnibusz köz-  
lekedés Zabok-Krapina-Töplitz-czel.

Fürdőorvos Dr. Mai Ede. Brochürök minden könyvkereskedésben.  
Prospektust és felvilágosítást küld

a fürdő-igazgatóság.

# PARÁD GYÓGYFÜRDŐ

Vastimsós fürdőkkel és hidegvízgyógyintézettel, ég-  
vényes-kénes savanyúvíz és természetes arzén vastartalmú  
forrásvizekkel.

Lakások újonnan épült 20 olesó szobával kibővítették, a vendégek étel  
mezéséről Versceghy István jóhírű konyhája gondoskodik. Az évad május 15-  
től szeptember végéig tart. Az elő-évad május 15-től június  
20-ig, főévad június 21-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus  
21-től szeptember végéig tart. — Az elő- és utóévadban a lakások 30%-al  
olesóbbak. Ingyen prospektussal és minden felvilágosítással készegeesen szolgál  
a fürdőigazgatóság.



**„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 mechanotherapia (orthopaedia), terep-kúra, étrendi kúrák stb. Legjobb orvosi berendezések. Legnagyobb kényelem. Tbc. pulm., elmebetegek és epilepsziások nem vétetnek fel.

**Dr. Heinrich Ebers,**  
 császári tanácsos,  
 a krynicai es. kir. vizgyógyintézet vezetője.

Prospektus ingyen és bérmentve.

**Anämin**  
 EISENPEPSIN-  
 SACCHARAT-  
**LIEBE**

0.2% vas, mint ferrisaccharatum.  
 Eltartható!! Jó ízű!

**Gyomornyomást nem okoz!**  
**Székszorulás nincs!**  
 (még hosszabb használat után sem.)

Bőséges vasfelvétel mellett fokozott étvágy, ennél fogva kitűnő közérzet és testsúlygyarapodás.  
**Dyspepsiák, idült gyomorbajok, vérvesztések és gyengeségi állapotok minden fajánál kiváló hatású.**

**Liebe's Sagrada-Wein**

**Liebe-féle Sagrada-tabletták** (chokoládéval bevonva).

Kellemesen, biztosan és enyhén ható emésztési szer.

Minták és orvosi irodalom ingyen.

J. Paul Liebe.



Tetschen a. E.

## TARCSA GYÓGYFÜRDŐ VASMEGYÉBEN.

Glaubersó-tartalmú szénsavdús vasforrások.

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

**Évad május hó 18-tól szeptember 20-ig.**

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

**MATTONI FÉLE**  
**GISSHÜBLER**  
 legtisztább égvényes  
**SAVANYUKUT**

**Giesshübl-Sauerbrunn**  
 gyógyhely és vizgyógyintézet  
 Karlsbad mellett.

Ivó- és fürdőkúrák.  
 Klimatikus és utókúrákra való gyógyhely.  
 Legjobb dietetikus és üdítő ital.

**HEINRICH MATTONI**

Giesshübl-Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest.  
 Budapesti raktár **ÉDESKUTY L.** özégnél.

**JÉKEL LÁSZLÓ DR.**

## Marienbad világfürdőhely (Csehország).

A marienbadi ásványvízszétküldési vállalat  
 otthon használandó ivókúrának ajánlja:

**Kreuzbrunn**

**Ferdinandsbrunn**

**Waldquelle**

**Ambrosiusbrunn**

**Rudolfsquelle**

Európa legerősebb glaubersós vizei.

Javallatok: Általános elhízás, hájszív és hájmáj, a lélegzés és vérkeringés zavarai fokozódó elhíjasodásnál, mindennemű pangási hurutok, altesti vérpaugás, aranyér, idült bélrenyheség és mindenféle következményei, a klímactérium bajai, diabetes.

Javal: A garat, légző és légzőszervek hurutjai, emésztő szervek hurutjai.

Legdúsabb tiszta vasas savanyúvize Európának, 0.17 kettő szénsavas natron egy literben.

Javal: Verszegénység, chlorosis, szeri gyengeségi állapotok, neurasthenia.

Legkiválóbb képviselője föld.-alk. forrásoknak.

Javal: A húgyutak idült hurutjainál, vese- és hólyagkövek, köszvény, húgysavas diathesis.

Evről-évre fokozódó fogyasztás.

**Marienbadi természetes források**

savat közömbösítő, könnyen oldó, biztosan és enyhén hashajtó. Kitűnően támogatja a marienbadi vizek használatát.

**Marienbadi forráspastillák**

Javal: gyomorégés, gyomorgörés, rekedtség és elnyálkásodás.

**Marienbadi ásványtáp**

a hatásos alkatrészekben és savtartalommal (78%) leggazdagabb táp. Kapható az ásványvízkereskedésekben, gyógyszerárakban és drogueriákban vagy **közvetlenül: Mineralwasser-Versendung, Marienbad (Csehország).**

A marienbadi ásványvizek és forrástermékek az orvos uraknak kísérletezés céljából ingyen állnak rendelkezésre.

Vegyí, göröcsövészeti és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

Verwaltung der kgl. Mineralbäder  
 Kissingen u. Bocklet.

**Kissingen**  
 Kgl. bayer. Bad  
**Mineral-Wasser**  
 natürliche

Rakoczy  
 Pandur  
 Max-  
 brunnen  
 Bitter-  
 wasser

Vastartalmú konyhasóforrások. Anyagszere 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 árkedvezmény. — Minták ingyen.

## Daruvár fürdő (Szlavóniában).

Akratoforrások, vastartalmú források és iszap-fürdők. **Fango-kezelés.** Kiváló gyógyeredmények női betegségeknek, rheumatikus szenvedéseknél és idegbajoknál.

Közelebbi felvilágosítással szolgál a vezető fürdőorvos:

**Dr. Fischer.**

min. eng. nyilv. oltó intézete Nagy-Károlyban.

A m. kir. honvédség és államvasutak egyezm. szállítója.  
 100 egyénre kipróbált oltó anyag 6 korona. Hitel meg-  
 egyezés szerint.



# S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

**TARTALOM.** Kocsis Elemér dr.: A könnyesatorna-genyedés kezelése. — Barlay János dr.: Pemphigus conjunctivae esete. — Remenár Elek dr.: A kötőhártya amyloid és hyalin elfajulása. — Leitner Vilmos dr.: Közlés a Stefánia-gyermekkórházról. Idegen test az orbitában. — Irodalom-szemle. — Folyóiratok átnézete. — G. E.: Új egyetemi szemklinika a Német birodalomban. — Vegyesek.

## A könnyesatorna-genyedés kezelése.

Közlő: Kocsis Elemér dr. szemorvos.

A könnyesatorna megbetegedése chronikus és nehezen javítható voltánál fogva kifárasztja a patiens és szemorvos türelmét egyaránt, s így nem csoda, ha kezelésében már régen sok utat-módot megpróbáltak.

A könnyesatorna-kezelés történetében előforduló különféle módszerek három csoportba oszthatók azon hely szerint, a melyen át a könnyesatornába be lehet jutni, s átjárhatóságát helyre lehet állítani. Bejuthatunk a könnyesatornába: I. a könnyesövecskéken át, II. a megnyitott könnytömlőn át, s végül III. az orr felől, a ductus alsó nyílásán.

A felhasított könnyesövecskén (canaliculus lacrymalis) át történik ma is legtöbbször a könnyesatornagenyedés kezelése, a mint annak technikáját Bowman és Weber eljárásából megállapították a szemészek. És ez a kezelés néha a végtelen hosszúra nyúló sondázásban áll, s csak ritkábban kapcsolják vele össze a könnyesatorna kifeeszkendezését. Ez után a kezelés után gyökeres gyógyulás nem következik be mindig, csakis azon esetekben, hol a könnyesatorna falzata és nyálkahártyája ép maradt. A hol a ductus falzata elpusztul, vagy hegesedésekkel összenő, ott állandó marad a könnyesatorna-bajjal a küzdelem.

A megnyitott könnytömlőn át mai nap már csak az acut dacryocystitisnél szükséges bemetszés begyógyulásáig — tehát 5—6 napig — feeszkendezzük a könnytömlőt, aztán a könnyesövecskén át folytatjuk a kezelést. Fistula sacci esetében is sondázhatunk a fistulán át hosszabb-rövidebb ideig, hogy aztán a váladék csökkenésével, vagy fistula operálása után a könnyesövecskéken át folytassuk a sondázást. Egyszerű sacculus blennorrhoeánál a sacculusnak megnyitása a sondázás keresztülvitelére, a mint azt Petit, Desault, Richter és mások tették, ma már csak történelmi emlék.

A könnyesatornagenyedés kezelésének harmadik útja szintén csak történelmi nevezetességgel bír a szemészek előtt, t. i. a könnyesatornának az orr felől levő nyílásán át való sondázása és kifeeszkendezése, a mint azt La-Forest és Gensoul az általuk szerkesztett sonda segítségével, a Valvula Hasneri nyílásán át, végezték közel két század előtt. Ezen sondázást nehezebb kivitele, sokszor lehetetlen volta, továbbá fájdalomossága miatt, de meg a csekély magasságra való feljutás miatt Arlt elítélte, s teljesen lemondta róla hosszú időn át a szemészek. Mostanában Polyák Lajos dr. kísérlette meg feleleveníteni az orr felől való ductussondázást. Polyák dr. leírásából\* azonban minden szemorvos azt a benyomást szerezheti, hogy felállított indicatioi közül csak a harmadik és egyedüli az, melyben megkísérlendő az ő sondázása. T. i. a felülről már sondázott esetben, hol gyógyulást elérni nem lehetett, mert az elzáródás alul van. A két első indicatioja (ügymint: 1 ha az esetek nem régiiek, s 2 a hol a bántalom nasalis eredete állapítható meg), oly tágkörű, hogy ezek szerint minden könnyesatornabaj így volna kezelendő.

Hátrányául mondja Polyák dr. ezen methodusnak, hogy a sondázás csak a ductus alsó részére terjed. De ez nem lenne hátrány nézetem szerint, mert hiszen a felülről való

sondázással jól kiegészítenék egymást. Hátránya szerinte továbbá, hogy fájdalmas, s hogy előzetes műtétet, t. i. az alsó orrkagylóból egy darabnak kimetszését teszi szükségessé. Azt tartom, hogy ez a legnagyobb hátránya. Mindnyájan tudjuk, minő nehezen bírhatók reá az operálásra az emberek. Kórházban talán végezhető, de a privát praxisban nagy ritkán. Egyébként több kísérlet, s több szemorvosi tapasztalat lesz hivatva a könnyesatornasondázás ezen módjáról kritikát mondani.

A könnyesatornabajok kezelésében már hosszabb idő óta folytatott eljárásomat, némi anatómiai bevezetéssel, legyen szabad a következőkben leírom.

A könnyesatorna anatómiai elhelyezése és berendezése hordozza önmagában az okát annak, hogy könnyen támad benne gyulladás, s a keletkező genyedés makacs és nehezen gyógyítható. A könnyesatorna legtagabb része, a könnytömlő, nemcsak a canaliculusok benyílásánál, hanem a ductusban való folytatódás kezdetén is egy-egy szűkülettel bír. A canaliculusok benyílásánál egy gyűrűszerű duzzadás emelkedik, melyet billentyűnek is tartanak, s így is nevezték meg: valvula lacrymalis superior Béraudi. A könnytömlő alsó részén, a mint a ductus a csontos falak közé jut be, szintén egy kis szűkület van, melyet egy kis periostvastagodás okoz (Maier, Henle) olyanformán, hogy ez a csonthátyavastagodás a ductus nyálkahártyáján egy redőt képez, mely redő a kiképződés foka szerint szűkíti a ductus bejárását. Ez a redő a: valvula lacrymalis inferior Béraudi seu Krausei.

A könnyesatornának az orrba nyíló vége szintén meg van szűkítve azzal, hogy a csontos csatorna után még egy egyénileg hosszabb-rövidebb hátyársrész következik, melyet az orr nyálkahártyája borít, s melyet szintén billentyűnek tartanak. Ez a valvula Hasneri. Ezen hátyársrész összeesésével vagy tágulásával szűkül vagy tágul a végén levő kis ovális nyílás, melyen át a könnyek az orrba jutnak. És pedig hihető, hogy belélegzésnél, mikor az orrban minus nyomás van, megnyílik a Valvula Hasneri, a minus nyomás szívólag hat a könnyesatorna tartalmára, s a könnyek az orrba ömlenek. Ezen szívóhatás bizonyára szereppel bír a könnylevezetés mechanizmusában, mely képzelhetőleg hamar megzavartatik, ha az orr nyálkahártyájának elváltozása, az abban szintén résztvevő valvula Hasneri szabad megnyílását akadályozza.

Ezen anatómiai viszonyok mellett érthető, hogy a könnyesatorna egyik vagy másik végén könnyen elzáródhat, mikor megakad működésében, s a bennrekedt váladék gyuladást indít meg. Akár acut, akár chronikus a könnyesatornagyulladás, keletkezésében aetiologicus momentumként többnyire vagy a stricturák, vagy a teljes elzáródás szerepelnek. Strictura, vagy akár teljes elzáródás a bonczani berendezés szerint támadhat vagy az orri nyílásnál, vagy a maxillaris rész kezdetén az orrból felterjedő nyálkahártya megbetegedéséből — s ez a leggyakoribb eset, vagy az orbitalis részén a canaliculusok kezdetén és végén. A könnypontokon bejutott idegen test, vagy fertőző anyag is gyakran okozója a könnyesatornagyulladásnak. A stillicidium lacrymarum-nak nevezett jelenséget már megfigyelendőnek tartom, mert első tünete szokott lenni gyakran a könnyesatornagenyedésnek. Néha csak a könnypontokat dugja el egy kis porszem, mely a stillicidiumnál ott feketélik a könnypont nyílásában, s már talán ez alkalmi okul

\* Orvosi Hetilap. 1901. decz. 29. 52. sz.



szolgál a tömlő tartalmának megrekedésével a hurutos könny-csatornagyulladás megindítására.

A kötőhártya hurutos vagy genyes gyuladása, tapasztalás szerint, ritkán terjed ugyan a könnycsatornára, de a kötőhártya kikerülésével gyakran mindjárt a könnytömlőben indul meg fertőzés, mely a canaliculusokon jutott be. Újszülötteknél tapasztalható, hogy kötőhártyablennorrhoea helyett saccus blennorrhoea támad. Ugyanígy gondolom magyarázhatni a megfigyelésem szerint nőknél gyakrabban előjövő ductusgenyedést, hogy ugyanis a női genitáliák szerfelett gyakori és makacs hurutos vagy genyes váladéka a kézről bejut a könnytömlőbe és fertőzi azt, a nélkül, hogy a conjunctiván elváltozás történt volna.

A könnycsatorna alsó nyílásán az orr nyálkahártyájának megbetegedése terjedhet fel, vagy a szomszédságban támadt csontgyulladások (caries, necrosis) terjednek a könnytömlőre, s okoznak hevés phlegmonosus tömlőgyuladást.

Ennyi előmozdító tényező mellett nem esoda, ha a könnycsatornagyulladás gyakori, tekintve még azt is, hogy a csatorna falzata mirigydús és edénydús nyálkahártya. A gyulladás keletkezése és lefolyása szerint vagy acut dacryocystitis, vagy chronikus dacryocysto-blennorrhoea, vagy acut phlegmonosus gyulladás a környezetből reáterjedőleg. Az acut dacryocystitisből maradhat vissza chronikus dacryocystoblennorrhoea, épen úgy a blennorrhoea sacciból akár többször is egymásután támadhat acut dacryocystitis.

