Negyvenhatodik évfolyam. 22. szám. *Budapest, 1902. junius 1.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Preisich Kornél és Schütz Aladár: Közlemény a Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay J. egyet. tanár.) A gyermekek tuberculosissal való fertőzésének módjai és azok megelőzése. 361. lap

Jacobi József: Közlemény Purjesz Zsigmond egyet. ny. r. tanár belgyógyászati klinikájáról Kolozsvárt. Typhus-bacillusok megjelenési viszonyairól a vizeletben. 363. lap.

Klein Eberhard: Therapeutikus tapasztalatok Herkulesfürdőből. 365. lap.

Tárcza. Győry Tibor: Néhány szó a hazai orvostörténet ügyében. 366. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Weisz Ede**: Újabb mozzanatok a köszvény tanában. 367. lap. — *Könyvismertetés. Neisser A. und Jadassohn J.* Krankheiten der Haut. (Róna S.) 368. lap. — *Lapszemle. Sebészet. Berger*: Az inguinointerstitialis sérvekről. (Seligmann H.) — *Bergmann*: Az operálható agydaganatok casuistikája. (Milkó V.) — *Lexer*: A Gasser-dúcz kiirtása. (Milkó V.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Lermoyez*: A galvanocausticával kezelt alsó orrkagylón keletkezett heg okozta kínos neuralgia esete. (Tóvölgyi E.) — *Dreyfuss*: Ozaena gyógykezelése phenolum natrio-sulforicinciummal. (Tóvölgyi E.) — *A. Logucki*: A felső légutak gümőkórjának gyógykezelése. (Tóvölgyi E.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Bernstein*: Jod- és kreosot-vasogen. — *Hönigschmied*: A köszvény kezelése urosinnal. — *Folyóiratok átnézete.* 370—372. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete. — Kinevezés. — Kari választások a budapesti egyetem orvosi karán. — Ösztöndíjadományozás. — Tanszékhelyettesítés és betöltés. — Balneologiai kirándulás. — Fürdőorvosok. — Fürdőink személyforgalma. 372. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar tudományos akadémia. 373. lap. — Közkórházi orvostársulat. 374. lap

Melléklet: F. Hoffmann-La Roche & Cie gyárosok Thigenol-„Roche“ czimű prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay J. egyet. tanár.)

A gyermekek tuberculosissal való fertőzésének módjai és azok megelőzése.

Közlik: *Preisich Kornél* dr., Stefánia-gyermekkórházi rendelő-orvos, laboratoriumi főnök és *Schütz Aladár* dr. kórházi segédorvos.

„ . . . si la tuberculose est curable, elle est encore plus facilement evitable.“

. . . . . .

„Le meilleur traitement de la tuberculose *est et sera toujours* le traitement préventif.“

Brouardel et *Grancher.*

A citált kijelentések vezéreltek bennünket, a mikor feladatunkká tűztük ki, kutatni azt, hogy a mi viszonyaink mellett mik azon tényezők, melyek a gyermekkori tuberculosisnak oly módfelett nagyfokú elterjedtségét okozzák. A fertőzés és fertőződés módjainak megismerése első lépés ahhoz, hogy sikeresen kereshessük, vajjon megfelelhetünk-e és mennyiben felelhetünk meg a tuberculosis elleni küzdelem legjobb módjának, a prophylaxisnak.

Annak feltüntetésére, hogy a tuberculosis a gyermekeknél, különösen ezeknek 1—3 éves táborában mily gyakori, csak nehány adat felemlítésére szorítkozunk.

Bollinger (München) 500 boncolt gyermek között 43·6%-nál talált gümős elváltozásokat. 30%-nál gümőkór volt a halál-ok, 13·6%-nál rejtett tuberculosist talált.

Briault és *Fränkel* 83 nem gümőkórban elhalt gyermek boncolásánál 67-szer, vagyis az esetek 4/5-ében talált rejtett gümőkórt.

Comby 211 boncolat között 13·27%-ban akadt tuberculosisra.

Torday a „Stefánia“ gyermekkórház 10 éves anyagában a bejáró betegek között 8—9·4%-ban, a kórházban ápolt betegek 15, a boncolt esetek 40%-ában mutat ki gümőkórt. A boncolatok legtöbbje 1—2 éves gyermekeken végeztetett. Mi is a „Stefánia“ gyermekkórház évi átlag 17,000 ambulans betege közül körülbelül 1500-on találunk gümőkóros elváltozásokat.

Kor szerinti elosztódást illetőleg:

Comby 72, 0—3 hónapos csecsemőt boncolt gümőkórra negativ eredménynyel, 13, 3—6 hónapos gyermek közül 4, vagyis 17·54% volt gümőkóros; 57, 6—12 hónapos közül 13, vagyis 22·8%; 18, 1—2 éves közül 7, vagyis 38%.

Feer szerint a gümőkór miatti halálozás az első év végén és a második évben a legnagyobb.

Küss szerint is 0—3 hóig a halálozás gümőkór miatt majdnem 0; 3 hótól 1 évig lassú, 1—2 évig gyors emelkedést mutat.

Körösinek 1886—95. évi, Budapest halálozási statistikája szerint 0—5 évig a halálozás gümőkórban átlag 2 és 1/2-szer akkora, mint 5—15 évig stb. stb.

A gyermekkori gümőkór gyakoriságának magyarázatát véleményünk szerint azzal elütni nem helyes, hogy a gyermekeknek tuberculosis iránt nagyobb fogékonyságot tulajdonítunk, mint felnőttnek. Azon tény, hogy a gyermekkori gümőkór igen sok esetben helyi megbetegedés marad és mint ilyen gyakran meg is gyógyul, inkább arról győzne meg bennünket, hogy igenis szerencsére a gyermekekben az ellentálló képesség igen nagy; tulajdonítsuk ezt a fiatal sejtek maximalis táplálkozásának, mint azt *Brouardel* és *Grancher* teszik, akár másnak, erre e helyen bővebben ki nem terjeszkedhetünk.

Mivel a fertőződés gyakoriságát a nagyobb fogékonyság felvételével nem magyarázhatjuk, ezért egy helyesebb, egy megközelítőbb magyarázatot keresünk. Ezt mi a gyermek állandó, változatlan környezetének fertőzöttségében véljük megtalálni. Láttuk, hogy a gümőkór épen azon korú gyermekeknél a leggyakoribb,

kik a korukkal járó tehetetlenségnél fogva környezetükre vannak utalva, rossz szokásuk és táplálkozásuk révén a fertőződésnek leginkább vannak alávetve.

Ebből következik, hogy a tudatlansága mellett még tehetetlen gyermek legalább is ép úgy szorul védelemre, mint a tudatlan felnőtt, kinek érdekében nálunk is történik már legalább valami, de a gyermek érdekében még semmi.

Melyek a fertőzés és a fertőződés módjai gyermekeknél?

A veleszületett gümőkór, a mint azt mindinkább gyarapodó pontos vizsgálatok bizonyítják, igen ritka. A tuberculosis rendesen az életben szerzett megbetegedés. A csecsemő életének első 9 hónapjában, 1. évében, míg helyét lényegesen változtatni nem tudja, mondhatni csaknem kizárólag *közvetlen* fertőzés veszélye alatt áll, azon egyének részéről, kik vele leginkább érintkeznek. Különös magyarázatra nem szorul, hogy a szoptató nőről, a gyermeket ápoló, beczézgető, csókoló egyénekről, ha ezek nyilt gümőkórban szenvednek — melyhez első sorban a köpetet ürítő tüdőgümőkórt kell számítanunk —, mily könnyen jut belehelés útján vagy közvetlen átvitellel a tuberculosis-bacillus a gyermek szájába vagy felső légutaiba.

Flügge kimutatta, hogy a fertőzés beszédnél és köhögésnél látható és láthatatlan nyálcseppecskék által történhetik. Hogy a fertőzés módja igen intensiv, az könnyen átlátható; a gyermek nap-nap után a bacillusok tömegét kaphatja a szájába, esetlegesen hámfosztott köztakarójára. E mellett ne feledkezzünk meg, különösen az alsóbb néposztályokban még ma is divó rossz szokásokról, milyen az emlőbimbónak megnedvesítése szájnyállal, az ételnek előre való megrágása, és mindezeknél még sokkal jobban van elterjedve a gyermekeknek nyujtott ételeknek megízlelése és megfúvása.

Ezen, mondhatni tömeges fertőzésnek látjuk a következményeit is, a mennyiben épen az ezen korban fertőzött gyermekeknél a gümőkór rohamos fejlődését és általánossá válását gyakrabban tapasztaljuk, mint a későbbi korban, melyben a localis gümőkór praedominál.

Midőn a gyermek 1—1½—2 éves lett, a földön csúszik, mászik, járni kezd, port ver fel és azt belégzi (*Holsti*); de nem csak így fertőzheti magát, hanem sokszor nyálas kezeivel a padlóról és környezetének tárgyairól a port felszedi, szennyezett kezeit ép úgy, mint a kezeügyébe eső tárgyakat minduntalan szájába viszi. A gyermek kezébe adott kenyér vagy egyéb táplálék és szopóka a piszok felszedését megkönnyítik. Mindez nem csak a szegényebb néposztály gyermekeinél történik meg, hanem legalább is mindenütt ott, a hol a gyermek mellett állandó felügyeletet tartani nem lehet, szülők vagy gondozók az említett tények veszedelmes voltáról mitsem tudnak. A veszedelem pedig abban rejlik, hogy a szoba porával tuberculosis-bacillusok is tapadhatnak a kézhez, vagy a szájba gyakran vitt egyéb tárgyakhoz. A kezeknél a veszedelmet a körömalj fokozza, mert a piszok itt felhalmozódik, a kicsiny gyermek pedig ujjait igen sokszor szopogatja, de ha ezt nem is teszi, gyakran viszi szájába és orrát piszkálja. A kezek útján való fertőzés lehetőségét már többen említik, így *d'Espine Thomaco* és *Derecq*; mi a „Stefánia"-gyermekkórházban végzett vizsgálatokkal e lehetőséget biztosabb alapra fektettük.

6 hónapos — 2 éves 66 gyermek közül tél idején 14-nél, tehát az esetek 21·2%-ában, a körömpiszokban a gümőbacillust megtaláltuk.

A 14, positiv eredménynyel vizsgált gyermeken gümőkór jelei nem voltak s lagtöbb esetben oly családból vagy lakásból származtak, hol gümőkóros egyént lelni nem tudtunk; ilyen esetben is lehet tehát tuberculosis-bacillus a szoba porában, hiszen tél idején, a mikor a gyermek csaknem kizárólag a szobában tartózkodik, a körömpiszkot a szoba porával azonosíthatjuk. A szobapiszokban tuberculosis-bacillust már mások is mutattak ki (*Lalesque, Kirchner, Maximovitsch*). A mi vizsgálatainkkal egyidejüleg *Dieudonné* Münchenben mutatott ki gümőbacillust gyermekek tenyerében, orrában.

Nevezett vizsgálataink alatt többek között azon tapasztalatot tettük, a mint erről más helyen beszámoltunk, hogy nem csak a köpetet ürítő tüdőgümőkór, hanem a genyedő csont- és mirigytuberculosis is lehet a fertőző anyag forrása, még pedig ezen megbetegedések nagy gyakorisága folytán a fertőzési veszélyük bizonyára *közel oly nagy*, mint a tüdőgümőkóré. A mellett az ilyen betegek nálunk csak kivételesen részesülnek kórházi ápolásban, bár igen jól tudjuk, hogy a gümőkór ezen alakjai kellő kezelés mellett legtöbbször gyógyulnak, míg magára hagyva az egyént, éveken át való sinlődés után nyomorékká teszik, feltéve, hogy halálát nem okozzák. E mellett a környezet egészségét állandóan veszélyeztetik, szegény családban a kenyérkeresők egyikét hivatásában akadályozzák, sok egyéb bajt, siralmas állapotokat okoznak, mint arról nap-nap után számos esetben meg lehet győződni. Csak a „Stefánia"-gyermekkórház nyilvános rendelésén évenként 300 ily beteget mutatnak be.

A tuberculosis-bacillust tartalmazó szobapor és piszok képezi a fertőzés legnagyobb veszélyét a 2—6 éves gyermeknél is, különösen tél idején, midőn a szobában kénytelen tartózkodni. De már ezen korban a fertőzésnek egy más, talán kevésbbé jelentékeny hatánya is kell, hogy szóba jöjjön és ez a tehéntej és vaj.

A 0—1 éves gyermeknél a tej okozta veszélyről nem szóltunk és ezt következőkkel indokolhatjuk. A csecsemők egy jó része szopik, az anya- vagy dajkatej pedig, ha esetleg tartalmaz is gümőbacillust, ez csak növeli a fertőzés ama lehetőségét, melyről mint direct fertőzésről már említést tettünk.

A mesterségesen táplált csecsemők rendszerint tehéntejet kapnak ugyan, ezt azonban használat előtt mindig felforralják. Sok évi kórházi gyakorlatunk alatt olyan csecsemőt, kit nyers tejjel tápláltak volna, nem találtunk, kivételesen előfordulhat, de a számuk oly elenyésző, hogy ez komolyan számításba nem jöhet.

A tej felforralása tudvalevőleg elégséges ahhoz, hogy a gümőbacillus életképességét elveszítse. Az imént említett tapasztalataink *Guthrie* és *Woodhead* tapasztalataival megegyeznek; ezen szerzők ama véleményét is teljesen osztjuk, hogy valamint bronchialis mirigy-tuberculosis nem bizonyítja azt, hogy a fertőzés belégzés útján történt, úgy a hasüri gümőkór sem bizonyítja a tej útján való fertőzést.

2-dik éven túl lévő gyermekek gyakrabban kapnak forralatlan tejet és vajaskenyér is képezi táplálékukat. A tehén termékei pedig sokszor tartalmaznak gümőbacillust. *Harold, Obermüller, Petri, Rabinowitsch, Kempner, Macfadyean, Morgenroth, Knorr* stb. 14—16%-ban a tejben, 25—32%-ban a vajban mutattak ki gümőbacillust. Nálunk a vágóhídra kerülő tehenek 13%-a gümőkóros. A vajban *Aujeszki* 19·6%-ban mutat ki tuberculosis-bacillust.

*Koch*nak legújabban Londonban tett kijelentései után azon kérdés merülhetne fel, hogy tulajdoníthatunk-e a tehéntej tuberculosis-bacillusainak egyáltalán káros hatást az emberre? *Koch* kijelentéseire érdemlegesen ma még nem reflectálhatunk, ehhez hosszabb tanulmány szükséges, de a nagy horderejű állítást, miután csak feltevés, korainak és ezért károsnak kell mondanunk. Mi pedig megmaradunk egyelőre a régi nézet mellett és ennek követését tartjuk szükségesnek. Míg egyrészről már *Koch* előtt is voltak, kik a marha és ember tuberculosis azonosságát (*Balogh*) vagy a tehéntej káros voltát (*Theodor Fischer*) kétségbe vonták, addig másrészről vannak az irodalomban megbizható észlelések oly esetekről, melyekben szarvasmarháról emberre történt infectio alig szenvedhet kétséget. *Pfeiffer L.* ismertet egy esetet, a hol egy eddig egészséges és nem terhelt állatorvos gümőkóros tehén boncolásánál sértette meg magát, 6 hónapra rá localis, 8 hóra általános gümőkórba esett. *Salmon* ehhez hasonló még két esetet említ. *Gosse* dr. saját 17 éves leányánál észlelte béltuberculosis fejlődését, miután 4 gümőkórosnak bizonyult tehénnek tejét hosszabb időn át nyersen élvezte. *W. Carr* kimutatása szerint a béltuberculosis 2—5 év között a leggyakoribb. Mi is ebben a korban látjuk a tabes mesaraica esetek gyarapodását.

A marhahúsnak, mint fertőzést közvetítő tápszernek, nálunk nagy szerep nem jut, mert az izomzat gümősödése csak generalizált folyamatoknál szokott előfordulni, ilyenkor pedig a vágóhídon végzett szemle a húst elégetteti. Az esetleg felületesen gümőbacillussal fertőzött hús nem káros, mert nálunk csak sült vagy főtt hús élvezete szokásos.