A blennorrhoea sacci lacrymalis hosszú fennállása mellett gyakori következmény, hogy az elpusztult csatornafal után a csonthártyát támadja meg a genyedés, s a csontok cariesé folytán egész üreg képződik a ductus alsó részében, melyben azután állandó genygyülemelés van. Ezek azok az esetek, melyek a legnehezebben kezelhetők, s melyek csaknem gyógyíthatlanok. Ilyen carieses könnycsatornagenyedés egy-két esetét sikerült meggyógyítanom hosszas, türelmes kezeléssel, s különösen ezeknek az eseteknek, de egyúttal kevésbé komplikált könnycsatornabajoknak kezelésében követett eljárásom a következő.

A stillicidium lacrymarum esetében, ha az természetesen a ductusban lévő akadály következménye és nem a könnypontok hibás állásából vagy a könnymirigy fölös elválasztásából származott, a ductus kifecskendezését szoktam végezni. Az Anel-féle fecskendőre oly vékony és hegyes csövet illeszték, mely az alsó könnycsövecskébe, annak conicus kutatóval való tágitása után, beilleszthető; s a fecskendő tartalmát (Sublimat-oldat 1:2000) benyomom a ductusba. Az eldugulásnak ilyen kezdeti szakában gyakran megnyílik a ductus, s a folyadék az orron át folyik ki. Ismételt fecskendezéssel meggyógyul a stillicidium, s ezzel esetleg eleje vétetett ductusgenyedés kifejlődésének. Sőt a mint Becker O. tette, a canaliculus kitágítása után — de annak felhasítása nélkül sondázhatjuk is a ductust egyszer-kétszer, ha a folyadék átjutása a könnycsatornán nem elég szabad.

A könnycsatornagyulladás gyógyításában az ismeretes vezérelvek irányítanak, u. m. a lobosodás csökkentése, a váladék eltávolítása és a csatornanyílás helyreállítása.

A lobosodás csökkentésére, vagyis helyesebben gyorsabb lefolyására, ha már úgy sem kerülhető el a genyedés, meleg borogatásokat szoktam alkalmazni a könnytömlő vidékére. A váladék kibocsátására, mindjárt a legelső megtekintés alkalmával, ha egyáltalán hozzáférhető, felhasítom a felső könnycsövecskét, mikor nemcsak a váladék egyrésze ürül ott ki, hanem ezzel esetleg a dacryocystitist teljesen elnyomni sikerül, melynek elősegítésére még Anel-fecskendővel sublimat-oldatot fecskendezek a tömlőbe. Kedvező esetben a feszülő folyadék megnyitja a ductus elzáródását, s magával ragadja a megrekedt váladékot. Ilyen esetben a könnycsatornának még néhány napi kifecskendezése után, a dacryocystitis teljes visszafejlődését, illetőleg gyógyulását tapasztaltam. Ilyenkor a sondázást egyáltalában meg sem kísérem, legfeljebb akkor, ha 2—3 hét után is még mindig nem folyik ki az orron elégbőven és szabadon a könnycsövecskébe befecskendezett folyadék. Általában nagyon követendőnek tartom Schweigger taná-

csát, hogy nem kell mindjárt sondázni a könnytömlőgyulladásnál. A sondázás kivitele mindig óvatosságot igényel. Ha vérzés van utána, abban kell hagyni a sondázást néhány napra. Arlt a sondázásnak nem ellensége, de óv a vastag sondától, mert a könnycsövecskék benyílása helyén a vastag sonda traumái miatt sokszor talált stricturát. Hozzátehetjük, hogy egyáltalában a vigyázatlan vagy a nagyon korai — a dacryocystitis acut stadiumában végzett — sondázás szintén stricturákat eredményez.

Ha a sonda teljesen simán és akadálytalanul megy is be a könnycsatornába, szükségesnek tartom annak átjárhatóságáról befecskendezéssel is meggyőződést szerezni, mert előfordulhat, hogy a sondának elég mélyre levezethetése mellett is a ductusnak az alsó nyílása zárva van.

A blennorrhoea sacci lacrymalis hosszú fennállásánál a tömlőfal elvékonyodik, kimaródik, a csonthártyát hasonló sors éri, s a csontokban caries indul meg. A váladék megrekedése és meggyülemelése folytán pedig üreg képződik a ductus mentén, a mely csak folyton nagyobbodik, s a tömlőből a szemrésbe jut a geny, vörössé, gyuladtá téve a kötőhártyát. Ilyen esetekben a sonda érdes csontok között akadoz és alkalmazása teljesen céltalan, mert a csatorna még megmaradt alsó részébe bevezetni úgy sem lehet. Ezekre a javíthatlan könnycsatornagenyedésekre ajánlják végső mentőeszköznek a tömlő kiirtását késsel, vagy mint Desmarres tette, thermocauterrel. Azonban mi sem nehezebb, mint ilyen operálás kiállítására reábirni valakit akkor, midőn az arczon kell végezni az peratiót, s a mely után még a könnyezés további alkalmatlanságnak mindig megmarad. De valamit tenni kell ezekben a desperatus esetekben is, melyek különben tapasztalásom szerint a tömlőbántalmak között elég gyakoriak, mert az egyszerű blennorrhoea sacci elhanyagolásával fejlődnek ki. A teendő a genyedés csökkentése és a cariosus folyamat megállítása. Eljárásomban főczélul lebeg előttem, hogy kitisztogathassam a csatornát és üreget. E végből a felhasított könnycsövecskén át Anel-fecskendővel sublimat-oldatot fecskendezek be, míg a tömlő tájéka a feszüléstől kiduzzad. Ekkor a fecskendő kivitele után kinyomom a tömlő tartalmát, mire a geny egyrésze is kiürül, s ezt ismétlem néhányszor, míg meglehetősen tisztán jő ki a befecskendezett folyadék. De a ductus csontos részéből a geny nem ürül ki a tömlő nyomásaival, pedig ennek az eltávolítása szerfelett fontos, mert épen ez az elzáródás felett van és nem engedi megnyílni a stricturát. Ennek a genynek a kihozására készíttettem a Bowman 5-ös sonda vastagságának megfelelő és mintegy 40—50 mm. radiussal görbülő cathetert, melynek a catheterek mintája szerint alsó vége zárt és lekerekített, s a végéhez közel két ovális nyílás van. A felső végén bunkós vastagodás van, melynél fogva a bevezetésnél szilárdan tartható, de a tulajdonképeni célja az, hogy tartóul szolgáljon egy 5—6 centim. hosszú, vékony gummicsőnek, melyet reá húzunk. Ezen gummicső darabka segítségével kötöm össze a cathetert az Anel-fecskendővel akkor, ha már a catheter be van vezetve a könnycsatornába. A cathetert betolom addig, a meddig mehet, s most az Anel-fecskendőt félig szivatom a fecskendezésre használt folyadékkal (sublimat-oldat, protargol-oldat stb.) és egyenes csövet a catheteren lévő gummicsőbe illeszttem be, úgy hogy az Anel-fecskendő a catheterrel egy folytatódó csövet képez. A tömlőbe most már annyi folyadékot nyomok be, a mennyi bemegy, s mindjárt aztán a catheter változatlan tartása mellett a fecskendő dugattyúját visszahúzó, s ezzel a befecskendezett folyadékot az ott lévő genyvel együtt kiszívatom. A fecskendő kiürítése után tiszta folyadékot szívatok bele, s újra kezdem a csatorna és tömlő kiöblítését, míg tisztán marad a fecskendőben az öblítő folyadék.

Naponta végezve ezt az eljárást, az eset makaessága szerint hosszabb-rövidebb idő alatt tapasztalni fogjuk, hogy a genyes váladék nyálkássá, üvegszerűvé válik, s lassan ez is mindinkább apad; az üreg fala pedig puha sarjadzással vonódik be, melyről a catheter naponta számot ad. A genyedés bősége és makaessága szerint a befecskendezett folyadékot erősebb percentuatióban is alkalmazhatjuk, mert az Anel-



fecskendővel való befecskendezés és kiszívás mellett a folyadék a szemrésbe jutását elkerülhetjük, s így a conjunctivát erősebb izgatástól nem kell féltetnünk. Így használhatunk például sublimat oldatot 1:500-hoz arányban, vagy 5—10%-os protargol-oldatot.

Néhány esetemben, hol a patiens elég türelemmel bírt a kezelés végig várásához, a váladék tiszta nyálkaszerűvé válása után, nemsokára azt vettem észre, hogy a fecskendő szivattyúzó működésénél abba légbuborékok jönnek, megnyílt a könnyesatorna orri nyílása, s ettől fogva catheter nélkül a könnyesövecskén át befecskendezett folyadékkal lehetett öblögetni a könnyesatornát. Majd a váladék megszüntével és a könnyesurgás elmaradásával a dacryocystoblenorrhoeát gyógyultnak kellett tartanom.

### Pemphigus conjunctivae esete.

Közli: Barlay János dr., szemklinikai gyakornok.

A pemphigus tudvalevőleg gyűjtőnév, egy betegségesoport megnevezésére, melynél a fölváltozás hólyagképződésben áll a bőrön és a különböző nyálkahártyákon. Lényegét, előidéző okait még nem ismerjük. Van hevenyész, gyermekeknél és legyengült egyéneknek végzetes kimenetellel is járó, továbbá hosszán, évekig is eltartó alakja. Jellegző a hólyagoknak rohamokban, bizonyos időközökben lázzal járó jelentkezése. A pemphigusban szenvedők szeme aránylag ritkán betegszik meg és még ritkább az, hogy csak magán a conjunctiván találjuk a hólyagos, vagy csak zsugorodásos elváltozásokat. Utóbbi eseteket *Graefe Alfréd*, mint önálló betegséget, a pemphigussal semmi viszonyban nem állót „a kötőhártya essentialis zsugorodása” czímen írta le, majd *Stellwag* tankönyvében „syndesmitis degenerativa” név alatt foglalja össze. Úgy *Graefe*, mint *Stellwag* nézetének számos követője, de viszont sok ellentmondója is akadt. A dermatologusok, a többek között *Unna*, *Duhring*, *Köbner* azt vallják, hogy számos, eddig pemphigus conjunctivae czímen leírt eset, noha klinikai megjelenésében annak tüneteit mutatta, kórtanilag egészen más folyamatnak tartandó. Így számos bőrbaj, mely hólyagképződéssel jár, mint az erythema bullosum, impetigo, dyshidrosis, *Duhring*-féle betegség stb. és a pemphigus kórképébe bele nem illeszthető, szintén okozhatnak a pemphigushoz hasonló elváltozásokat a kötőhártyán. A conjunctivai megbetegedés fő jelensége, annak zsugorodása és heges kötegekké való átváltozása. A régebbi irodalomban közölt xerophthalmus eseteknek többjében bizonyynyal része volt a pemphigusnak is.

1900-ban *Franke E.* hamburgi orvostól és 1901-ben *Pergens E.* brüsseli orvostól e tárgyra vonatkozó terjedelmes monografiák jelentek meg. Ezekben a kötőhártyai elváltozások bőségesen tárgyaltnak és mindegyikben az eddig észlelt pemphigus eseteknek táblázatos kimutatását találjuk. *Pergens* szerint az első esetet 1800-ban *Wichmann* közölte, a legtöbb szerző azonban *White Cooper*-nek 1858-ban megjelent közleményének tulajdonítja az elsőséget. Tulajdonképen *White Cooper* esete hívta fel a figyelmet a betegségre. *Pergens* az irodalomból 133 esetet gyűjtött össze, szorosán véve azonban tiszta pemphigus eset ezek közül csak 112. Ő négy főcsoportba foglalja össze valamennyit:

1. Olyan esetek, melyeknél a bőrön és a nyálkahártyákon is volt hólyagképződés.

2. Olyanok, melyeknél csak a nyálkahártyákon voltak hólyagok.

3. Olyanok, hol csak a szemeken képződtek hólyagok és végre,

4. esetek minden hólyagképződés nélkül, ezeket az essentialis zsugorodás csoportjába foglalja össze.

Alább közlendő esetünk a fenti beosztás első csoportjába illeszthető. Hogy milyen ritka a megbetegedés, kitűnik a következő statisztikai adatokból: *Steffan* 84,000 szembetegre 1; *Cohn* 50,000:1; *Schöler* 50,000:1; *Horner* 70,000:3; *Bäumler* 97,000:7; *Pergens* 22,000:2; *Franke* pedig 45,000:5 esetet talált. Nálunk Magyarországon az irodalmi adatok tanúsága szerint eddig csak egy esetet észleltek, melyet *Somogyi* dr. 1881-ben

írt le. Ehhez járul másodíknak alább közlendő esetünk. 28 év alatt a budapesti egyetemi szemklinikán 145,927 beteg fordult meg, e szerint nálunk kerekszámban véve az arány 1:73,000. *Pergens* az irodalmi adatok összefoglalása által középértékben 20,000 betegre 1 pemphigust mutatott ki, nálunk tehát az arányszám háromszorta kisebb az átlagosnál.

Esetünk kórtörténetét a következőkben közlöm: V. S.-né 25 éves, varga neje, 1901 április hó 23-dikán való jelentkezésekor előadja, hogy baja körülbelül 6 hónappal ezelőtt kezdődött. Szeme gyuladt, vörös lett, könnyezett és fájt, orvosi kezelés daczára, állapota súlyosbodott úgy, hogy látása is csakhamar megromlott. Később észrevette, hogy beteg szemének mozgása nehezebben megy, de kettős látásról nem tesz említést. Szembajával egyidejűleg bőrén láz kíséretében hólyagos kiütés is támadt.

A gyengén fejlett, közép termetű, lesoványodott, 5-ik hónapban terhes nő jobb szemén mérsékelt fénykerülés, könnyezés van. Szembéjszélei kissé duzzadtak, vörösek, helyenként hámtól fosztott, kissé felázott erosiók láthatók. A szemrés körülbelül  $\frac{1}{2}$  cm. társágú, active kissé nehezen, passive aránylag könnyen nyílik. Az alsó tarsalis conjunctiva erősen belövelt, rajta sok szeny, szürkés, nyálkás váladék, helyenként finom pontszerű foltos és esíkos vérzés nyoma van jelen. Itt-ott néhány kendermagnyi szürkés, szeny alapú anyagihiány. Az áthajlási redő szintén mérsékelt duzzadt, belövelt, kissé rövidült. Az alsó szemhéj lehúzásakor a bulbaris conjunctiva kissé megfeszül. A felső tarsalis conjunctivát egész terjedelmében számos keskeny, hegedéses köteg hídyszerűen köti össze a bulbaris conjunctivával, körülbelül a limbusig terjedően. A kötegek alatt szondát nem vezethetünk át. A külső zugból kiindulólág minkét szemhéj külső harmada a bulbaris conjunctivához rögzített és a szemhéjak széttárasakor a hegedéses kötegek legyezőszerűen rendeződnek el; néhány finom köteg a cornea széléhez rögzített; a félholdképi redő szintén a a felső szemhéj kötegei által kissé elhúzott. A bulbaris conjunctiva élénk vörös, rajta belül-felül nagy kiterjedésű, a látható conjunctivának majdnem egész terjedelmét elfoglaló, szeny, szürke, lepedékkel fedett anyagihiány látszik; a lepedéket levonva néhány vérző hely tűnik elő. A cornea felszíne körülbelül  $\frac{2}{3}$  részében szeny, szürkés-fehér alig átlátszó, hepelupás, érdes és piszkos fehér lepedékkel fedett. Külső széléhez néhány finom hegedéses köteg tapad. Külső  $\frac{1}{3}$ -ára 2—3 igen finom kissé kanyargós ér húzódik, melyek alig érik el a cornea közepét. A corneának felső-belső részlete sem volt teljesen átlátszó. A szem többi részei nem ítéltetők meg. A szem divergáló állásban van, mozgásai minden irányban, de különösen le- és befelé korlátozottak. Jobb szemével szem előtt olvas ujjakat. Bal szeme teljesen ép, látása  $\frac{5}{7}$ .