Mindezekből kitünik, hogy a tápszerek útján történő fertőzésnek, viszonyítva a nyilt gümőkórban szenvedő egyén okozta közvetlen és a szobaszenny által létesített közvetett fertőzéshez alárendelt szerepe van.

A szájba vagy a felső légutak nyálkahártyájára jutott bacillusok a gyermek szervezetét különösen könnyen fertőzhetik, miután csaknem állandóan vannak az orrban, még inkább a szájban hámfosztott területek, melyek orrpiszkálás, különböző tárgyaknak, játékszereknek szájbavitele útján, különösen fogzás alatt, könnyen jönnek létre. Alkalmat adhatnak a bacillusok bevándorlására a garat, orrgarat, mandulák és szuvas fogak.

5—6 éven túl, az iskoláztatás megkezdésével, a szobapiszok útján és egyáltalán a tuberculosissal való fertőzés veszélye csökken, a fertőzés helye és módjai változnak, kezdetben az iskolában, később a tanonczévekben a műhelyben. Már itt a fertőzés módjait részletezni nem akarjuk, mert ezzel kitüzött czélunk határán túl lépnénk. Azt mondottuk, hogy a fertőzés veszélye csökken, ezt a házi fertőzéshez viszonyítva értjük; d'Espine is azt mondja: „a mint a gyermek a családi központból távozik 5—6 év között, a tuberculosis fertőzés csökken". E csökkenés inkább észlelhető fiúkon, mint leányokon. A porosz statistika szerint 10—15 év között a leányok halandósága gümőkórban kétszer akkora, mint a fiúké. Be kell azonban mindenkinek ismerni, hogy a fertőzés lehetősége e korban annál *általánosabbá* kezd válni, miután olyan egyénekre is kiterjed, kik eddig egészséges családban és lakásban minden tekintetben kifogástalan viszonyok között éltek. Még egy dolgot kell itt tekintetbe vennünk és ez az, hogy az iskola és még inkább a műhely és az ezekkel járó hátrányai a testi fejlődésnek az ellentálló képeséget, különösen az általános hygiene szabályainak meg nem felelő viszonyok között, csökkentik.

Hogy a csökkent ellentálló képességnek a gümőkór kifejlődésében mily nagy szerepe van, azt mutatja a hosszas és a heveny fertőző betegségek után üdülő gyermekeknél igen gyakori tuberculosis. Itt két eshetőség foroghat fenn, tudniillik vagy a gyermekben már meglevő, de eddig mintegy nyugalmi állapotban volt bacillusok elegendők a betegség létrehozatalához, vagy újabbak jutnak a szervezetbe és itt most kedvező talajra találnak. Hogy mily nagy veszedelemmel jár ily esetekben a reconvalescens gyermekeknek fertőzött helyen való tartózkodása, az átlátható, pedig mely gyermekes családban nem fordul elő fertőző betegség (kanyaró, szamárhurut) és csodálható-e ilyenformán a gyermekkori tuberculosisnak gyakorisága.

Az eddigiekben arra törekedtünk, hogy megismertessük a gyermekkori tuberculosis terjedésének útjait és módjait, feladatunk második részére térünk át, midőn kifejteni igyekezünk, hogy miként vagy mivel kellene és lehetne megelőzni nálunk a gyermekkori tuberculosis gyakoriságát.

A csecsemő közvetlen fertőzése anyja vagy hozzátartozói részéről azt az intézkedést vonná maga után, hogy az anyát, ha nyilt tuberculosisban szenved, nemcsak a szoptatástól tiltsuk el, de tiltsuk meg egyáltalán, hogy gyermekével érintkezzék. Legtöbb helyen ez csak akkor sikerül, ha az anyát kellőképen felvilágosíthatjuk, ha gyermekét *máshol*, talán egészséges rokonnál vagy e czélra szolgáló *intézetekben* helyezhetjük el, az apa és más hozzátartozókkal való érintkezes meggátlása már kevesebb nehézségekbe ütköznék. Tuberculosus egyéneknek eltiltását vagy csak lebeszélését is a házasságról a betegség örökölhetősége szempontjából nem tartjuk kellően indokoltnak, miután a tuberculosis csak kivételesen örökölt betegség. A társadalom feladata a lehetőségét megadni annak, hogy az egészségesen született gyermek egészségben neveltethessék fel. A mai gyérülő népesedés és nagy halálozás mellett a népesedésnek gátat vetni nem volna helyes. Valamint a lelenczekről gondoskodunk, úgy kellene gondoskodnunk a nyilt tüdőtuberculosisban szenvedő anya gyermekéről is. Hiszen ez különben csaknem a biztos korai halálnak néz elébe; ezen gyermekek elhelyezésének költségét igen sok esetben a szülők fedezhetnék. A gyermeket a családtól csak ideiglenesen kellene távoltartani.

Nálunk épen a lelenczügy keretén belül lehetne talán leginkább ez irányban az első lépéseket megtenni, a nélkül, hogy a dolog nagyobb pénzáldozattal járna. Külföldön részint már vannak e czélra szolgáló különálló intézmények, részint pedig ilyeneknek szükséges voltát már régebben hangoztatják. *Hutinel*-nek már tapasztalata is van abban, hogy tuberculosus anyától származó, egészséges dajkához, egészséges családba vitt csecsemő igen kivételesen tuberculosus. *Epstein*, ki lelenczházában a tuberculosus anyától elválasztja a gyermeket, ritkán lát csecsemőnél tuberculosist. *Landouzy* suburbain sanatoriumokat, *Heubner* menedékházak létesítését szorgalmazza ily czélokra. Az eljárás helyességét bizonyítják *Bang* és *Nocard*, kik ily viszonyok között újszülött borjúk elkülönítésével kitünő eredményeket érnek el.

Ha dajka, dada, ápolónő, nevelő stb. szegődtetéséről van szó, nagy gondot fordítsunk arra, hogy ezek nyilt tuberculosisban ne szenvedjenek. Ez mindenkor orvosi vizsgálattal egybekapcsolva történjék. *Kemény* cseléd elbocsátásánál a fél költségén heveny és idült fertőző kórokra orvosi vizsgálatot kiván.

(Folytatása következik.)

Közlemény Purjesz Zsigmond egyet. ny. r. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Typhus-bacillusok megjelenési viszonyairól a vizeletben.

Jacobi József dr. tanársegédtől.

(Folytatás.)

Magam 30 betegnél vizsgáltam meg a vizeletet typhus-bacillusokra. Három betegről már az észlelés első napjaiban kitünt, hogy nem typhusban szenvednek, a többi 27-nél a lefolyás a hagymáz-diagnosist biztosította.

Eljárásom következő volt: férfibetegeknél a penist sublimattal megmosva steril vattával vettem körül, s azután steril üvegbe vizeltettem őket, csak mélyebb sopor esetén alkalmaztam cathetert. Nőbetegeknél az orificium urethrae környékének desinficiálása után mindig catheteren át vettem a vizeletet. Az így nyert vizeletből 1—2 kem-t leveshez adtam, s azt 37°-os thermostatba tettem. Több esetben folyósított gelatinához is adtam a vizeletből 2—4 cseppet s abból lemezeket öntöttem. A vizsgálatokat 2—4 naponként ismételtem meg. A thermostatba tett levesek többnyire 24 órán belül zavarosokká lettek, s akkor ezeket, valamint a gelatina-lemezeken fejlődött telepeket további vizsgálatoknak vetettem alá. Typhus-bacillusnak csak akkor tekintettem a kitenyészett mikroorganismust, ha az górcső alatt jellegzetes képet mutatott, ha gelatinán és agaron typikus-tenyészetet képezett, ha szőlőczukros agarban gázt nem fejlesztett, az indol-reactiot nem adta, továbbá ha burgonyán tenyészete typhus-bacillusra jellemző volt, s ha typhus-beteg vérserumának hozzáadására az agglutinatiós próbát mutatta. Meg kívánom itt jegyezni, hogy több esetben a coli csoporthoz tartozó bakterium tenyészett ki a vizeletből, mely azonban erős agglutináló képességgel biró typhusos vérrel sem mutatott soha számbavehető agglutinatiot. Épen ezért egyrészt, másrészt, mert a burgonya-tenyészet sem mindig egészen megbizható, elengedhetetlennek tartom az agglutinatiós próba megejtését minden alkalommal, ha arról van szó, hogy valamely mikroorganismus typhus-bacillus-e vagy sem. Ezenkivül minden egyes vizsgálatra vett vizeletnek megnéztem színét, átlátszóságát, vegyhatását, fajsúlyát. Megvizsgáltam a vizeletet fehérjére s megtekintettem minden esetben az üledék górcsövi képét; valamint megejtettem a diazo-kémlést is. A betegek vérét Widal-reactiora szintén gyakran vizsgáltam.

A 27 hagymázban szenvedő beteg vizeletét 153 alkalommal vizsgáltam meg. Kitenyészett a typhus bacillusa 5 betegnél 22 egyes vizsgálatnál. Ezen 5 beteg kórrajzát röviden ide iktatom.

I. M. J.-né, 30 éves, földmívesnő. Felvétetett 1900. november 4-dikén azon panaszszal, hogy 2 hét óta rosszúl érzi magát s pár nap óta hasmenése van.

Status praesns: Az erősen somnolens beteg bőre forró. Hő 40·4. Roseolák nem láthatók. Ajkak fuliginosusak. Nyelv száraz, kinyújtáskor remeg. Kisfokú meteorismus. Lép kitapintható. Szék híg, maga alá bocsátja. Vizelet tiszta, sötét, borsárga, vegyhatása savi, fajsúlya 1·025. Légenysavval aláöntve a vizeletet, abban 2 mm. széles tömött fehérje gyürü képződik. Vizelet üledékében húgysavas sók, 1—2 fehér vérsejt. Diazo-reactio positiv. Widal-reactio positiv. November 5, 6 és 9-dikén megejtett oltásokból typhus-bacillusok nem tenyésztek. A vizelet fehérjetartalma $^1/_4$—$^1/_2$ ‰ Üledékben kevés hyalin és szemcsés henger. Hő 38·8 és 40·3 között. Állapota súlyosabb, hangos deliriumokkal.

November 10-dikén mellkason és hason közepes számban roseolák léptek fel.

November 12. Vizeletben 2 mm.-es tömött albumin gyürü.

Üledékben húgysavas és pár hyalin-henger. A beoltott levesekben coccusok és élénken mozgó bacillusok, melyek további vizsgálatnál typhus-bacillusoknak bizonyultak.

November 15-dikétől deczember 2-dikáig megejtett 6 oltásból typhus-bacillusok nem tenyésztek. A vizelet állandóan tartalmazott albument, néha 1—2 henger is találtatott az üledékben. Beteg állapota ez idő alatt fokozatosan javul, hőmérséke lejebb száll, s deczember 2-dika után már csak este van néha pár tizedfoknyi hőemelkedése.

Deczember 4-dikén a reconvalescentia küszöbén álló beteg vizelete hirtelen zavaros lesz, kevés vért is tartalmaz. Üledékben pár hyalin-henger, kevés fehér és vörös vérsejt. Ezen vizeletből a typhus-bacillusok kitenyésztek. Hasonlóképen kitenyészett a typhus-bacillus a deczember 7. és 13-diki vizeletből, míg a közbeeső deczember 10-diki vizeletből nem. Beteg hőmérséke ezután még párszor emelkedett kevéssel 37° fölé, mi részben a complicatiokép fellépett otit. med. purulentára, részben a nephritis haemorrhagicára — mely még január 3-dikán saját kívánságára történt elbocsátáskor is fennállott kis mértékben — volt visszavezethető. A 3 naponként megejtett bakteriologikus vizeletvizsgálat az utolsó 6 oltásnál typhus-bacillusokat többé nem mutatott ki.

II. R. T., 19 éves, napszámos. Felvétetett 1900. november 1-én. Elmondja, hogy 1½ hét óta gyenge, étvágytalan és forrósága van. Jelen állapot: Erősen elesett. Hőmérsék 40·4. Hason nehány roseola. Nyelv erősen bevont. Nagyobb fokú meteorismus. Lép jól kitapintható. Vizeletben albumen nincs. Widal- és diazo-reactiok positiv eredményt adnak. A betegség ez esetben is meglehetős súlyos volt, s különösen az adynamia volt igen kifejezett. A betegség 13-dik napján bélvérzés lépett fel; a 4-dik hét után pedig, mikor beteg már csaknem teljesen láztalan volt, kis recrudescentia késleltette a reconvalescentia bekövetkeztét. Roseolák ez esetben is csak közepes számban léptek fel. Bejövetelének 4-dik napjától kezdve egészen a teljes defervescentiáig állandóan tartalmazott a vizelet kis mennyiségű albument, mely azonban Esbach-hal mérhető nem volt; a lehevülési szak végén pedig egy pár hyalin és szemcsés henger is volt hosszas kereséssel található. Ezen betegnél november 7-dikén betegségének 17-dik napján vizsgáltatott először a vizelet typhus-bacillusokra. A vizsgálat eredménye positiv volt. 2—3 naponként végzett oltással kisértem figyelemmel a bakteriuria tartamát, s azt találtam, hogy az deczember 1-jéig, tehát 25 napig tartott az első vizsgálattól számítva. A november 7-dikétől deczember 1-jéig megejtett 11 oltás közül egy izben — november 28-dikán — azonban nem tenyészett ki a typhus-bacillus. Ezen egy napon fehérjét sem találtam a vizeletben. Deczember 1-jén még egyszer fellépett albuminuria és bakteriuria, ezután deczember 21-dikéig, mikor is beteg a kórodát gyógyultan elhagyta, sem fehérjét, sem bacillust nem találtam többé a vizeletben.

Érdekesnek tartom ez esetről megemlíteni, hogy már a friss vizelet oly nagy számban tartalmazott bacillusokat, a mint egy körülbelül 8—10 órás bouillon-cultura, s hogy typhusos vérsavót adva a friss vizelethez, abban agglutinatiós csoportok képződtek.

III. Sz. M., 17 éves, cseléd. Felvétetett 1900. november 5-dikén. Az igen elesett betegtől pontosabb anamnestikus adatok nem nyerhetők. Szerinte egy, hozzátartozói szerint körülbelül két hó óta beteg. Felvétel napján hő 37·1°, mely azonban másnapra már 39·7°-ra emelkedik hidegrázás nélkül. Ettől kezdve beteg hőmérséke még pár nap emelkedig egészen 40·6°-ig, azután pedig stadium amphibolicum jellegével száll alá, deczember 2-dikán érve el a normálist. Betegnél roseolák nagy számban jelentkeztek, melyekből typhus-bacillusok kitenyésztése sikerült. A status typhosus erősen kifejezett volt. Lépe ki volt tapintható. Vére a Widal-reactiot igen kifejezetten adta. A diazo-reactio azonban állandóan negativ volt. Beteg az említett tünetek alapján azt a benyomást tette, hogy vagy typhusának végén, vagy esetleg recidiva alatt került a kórodára. 8 napig tartó láztalan időszak után betegnél recidiva fejlődött, mely alatt a hőmérsék 40·5°-ot ért el. Roseolák ezalatt nem jelentkeztek. Vizelete a diazo-reactiot a recidiva alatt sem adta. A Widal-reactio, mint említém, a felvételkor positiv volt, tartott az első lázas szak végéig, akkor megszünt, majd a recidiva alatt ismét fellépett. Beteg 1901. február 1-jén gyógyultan hagyta el a kórodát. Fehérje ezen betegnél csak az első defervescentia után volt 8 napig kimutatható. Hengereket a vizeletben egy izben sem találtam. 11 alkalommal oltottam vizeletéből, de typhus-bacillusokat csak kétszer találtam, s pedig épen azon 8 napon belül, mely alatt albument tartalmazott a vizelet. Sem a recidiva alatt, sem azután nem voltak többé feltalálhatók a bacillusok.