Az április 25-dikén *Nékám Lajos* dr. egyetemi magántanár úr által megjejtett bőrvizsgálat eredménye a következő: „Az egész testen elszórtan s a hajas fejbőrön is piszkos szürkés, barnás pörkökkel fedett koronányi, egészen ezüstforintnyi kiterjedésű viszkető efflorescentiák. A szájnyálkahártyán semmi elváltozás, kivéve azt, hogy helyenként fájdalmas.” Véleménye szerint e pörkök hólyagos kiütések beszáradásától származhattak.

A *Ritoók Zsigmond* dr. tanársegéd úr által eszközölt belső vizsgálat mindkét tüdőcsúcsnak mérsékelt infiltrációját találta; egyéb szervei épek.

Április 28. A szemrészt széttárva a jobb bulbaris conjunctiva belső felén lelapadt, lötyögő üres hólyaghoz hasonló képlet van, mely a corneának majdnem felére reáborul és szabadon ideoda tolható. Beteg mérsékelt lázas. (37.5° reggel, 38.2° este).

Május 6. A jobb szemrészből szürkés, szeny croupus hártáéhoz hasonló ezafatok távoznak, a lehúzott részletek helyén vérzékeny foltocskák vannak. A bal szem conjunctivája, kívül kissé fellazult, a külső zugtól kiindulólág körülbelül  $1\frac{1}{2}$  mm.-nyi széles 3—4 mm. hosszú alig belövelt hídyszerű köteg vonul a bulbaris conjunctiva külső harmadához. A szem halvány.

Május 10. Betegnek előtte való este ismét mérsékelt hőemelkedése volt (38.4°). Száját fájlalja, *Nékám* tanár úr újból vizsgálta. A bőrön újabb hólyag nincs, de a szájon és a nyelv alatt, a commissurán és az ajkon számos szürkés fehéres, lapos, alig kiemelkedő, kissé zavaros tartalmú hólyag van. A jobb



szemen annyiban van változás, hogy a corneán számos érdes, egyenetlen felszínű, felületes kikopás látszik. Könnyezés bő és szenyves-szürkés czafatok távoznak. A fennebb leírt hólyagos képlet czafatos ronggyá lett.

Május 10. A jobb corneán több a feszes kikopás, az összenövés szaporodtak, a váladék kevesebb.

Május 15. A jobb szemből kevesebb czafatos váladék ürül, a conjunctiva valamivel halványabb. A cornea felül-kívül kölesnyi területen tisztul, áttünőbb, a corneális felrakódás vékonyabb.

Május 20. A beteg saját kérésére távozik. Az utolsó lelet-hez képest alig van változás, a szemhéji összenövés számosab-bak, mint felvételnél. A bal szemén leírt hídalakú köteg kissé szélesbedett, kisértékű könnyezés van jelen. Jobb szemével szem előtt olvas ujjakat, a bal látóélessége  $\frac{5}{7}$ .

A mi a gyógykezelést illeti, minden kísérletünk daczára tehetetlenek voltunk a betegséggel szemben. Meleg borogatások, bórvaselines kenőcs, atropin, dionin és 1%-os sublimat befecskendezések a felkar izomzatába, mind hatástalanok voltak. A dioninra a cornea 1—2 napra kissé feltisztult ugyan, de újból borossá vált.

A diagnosis jelen esetünkben nem ütközött különös nehézségbe. Sérülést, égetést, étetést, edzést maró folyadékkal, a szemhéjösszenövés leggyakoribb okait kizárhattuk. A beteg erről említést sem tett. Trachomára valló tünetet nem találtunk. Minden-esetre segítségünkre volt a bőraffectio s jóllehet hólyagokat sehol sem találtunk, a testen mindenfelé elszórt pörkök, (beszáradt hólyagmaradványok) továbbá a betegnek az anamnesisben említett, a szembajjal egyidejűleg támadt hólyagos megbetegedése s a később a szájban, a nyelv alatt, az ajkakon, a commissurán támadt hólyagok és végre a szemtekei kötőhártyán üres hólyaghoz hasonló képlet keletkezése, minden kétséget kizárt a baj természetét illetően.

Legérdekesebb a bal szem viselkedése: Minden kimutatható ok nélkül, minden izgalom nélkül, mintegy magától, észlelésünk 12-dik napján a conjunctiva a külső zug táján alig észrevehetőleg fellazul s 1—2 nappal reá kifejezett hegköteg húzódik a külső zugtól a bulbaris conjunctiva felé.

### Irodalom.

Somogyi Zoltán dr. Pemphigus conjunctivae egy esete. Orvosi Hetilap. 1881. Szemészet.

Dr. E. Franke. Der Pemphigus und die essentielle Schrumpfung der Bindehaut des Auges. 1900.

Dr. Ed. Pergens. Pemphigus des Auges. 1901.

Graefe-Saemisch. Handbuch der gesamten Augenheilkunde. 1901. 35. und 36. Lieferung.

## A kötőhártya amyloid és hyalin elfajulása.

Közli: Remenár Elek dr. szemklinikai gyakornok.

Aránylag a ritkábban előforduló elváltozásokhoz tartozik; a budapesti egyetemi szemklinikai bejáró beteganyagában 1874-től 1901-ig csak két eset fordult elő.

Lényege: a kötőhártya adenoid rétegében specifikus amyloid vagy hyalinreactiót adó, porezkemény daganatszerű tömeg növekedik, mely a szaruhártyát is elboríthatja, sőt nagyobb tömegével a szemrést annyira szűkítheti, hogy annak erőszakos nyitása is majdnem lehetetlenné válik, és így a szemet a látásból kizárja. Az elfajulás helyi folyamat, nincs tehát összefüggésben a szervezet egyéb elváltozásaival, sőt feltűnő, hogy éppen fiatal, egészséges embereken fordult eddig elő, kik azelőtt is teljesen egészségesek voltak. Klinikai képe mindkét elfajulásnak azonos, az elfajulás fajtát csak a kiirtás után mikrochemiai úton állapíthatjuk meg. Rendesen vagy tisztán hyalin, vagy amyloidreactiót ad, bár egy-két között esetben egymás mellett is előfordultak.

Míg az általános amyloidelfajulást már 1841 óta ismerik, a kötőhártya amyloidelfajulásáról, mint helybeli amyloidelfajulásról, az első közlemény 1871-ben jelenik, mikor Kyber és Oettingen tesz közvéleményre a dorpati klinikán észlelt esetüket. Ők adták a folyamatnak annak daganatszerű volta miatt, az amyloid-tumor nevet. Azóta számos közlés jelent meg a dorpati klinikáról; irt róla Kubli, Raehlmann, Zwingmann, Stroehmberg, más

klinikákról Leber, Hippel, Kamocki, Rumschewitsch, majd Oroszország délnyugati részében és Galicziában találtak hasonló eseteket, utóbbi időben már olasz, francia és angol szerzők is tesznek említést egy-egy esetről. Mostanáig vagy 60—70 kötőhártya-amyloid ismeretes.

Jóval később és kisebb számban jelentek meg a hyalin elfajulásról szólók, az első esetet Raehlmann közölte 1882-ben. További eseteket Kamocki, Vossius, Van Duyse, Vennemann és néhány orosz szerző közölték.

Feltűnő volt kezdetben e két elfajulásra azoknak földrajzi fellépése: Németország keleti, Oroszország délnyugati része és Galiczia. Ismeretes, hogy ott jóval gyakoribb is a trachoma, mint egyebütt. Tényleg első leirói összefüggésbe is hozták a trachomával, az első 43 leírt amyloid- és hyalinelfajulásnál 20 esetben trachomát találtak. Felmerült a kérdés, vajon e két folyamat független egymástól, vagy pedig későbbi fokai, változatai a trachomának. A mostani felfogás szerint a trachomának, tekintettel az azóta közölt nem trachomás esetekre, semmi szerepe sincs az elfajulás keletkezésénél, sőt magát a trachoma-diagnoszt is erős kritika tárgyává teszik, és kétségbe vonják a fenti 20 trachomás eset leg többjénél a trachoma jelenlétét s a kötőhártyán bizonyításszámba menő hegeket, túltengéseket és megvastagodásokat nem a trachoma, de az elfajulási folyamat által előidézettnak tartják, és ha az elfajulás mellett kifejezett trachomát találnak, azt csak véletlennek tulajdonítják. Figyelemre méltó az is, hogy a betegeket néha évekig kezelik trachoma miatt, és az elfajulási folyamat csak azután lép fel; bár erre meg azt felelik a trachomaellenesek, hogy maga a trachomának diagnosztizált kezdeti elváltozás is elfajulás volt, csak nem ismerték fel. Szóval a kérdés még nem tisztázott. Itt kell megemlítenem, hogy klinikákon észlelt mindkét beteg előzőleg több éven át trachomás volt, s mint ilyen kezeltetett, azonfelül az egyik Torontól, a másik Krassó-Szörény megyébe való, a hol a statistika szerint gyakoribb és súlyosabb a trachoma, mint átlag egyebütt.

Másik érdekes kérdés a hyalinnak az amyloiddal való összefüggése. Tudvalevőleg a szervezetben egyebütt hyalinból sohasem lesz amyloid, és az amyloidot a szervezetben pl. a vesék glomerulusában sohasem előzi meg a hyalin. A localis amyloidnál ez másképp van. Már Recklinghausen és Raehlmann állították, hogy a hyalinanyag az amyloidelfajulás megelőzője, az amyloid csak hyalinszövetben lép fel, és a két elfajulást a szövetek egymáshoz való elváltozása különböző fokainak tekintették. Azonban bebizonyítani magát az átalakulást nem tudták, bár az amyloidtömeg mellett hyalint is találtak. Vossius sem talált soha a két elfajulás között átmeneti alakokat, sőt a két anyag, ha elő is fordult egymás mellett, mindig élesen el volt határolva. Szerinte az amyloid-anyag azonnal mint ilyen jelenik meg a szövetekben, míg mellette egy szomszédos szövetben ismét hyalinelfajulás léphet fel.

Kubli mindkét folyamatot összegezve, a következő schemát állítja fel: 1. a kötőhártya alatti szövet egyszerű adenoid-túltengése; 2. a szaporodott szövet hyalinelfajulása; 3. ennek amyloidelfajulása; 4. elmeszesedés és elesontosodás.

A szövettani kép e négy pontba mindig beleilleszthető, a vegyes elfajulás mint átmeneti alak a 2. és 3. közé tartozik.

Mások ismét a középben állanak, Rumschewitsch, Wichmann, Schmidt csak valószínűnek tartják a hyalinnak amyloiddá való átalakulását.

Felemlítendő még, hogy nagyon sokszor kimarad ezen átalakulás, úgy hogy 8—10 éven át növekvő ilyen nagyobb tömegben csak tiszta hyalint találunk, amyloidnak nyomát sem, míg 1 év óta fennálló kis terjedelmű eseményekben pedig csak tiszta amyloid látható. Magának a kiirtott tömegnek külső képe sem irányadó a két elfajulásnál.

A hyalinról tudjuk, hogy átlátszatlan és rugalmas, míg az amyloid áttetsző és szakadékony. És megtörtént, hogy a kiirtott tömeg Kamocki esetében szakadékony és áttetsző volt, a mellett sok szagó-szemese is találtatott, mégis egyik sem adott amyloid-reactiót, ellenben kitűnően festődött, mint a hyalin. Ismét vannak esetek, különösen a régebbi szerzőknél, hol az amyloidanyag mellett egy másik, semmiféle amyloidreactiót nem adó, homogén tömeget találtak, vagy éppen a hyalin mellett fordult elő ilyen tömeg. Ez esetben gondolni lehet a helytelen szövettani eljárásra,



ugyanis alkoholban keményített amyloid néha nem adja a jó-reactió, vagy csak gyengébben.

Egy másik érdekes sajátága a folyamatnak annak daganat-szerű volta. Az alig észrevehető csomócska egyenletesen növekedik, egyik esetben lassabban, másikon gyorsabban. Kubli egy esetében 1 hónap alatt előbbi nagyságának  $\frac{1}{5}$ -ével nőtt meg. Az időtartam a betegek érzékenysége szerint különböző, 3 hótól 20 évig terjedhet.

Kóroka ismeretlen. Feltűnő, hogy életerős, viruló egészségi fiatal egyénekben lép fel, leginkább 20 és 35 év között több mint felében az eseteknek, kik soha sem voltak betegek, némelyek, valamilyes szemőket ért traumától származtatják; 4 esetben anemiát, 4 esetben nyirokmirigyduzzanatot, 1 esetben izomrheumatismust találtak, azonban hiányoztak ama súlyos elváltozások, melyek a parenchymás szervek amyloidelfajulását mindig jóval megelőzik. Így tehát függetleneknek látszanak a szervezet általános elváltozásaitól, és inkább helybeli befolyások szerepelnek létrejöttöknél. Cohnheim azonban helyi amyloidelfajulást nem akar elismerni a szervezet mélyebb, chronikus elváltozása nélkül, bár Kyber a porcban, nyirokmirigyekben és bőrben is teljesen helyi okból létrejövő amyloidot mutatott ki. Hogy az elfajulás az esetek  $\frac{2}{3}$  részében csak egyik szemben lép fel, nem bír sok bizonyító erővel annak helybeli eredete mellett. Trachomával való összefüggését fentebb említettük.

A baj lappangva, észrevétlen kezdődik, minden gyulladásos tünet nélkül. Intelligensebb betegek első panaszja, ha a felső szemhéjén kezdődik, az álmoság érzése, t. i. a szemhéj valamivel nehezebb lett. Egyéb panaszok, fény, por és hőhatások iránt való fokozott érzékenység, esetleg cikázó fájdalmak a szemhéjakban. Mások már csak akkor veszik észre, ha a szemhéj vastagabb, lejjebb lóg és nehezen mozgatható, ilyenkor a daganat már jól tapintható. E három említett tünete nagyon jellemző. A folyamat a kötőhártya legmélyebb, ú. n. adenoid rétegében kezdődik; kiterjedésére és haladására nézve jellemző, hogy legelőször a laza, mozgatható és könnyen nyúló kötőhártya adenoid szövetében jelenik meg, ilyen az áthajlási redőnek főleg szemhéj felé eső része, utána a félholdképi redő, majd a bulbaris kötőhártya többi része következik, legvégső esetben terjed át a szemhéji, feszesen tapadó kötőhártyára. Kezdetben leggyakrabban elszórtan, éles határ nélkül, kisebb csomócskákban jelenik meg, melyek később összefolynak. Főképen lap szerint növekedik, és ily lemezekben halad előre a bulbaris kötőhártyán egészen a limbusig, a hol sáncszerűen veszi körül a szaruhártyát esetleg több rétegben is egymásra tolulva és még jobban ellapulva, mi az egész képet kakastaréjszerűvé teszi. De vastagságban is növekedik, mikor a szemhéjakat, főleg a felsőt erősen kidomborítja, a felső szemhéjat letolja, a szemrés nyitását nagy fokban akadályozza, és a szemrészt olyannyira szűkítheti, hogy a szemhéjak szélei egészen összeérnek, csak egy keskeny rés fut harántul végig a nagy fokban elődomborodó szemhéjak közepén, mely sem active, sem passive Desmarres kanallakkal nem tágható. A szemhéjak bőre alatt rugult, kanyargós visszerek láthatók. Tapintásnál porc kemény, rugalmas, tömött, sima felszínű, néha kissé dudoros daganatot találunk, mely felett a szemhéjak bőre szabadon mozgatható; határai nem teljesen élesek, főleg ha több apró csomó van egymás mellett, a mellett az egész szemhéj is kissé megvastagodott. A daganat elhelyeződése felől is tájékozódhatunk, a mennyiben, ha pl. mint leggyakrabban az áthajlási redőből indul ki a folyamat, csak mélyen a szeműrben, a szemhéjak legvégén, azokkal össze nem kapaszkodva tapinthatjuk, s ez a szemhéjakat elő sem domborítja; míg ha elszórtan kisebb csomócskákat képezve a szemhéjak kötőhártyájában ül, egyenként tapinthatjuk ki a göböcskéket. Ha a folyamat nagy kiterjedésű, mindkét szemhéj megvastagodott és a bulbaris kötőhártya is, akkor a daganat egészen gyűrűalakúnak tapintható, a mennyiben a külső és belső zug alatt hasonló porckemény daganatot találunk: kezdetben a felső szemhéj kifordítható, de később az áthajlási redő folytonos rövidülése miatt csak nehezen végezhető, akkor is nagyon gyakran zúzódások, nagyobb beszakadások és bő vérzések jönnek létre. A daganat feletti kötőhártya kissé vörösebb, duzzadtabb, kevés megvastagodott, kevés nyákos váladékkal fedett, néha passiv vérbőségre valló sötétvörös színű, de képe minden nagyobb gyulladás

nélkül való. Ha a mellett trachoma is van jelen, ennek megfelelő elváltozások is találhatók. Nagyon jellemző az alatta látható daganat színe, mindig sárgászöld, sajátos viaszzerű és legtöbbször áttűnő; nem téveszthető össze a szemhéj egyéb daganataival, mint pl. fibromákkal és a sarcoma különböző alakjaival, hol a kötőhártya halvány, a daganat színe sem látható, a mellett viselkedése a szomszéd képletekkel is más.

A klinikánkon észlelt első beteg három ízben volt nálunk két évi időközökben. Körtörténetéből a következőket említhetem:

I. P. I.-né, 27 éves, felvétetett 1892. VIII/26.

Bal szeme 8 év óta fáj, kivörösödött, erősen könnyezett, viszkedett. Hosszas ecsetelésre meggyógyult. Négy év előtt bal szemének belső zugában kendermagnyi, vörös, folyton növekvő daganat keletkezett, mely háromszori kivágás daczára újra fejlődött. Egy év óta szemei erősen kivörösödöttek és folyton fájnak. Ugyanez idő óta jobb szemének belső zugában hasonló daganat fejlődött.

Jelen állapot: Szemhéjak vörösek, duzzadtak, beszáradt váladékkal fedettek. Jobb szem: tarsalis kötőhártya és áthajlási redő vörös, duzzadt, megvastagodott, előbbi finom hegekkel átszőtt; bulbaris kötőhártya nagy fokban duzzadt, vizenyösen beszűrődött. Szem többi részei épek. Bal szem: tarsalis és bulbaris kötőhártya és az áthajlási redő nagy fokban vörös, duzzadt, számos apró, sárgás, mélyen ülő kocsnyás csomóval behintett. A félholdképi redőben apró szedernagyságú, egyenetlen felületű, helyenként hámtól fosztott csomó van.

Therapia a nagy csomó lecsapása, a kisebbek több ízben való kikanalizása, belőlük kásaszerű tartalom ürül; később ecsetelés lapis-oldattal.

IX/18. Távozáskor mindkét szem kötőhártyái főleg az áthajlási redők az ecsetelés daczára tovább vastagodnak. A kocsnyás csomók is terjednek. A bal félholdképi redő tájáról eltávolított daganat ismét kifejlődött. Kötőhártyák mindenütt hegektől áthatottak.

II. Második megjelenése alkalmával 1894. X/21-dikén az elváltozások főleg a jobb szemem kifejezettek.

Szemhéjak mérsékelten megvastagodottak, keményedettek. A jobb alsó szemhéj teljesen kifordult, s az így szabadon fekvő tarsalis kötőhártya egész kiterjedésében megvastagodott, sötétvörös, deszkakemény, helyenként egyenetlen felületű, egymás mellett és felett ülő kisebb-nagyobb göbökkel behintett, melyek mélyen ülők, világos-sárgás-vörösek és áttűnőknek látszanak, elfoglalják az egész alsó áthajlási redőt, sőt ráterjednek a bulbaris kötőhártya alsó felére is. Felső szemhéj lefog, a szaruhártya felső  $\frac{2}{3}$  részét egészen eltakarja, sem active, sem passive nem mozgatható, nagy fokban vastagodott és merev, kifordítása nem sikerül; a szemhéjszél alatt hasonló növedék látszik, mint az alsó áthajlási redőben. Bal szem alsó szemhéján az ectropium kisebb fokú, felső szemhéjon a ptosis is, egyébként a lelet azonos a jobb szemével.

X/23. Próbakimetszéssel nyert részlet göröcs alatt Lugol-oldattal kezelve, amyloidnak bizonyult.

X/30—1895 II/17. alatt több ízben felmetszették és kikanalizták a csomókat, a jobb felső szemhéjon bőrmetszéssel értek hozzá. Nagyobbára kásaszerű sárgászöld, áttűnő, viaszfényű tömeg ürül, több ízben bő vérzéssel.

II/27. Elboesátáskor az állapot majdnem olyan, mint felvételtkor, csak hogy a kiemelkedések sokkal laposabbak.

III. Harmadik ittlétekor, 1895 V/14—VI/6-dikáig a szemhéjakon keresztül elszórtan tömött, gömbölyded és dudorzos terimenagyobbodások tapinthatók. Jobb szemrés zárt, csak passive tárható szét, szemhéjak nem fordíthatók ki, a szemhéji kötőhártya a szemtekével mindenütt szorosan összenőtt. Bal szemrés felényire nyitható hasonló összenövés miatt, a miért is a szemtekék alig mozgathatók.

Ez esetben kiemelendő hogy annyi ecsetelés és többszörös kiirtás daczára állapota mindegyre rosszabbodott.

Második, általam is észlelt beteg körtörténete röviden a következő:

W. J. 21 éves, felvétetett 1901. XII/16.

Beteg sohasem volt. Négy év óta trachomája miatt gyógykezelés alatt áll. Körülbelül másfél év óta veszi észre, hogy bal felső és alsó szemhéja duzzad, azóta folyton növekszik.



Jelen állapot: Jobb szemem kifejezett trachomája van papillaris túltengéssel, megvastagodással, felső szemhéj kötőhártyáján finom hegekkel.

Bal szemrés 3 mm. tág; alsó és felső szemhéjak nagy fokban elődomborodók, active, passive alig mozgathatók, tapintásnál az alsó és felső szemhéjak, külső és belső szemzugok alatt egymásba határ nélkül átmenő, porczkemény, kissé dudoros felszínű, a szemgödörbe követhető, kifelé elég éles határú daganatot találunk, felette a szemhéj bőre és izomzat mozgatható. A szemteke kötőhártyájának látható része, főleg a félholdképi redő nagy fokban megvastagodott, sárgászörös, kevésbé áttűnő, a limbus felett körülbelül 2 mm.-nyire kiemelkedő sánczot alkot, itt-ott kevés nyákos váladékkal fedett. A szemteke kötőhártyájának alsó feléből többretegű, lelapult és megvastagodott, törékeny kötőhártyaréteg emelkedik a limbus felé. Alsó áthajlási redő feltűnően megvastagodott. Az egésznek képe olyan, mintha a kötőhártya alá valami megalvadó anyag volna befecskenedve.

A félholdképi redő tájáról nyert részlet amyloidnak és hyalinnak bizonyulván, a felső és alsó szemhéj daganata a bőrön és izomzaton ejtett metszésein át több részletben távolított el. A félholdképi redő és alsó áthajlási redő vaskos tömegei ollóval metszettek ki. A kiirtott anyag sárgászörös, áttűnő, viaszfényű, kissé hajlítható, de inkább merev volt.

Az első eset góresői készítményei haematoxylin-eosinnal festettek, Müller-oldatban, majd alkoholban keményítették. A próbakimetszéskor nyert anyag, mint a kórtörténetben olvasható, jód-jodkáli-oldatra mahagoni-barna lett, csak itt-ott maradt egy kis sárgás részlet.

Góreső alatt majdnem az egész terület amyloidnak bizonyul. A kötőhártya epithelje kissé megvastagodott, felszínes sejtbőrtéka több rétegben ellaposodott, vízszintes irányban megnyúlt, kissé orsóalakú, ugyanily változás látható a sejtmagokon. A levegő hatásának kitett beszáradozott részleteken a réteg jóval vastagabb, a mellett kifejezett elszarusodás található. A mélyebb rétegek hámszöveti lassan visszanyerik négyszögletes alakjukat. A sejtek közötti résekben elszórtan fehér vérsejtek találhatók. Kehelysejtek sehol sem láthatók.

E hámbőrték alatt azonnal az amyloidosan elfajult réteg kezdődik, helyenként apróbb, csíkosabb, néhol nagyobb tömeget kitevő, a szövetrészekben helyet foglaló vérzéssel tarkítva. Az egész tömeg egynemű, nagyon finoman szemcsés, nagyon gyengén festődik rózsaszínűre, minden szerkezet nélküli, alakatlan, benne helyenként, főleg az erek mentén több, másutt kevesebb kötőszövet- és gömbsejtek vannak nagyobbára jól festődő maggal, néhol azonban egyes résekben ezeknek mintha csak árnyékai volnának láthatók. Nyirokürök csak itt-ott vannak egyrétegű endothellel bélelve többnyire üresen, néhol pedig tele vörös vérsejtekkel. Vérérek inkább a mélyebb rétegekben találhatók, ott sem számosak, nagyon vastag falúak, elmosódott határuak, ugyanabból az egynemű, alig festődő, itt kissé rétegzetesnek látszó anyagból állnak, lumenök nagy fokban szűkült, másutt egészen eltömült, endothel rétegek is elpusztult. A mélyebb rétegekben sokkal nagyobb amyloid-tömegek vannak egy csomóban, szerkezetük némileg rétegzetes, bennük kevés sejttörmelék, s az egész tömeg többretegű sejtdúsabb kötőszövetűvel van körülveve, mely ismét gömbsejtekkel telt szövetbe folytatódik.

A kötőszövetes öv és amyloidtömeg között számos különböző alakú és nagyságú óriássejt található, melyeneket már Leber is leírt. Némely óriássejt több nyulvánnyal belenyulik az amyloid-tömegbe, protoplasmájuk erősebben festődik, magvaik legtöbbször szabálytalan elrendeződésűek. Ilyen óriássejtek egyébként a kötőszövetsejtekkel behintett diffúz fellépésű amyloidban is találhatók, bár kisebb számban. Az amyloidos tömegben foglalt sejtek nagyobbára kerek, nagy magvúak, jól festődők, protoplasmájuk kevés, közöttük azonban egészen lapos, huzalszerű kötőszövet-sejtek láthatók. A kötőhártya adenoid rétegének nyomát sem találjuk. Festetlen metszeteket ebből az esetből nem találtam, s így az amyloid viselkedését más festési eljárásokkal szemben nem volt alkalmam megkísérteni.

Második esetünkben kiirtott anyag legnagyobb része azonnal alkoholba került, csak egy kis részét nyomtam össze két tárgylemez között, mely Lugol-oldatra legnagyobb tömegében ma-

hagoni barnászörös lett, a többi részletek szalmasárga színűekké váltak. 1%-os kénsavra pedig ibolyás-kékes, majd zöld színűvé váltak a barnászörös területek. Az alkoholban keményített és celloidinba ágyazott anyagból nyert metszeteken Lugol-oldatra nem állott elő mindenütt az a jellemző barnászörös elszíneződés, de jóval világosabb volt a színreactio, bár egyes helyeken elszórtan az előbbinek megfelelő volt a festődés. Azonban nagyon jól adta az anilin-színre és hig sósavra előálló complementair festődést. Van Gieson szerint halvány, gyengén rózsaszínűvé festődött az amyloid, míg a hyalin élénk, ragyogó vörös színű lett.

Góreső alatt a borító epithel kissé megvastagodottnak található, felső rétegei nem laposabbak, közöttük sok, úgynevezett kehelysejt található, főleg a bemélyedésekben. Az adenoid-réteg nagyon változatos képet nyújt a Van Gieson szerint festett metszeteken. Az adenoid-réteg kötőszövetes gerendái nagy fokban megvastagodottak, és kétféleképpen festődők. Egyik részük finoman fibrillaris szerkezetű, erősen fénytörő, üvegszerű, kevésbé is duzzadt, gyönyörű rubinvörösre festődött, míg másik részük majdnem teljesen egyneműnek látszik, nagyobb nagyításnál számos finom reczeszerű gomolyagból vagy apró golyócskákból áll, néhol pedig egészen törmelékes, a mellett nagy fokban felduzzadt, sejtszegény, halvány rózsaszínre festődő. Egyes helyeken csak a rubinvörös, hyalinosan elfajult kötőszövetgerendák alkotnak hálózatot, és az általuk képezett rések teljesen üresek, nagyobb nagyításnál látható, hogy a hyalinos kötőszövet huzal bekunkorodik az üregbe, és végén számos, hajszálvékonyágú fibrillára szakad. Másutt ezek a kötőszövetgerendák nem amyloidosan elfajultak, kötegekkel futnak, de alakatlan, kissé reczés szerkezetet mutató amyloidtömegeket zárnak körül. Más helyeken az amyloid-tömeg jut túlsúlyra, és közöttük csak itt-ott bukkan fel egy élénk vörös hyalin-köteg; vagy ismét megfordítva nagyobb a hyalinos kötőszövet tömege; vannak megint területek, hol mindkettő sajátosságosan összekeveredett egymással. Szóval, a kép nagyon változatos, az az egy jellemző azonban, hogy a hyalinos kötegek üvegszerűek, fibrillák a rostok lefutásával párhuzamosan haladnak, élénk-vörösek, míg az amyloidtömegek legtöbbször alig mutatnak szerkezetet, törmelékesek vagy gyengén reczésűek, és alig festődnek. Nagy fokban elváltozottak a vérérek is. Falaik a legnagyobb mértékben vastagodottak, sejtszegények, lumenök szűkült, intimájuk eltömült ereknél már alig festődő. A vastagodás főképpen a mediát illeti, a nagyobb ereknél ez leginkább amyloidosan elfajult, a rétegződés gyengén látható egy-két huzal között hyalinos köteg is lehet; az adventitia is vastagodott, bár nem oly nagy fokban, sokszor hyalinyűrűt képez; a kisebb erek mintha inkább hyalinos kötegekből állnának. Sokszor az erek majdnem a felismerhetetlenségig elváltoztak, ép erek sehol sem találhatók. A nagyobb amyloidtömegekben csupán sejttörmelékek láthatók, míg az amyloidhuzalokban van jól festődő ép sejt is, a hyalin-kötegekben pedig sejtek csak elvétve találhatók. Az amyloid-tömegekben, különösen a törmelékesekben, kisebb-nagyobb hasadékok találhatók, melyeknek legnagyobb részét vörös vérsejtek töltik ki, a kevésbé elfajult erek mentén gömbsejtek is. Óriássejtek sehol sem voltak láthatók.

Az egész góresői kép úgy hat, mintha a szövet vázát a hyalinos kötegek képeznék, míg a közöttük levő üröket és réseket a kiömlő és megalvadó amyloidanyag töltene ki.

Az itt leírt két eset nem egyesíti magában az ezen folyamatnál előforduló összes elváltozásokat. Egy ilyen gyakoribb elváltozás, mely azonban egyik esetünkben sem volt feltalálható, a nyiroksejtek szerepe. Sok esetben ugyanis ezek már nagyon korán kisebb csomókba verődnek, belsejökben apró zsírcseppecskékhez hasonló anyag gyűlik meg, de osmiumsavra nem feketedik meg, mely később összefolyik, a sejtmagot félre tolja, végre több sejt folyik egymásba, a közöttük fekvő sejtmagokat összenyomják. Leber és néhányan ezt tekintik egyik legkorábban fellépő elváltozásnak, míg sok esetben ez teljesen hiányzik és csak a vérérek, főleg a kis ütőerek falának megvastagodása és elfajulása a legelső lelet. Óriássejtek sem találhatók minden esetben. Szerepükre vonatkozólag is eltérők a vélemények.

Míg Leber szerint ezek is termelnek amyloidot, addig a többiek szerint nem hogy termelnek, de éppen ezek falják fel és hordják azt szét, a belsejökben található törmelékek már nem is



adnak amyloid-festődést, és szerepük csak olyannak tekintendő, mivel a szervezetben egybeült fellépő idegen testek vagy kóros termékek kiküszöbölésére törekvő folyamat képében gyakrabban találkozzunk.