IV. I. I., 22 éves, joghallgató. Felvétetett 1901. április 22-dikén. 10 nap óta beteg, 4 nap óta ágyban fekvő. Az igen jól fejlett férfibeteg hasán, mellén, alsó és felső végtagjain számos roseolaszerű kiütés. Somnolens. Nyelv duzzadt, repedezett, kinyújtáskor remeg. Mérsékelt meteorismus. Lép jól kitapintható. Vizeletben kis mennyiségű albumen. Widal-reactio igen kifejezett. A betegség ez esetben igen súlyos volt, a lefolyás pedig igen hosszadalmas. Betegségének 17-dik napján a felső végtagokon lencsényi vérömlenyek léptek fel. Úgy a vérömlenyek, mint a roseolák pár napon át még szaporodtak, testszerte felléptek. Betegségének 30-dik napján bélvérzés lépett fel, a defervescentia alatt pedig erysipelas faciei zavarta a hőmenetet és javulást. Majd hosszas subfebrilis temperatura után, melynek oka a mindjárt felemlítendő nephritis haemorrhagica, részben pedig a pár napig tartott synovitis volt, betegségének 65-dik napjától kezdve állandóan láztalan lett a beteg. A reconvalescentia alatt még súlyos orrvérzés is jelentkezett, mely belloquirozást tett szükségessé. A Widal-reactiot ezen beteg vére állandóan igen kifejezetten adta. A vizelet egész bentléte alatt tartalmazott fehérjét, a defervescentia végén pár hengert, s nemsokára ezután vért is mutatott. Az albumen tartalom némely napokon 7‰-t is elért. Beteg augusztus 14-dikén, csaknem 4 hónappal felvétele után, saját kívánságára elhagyta a kórodát. Vizelete még ekkor is tartalmazott kevés vért.

Ezen betegnél április 29-dikén végeztem az első oltást, s pedig positiv eredménynyel. A bacillusok egy hónapig voltak kimutathatók. A haematuria felléptének napján még kitenyészett a typhus bacillusa, de azután még többször megejtett vizsgálatnál már nem találtam specifikus bacillust a vizeletben.

V. P. Gy., 14 éves, szolga. Felvétetett 1901. márczius 2-dikán. Anamnesis: Egy hét óta mindene, különösen feje fáj. Forrósága van. Széke 3 nap óta nem volt. Jelen állapot: A somnolens beteg bőrén exanthema nem látható. Hő 39·7°—40·8°. Ajkak szárazak. Nyelv erősen bevont. Mérsékelt meteorismus. Lép jól kitapintható. Vizeletben kevés albumen. Vesealakelemek nem találtattak. Diazo-reactio positiv. Widal-reactio gyenge, pár nap mulva azonban igen jól kifejezett. Roseolák a betegség 11-dik napján lépnek fel. A meglehetős súlyos typhus lezajlása után recidiva lépett fel, melynek kiállása után a betegség 42-dik napjától kezdve láztalan. Fehérje bejövetele napjától kezdve a reconvalescentiáig állandóan volt a vizeletben. Beteg vizeletéből 9 izben oltottam, typhus-bacillusokat azonban csak egy alkalommal, a febris continua idejében, a betegség 17-dik napján találtam.

Az említett általam vizsgált 27 eseten kivül még 8 esetről számolhatok be. A vizsgálatokat ezen betegeknél *Jancsó Miklós* dr. magántanár úr végezte, ki szíves volt azokat nekem közlésre átengedni. A typhus-diagnosis az esetek mindegyikében beigazolódott. A specifikus bacillus a 8 beteg közül 2-nek vizeletéből tenyészett ki, s pedig egyik esetben a csak két izben megejtett vizsgálat közül egyszer, a másik esetben 8 oltás közül 7-szer. Ezen betegek kórrajza röviden következő.

VI. M. L., 17 éves, napszámos. Felvétetett 1900. január 5-dikén. Betegsége négy nap előtt kezdődött, mind erősbödő fejfájással. Hőmérséke a felvételkor 40·6°. Nagyobb fokban elesett. Hason és mellen pár roseolaszerű folt látható. Lép nem kitapintható. Widal-reactio positiv. Bentléte első hetében sokszor delirál. A hőmérsék pár nappal bejövetele után fokozatosan kisebbedni kezd s a 21-dik betegségi nap után 37°-on felül már csak párszor emelkedik. A betegség 8-dik napján végzett léppunctio által nyert vérből typhus-bacillusok tenyésztek. Vizeletében a defervescentia végéig állandóan volt kevés albumen. Hengerek, vér nem találtattak benne. Ezen betegnél január 9-dikén, a betegség 8-dik napján végeztetett először bakteriologikus vizeletvizsgálat, mikor is a typhus-bacillus kitenyészett; 4 nap mulva megejtett 2-dik oltásnál azonban nem találtatott.

VII. T. M., 21 éves, napszámos. Felvétetett 1899. deczember 25-dikén. Elmondja, hogy egy hét óta mindinkább gyengül; feje fáj; időnként borzongásai vannak. Széke azóta csak 2-szer volt. Jelen állapot: Az erősen apathikus beteg hasán és mellén pár

roseola. Nyelv erősen duzzadt, remeg. Has mérsékelten meteoristikus. Léptompulat a 7-dik bordaközben kezdődik. Lép nem tapintható. Vizelet zavaros, kissé zöldes szinbe játszó. Vérpróbákat adja. Fehérjetartalma 1%o. Üledékben sok vörös, kevés fehér vérsejt, meglehetős sok szemcsés és vörös vérsejthenger. Vére a Widal-reactiot a felvétel utáni első napokban kevésbbé, később igen kifejezetten adta. A lefolyás ez esetben meglehetős hosszadalmas volt, a reconvalescentia a 6-dik hétben kezdődött. A betegség 11-dik napján léppunctioval nyert vérből typhus-bacillusok tenyésztek. A haematuria csaknem a lázas időszak végéig tartott, fehérje még ezután mintegy két hétig ki volt mutatható. Betegnél az első oltás deczember 27-dikén, betegségének 10-dik napján történt. Az eredmény ekkor negativ volt. Az ezután deczember 29-dikétől február 16-dikáig végzett 7 vizsgálatnál typhus-bacillusok mindig nagy számban tenyésztek, nem csak a lázas szak alatt, hanem a reconvalescentia folyamán is hosszú ideig, mikor már a vizelet fehérjét nem is tartalmazott. Ezen egy esetben tehát albumen nélküli vizeletből is tenyésztek typhus-bacillusok, a mire később még visszatérek. Beteg február 22-dikén saját kívánságára elhagyta a kórodát. Az utolsó vizsgálat február 16-dikán positiv eredményt adván, könnyen feltehető, hogy távozásakor még tartalmazott vizelete typhus-bacillusokat[1].

(Folytatása következik.)

Therapeutikus tapasztalatok Herkulesfürdőből.

Közli: *Klein Eberhard* dr. ny. törzsorvos, herkulesfürdői orvos.

Alig van chronikus betegség vagy kóros bántalom, a mely miatt Herkulesfürdőt a környékbeli nép minden orvosi tanács nélkül, sokszor ellenére is, fel ne keresné, találni remélvén gyógyulást vagy legalább is baja enyhülését e kies fekvésü fürdőhelynek tartósan enyhe, szélcsendes és pormentes levegőjében és a kilencz használatban levő hévvízforrás vizeiben (egy konyhasós és nyolcz fokozatos gyógyerejü és hatású kénes konyhasós forrás, öt fürdésre, kettő ivókúrára, egy szembajosok által használt). A távolabbról jövő betegek természetesen orvosi tanácsra jönnek ide, vagy mely eset itt gyakori, mint a szép aldunai vidék látogatója, utazásában kúrára itt akad.

Lehet mondani, hogy jó felét az itt megfordult betegeknek *subacut és idült jellegü rheumatikus bántalmak* vezették ide, csúz a legkülönbözőbb alakban és a test legkülönfélébb részeiben.

Kénes fürdők (gyakran csak fokozatosan menve a gyengébbről az erősebbhez s a kisebb hőfokról a magasabbra), közben pausa helyett erősítő. Herkulesen sósfürdő, massage, villamozás és antirheumatikus gyógyszerek adagolása a teljes gyógyulást 3—4 hét alatt eredményezik. Utána ismét erősítő s a recidiva meggátlása czéljából tapasztalat szerint előnyösnek bizonyult még nyolcz napi fürdés. „Herkules"-forrás sósvizében végezzük be a kúrát, mikor is a víz hőfoka gradatim csökkentetik, némileg edzeni kivánván fokozatosan a szervezetet, melyet a fürdés magas hőfokú vízben külső hőfokváltozás iránt igen érzékenynyé tett. Érdekes esetek:

N. Amélie, 29 éves kereskedőnét egy év óta szélben vagy léghuzamban az orr külső felületéről kiinduló, a homlokra s a fejbőrre átterjedő kínos, hasogató fájdalmak lepik meg. Észrevehető kóros elváltozás nincs, de a vizsgálat a villamárammal az orrhát jobb felén egy felette érzékeny pontra, a fájdalmak kiinduló pontjára figyelmeztet. Diagnosis: *csúz*. Therapia: párologtatás „Szapáry"-kénesvíz felett és borogatás ezzel, helybeli massage, villanyozás, antirheumatica. Gyógyulás három hét alatt.

N. Josefin, 38 éves úrinőnek hat hó óta szakadatlan fejfájása van, mely különösen szeles időben vagy nyitott ablaknál válik kínossá. Különben egészséges, feltünő kóros elváltozás nincs. A vizsgálat villamárammal a homlokon 2, a proc. mastoideusokat takaró fejbőrrészen 1—1 érzékeny pontot talál, a hol nyomásra is érzékeny, alig kitapintható, lencsenagyságú kiemelkedés létezik. Kórisme *csúz*. Therapia mint az előbbinél, gyógyulás három hét alatt.

N. Laura, 19 éves leány, végtagjaiban, nyakán és mellkasizmaiban félév óta hasogató fájdalmak, e testrészekben mindenütt tömérdek, a legkisebb nyomásra is erősen fájó, „rheumatikus csomók". Kórisme: *subacut csúz*. Therapia: Szapáry-kénesfürdő, massage, villamozás, antirheumatica és narcotica. Teljes gyógyulás öt hét alatt.

N. Miska, 26 éves molnárnál hat hét óta *csúz mindkét állkapocsizületben*, csaknem teljes szájzáródással. Therapia: Szapáry-kénesfürdő hátrahajtott fejjel, hogy a beteg izületek alámerüljenek, védőkötés, antirheumatica. Gyógyulás három hét alatt.

N. Mária, 18 éves leánynál nyolcz hét előtt kiállott polyarthritis után a jobb térd kétszeresére megdagadva maradt, s a legkisebb mozgás erős fájdalomtól van kisérve. Diagnosis: *subacut térdizületi csúz nagy izzadmánynyal*. Therapia: levehető immobilizáló kemény kötés; Lajos-, később Szapáry-kénesfürdő. Teljes gyógyulás három hét alatt, mozgási korlátoltság nélkül.

N. Mari, 41 éves nőnél két év óta általános acut izületi csúz után *merevség mellett nagy izzadmány a bal térdben*, járásnál fájdalmak. Therapia: „Lajos"-, később „Szapáry"-kénesfélfürdő, mechanotherapia. Teljes gyógyulás nyolcz hét alatt, mozgási korlátoltság nélkül.

* * *

A *környi idegek bántalmai* (ischias, neuralgia, hüdés), melyek miatt Herkulesfürdőt felkeresték a betegek, rheumatikus alappal birtak s azért ugyanazon gyógymódoknak voltak alávetve, az electro- és mechanotherapiának kiadóbb alkalmazása mellett.

Feltünő nagy számmal fordult elő különösen a subacut és chronikus jellegü *ischias*, melynél a mechanotherapeutikus ülidegnyújtás igen előnyösnek bizonyult. Gyógyulás 4—8 hó alatt állott be.

N. Anna, 36 éves mosónőnél három hó óta kínzó fájdalmaktól kisért *subacut ischias* mellett a jobb csípő és térdizület is fájdalmas járásnál, előbbi kissé duzzadt is. Therapia: „Lajos"-kénesfürdő és antirheumatica 10 napon át siker nélkül, most levehető immobilizáló kötés az egész végtagra s a fürdők folytatása. Azonnal fokozatos javulás, s hat hét alatt teljes gyógyulás.

* * *

A rheumatismushoz hasonlóan nyilatkozó s azért vele könnyen összetéveszthető, gyakran csak gyanított baj a húgysavas diathesisen alapuló *köszvényes* fájdalom, mely leginkább, de nem mindig, a kisebb izületekben szokott először jelentkezni. Herkulesfürdőben nagy számmal fordultak elő ily húgysavas lerakodások, nagyrészt az izületeken, kínos arthritikus rohamokat is idézve elő.

Erős kénes fürdők portrahaltan használva, mellette a sókban gazdag „Herkules"-forrás vasmentes vizének bő ivása, általános massage; továbbá a vérvegyületet és a húgykiválasztást előnyösen szabályozó diaeta, végre időnként forcirozott mozgás (hegymászás) a tünetek teljes elmulását 4—6 hét alatt eredményezték.

* * *

A *légutak idült betegségeinél* különösen a délvidék népe kereste fel, mint máskor is, tavaly e fürdőhelyet a már említett enyhe, szélcsendes, pormentes levegője miatt de meg kénes és konyhasós vizei párájának rendkivül hatásos belégzése vagy ezen vizekkel való orrirrigálás, néha gargalizálás miatt, mitől oly sok esetben jó eredményt látott.

N. Adél, 9 éves halványszőke leánykának egyes indolens nyakmirigyek mellett évek óta minden gyógykezelésnek daczoló orr- és felső ajakduzzanata, állandó *orrhurutja* van jelen. Diagnosis: *Lymphatismus*. Therapia: „Herkules"-sósfürdők, arsenes vasasvíz, kénvíz párainhalatio és toroköblítés ily vízzel, erősítő étrend. Feltünő javulás nyolcz hét alatt.

N. Mihály, 29 éves, eléggé jól termett férfi közkórházból, hol 1/2 évig *idült tüdőcsúcshurut* miatt eredmény nélkül volt gyógykezelve, igen elgyengülve s lesoványodva került ide. Therapia: Kénes sós párák belégzése, időnként rövid sósfürdők, erősítő étrend. Teljes gyógyulás hat hét alatt, beteg megerősödve távozott.

* * *

Szívbántalommal szintén csak a környékből került ide beteg, tudomással birván e regényes fürdőhelynek magaslataira vezető, lassú emelkedéssel biró számos szerpentinjáról, melyeken kimerü-

[1] Az urotropinnak a typhus bakteriumaira való hatását még akkor nem ismertük.

lés nélkül lehet jó pormentes levegőben és árnyékban kiadó sétákat tenni s a mellett erősítő sósfürdőket használni.

N. Rosalia, 36 éves, kissé elhízott nőnél egy év óta *zsírszív* (hájlerakódás) ijesztő, néha alarmirozó tünetekkel. Therapia: soványító diaeta és pontosan előírt kiadó séták (a kígyózatos hegyi útakon) mellett sósfürdők, majd felváltva gyengébb kénesfürdők (rheumatikus fájdalmak miatt). Fokozatos javulás és teljes euphoria négy hét mulva.

* * *

Idült gyomorhurut és táplálkozási zavarok: *anaemia, chlorosis, testi gyengeség, lymphatismus,* egyes esetekben észleltettek. A „Herkules"-, illetőleg „Szapáry"-sósfürdő, „Károly"-, illetőleg „József"-forrás vízivókúra (vasarsenes vízzel keverve is) 4—6 hét alatt eredményre vezettek.

* * *

Sebészi eset igen számos fordult elő, leginkább *lobos izzadmányok, extravasatok, contracturák, ankylosis* (spuria), *aranyér és visszeres alszárlobosodások* (feltünő gyakran), *egyes esetben törés utáni pseudoarthrosis.*

Kénesfürdők mechanotherapeutikus eljárások kiséretében 4—6 hét alatt eredményre vezettek.

N. Leona, 60 éves nőnek jobb térdében 3/4 év óta jókora *lobos izzadmány* van (állítólag esés után), hajlítás, nyújtás fájdalmas és korlátolt. Therapia: Gyengébb, majd erősebb kénesfélfürdő, óvatos massage. Teljes gyógyulás 25 nap alatt.