Szintoly ellentétesek és változatosak az amyloid keletkezéséről szóló nézetek, míg a hyalin keletkezéséről egyöntetű a felfogás. A sejtek regressiv metamorphisánál az anyagcsere csökkenésével különféle bomlási anyagok között hyalin is képződhet, e feltételek a szervezetben főleg chronikus gyulladásoknál vagy a sejtek anyagcserejének súlyosabb zavarainál állnak fenn, s ott a kötőszöveti hyalin magában a kötőszövetben, vagy más kötőszövetes eredésű szövetben, pl. a vérerek izomrétegében gyakran található. Hogy ez alkalom a kötőhártyában adott esetekben megvan-e, alább fogjuk látni. Recklinghausen pár szóban így adja a hyalin tulajdonságait: fehérjenemű anyag, erős fénytörő képességű, sajátságos fényű és áttűnőségű, nagy ellenálló képessége van az alkohol, lúgok és savakkal szemben, bizonyos festékekkel szemben sajátságosan viselkedik. (Karmin, haematoxylin, purpurin, dahlia, methylenkék, vesuvin nem festi; jól festi eosin, safranin, indigo-karmin, sav. fuxin, utóbbi rubinvörös árnyalattal.)

A localis amyloid keletkezésénél két nézet áll szemben. Egyik szerint a sejteknek nincs semmi szerepük, a másik szerint maguk a sejtek képezik az amyloidanyagot, ismét mások szerint annak csak egy alkotórészt. Az elsőbe Rindfleisch beivódásos elmélete tartozik. Rindfleisch szerint a véredényekben oldott állapotban levő fehérjenemű anyag a szövetekbe ivódik és ott megolvad. Conheim kimutatta, hogy ez a magyarázat nem fogadható el, a mennyiben az egymás mellett levő legkülönbözőbb szövetek, sőt ugyanazon egy szövet szomszédos részei nem ivódnak be egyformán, sőt egyes részek minden látható ok nélkül épek maradnak. Ezért ő, bár a folyamatot helybeli elfajulásnak tartja, mégis általános, szervezeti okok idézik azt elő, úgy hogy az amyloid a szövetekben már meglevő fehérjéből keletkezik, még pedig Leber szerint a szövetek aktív működése folytán, s így a sejtek kórosan megváltozott anyagcserejének következtében a normalis sejtköztűti anyag helyett amyloid keletkezik. Virchow szerint a vérben oldott anyagnak kilépése még nem elégséges az amyloid keletkezéséhez, szükségesnek tartja a beivódott sejtek működését is, és e keletkezett két anyag egyesülése adja az amyloidot. Támogatja e felfogást Schmidt és Krawkow dolgozata. Schmidt azt mondja, hogy a localis amyloid főképen porcz, vagy porczhoz hasonló szövet szomszédságában (légcső, szemhéj) lép fel leggyakrabban. Krawkow gondos vizsgálatai szerint pedig „az amyloid a fehérjének a chondroitin-kénsavval való szoros, talán esterszerű vegyülete. Ez utóbbi alkotórész feltűnően nagy mennyiségben van jelen a porczban, ruganyos elemekben és azok szomszédságában levő ép szövetekben. Az amyloid tehát a szövetekben jelenlevő e két alkotórésznek kóros befolyások következtében egyesülő vegyi összeköttetése volna. Valószínűleg fölös mennyiségű fehérjére van szükség ez egyesülés létrejötténél; a fehérje felhalmozódása a tápláló szövetnedvek elégtelen felhasználása következtében állna be, s a szövetrészek között maradna.” Így a két anyag egyesüléséhez s az amyloid keletkezéséhez bőséges az alkalom, akár a szövetrészek között, akár magokban a sejtekben.

Tovább fűzve az elméletet, annak okát keresve, hogy miért nem képesek ilyen esetben a sejtek a nyirokárám fehérjét felhasználni, arra a magyarázatra jutunk, hogy a sejteket direct érő bántalom következtében azok anyagcsereje annyira alászáll, hogy képtelenek a hozzájuk jutó összes fehérjét feldolgozni. Ez a feltétel főleg gyulladásoknál van meg, de létrejöhet talán toxikus úton is. Láttuk, hogy a hyalin keletkezésénél is szerepelt a sejtek anyagcserejének megváltozása. Ha már most ezek alapján a kötőhártya ez elfajulásának okát nézzük, közzefekvőnek látszik a gondolat, hogy azt valami gyulladásban keressük. Tényleg az esetek kisebb felében régi trachomát találunk, de legtöbbször egészen ép volt azelőtt a kötőhártya. A trachománál sokkal gyakrabban szerepel a kötőhártyán egy másik idült gyulladás, t. i. a conjunctivitis catarrhalis chronica. Mindkét gyulladásnak, mint egyáltalában minden chronikus gyulladásnak szövettani képére jellemző a kötőszövet megszaporoódása, hypertrophiája, a régi erek eltömülése, új erek képződése, az erek mentén apró gömbsejtes beszűrődés, a mirigyes elemek elsovadása. Mindezt úgy a kötőhártya

chronikus gyulladásánál, mint a hyalin- és amyloid-elfajulásnál egyaránt megtaláljuk, hozzátevé, hogy az utóbbinál részben vagy egészben mindezek még specifikusan el is fajultak, sőt magára az elfajulásra éppen a chronikus gyulladás még bizonyos kedvező feltétel is. Nem akarom ezzel azt állítani, hogy a kötőhártya hyalin- és amyloid-elfajulásának minden esetét évekig tartó chronikus gyulladás előzi meg, a mint hogy nem minden trachoma és conjunctivitis cath. chron. végződik ilyen elfajulásokkal, de bizonyos összefüggés tagadhatatlanul van e két folyamat között.

Teljesség kedvéért meg kell említenem, hogy Kruch a kötőhártya amyloidjából staphylococcus pyogenes albust és Löffler-féle diphtheria-bacillust tenyésztett ki, ő és Fumagalli nem tartják kizártnak a baktériumok befolyását sem.

Therapiája: egyetlen célhoz vezető eljárás az elfajult tömeg kiirtása akár a bőrön át, akár a kötőhártya felől. Ajánlatos mentől többet eltávolítani. Több esetében Kamockinak részleges eltávolítás után a megmaradt részletek lassan maguktól is felszívódtak, de gyakran az is megtörténik, hogy gondos kiirtás dacára többszörösen kiújul. Előfordult, hogy az először kiirtott tömeg amyloid volt, míg a másodszorra pár év után kiirtott részlet hyalinnak bizonyult.

*Irodalom.* Th. Leber. Über amyloide Degeneration der Bindehaut des Auges. Arch. f. Opth. XIX. 1873. — v. Hippel. Über amyloide Degeneration der Lider. Arch. f. Opth. XXV. — Raelmann. Zur Lehre von der Amyloiddegeneration der Conjunctiva. Archiv f. Augenheilk. X. — Kamocki. Über die hyaline Degeneration der Conjunctiva. Centrbl. f. Augenheilk. 1886. — Kamocki. Untersuchungen über hyaline Bindehautentartung. Beitr. z. Augenheilk. I. — Rumschewitsch. Hyaline und amyloide Entartung der Bindehaut. Arch. f. Augenheilk. 25. — Kamocki. Über amyloide Bindehautentartung. Beitr. z. Augenheilk. 1898. 3. — Hübner. Zur amyloiden Erkrankung der Bindehaut. Beitr. z. Augenheilk. 1899. 4. — Kruch et Fumagalli. Dégénérescence amyloide de la conjonctive. Annales d'Oculistique. 1894. — Lehrbuch der patholog. Anatomie des Auges. Greeff. 1902.

Közlés a „Stefánia“-gyermekkórházból.

### Idegen test az orbitában.

Közlő *Leitner Vilmos* dr. a „Stefánia“-gyermekkórház szemész-főorvosa.

Gyakorlati szempontból fontos és érdekes részét teszik ki az orbita sérüléseinek azon esetek, melyekben idegen test jut az orbitába oly módon, hogy sérülés alkalmával a sértő eszköz letörvén, a beletörött részlet visszamarad, ellentétben a sérülés azon nemével, midőn sérét, projectil vagy más kisebb-nagyobb idegen test a sértést követőleg mint olyan egészében foglal helyet a szemüreg különböző képleteiben. Többszörre törekény anyagok azok, melyek az előbb említett alakban kerülnek a szemgödörbe: tollszár, irón, palavessző, üvegpálczika, pipaszár, vékony és keskeny pengéjű kés stb. Az ilyfajta sérülés rendszerint véletlenül sokszor verekedés alkalmával történik s csak ritkán munkálkodás közben; az idegen test a szemhéj átfúrása után, vagy annak megkimélésével az orbita valamelyik fala mentén jut a mélybe s a csontos falhoz való ütdés után letörik. Az eltörést a csontos fal ellentállásán kívül az orbita széle, mintegy hypomochlion is elősegíti, sőt nem egyszer egymagában az okozója; ez utóbbi eshetőségre a feltétel akkor van adva, ha a sértő eszköz eléggé törekény és hosszú s ha a behatolás iránya az orbitaszél illető pontjára merőleges vagy ahhoz közel álló. A szemüregbe törött idegen test a bulbus s az orbita fala közt levő szövetekben foglal helyet s külső vége vagy kiáll a behatolási nyíláson, avagy pedig csak kutatóval tapintható ki a mélyben; a belső vég lehet szabad, mozgékony, ha valamely lágy képlet veszi körül, míg ellenben rögzített olyankor, midőn a csontos falat átfúrván, beekelődött s esetleg valamely szomszédos üregbe és belejutott.

A sérülés tünetei azon esetekben, midőn az idegen test a szemteke bántalmazása nélkül került az orbitába, elég jellegzetesek s többszörre állandóak. Friss esetekben a szemhéjak szűrt, s rendszerint egyenetlen, szaggatott szélű sebe jelzi a behatolás kapuját; véraláfutások a szemhéjon s a bulbaris conjunctiván, ez utóbbi belőveltsége kíséretében ritkán hiányoznak. A szemteke az idegen test következtében az ellenkező oldal felé eltolódott s



olykor protrudált is, a dislocatio azonban elég gyakran csak igen kis fokú s alig felismerhető; ha jelen van, subjective a beteg kettős látásában nyilvánul. A szemgolyó mozgási korlátoltsága egyszerűen az idegen test által támasztott mechanikai akadály következménye lehet, melyhez máskor egy vagy több izom direct sérülése is mint ok hozzájárulhat. E sérülések legsúlyosabb eshetősége a látóideg ronesoltatása, a mi azonban aránylag ritkán következik be egyrészt, mert az idegen test előbb törik le, mielőtt a látóideget elérte volna, másrészt pedig maga a látóideg kanyargós lefutásánál fogva alkalmas arra, hogy az idegen test elől kitérjen. Az említett tünetekhez járul még a fájdalmasság, mely különösen a szem mozgásainál s a szemtekére gyakorolt nyomásnál fokozódik.

E röviden vázolt tünetcsoport, mely a friss sérülésnek felel meg, változást szenved, ha az idegen test már hosszabb idő óta tartózkodik benn a szemüregben. A behatolási nyílás záródik, rendszeren genyedés útján vagy pedig sipoly marad vissza, mely mindennemű kezeléssel dacolva, mindaddig fennáll, míg az idegen test el nem távolított. A nyílás záródása után sem jó azonban létre végleges béke, mert az idegen testnek többnyire szilánkosan tört vége mechanikai izgalmat kelt a bőr alatti kötőszövetben, minek következtében a behatolás helyén a bőr később ismét kivörösödik, megvastagszik s fájdalmassá lesz. Feltűnő, hogy az orbitába jutott idegen test ritkán indít meg a környezetében genyedést, ellenben hosszadalmas plastikus izzadmánnyal járó gyuladást okoz, mely összenövésekre s az idegen test betokolódására vezet. A szemhéji és szemtekei kötőhártya szüntelen izgalomban van s a szem mozgásai korlátoltak és fájdalmasak, míg a diplopia az idegen test jelenléte dacára is idővel elmúlhatik, főleg olyankor, ha a szem nem magassági, hanem oldalirányban való kismértékű eltolatást szenvedett. Súlyosabb tünetek állnak elő, ha az idegen test egy szomszédos üregbe hatolva, ott következményes gyuladást indított meg.

Az orbitába beletörött idegen test eltávolítása annál könnyebben sikerül, minél rövidebb idővel a sérülés után történik. Igaz, hogy a jelentéktelennek látszó seb a szemhéjakon, ha a szemek egyébként feltűnő eltérések nem következtek be, valamint a gyakran csak kismértékű fájdalom a sérültet nem is készíti orvosi segély kérésére s így csak napok vagy hetek múlva látjuk a beteget, midőn az eltávolítás már jóval nagyobb beavatkozás árán ejthető meg; viszont azonban a kis sebzés a beteg alapos kikérdezése és vizsgálata nélkül az orvost is tévedésbe ejtheti s az idegen test jelenléte felismeretlen marad, a míg csak a gyógyulni nem akaró sipolynylás s a szemek szüntelen izgalma hosszabb idő múlva nem ébreszt gyanút a komolyabb természetű sérülés iránt. Ezért tanácsos a szemhéjsérüléseknél különös gondot fordítani annak a kiderítésére, hogy a séülés nem történt-e törékeny anyaggal, annyival is inkább, mert mint említettük, a letört darab külső vége gyakran nem látható a bemeneti nyílásban, hanem hátrább, a szűrési csatornában van elrejtve. Pontos anamnesis és sondával való vizsgálat azonban minden esetben teljes felvilágosítást nyújt.

A következő esetet, melyet osztályomon volt alkalmam észlelni, a mondottak megvilágítására röviden óhajtom ismertetni.

P. Gy. 10 éves fiú, 1901. december 23-dikán a „Stefánia”-gyermekkórház szemészeti rendelésén azon panaszszal jelent meg, hogy bal alsó szemhéján 5 nap óta kis duzzanat nő, mely fájdalmas; szeme vörös és könnyezik. Előadja, hogy 2 hét előtt iskolatársa véletlenségből tollszárral megszurta bal alsó szemhéján, mire a szemében is fájdalmakat érzett; pár órával a sérülés után orvosa megvizsgálta őt, de csak kis vérző sebet talált s a bajt jelentéktelennek ítélte. Kötés alatt a szúrás helye hamar begyógyult s a szeme is megbékült, mígnem 5 nap előtt újból izgalomba jött. Ugyanakkor a seb helyének megfelelő bőr is fájdalmassá s azóta mindjobban duzzadtá vált. Kettős látása nem volt. Arról, hogy a tollszár a szúrás alkalmával eltört-e, nem tud.

A vizsgálat minimális elváltozásokat derített ki. A bal alsó szemhéjon a belső zug alatt kis mogorónyi, elvörösödött és vastagodott bőrrel fedett, tömört tapintatú és elmosódott határú duzzanat találtatott, mely nyomásra fájdalmas; hullámszerű nem érezhető, s nyomáskor sem a könnypontokon át, sem az orr felé való áramlás nem ürül. A tarsalis és bulbaris conjunctivákon közepes be-

lövetség; a rendes állású és jól mozgó szemteken azonban elváltozás nem található. Idegen test sehol sem tapintható ki. Látás-élesség mindkét szemem teljes; szemfenék ép.