N. Róza, 6 éves, sápadt leányka, bal alvégtagja idült térdizületi lob miatt öt hó óta Hessing-féle kötésben nyugszik. Lobos tünetek multak, bár kötésnélküli sok járásnál a térd még megduzzad. *Ankylosis spuria.* Therapia: kötés viselése mellett erős kénesfélfürdő naponta kétszer, fürdés közben hajlitási kisérletek. Javulás fokozatos és gyors, három hét alatt hajlítás már derékszögig lehetséges. Teljes gyógyulás nyolcz hét alatt.

N. Katalin, 13 éves, sápadt, gyenge leánynál két év előtt kezdődött, most lefolyt coxitis chron. folytán bal *csípőizület merevsége,* végtag erősen hajlított állásban. Mankón jár. Therapia: kénes félfürdő és mechanotherapia. Három hét mulva a láb a földet éri, tíz hét alatt teljes gyógyulás.

N. Berta, 56 éves asszonynak mindkét alszára *varices* folytán chronikusan meglobosodva kétszeresére megvastagodott, a jobbon három hét óta, s itt complicálja subacut periphlebitis a czombon, a v. saphena egész hosszában, a balon két év óta valóságos keményebb tapintatú elephantiasis-t hozván létre. Therapia: Sarolta-kénesfürdő, massage, bandage; három hét alatt gyógyulás a jobb végtagon, bal feltünően javult, s nyolcz hét alatt csaknem rendes vastagságára visszatért.

N. N., 53 éves orvosnak évek óta belső (vak) *aranyér* (csomó csak nagy ritkán mutatkozik) képzelhetetlenül kínzó érzései keserítik életét (mintha izzó parázson ülne vagy feküdnék). Therapia: hüvös Sarolta-kénesfürdő, massage, étrend- és székletétszabályozás. Jótékony javulás azonnal, folytonos haladás, három hét mulva „mintegy újraszületve érzi magát".

* * *

Az urologia köréből különösen *prostata-bántalmakban* szenvedők kerestek és találtak enyhülést Herkulesfürdőben, de *hólyaghurut, urethritis, húgycsőszükület s idült herelob* esetei is fordultak elő, jó sikerrel használva a kénesfürdőket, itt-ott ivókúrával a „Herkules"- vagy „Károly"-forrásnál.

N. György, 54 éves hivatalnok két év óta *prostata hypertrophia* következményeiben szenved. Gyógykezelés észrevehető siker nélkül. Therapia: néhány hüvös „Sarolta"-fürdő után észrevehető javulás, mely három hét mulva teljes.

* * *

A bőr- és bujakórbántalmak közül *idült eczema és elhanyagolt* syphilis esetei fordultak elő s a kénesfürdők jó hatással voltak.

N. József, 29 éves jegyzőnek 12 év óta mindkét keze hátán *idült eczema,* mely néha nagy viszketéstől kisért acut jelleget is ölt. Minden gyógykezelés siker nélkül maradt. Therapia: hüvös „Sarolta"-fürdő, óvakodás széltől és naptól. Négy hét alatt teljes gyógyulás, továbbá nyolcz hét után kiújulás nem volt észlelhető.

N. Aladár, 37 éves gazdatisztnél *lues,* 18 év előtti infectio után. Mindkét térde feltünően megvastagodott, inkább csontos részeiben *(tophi).* Itt és alszáraiban éjjel nagy fájdalmak *(dolores osteocopi).* Therapia: antiluetikus kúra és kénes fürdők. Enyhülés rövid idő alatt, fájdalmak már 14 nap alatt szüntek, hat hét alatt teljes gyógyulás.

* * *

Nőgyógyászati betegek *endo-, peri-, parametritis, adnextumor* stb. miatt az utóbbi években mind sürübben keresik fel Herkulesfürdőt erős konyhasós hévvízforrása miatt, de közben gyengébb kénesfürdőket is vesznek feltünő eredménynyel.

N. Erzsébet, 26 éves nőnél (nem szült) a *jobb parametriumban* kis ökölnyi, *cystaszerüen tapintható,* érintésnél már *fájdalmas tumor,* mely állítólag minden hószámnál nagyobbodik, balfelöl jókora, nyomásra fájdalmas parametritikus izzadmány, felfelé elmosódott határokkal. Therapia: „Herkules"-sósfürdők, később felváltva gyenge kénesfürdőkkel, nyugalom. Nyolcz hét alatt teljes felszívódás és gyógyulás.

* * *

A fülgyógyászat köréből is fordultak elő egyes esetek (környékbeli betegek). Kénesvízzel toroköblítés és orrirrigatio, meg kénessós párabelégzés jó sikerrel jártak.

N. Ernő, 45 éves férfinál influenza folytán félév óta *catarrh. tub. Eustachii* teljes eldugulással s consecutiv nagyothallással. Eddigi orvosi kezelés sikertelen maradt. Therapia: fürdés „Szapáry"-kénesvízben annyira visszahajlított fejjel, hogy mindkét fül is alá merüljön. Előtte s közben kénessós párák bevezetése a fülbe, orrba és szájba, felváltva orrirrigatio és toroköblítés ily vízzel. Tuba Eust. catheterizálása, később Pollitzer. Gyógyulás négy hét alatt, rendes hallással.

TÁRCZA.

Néhány szó a hazai orvosi történet ügyében.

Az „Orvosi Hetilap" mult évi folyamának 20. számában közölt könyvismertetés kapcsán van egy pár szavam a hazai orvosi történet ügyében. Az említett könyvismertetés *Vámossy István*-nak „Adatok a gyógyászat történetéhez Pozsonyban" cz. munkáját tárgyalja. Alkalmam volt ott kifejteni, hogy mily értékes adatokat szolgáltatott a szerző a hazai orvostudománynak kivánatoskép mielőbb létrehozandó történelméhez. Maga a munka mint úttörő és minden tekintetben világító példa szolgálhat a későbben próbálkozóknak. Például szolgálhat azonban arra nézve is, hogy hazánk levéltárai mily sok értékes és feldolgozatlan adatot tartalmaznak. Ezeknek közzététele annál inkább és mennél előbb szükséges, mert teljes, kimerítő hazai orvosi történelmünk nem lesz megirható, mig az egyes megyék és városok, melyek a művelődésnek mindenkor góczpontjai voltak, be nem szolgáltatják az alkotandó épület köveit: orvosrendi s tudományi, járvány- és gyógyszerészettörténeti anyagukat. Rendkivül kevés történt még ebben az irányban. Még relative legtöbb anyagunk gyült össze a járványok történetéhez. Van ugyanis egynéhány éles megfigyelésen alapuló, pontos és jól értékesíthető pestis-járvány leirásunk. A legkiválóbb szerzők e téren: *Chenot Ádám, Hammer Antal, Loigk Werloschnig.*

Három évvel ennek előtte *Lauschmann Gyula* foglalta könyvvé a magyarországi járványokat, mely könyvnek a Székesfehérvár városára vonatkozó része az eredeti és értékes, mert az odavaló levéltári anyag áttanulmányozása alapján készült. *Herbert Henrik* megirta a közegészségügy fejlődését Nagy-Szebenben, de sajnos, csak a XVI. századig. Egyes kórházaink monographikus történetét birnunk szintén nagy értékű dolog lenne. Előljártak ebben: *Purjesz Ignácz* „Adatok a Szent Rókus-közkórház alapításához" cz. munkájával, *Papp Gábor* a szolnoki, *Singer Henrik* a miskolczi közkórház történetével; *Müller Frigyes* megirta az erdélyi kórházak történetét stb. *Werthner Mór* is sokat fáradott régi gyógyászatunk történetének kérdésében. Még egy-két ily munka s a meglévő anyag, mely a magyar orvosi történelem megirásához levéltári adatokból eddig egybegyült, fel van sorolva. Igaz, hogy *Weszprémi, Fejér* és *Linzbauer* halhatatlan munkáikkal orvosi történelmünknek alapját már régen megvetették; de müveik a végleges munkáknak — bármennyit mondjak is vele — mégis csupán csak alapjául szolgálhatnak.