A mondottak után az állapot megítélése nem okoz nehézséget. Bizonyos, hogy a szemhéjon jelenlevő elváltozás a kiállott sérüléssel okozati összefüggésben van s miután dacryocystitis acuta kizárható, csak két eshetőséggel kell számolnunk. Az egyik az, hogy az idegen test behatolása következtében a szűrési csatorna körül genyes gyuladás támadt a mélyben s innen a bőr újból való kivörösödése s a szem izgalmi állapota. Tekintve azonban, hogy hullámszerű egyáltalán nem mutatható ki s az orbitális genyedést kísérni szokott szemhéjvízenyőnek nyoma sincs, a másik eshetőségre is gondolnunk kellett, mely szerint az idegen test nemcsak egyszerűen áthaladt a szűrési csatornán, hanem letörtött s egy része az orbitában visszamaradván, külső törött végével a bőr alatti kötőszövet, illetve a bőrnek mechanikus izgalma okozza a nélkül, hogy genyes gyuladásra vezetett volna. Biztonsággal természetesen ez utóbbi feltevés helyessége sem állapítható meg, mert a szemteke sem dislocálva, sem protrudálva nincs, valamint számbavehető fájdalmasság is hiányzik, úgy hogy csak a bőrnek az elszennvedett szúrás helyén keletkezett kis területű beszűremkedése s a szüntelen conjunctivális izgalom az egyedüli objectív tünet, a melyből az anamnesis alapján idegen test jelenlétére következtethetünk.

A tenni való azonban minkét eshetőséggel szemben csak ugyanaz lehetett: bemetszés az infiltrált bőrön át az orbita bemenetéig. A műtétet ambulanter végeztem; mély bemetszésre nem ürül geny, de idegen test sem tapintható ki. A metszés mélyítése után a szemteke védelmére spatula helyeztetett az alsó szemhéj alá s midőn az ismételt kutatás közben a spatulát az áthajlási redőbe erősebben benyomjuk, a szemhéj s a spatula között egy barna színű hosszúka, vékony test bukkan elő, mely eltávolítottván, egy tollszár 22 mm. hosszú letört részletének bizonyult. Az idegen test belső vége sima kúpfelület, míg a külső szilánkosan törött, hegyes.

A seb varrat alkalmazása nélkül 4 nap alatt gyógyult s a szem teljesen megbékült.

## IRODALOM-SZEMLE.

A keratitis aspergillinaról ír Gentilini dr. Fuchs bécsi tanár klinikájáról, három eset alapján. Az első ide vágó esetet 1879-ben Leber közölte. Azóta összesen hét eset van ismertetve az egész irodalomban. Leggyakrabban a fekély kinézéséből következtethetünk a betegség lényegére. Legtöbbször azonban a bakteriologus vizsgálat biztosítja diagnosisunkat. Egy esetben sem az aspergillus fumigatus, sem az aspergillus glaucus, hanem a penicillium glaucum volt a betegség okozó. Utóbbi esetben a klinikai kép is különbözött a többi hasonlótól. A kórkép lényege a következő: Néha minden kimutatható ok nélkül a szem kivörösödik. Conjunctivalis és ciliaris injection kívül a corneán kisebb-nagyobb területen élesen elhatárolt világos szürkés-sárgás, egyenetlen, kissé dudorzos, zsírfényű, száraznak imponáló mint apró törmelékből összerótt folt támad, mely közelebbi megtekintésnél úgy néz ki, mintha apró kisebb-nagyobb egymásra fektetett korongokból állana. Ezen területet körülbelül 1 mm. széles, szürkés-fehéres, éles határú gyűrű veszi körül, a kettőt egymástól teljesen ép átlátszó cornea választja el. Az egész képet még iritis és kisebbfokú hypopyon egészíti ki. A gyógyítás abban állott, hogy a törmeléknek látszó képleteket a corneáról leválasztották, ez a széli részekben könnyen ment, míg a foltok középső részeinél ép cornealis szövetrel együtt történt. A középső területet még meg is kauterezték. Atropin, jodoformpor behintés, esetleg subconjunctivalis sublimat-injectiók és kötéssel támogatva, a gyógyulás aránylag gyorsan és simán folyt le.

Szerző tenyésztet készített és a Graefe-késsel vagy lándzsával lekapart részleteket mikroskoppal is vizsgálta. Tenyésztette a gombákat glicerin-agaron, burgonyán és kenyéren, mindig pozitív eredménnyel.

Mikroszkop alatt a cornealis hámat a mélyebb rétegekben erősen duzzadtnak találta. A gombafészkek gócpontjában, úgy a



cornea parenchymájába, mint a Bowman-hártyába is beterjedőleg számos mycelium fonalat talált. A felszínes fonalas képletek keskenyebbek, maggal bírók, a mélyebbek szélesebbek és inkább homogen kinézésűek. A mélyebb képletek a fiatalabbak, a felszínesek a régiebbek.

A betegség ritkább előfordulása onnan van, mert az aspergillus kifejlődése csak kedvező táplálkozási és hőmérséki viszonyok között lehetséges. S épen ezen feltétel hiánya magyarázza meg fenti körülményt. Ha túlnyomóan más coecusokkal történt a fertőzés, úgy ezek a penészgomba kifejlődését megakadályozzák. (Beitrag zur Augenheilkunde, Deutschmann R. 45. H.) Barlay János dr.

**A traumatikus enophthalmusról és annak kórokáról** ír Lederer R. dr.

Két esete kapcsán az irodalomban eddig között 52 esetet ismertet. A dislocatio és luxatio bulbi-tól való megkülönböztetésül traumatikus enophthalmusnak nevezi azon állapotot, midőn a szemteke valamely trauma következtében magában a szemüregben tartósan hátrasüllyedve marad. Kórboneztani vizsgálatok hiányában különböző teoriákkal magyarázzák ennek létrejöttét. Himly és Fuchs az egyik ferde szemizom bénulásából, Lang a szemüreg tartalmának a szomszédos üregekbe való hatolásából magyarázzák. Gessner szerint a retrobulbaris zsírszövet heges zsugorodása okozza, a mely zsugorodást az orbita periostitise idézi elő. Némelyek a sympathicus bénulását, mások a trigeminus vagy a trophikus idegek sérülését tartják a baj okozójának. Mindezen és még sok más elméletet megczáfolva Lederer azt tartja, hogy az orbita sérüléséből keletkezett vérzés ronesolja a retrobulbaris kötőszövetet és ennek heges zsugorodása vonja hátra a szemtekét. Ezen hypothesiséért is ragaszkodik, mert ezzel leginkább tudja magyarázni a baj gyakoribb kísérő tüneteit is. (A. v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie. LIII. Band.)

**Örökölt syphilis előfordulása a szemben a harmadik nemzedéknél.** Strzeminski J. dr.

Az 1900-iki párisi nemzetközi congressuson élénk vita tárgyat képezte azon kérdés, hogy a hereditaer syphilis tovább örökölt-e és többen adatokkal bizonyították annak lehetőségét.

Strzeminski szerint különösen a szemben gyakran fordul ez elő, de megállapítása igen nehéz; az általa közölt esetben bizonyítottnak tekinti azt. Egy 12 éves, gyenge, aránytalan fejlődésű gyermek kezdődő keratitis parenchymatosával jelentkezett nála, kinél a szemfenéken chorioiditis areolaris és a látóidegfő halántéki felének igen finoman pigmentált voltát találta. A gyermek atyja, kinél a hereditaer syphilis több tünetén kívül jobb corneáján parenchymás gyuladástól visszamaradt foltot és az érhártyagyulladás atrophias stadiumát találta, nem egyezett bele fának higanynyal való kezelésébe és így mindkét cornea elhomályosodott és iritis lépett fel. Az ezután alkalmazott erőyes higanycurára csakhamar mindkét cornea teljesen feltisztult. A még élő, 78 éves nagyatyja állítása szerint házassága előtt lueszt aquirált. Ezzel kapcsolatban két régebben közölt esetét említi fel Strzeminski, melyekben szintén egész bizonyossággal kimutatható volt a hereditaer syphilis öröklése. Az ily másodlagos úton örökölt syphilist enyhébb lefolyású és könnyebben gyógyuló bajnak tekinti. (A. v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie. LIII. Band.)

Fekete Sámuel dr.

**Exophthalmus pulsansról** ír Knapp Pál marburgi szemklinikai tanársegéd.

24 éves egészséges fiatal ember jobb szemét szénás-szekérről leeső vasvilla nyele üti meg. Agyi tünetek kíséretében jobb szeme kidülled, mely kidülledés 14 nap alatt fokozódik, jellegző fülzúgás jobb oldalt. A jobb szem 8 mm.-rel áll előbbre a balnál, szemmozgások szabadok. Conjunctiva bulbin mérsékelt chemosis, tág kanyargós edényekkel. Pupilla szűkebb a túloldalnál, jól reagál. A papilla kissé vörösebb, a vénák valamivel tágabbak. Látásélesség, látótér, színlátás normalis. A systoleval egyidejű, aránylag gyenge zörejek hallhatók úgy a jobb, mint a bal halántékon, valamint a bulbuson is és a szemre helyezett tenyér gyenge lüktetést érez. A zörejek, a fülzúgás, a lüktetés a jobboldali carotis összenyomására megszűnnek. A jobb carotis communis le lett kötve. A 10 perczes mütét után megejtett szemtükri vizsgálat az ütőereknek kevésbé való teltségét és a vivőereknek változatlan állapotát derítette ki.

Zörejek megszűntek, de az operálás után a 7. napon újból jelentkeztek. Ugyanakkor a retinalis vivőereken gyengéd behúzó-dások voltak láthatók, melyek néhány nap mulva tetemesen szaporodtak, úgy hogy némely edény gyöngyfüzérhez hasonlított. Az összes vénák erősen teltek és kanyargósak. Később a befűződések mellett apró fehér, ezüst csillogású foltok láthatók, melyek négy héttel az operálás után megszűnnek, úgyszintén megszűntek a zörejek is. Némely edényen a befűződés is eltűnt, de a peripherián néhány finom vérzés látható, 2—3 hónap mulva a vérzések tetemesen megsaporodtak és üvegtesti homályok is mutatkoztak, melyekkel karöltve a látás felényire esökkent, az iris vérbő, kissé lötyög, a pupilla tág, kissé szabálytalan, nem reagál. A szem kidülledése fokozódott. Zörejek és zúgás nincsen. A bal szemben is a papilla szintén kissé vörösebb, jelölül annak, hogy a pangás a bal sinus cavernosusra is reáterjedt.

A szemfenéken észlelhető elváltozások tisztán az operálás következményei. Annál érdekesebb az eset, mert Siegrist statisztikája szerint 999 carotis lekötésnél csak 10 esetben maradtak vissza állandó látásromlások. A vénákon észlelhető elváltozásokat a sinus cavernosus eldugaszolása után a retinalis vénák thrombosisa okozhatták.

A folyamatot következőleg magyarázza. Eleinte részleges eldugaszolások támadtak, melyeket a túltelt vénák kékes-vörös színe miatt nem lehetett észrevenni. Az ugyanazon helyeken később képződött izzadmány és kivándorolt fehérvérsejtek összenyomhaták az edényeket, de így nehezen magyarázható, miért képződtek először a befűződések s miért léptek fel csak később fehér foltok, holott fordítva a dolog könnyebben érthető.

Vagy úgy is értelmezhető, hogy a kis thrombosisok endophlebitis proliferans okoztak, e miatt a véroszlop tetemesen megcsökkent s így befűződések látszatát keltette, mert a megvastagodott venafal a kissé vizenyős környezetben nem volt látható. Végre az is lehetséges, hogy a thrombusok zsugorodása összehúzta a vénák falait. Az endophlebitikus folyamat visszafejlődése okozhatta a befűződések hirtelen megszűnését, mint a hogy erre számos példa van (Reimar). Az exophthalmus megszüntetésére a betegnek a vena ophthalmica lekötését ajánlották, mibe a beteg nem egyezett bele.

Az eset azért érdekes, mert eddig carotis lekötések után a retinának csak ütőeres rendszerében tapasztaltak emboliás és thrombotikus folyamatokat, míg itt ép ütőeres keringés mellett a vénás edényrendszerben vannak a főelváltozások.

(Zeitschrift f. Augenheilkunde. Bd. VI. Heft 6.)

Barlay János dr.

**„Látóideg és arteriosclerosis“** cím alatt Liebrecht azon vizsgálatokról számol be, melyeket nagyjából hullaanyagon szerzett. Eredményeit következőben foglalja össze:

1. Az arteriosclerosis sokkal gyakrabban és nagyobb mértékben támadja meg a látóideget, mint eddig hitték.

2. A látóideget az arterio sclerosis nem a canalis opticusban támadja meg, mert itt az arteria ophthalmica már a látóideg duralis hüvelyébe belépett és nyomást nem gyakorolhat, hanem más három helyen és pedig leggyakrabban a csatorna hártás részletében, mert itt fúródik be a véredény az idegbe. Második hely a hártás csatorna felső éles szélé, mert itt a felszálló carotis a látóideget laposan összenyomja, a harmadik hely pedig a csatorna és chiasma között fekszik, azon a helyen, hol a carotis és az art. cerebr. ant. egymást keresztezik.

3. Az ideg sorvadása eleinte nyomás által jön létre, mely a szemteke idegrostrétegéig lefelé és a chiasmaig felfelé terjed. A nyomás által okozott sorvadáshoz később másodlagos kötőszövetképződés és edényképződés csatlakozik.

4. A sorvadás le- és felfelé gyorsan terjed.

5. A látóképesség megtámadásáról biztos adatok nem állnak rendelkezésre. Fel kell tételezni, hogy az arteriosclerosis nagyfokú látási zavart rendszerint nem okoz, teljes vaktságot soha. Utóbbi csak akkor fordulhat elő, ha az ideg laposan le van szorítva.

6. A carotis és ophthalmica nagyfokú arteriosclerosisánál is előfordulhat, hogy az arteria centralis retinae teljesen szabad. (Archiv f. Augenheilkunde. 44. É. III. f. XII.)

Fejér Gyula dr.



A műtétek után keletkező érhártyaleválásról közli tapasztalatait *Fuchs*, mely folytatását képezi az egy év előtt e tárgyról megjelent dolgozatának. Ujabb megfigyelése majdnem egy évre vonatkozik és kiterjed úgy a hályogműtétek, valamint az iridectomia után támadt érhártyaleválásokra. Ugy találta, hogy a jelenség elég gyakran észlelhető, ha kutatására különös figyelem fordítatik. E végből hályogoperáltjait azon esetekben, midőn a chorioidea leválásának gyanúja fenforgott, már röviddel a műtét után vette alapos vizsgálat alá s a csak néhány napos operáltakat és minden kár nélkül több ízben vizsgálta szemtükörrel. A gyanút az érhártyaleválásra azon körülmény szolgáltatja, hogy a műtét után már helyreállott csarnok ismét sekélyebbé vált, illetve eltűnt, avagy a műtét óta egyáltalában nem is állott helyre. Az esetek nagy részében a leválás tényleg kimutatható volt; csak valószínűséggel, de nem teljes biztonsággal vehető fel a tünet olyankor, midőn a szemfenék vörös visszfénye a periphéria felé elsötétül ugyan, de nem éles ívszerű határokkal s a paralaktikus eltolódás jelenléte nélkül. Statisztikájába csakis a bizonyos, kétségtelen eseteket vette fel.

A 493 hályogműtéten átesett szem között 23-nál (4.7%) fordult elő érhártyaleválás; a 23 műtét közül 17 simán, 6 pedig komplikáltan (üvegtest előesés, tokostól eltávolított lenese, csarnokba luxált lenese) folyt le. A hályogműtéteket Graefe módszer szerint, kötőhártyalebenynyel végezte és pedig a teljesen komplikáltan esetekben iris kimetszés nélkül. Az érhártyaleválás tekintetében a hályogműtéteknél az iridectomiával vagy a nélkül végzett esetek között lényeges különbséget nem talált.

Az iridectomia utáni chorioidea-leválások, szám szerint 14, mind glaukomás esetekre vonatkoznak (111) s jóval nagyobb százalékban kerültek észlelés alá, mint a hályogműtétek után (10.0%: 4.7%), a mi annál feltűnőbb jelenség, minthogy iridectomia utáni érhártyaleválásokról az irodalomban eddig alig volt említés. Nem kerülheti ki figyelmünket, hogy érhártyaleválás más hasonló kivételű szemműtétek után alig vagy éppen nem keletkezik. Így a fiatalkori vagy hártás hályogok esetében végeztet extr. linear. simpl. vagy optikai célból végzett iridectomiák után nem jön létre ablatio chorioideae.

Azon tényezők, a melyek főleg a hályogműtétet s a glaukoma ellenes iridectomiát praedisponálják e bajra, nézete szerint a következők: 1. a sclerának a magasabb korral járó nagyobb merevsége, melynek következtében a csarnokvíz elfolyása után a sclera és chorioidea között negatív nyomás keletkezhetik; ha ily esetben a sugártest alapján berepedés jö létre, akkor meg van adva az alkalom, hogy a csarnok s a subchorioidealis űr között közlekedés álljon helyre, illetve, hogy csarnokvíz szívassék az érhártya s a sclera közé; 2. a Graefe-késsel való sebkészítés, mert ezzel a sebzés belülről kifelé történvén, a sclera elődomborodik s a vongálás folytán az iris és corp. ciliare tapadási helyén berepedés támadhat, különösen ha — miként glaukómánál — a sphincter pup. eserin következtében megfeszült. Tény azonban, hogy glaukomás esetekben lándsával készült iridectomiák után is fordulnak elő érhártyaleválások; 3. a glaukomaellenes iridectomiákra vonatkozólag a fennállott tensioemelkedés. Hogy ezen említett tényezők közül melyiknek jut a főszerep, az eldönteni egyelőre nem tudja.

Az érhártyaleválás az operatiót követő 2—8. napon szokott kifejlődni; egy esetben észlelte már a következő napon s egyszer 16 nappal a műtét után. Hogy a jelen megfigyelési sorozatban átlag már korábban látta az ablatiót keletkezni, mint az előzőben, annak az az oka, hogy most sokkal előbb vetette már alá betegeit szemtükri vizsgálatnak; sőt a mult sorozatban a legtöbb eset nem is tükörrel, hanem focalis világítással ismertetett fel s innen van, hogy ott általában nagyobb fokú leválások szerepelnek, miután a kisebbek tükri vizsgálat hiányában elkerülték a figyelmet.

Az egyszer felismert leválás rendszerint egyenlő fokon marad meg az egész észlelési idő alatt, a mi onnan magyarázandó, hogy az ablatio a mint kezdetét veszi, csakhamar eléri tetőfokát is, úgy hogy már az első felismerés alkalmával tulajdonképen a teljesen kifejlődött kórkép áll előttünk.

A leválás visszafejlődése is többnyire gyorsan történik, miközben a csarnok ismét helyreáll s a szem tensiója rendessé válik; megtörténik azonban, hogy a tensio a többi tünetek vissza-

fejlődése dacára is egy ideig még csökkent marad, viszont az sem ritka, hogy a csarnok és a szem feszülésének rendessé válása után is még az érhártyaleválás nyomokban kimutatható. Olyan esetet, melyben a csarnok helyreállása nélkül fejlődött volna vissza az ablatio, egyet sem észlelt.

A mi a leválás tartamát illeti, az 1—30 nap között változik, a legtöbb esetben azonban 2 napot tesz ki s talán ez az oka annak, hogy az ily rövid tartamú leválások eddig csaknem teljesen elkerülték az észlelők figyelmét.

A prognosis általában jó, mert a baj semmiféle maradandó káros következménnyel nem jár. A mult megfigyelési sorozatban ugyan 3 esetben észlelt nagyobb fokú tensioemelkedést, a mostani 37 eset közül azonban egynél sem fordult elő hasonló complicatio.

Az érhártyaleválások kórszövettani vizsgálatát 4 oly esetben volt alkalma eszközölni, melyekben a beteg előrement sikeres hályogműtét után rövid idő múlva hirtelen elhalt. Mind a 4 esetben a szövettani vizsgálat eredményének lényege az, hogy a leválás a csarnokviznek az érhártya alá történt áramlásából keletkezett, a minek okául a sugártesten talált repedések tekintendők. Az érhártya alatti folyadék tisztán savós, vagy véres-savós; retinaleválás vagy teljesen hiányzik, vagy ha jelen van, nincs kóroktani jelentősége.

Összehasonlításképp az ablatiók eddig tárgyalt nemével szemben megemlékezik azon érhártyaleválások kórszövettani képéről is, melyek nem műtétek után, hanem egyéb okból keletkeztek. S így egy második csoportba sorolja azon eseteket, melyekben a leválás valamely előrement súlyos gyuladásnak indirect következménye. Az e fajta érhártyaleválások közös jellemvonása, hogy az érhártya szervült izzadmánykötegek által húzatott le alapjáról; ilyenkor a subchorioidealis folyadék savós transsudatumnak felel meg; a retinaleválás, miután az érhártya leválását megelőzi és részben okozza is, sohasem hiányzik. A harmadik csoportot a vérzések okozta leválások alkotják; ezen eseteket az expulsív vérzések egy enyhe alakjának tekintik, melyekben a vérzés következménye csak a chorioidea activ leemelése lett. Természetszerűleg a subchorioidealis folyadék ez esetekben véres; hosszabb fennállás után lobos reactiót indít meg a környező szövetekben. Az ablatio retinae nem állandó tünet. Végül a negyedik csoportba tartoznak azon ritkább esetek, melyekben az érhártya leválása gyuladással exsudatio következménye. Az ily esetek ritkasága abból magyarázandó, hogy nagyobb mennyiségű izzadmány képzésére a sclera nem képes, a chorioidea pedig exsudatuma nem a külső, hanem belső felszíne felé, azaz a retina alá termeli. Izzadmány okozta chorioidea-leválást látott súlyos mély scleritis és chorioiditis után, valamint az egész szemteke súlyos syphilis megbetegedése kíséretében. (Arch. f. Ophthalmologie, LIII. k.)

Leitner Vilmos dr.

A csomókban jelentkező szaruhártya-elzavarodásról. (Knötechenförmige Hornhauttrübung.) Klinikai és kórszövettani tanulmányt közöl *Fuchs*. A Groenouw által e néven először leírt különös szaruhártyabántalom abban áll, hogy a különben tiszta cornea szövetében számos, alig negyed millimeter átmérőjű, kerek vagy szabálytalan alakú szürke s egymással össze nem folyó homály lép fel, melyek főleg a cornea középső részét foglalják el, míg a széli részeket szabadon hagyják. A nagyobb csomók az epithelt felemelik s ez által a cornea felszínét szabálytalan görbületűvé teszik. Többnyire gyuladással tünetek nélkül keletkeznek s éveken át változatlanul fennállanak.

A bántalom aránylag elég ritka, úgy hogy *Fuchs* nagyforgalmú klinikáján az utolsó 12 év alatt mindössze csak 8 esetet észlelt s hasonlókról az irodalomban csak 4 eset van feljegyezve. *Fuchs* valamennyi esete férfiakra vonatkozik; a betegség okára vonatkozólag biztosan nem tudott kideríteni. A bántalom többnyire rövid ideig tartó gyuladással kezdődött, a mely után azonban a szemek vagy állandóan békések voltak, vagy csak elvétve mutatnak csekélyebb fokú izgalmat, legtöbbször azonban bizonyos fokú érzékenység állott fenn. A klinikai tünetekre nézve észleletei a Groenouwéval lényegileg egyeznek.

A szóban forgó bántalomhoz legjobban hasonlítanak az ú. n. rácsszerű keratitis (gitterförmige K.) és a keratitis punctata superf.

Hat esetben végzett szövettani vizsgálatot oly módon, hogy a cornea közepéről kis trepannal 4 mm. átmérőjű és körülbelül



negyed mm. vastagságú részletet távolított el s alkoholban történt keményítés után felmetszette. A talált elváltozások főbb vonásokban a következők: a legfelső cornealemezek nagy kiterjedésben duzzadtak, a rostok körülírt helyeken szétfoslottak s közöttük itt-ott egy amorph-anyag rakódott le s végül az ez alatt következő réteg is a festés által kimutatható elváltozást szenvedett. Az összes tünetek véleménye szerint egy közös okra: a cornea felszínes rétegeiben beállott anyagcsere-zavarra vezetendők vissza.

A leírt szövettani lelettel sok tekintetben elüt a Groenouw és Chevallereau által talált boneztani kép; az előbbi nyomát sem találta a szöveti duzzadásnak és szétfoslásnak s csak egy az eosin által erősen festődő berakódott anyagról (hyalin) tesz említést, míg az utóbbi húgysav-nátriumból álló kristály lerakódásokat írt le. Miután a szövettani leletek e különbözőségét alig magyarázhatni abból, hogy az talán a betegség különböző fejlődési szakának felelne meg, a szerzők eltérő hystologiai leletét inkább annak hajlandó tulajdonítani, hogy a szőben forgó bántalom képe alatt kóroktanilag és boneztanilag teljesen különböző betegségek léphetnek fel.

A csomós cornea-elzavarodás aetiologiája homályos; a betegség valószínűleg nem localis szembaj, hanem valamely, eddig közelebből nem ismert általános táplálkozási zavarnak a következménye. (Archiv f. Ophthalmologie, LIII. k.)

Leitner Vilmos dr.

**Enuclealás panophthalmitis eseteiben.** Bauer a Haab zürichi egyetem szemklinikáján 1886—1900 között végzett 320 enuclealás között 53-at talált, a melyekben már kifejezett panophthalmitis volt jelen. Az esetek 7—8 napra gyógyultak s ezért az enuclealást panophthalmitis eseteiben is indicálnak tartja. (Centralblatt für Augenh. 1902. März.)

**Az egyszerű utóhályog subconjunctivalis discissioja Kuhnt szerint.** Wokenius a könnysbergi egyetemi szemklinikán újabban végzett 216 Kuhnt-féle discissioról számol be. Kuhnt maga 3 év előtt 709 esetről referált. Az operateurök általában tartózkodóak a discissioval szemben, melynek eddigi módszerei 4 veszélyt rejtettek magukban: 1. infectio, 2. traumás gyulladás, 3. az üvegtest ronesolása, 4. glaucoma. Az eddig használt eszközök közül az ollók nem szükségesek az egyszerű utóhályog operálására, a Lewinsohn által ajánlott komplikált ollószerkezet meg épenséggel nagyon is veszélyes beavatkozás. A régekte olyan elterjedt tük a hárttyát szakítják, e hátránya a két tüvel való operálásnak is megvan, úgy hogy Knapp ajánlata óta inkább a kések terjedtek el. De a Knapp késével is jelentékeny vongálásnak van kitéve az utóhályog s vele a corpus ciliare. Ezen módszerekkel szemben Kuhnt eljárása veszélytelen, mert 1. subconjunctivalis a késvezetés, 2. a limbusnál van a beszúrás, 3. a corpus ciliare nem lesz vongálva s a kés nem hatol mélyen az üvegtestbe. A Kuhnt kése azon okból, hogy minden oldalról használható legyen, hajlott s két irányban élesített. Ezen eszközzel mesterséges világítás ellenőrzése mellett az üvegtest-kötegeket harántul metszi át.

A műtét technikája abban áll, hogy a kést subconjunctivalisan a limbusig tolja, ott a mellső csarnokba hatol s a hárttyában fűrészelő mozgással 7—9 mm.-nyi részt ejt. 1899. és 1900-ban 261 szürke hályogoperálást végeztek s 244 utóhályogot hasítottak meg, egészben véve tehát utóbbi műtét indicatiját igen kiterjesztették. Ennek oka az, hogy igyekeznek lehetőleg már az első kórházi tartózkodás alatt teljes látást elérni. E célból már 16—20-ad napra a hályog extractio után discinidálnak. A 216 discissio közül veszteség nem volt, épen oly kevéssé sebfecetio. A látásjavulás mindannyiszor igen jelentékeny volt. 100-ra téve a teljes visust, extractio után 19.4% volt a látás átlaga, a discissio után 52%.

E látásjavulás utóbb még fokozódik, mint 17 újból jelentkezett meg is győződtek. A lefolyásban 22 eset mutatott némi zavart és pedig 3 napnál tovább, de 14-nél rövidebb ideig tartó ciliaris injectio 14 esetben, iris irritatio 5-ször, kifejezett iritis 2-szer, vérzés a mellső csarnokban 1-szer, glaucoma vagy iridocyclitis egyszer sem. (Zeitschrift für Augenheilkunde, 1902. April.)

**A cuprum citricum alkalmazása trachoma ellen.** Arlt (Graz) trachoma ellen a cuprum citricumot ajánlja. 5—10% kenőcs (ungv. glycer. cum amylo) alakjában naponta 2—3-szor a szem-

rebe juttatva s  $\frac{1}{2}$  percig masszálva pannus eseteiben feltűnő jó eredményt ért el. Nagy előnynek tekinti, hogy a betegek maguk is alkalmazhatják. Bő váladék, fekélyképződés contraindiciatit képez. (Centralbl. für Augenh. 1902. März.) G. E.

## Folyóiratok átnézete.

**Archiv für Ophthalmologie**, LIII. kötet, 3. füzet. *Fuchs*: Az érhártya leválása műtétek után. *Feilchenfeld*: A tárgyak nagyságának megítélése a látótérben. *Fuchs*: A csomókban jelentkező szaruhártya-elzavarodásról. *Murakami*: A chorioretinitis disseminata kórboneztana. *Ifj. Szili*: Adatok az iris hátsó lapjának boncz- és fejlődésánához, különös tekintettel az ember m. sphincter pupillaejére. *Velhagen*: Ritka lelet egy Golgi szerint kezelt retinában. *Hertel*: Kanyaró után keletkezett pneumococcus okozta súlyos szembaj három esete. *Bjerke*: A fénytörés és látásélesség megváltozása a lencse eltávolítása után.

**Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde**, 1902. február. *Seydel*: Miként tanulnak meg újból látni a megvakultak? *Volkman*: Szemészeti czélokra szolgáló új mágnes. *Stock*: A conjunctiváról s az orrból kiinduló fertőzések. *Lezenius*: Naphthalin-mérgezés okozta hályogképződés esete. *Altland*: A n. sympathicus gangl. cervic. supr.-ának kiirtása glaucoma esetén. *Neustätter*: A skiascopiás fényugarak haladása. *März*: *Schleich*: A bulbaris conjunctiva felszínes ereiben látható vérkeringésről. *Schreiber*: Hogyan javítjuk legcélszerűbben a rövidlátóságot? *Roscher*: A myopia teljes kijavításáról. *Meyerhof*: A nagyobb fokú myopia fokozódása a közelbe nézéshez való hiányos javítás következtében. *Treutler*: A mintaszemekre vonatkozó néhány megjegyzés. *Handmann*: Az ulcus corneae rodens közeléséről. *Asmus*: A szemben levő vasszilánkok nagyságának megközelítő megítélése a mágnes-műtét előtt. *Schimamura*: Van-e a szemben endogen sebfecetio?

**Zeitschrift für Augenheilkunde**, VII. kötet, 2. füzet. *Kuhnt*: A nyeletlen bőrebenyek átültetésével történő szemhéjképzések értékéről. (Vége.) *Rosenthal*: A mézszérülések okozta szaruhártya homályokról. *Ehrenfried*: A szemben levő vasszilánkok viselkedése. *Schoute*: A Landolt-féle zsebhen hordozható látáspróbák. *Herzog*: A szem belső izmainak fejlődése. 3. füzet. *Laas*: Gyógyult kétoldali orbitális phlegmone esete. *Rosenbaum*: Adatok a n. opticus aplasiájához. *Wolff*: A skiascopia elmélete, a fénytörés meghatározása skiascopiaival s az általam szerkesztett skiascophthalmometer. *Stoewer*: Nyílvész okozta subconjunctivalis sclera-sérülés. *Putiat*—*Kerschbaumer*: Jelentés egy sibiriai szemészeti osztályról.

**Archiv für Augenheilkunde**, XLIV. k., 4. f. *Laqueur*: Mindkét szem megvakulása halántéki lövés után. *Nicolai*: A látószerv sérülését okozó halántéki lövésekről. *Peters*: A bányászok nystagmusának összefüggése a labyrinthtal. *Guillery*: A méz okozta corneális homályok s azok feltisztítási módjáról. *Salffner*: A jequiritol és a jequiritolserumra vonatkozó klinikai megfigyelések. *Symens*: Myopiás eredetű nasalis conus boneztani lelete. *Hofmann*: A chronikus nephritis következtében beállott véredényelváltozások a szemben. *Reimar*: Átlátszó látáspróbák és projectiós demonstráló táblák.

**Recueil d'ophthalmologie**, 1902. január. *Rémy*: A diploskop alkalmazása a binocularis látás zavarainak felismerésében és gyógykezelésében. *Vieusse*: A cornea ulcus serpiginosuma és gyógyítása.

**Annales d'oculistique**, 1902. január. *Javal*: Az ophthalmometer megvizsgálására s a szemüvegek graduálására vonatkozó megjegyzések. *Kalt*: Gyors fejlődésű orbitalis cysta. *Morax*: A szemhéjak necrosis és gangraenája. *Wecker*: A trachoma terjedése Egyiptomban. Febr. *Wecker*: A hályog műtete  $1\frac{1}{2}$  századdal Daviel után. *Lagrange*: A szem elülső segmentumának eltávolítása; zacskószerű varrat. *Deschamps*: Az iridectomia egy módja a csarnok és lencse hiánya esetén.

**The ophthalmic Review**, 1902. február. *Green*: A színvakság vizsgálatára szolgáló eszköz kellei. *März*: *Thompson*: az art. centr. retinae elzáródásának esete.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1902. 2. szám. *Meyerhof*: A pupilla szemhéjzárasi reactiojának történetéhez. *Helbron*: Retinaválás terhelességi nephritisnél.

**Wiener medizinische Wochenschrift**, 1902. 9. sz. *Goldzieher*: Adatok a trachoma terapiájához. 11. sz. *Klein*: Ulcus corneae posticum.

**Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1902. 7. szám. *Wicher-kiewicz*: Szemészeti zsebtárcza.

**Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde**, 20. k. 5—6 f. *Levinsohn és Arndt*: A használatos pupilla-reagens hatása pathologikus pupillákra.

**Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten**, 35. k. 1. füzet. *Probst*: A központi látórostok lefutása.

**Neurologisches Centralblatt**, 1902. 3. sz. *Bechterew*: A szem-reflex vagy szemtűnet.

**British medical Journal**, 1902. február 1. *Mactier*: Atropin szerepe a szembajokban. Február 8. *Howthorne*: Intracranialis thrombosis okozta kettős neuritis optika chlorotikusoknál. *März*: *Watt*: Traumás szemhéjempysema. *März*: *Paul*: Ritka orbitalis daganat két esete. *Ferdinandt*: Az adrenalin-chlorid használata a szemészetben.

**Le progrès médical**, 1902. 8. sz. *Koenig*: A corpus ciliare és iris melanosarcómája.



## Új egyetemi szemklinikák a Német birodalomban.

Harminez év előtt a szemészet a Német birodalom egyetemén még mint a sebészet függeléke szerepelt, a szembetegek a sebészeti klinikákon nyertek elhelyezést s gyakran mostoha elbánást. Graefe elhúnyt a nélkül, hogy elérhette volna, a mire szakmája érdekében szívvel, lélekkel törekedett: a szemészet emancipálását s rendes tantárggyá való emelését. A francia-porosz háború befejezése s a Német birodalmi egység létrejötte után azonban az egyetemek s a tudományos élet újabb fellendülése meghozta a szemészet számára is az oly nagyon nélkülözött szabadságot, melynek teljes fényében évszázados mulasztás évtizedek alatt pótolva lett. A rendes tanszékek felállítását csakhamar követte új egyetemi szemklinikák építése s azok gazdag felszerelése. A mig Beer hazájában: Ausztriában a szemklinikák ódon falak között, szegényes tudományos felszereléssel valóságosan sanyálódnak, addig a Német birodalom mind a 20 egyetemének külön szemklinikája van s az a gazdag tudományos munkásság, melylyel a német iskola a régi hatalmas bécsi iskola kezéből kiragadta a szellemi vezetést, nagyrészt szoros kapcsolatban van azon tervszerű politikával, melylyel a német kormányok az egyetemek sikeres működésére nélkülözhetetlen anyagi eszközökről, olyan készségesen gondoskodtak. S e mellett aránylag nem nagy áldozattal. A német új egyetemi szemklinikák a mellett, hogy a betegek gyógyításának, a tanításnak s a tudomány művelésének minden feltételével rendelkeznek, aránylag kevésbe kerültek. Ma, midőn a közoktatásügyi kormány új klinikák emelésével egyetemünk fejlesztését céltudatosan folytatja s a midőn már valamennyi klinika külön épületet nyert s a midőn remélhető, hogy önálló szemklinika építésére is reá kerül belátható időben a sor, időszerű, hogy a Német birodalom új szemklinikáinak berendezésével megismerkedjünk.

Az utolsó tíz évben épült szemklinikák közül négy vonja magára figyelmünket: az *erlangeni*, *jenci*, *boroszlói* és *würzburgi*. Ezek között a legrégebb az *erlangeni*. A kétemeletes épület hossz tengelye kelet-nyugati irányban áll s a homlokzatot az utcától előkert választja el, mögötte kiterjedt kert terül el (60–70 meter), melyben a gyermekek számára játszóhelyről s fedett sétahelyről is van gondoskodva. A földszinten közből a tanterem van, ettől jobbra az ambulatorium, szemtükröző, a járó betegek számára szolgáló operáló szoba, az igazgató tanár két szobája, könyvtár s az I. assistens szobája van; balra a tanteremtől a szemtükrözési gyakorló, vizsgáló szoba, laboratoriumok s a II. assistens szobája. A széles folyosón van a ruhatár s az ambulans betegek váróhelyisége. Az I. emeleten vannak a kórszobák (I. II. és III. osztályiak), nappali tartózkodási termek s az operáló szoba, úgyszintén az ápoló személyzet helyiségei. A II. emeleten nyertek elhelyezést a nők és külön a gyermekek kórszobái nappali termekkel. A pinczében eselédoszobák, gőzfürdő, konyha s raktárak vannak.

Az egész épület berendezéssel s parkozással együtt 261,000 márkába került.

A *jenci* új szemklinika 1898. október 1-jén nyílt meg. A földszinten van a tanterem, laboratorium, szemtükröző, az ambulatorium, az igazgató-tanár két szobája s az egyik szárnyon a gyermekek osztálya. Az I. és II. emeleten vannak a kórtérmekek és pedig az operált betegek a II. emeleten s ugyanitt van az operáló szoba. Az ágyak száma 50, ugyanennyi a hallgatóság átlaga.

Sokkal nagyobb szemklinikát nyert a *boroszlói* egyetem, ebben 68 beteg számára van hely. A kétemeletes épület pinczéjében a gazdasági helyiségek, a földszinten az ambulatorium s az oktatási helyiségei, az első emeleten a kórtérmekek, a második emeleten a nappali szobák s a tartalékosztály vannak. A részletes beosztás a következő: a tanterem középtől van, ettől jobbra klinikai vizsgáló szoba, az assistens szobái, laboratoriumok, az igazgató-tanár szobái; balra az ambulatorium tágas helyiségei külön bejáratú s a másik assistens szobái.

Az I. emeleten közből az operáló szoba, jobbról s balra 2–4–8-ágyas szobák, a II. emeleten a fenjáró betegek ebédlői s a tartalékosztályok. Az épület, a berendezés és a parkozás összes költségei 258,000 márkát tettek. Tanulmányos a klinika évi költségvetése, mely 40,030 márkára van előirányozva, ebből 3600 márkát a három assistens fizetése s 1200 márkát a dologi kiadásokból az ellátásra 16,501, a létfenntartására 300 márkát, fűtés 1600 márkát, világítás 2000 márkát, vízhasználat 800 márkát, tisztogatás 600 márkát, irodai kiadás 700 márkát, az ambulatorium 600 márkát, gyógyszerre 1800 márkát, kötszer 2550 márkát, könyvtár 500 márkát, az oktatás szükségletei 450 márkát, tudományos vizsgálatokra 800 márkát, vegyes kiadásokra 500 márkát.

A legújabb s legtökéletesebb szemklinika a *würzburgi*. A 60 meter hosszú kétemeletes épület hossz tengelye kelet-nyugati irányban fekszik, a keleti végén toldaléképület van a tanterem és cursushelyiségek számára. A bejáratától jobbra a földszinten van az assistensek lakása, a könyvtár s a laboratoriumok, balra az igazgató-tanár két szobája, physiologiai vizsgálatokra berendezett helyiség; vizsgáló, szemtükröző és kezelőszobák, valamint a váróterem. Ezen a járóbetegek számára szolgáló helyiségekhez csatlakozik az oktatás céljaira szolgáló említett toldaléképület: 7–11 m. nagyságú szemtükröző. A tanterem 146 négyzetméter területű s 9 meter magas, 142 ülőhelylyel s kissé emelkedő padokkal, melyek három 80 cm. széles folyosótól vannak megszakítva. A tanterem projectio-készülékekkel is el van látva. A világítást 19 ablak eszközli, melyek teljesen elszívhatók.

Az I. és II. emeleten 80 ágyat tartalmazó kórszobák vannak. Az I. emelet közepén a 7–7–540 meter nagyságú operáló szoba, ettől jobbra a férfiosztály, külön nappali helyiséggel, mosdószobával, fürdővel s öltöző-

vel; a baloldali szárnyon a testvérőnkönő szobája, az iroda s a különszobák vannak. A 20 meter hosszú s 3 meter széles folyosó alkalmas sétáló a fenjáró betegek számára. A II. emeleten a nők s a gyermekek osztálya van két terrasse-val, hol a betegek jó időben a szabadban lehetnek. A pinczében vannak a gazdasági helyiségek, fűtőkészülékek s tágas állatkisérletre szolgáló termek. Az épület 323,000 márkába, a berendezés 37,000 márkába került.

G. E.

## VEGYESEK.

— *Trachoma ügye a képviselőházban.* A belügyi költségvetés tárgyalásakor Major Ferencz képviselő ez évben is szóba hozta a trachoma ügyét s következőképp nyilatkozott: „Azért ajánlottam s akkor a t. miniszterelnök úr ezt el is fogadta, hogy egy ankétet hívjon össze, a mely tárgyalni fogja a trachoma mikénti elfojtását és akkor figyelemztetem a t. miniszterelnök urat, hogy a szemkórházi intézmények nagyon fontosak és mostani keretükben, a melyben mozognak, nem kielégítők. És pedig miért? Mert vannak trachoma-kórházak, a melyeket többnyire egy kerületi orvos vezet, az a kerületi orvos látja el a trachoma-betegeket és kezeli a kórházat, pedig ő nem is specialista, holott tudjuk, hogy éppen a kórházi kezelés alá kerülő trachoma-betegeknek olyan complicatiók vannak, a hol a legügyesebb szemészeti műtétek fordulhatnak elő, a melyek specialista kezelését igénylik.

A trachoma-kórházak kérdése tehát ilyenképpen, hogy tudniillik az egyes helyeken ilyen trachoma-kórházakat állítanak fel, megoldva nincsen, hanem kívánatos, t. képviselőház, hogy szemkórházakat állítsanak fel a vidéken és pedig annál is inkább, mert Budapesten a szembetegek részére szolgáló ágyak száma 120, tehát oly kicsiny szám, hogy a szembetegeknek óriási nagy tömege abban elhelyezést nem talál. Vidéken pedig speciális szemkórházak csakis nagyobb kórházak mellett vannak, mint például Pozsonyban, vagy a királyhágón túli részeken egy, másutt ellenben speciális szemkórházi osztályok nincsenek a kórházakban. Éppen azért kívánatos, hogy nem trachoma-kórházak, hanem szemkórházakat állítsanak fel, oda szemészetspecialisták neveztesse ki s oda küldessenek azután a trachoma-betegeket, a kik speciális bánásmódot igényelnek. Ezáltal a plubikumban a bizalmat felébreztjük, mert bizony ma kötéllal kell fogni a szembetegeket, hogy a trachoma-kórházba menjenek. Hogy mi ennek az oka, arra ez esetben nem terjeszkedem ki. Azért ezt a kérdést, ha már áldozunk rá, legalább gyökeresen megoldva óhajtom látni. Hiszen az állam fizeti a trachomás-betegek után a költségeket. Ott van a betegápolási alap. Létesítsen az állam szemkórházakat, mert azt kívánni, hogy azok közadakozásból létesíttessenek, nem lehet. Ezt annál is inkább kérem, a mennyiben a trachoma-megbetegedések száma nem hogy esőkkene, de évről évre nagyobb és nagyobb számban mutatkozik.

Széll Kálmán miniszterelnök, mint a belügyi tárca vezetője a következőképp válaszolt:

„A mit a t. képviselő úr a trachomára vonatkozólag mondott, az lehet, hogy helyes; sőt elvileg és így elvontan, biztosan helyes is. Ambár én nem vagyok orvos, de magának is úgy tetszik, hogy igaza van a képviselő úrnak. Csakhogy roppant költséges volna szemészeti kórházakat felállítani és abban a trachoma-betegek számára külön osztályokat létesíteni és a nagy költségek dacára sem volna az praktikus. A trachoma-betegség, a mely egy veszedelmes járvány, a belügyi kormányzatnak figyelmét már évek hosszú során igénybe veszi, mert itt igazán csak az abszolút elzárás és a feltétlenül tiszta kezelés az egyedüli gyógymód. Arra kell tehát törekedni először, hogy orvosok képeztesse ki, a kik értenek a trachoma kezeléséhez és másodsor, hogy drakonikus módon, — mondhatom, nem lehet másképp — kell keresztülvinni ezt az eljárást az administatio terén. Kis mértékben azonban a trachoma-megbetegedések számában is apadás állott elő, mert kevesebb ma a trachomás beteg. Van azonban 32 állami trachoma-orvosunk és 10 trachoma-kórházunk. Ezen intézményt is fejleszteni fogjuk tehát annyira, a mennyire csak lehet.”

— Borsodvármegye főispánja a miskolczi Erzsébet-kórházhoz szembetegek gyógyítására rendelő orvosul Vajda Géza dr. szemorvost Imre József dr. volt alorvosát, ki külföldi tanulmányútról csak nemrég, tért vissza, nevezte ki.

— *Új Szemészeti folyóirat.* A „Magyar Orvosok Lapja” „Szemészeti Lapok” cím alatt mellékletet ad, melyet Goldzieher Vilmos tanár szerkeszt. Az első szám 1902. márczius 13-án jelent meg s évenként négy szám fog mellékletül szolgálni. 1864. év óta, tehát ide s tova 40 éve a „Szemészet” volt a magyar szemorvosok egyedüli organuma, hasábjai nyitva állottak mindazok számára, kik a magyar szemészeti irodalom munkásságában részt óhajtottak venni s ha ilyen körülmények között nem is mondható, hogy az új vállalkozás szükségletet elégít ki, mégis szívesen üdvözljük ez új lapot, melynek nyilván nem lehet más célja, mint az, a mit Hirschler Ignác 1863-ban kiadott programjában, Schulek Vilmos pedig 1881-ban a Szemészet szerkesztésének átvételekor maga elé tűzött, t. i. a „szemészeti tudomány fejlesztése magyar nyelven.” Úgy gondoljuk, hogy a mi irodalmunk ma inkább az erők concentrációját igényelné, sem mint azok szétforgácsolását, viszont elismerjük annak jogosultságát, hogy a közös cél érdekében új organumok is keletkezzenek. A meddig a magyar szemészeti irodalom fejlesztése és ápolása a cél, minden rokonszívű vállalkozás s így a „Szemészeti Lapok” is kollegialis sympathiánkra számíthat.