A levéltárakban elhelyezett szűz történeti anyag még feldolgozásra, közkincscsé formáltatásra vár. De ez a feldolgozás — miként a tapasztalat is bizonyítja — csakis akkor tökéletes és vezet czélhoz, ha az illető kutató csak az ő speciális tárgyát, az őt érdeklő anyagot veszi tekintetbe; mert a felkutatott adatok csak akkor kelnek életre, ha oly agyvelő veszi fel azokat, mely rögtön tudja, mit tartson vissza, s mit ereszszen át szűrőjén, de a megtartott részt rögtön és minden különös időrabló fáradság nélkül a kellő helyre is képes illeszteni, beosztani. És ez az oka annak, hogy a levéltárakban elhelyezett orvostörténelmi anyag nálunk túlnyomó részt feldolgozatlanul hever. A levéltárak állandó búvár-

karában orvos alkalmazva nincsen; a vendég-buvárkodók is a nem-orvosokból kerülnek ki; ezek is, azok is, természetszerűleg átsiklanak az orvostörténelmi adatokon. De hát miért nem végzik el a munkát maguk az orvosok? Erre is megadom a feleletet.

Abstract tudománynyal, így a történelemmel való foglalkozás senkit sem juttatott még vagyonhoz. Kell ehhez a lelkesedésnek, a tárgyszeretetnek oly tőkéje, mely az anyaginak hiányát pótolja, vagy mondjuk: compensálja. De egy arra valóban hivatott egyén legalább is fojtó gond nélkül képes megélni a tudományos foglalkozásból. Az orvosi történet művelése azonban *nobile officium*-nak tekintetik legtöbb helyen, és okvetetlenül mindenütt a vidéki városokban. Innen van, hogy vajmi ritkán akad, a ki orvos létére bemegy a levéltárakba kutatni, hazai orvostörténelmünk kincseit ott összekeresni. Az ily irányú orvostörténeti kutatás igen fáradságos, igen költséges, mert temérdek időbe, hónapokba, sőt — ha a kutató szakadatlanul nem dolgozhat, egy csak közepes tartalmú levéltárban is — esztendőkbe kerül. Hiszen a fentebb említett könyv szerzőjének, Lauschmannak — saját szavai szerint — 10 esztendei kutatásába került, pedig csak a járványokra volt tekintettel s a mindössze 67 oldalon nem csupán levéltári anyag van feljegyezve. Számolni kellene az élet anyagi követelményeivel s az önfentartásért való munkássággal, melyektől az ilyen dolgozás a kutatót, ha az nem életpályája, elvonja.

Azon kutatók köre azonban, kikre még egyáltalán számítani lehetne, még szűkebbre, t. i. csak az illető városok helybeli orvosainak számára zsugorodik, különösen ha meggondoljuk, hogy a levéltári munkásság csakis a hely szinén végezhető. Hiszen rendszerint a kutató nem is tudja előre, mi fog eléje tárulni, mit fog találni; midössze azt tudja, hogy adatokat keres s ezért egy mérhetetlenül nagyobb anyagot — sokszor eredménytelenül eltöltött heteken át — kell áttekintenie, mig annak egy töredéke, mint keresett és feltalált specialis anyag, kezében összegyülik. Bizonyság a nehézségek visszariasztó hatására egyszerűen az, hogy Linzbauer óta csak vajmi kevesen vállalkoztak levéltári dolgozásra.

Minden művelt nemzetnek megvan már az ő hiteles, az eredeti adatok alapján készült orvosi történelme. Nekünk magyaroknak még nincs meg. Erkölcsi kötelességünk parancsolja tehát, hogy ez is mennél előbb elkészüljön. Előre megmondhatom, hogy nem lesz mit röstelkednünk rajta, ha egyszer készen fog állani a nagy épitmény: *a magyar orvosi történelem*. De hogy mennyit takar el még a levéltárak pora? ki tudná megmondani! Pedig az ott eltakart anyag tartalmazza a mi igazi orvosi történelmünket ép úgy, mint a nemzeti és világtörténetet. Ezek a levéltárak, melyek az egykorú feljegyzéseket meghamisítatlan megbizhatósággal őrizik, ezek képezik az orvosi történelemnek is friss forrásait. Ezekből kellene meríteni. Ki ne tudná, hogy egy korty a friss forrás vizéből többet ér, mint egy pohár háromszor felmelegedett és ugyanannyiszor újra felfrissített víz!

Meg vagyok győződve róla, hogy nincs levéltár, mely ajtaját örömest meg ne nyitná a munkára kész kopogtató előtt. De vajjon lesz-e kopogtató? . . . A mai viszonyok közt alig. A lehetőséget előbb meg kell teremteni. Hogyan? E felől is elmondom nézetemet.

A mi az alkalomszerűséget illeti, abban nem lehet kétség. Megyéink csak nem régen fogtak hozzá monographiáik megiratásához. A példát, melyet egy-két vármegye már megadott, kétségen kivül követni fogja a többi. Ezt kell felhasználni az óhajtottam czélra is. Az eddigiek igen nagy körültekintéssel és alapossággal, de az orvostörténelmi adatok mellőzésével iratták meg monographiáikat. Óhajtandó, sőt szükséges volna, hogy ezután a gyógyászati adatok, még pedig az orvostudományi és rendi és a gyógyszerészetre vonatkozó adatok se mellőztessenek. Mint azonban már emlitettem, erre csakis hozzáértő szakember, tehát *orvos* alkalmas. Bizonyára akadni fog minden megye területén, jelesül annak székhelyén olyan orvos, ki ezt a szép és hazafias mun-, kát elvégezné, és pedig minden anyagi haszon nélkül, csupán a levéltárakban töltött ideje alatt elmulasztott egyéb kereseténck átlagszerű megtérítése fejében.

Ne sajnáljanak tehát a vármegyék egy pár ezer korona többletet az amúgy is elég nagy költség mellett, amibe történetünk megirása kerül. Kulturájuknak szebb adalékait aligha fogják a művelt laikus közönségnek és a szakembereknek nyujthatni, mint ha az orvostörténeti adatokat is beszolgáltatandják, a melyek hiszen lényegileg is beletartoznak ama monographiákba, ha teljesek akarnak lenni. Mert az ó-kor óta napjainkig folyton registrálható tény az, hogy a műveltségi foknak egyik legérzékenyebb hőmérője az orvosi tudomány mindenkori fejlettsége volt. Ily módon, ha a vármegyék és nagyobb városok beszolgáltatták egyszer orvostörténelmi adataikat, akkor — és nem előbb — létre lesz hozható a magyar orvosi tudomány történelme is, a magyar kulturának ez az integráló része. Ne legyen benne késedelem! Ajánlom az ügyet vármegyéink traditionalis hazafias érzületébe és a magyar orvosi kar tettrekész tudományszeretetébe!

Győry Tibor dr., az orvostörténelem egyetemi magántanára.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Újabb mozzanatok a köszvény tanában.

Visszapillantás a lefolyt évre.

Közli: **Weisz Ede** dr. pöstyéni fürdőorvos.

Irodalom. 1. W. His d. j.: Die harnsauren Ablagerungen des Körpers und die Mittel zur ihrer Lösung. 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte. Die Therapie der Gegenwart, 1901. októberi füzet. — 2. G. Klemperer: Lösung und Zerstörung der Harnsäure im Blut Gesunder und Gichtkranker. Ein Beitrag zur Bewerthung der Gichtheilmittel. Die Therapie der Gegenwart. 1901. augusztusi füzet.

A köszvény tanában *His*[1] előadása kétségkivül lényeges fordulatot fog maga után vonni, a mennyiben a jövő feladatában az oroszlánrészt a physikalis chemiának juttatja, a mely hivatva van a húgysav oldódási viszonyait a régi kezdetleges keretből kiragadva, jelentőségükhöz méltó világitásba hozni.

E szerint tudjuk pl., hogy a húgysav sóinak hajlama a túltelítés állapotában megmaradni nagyon jelentékeny s hogy bizonyos gyógyszerhatás vizsgálatánál a látszólag oldó hatás esetleg túltelítési tünet lehet. A physikalis chemia tanítja továbbá, hogy ha savat többféle luggal összehozunk, az oldatból legkorábban ama só csapódik ki, melynek oldékonysági szorzata („Löslichkeitsproduct") legkisebb.

Hasztalan várjuk tehát a kali- s lithionsóktól, az uricedin, piperazin, s lysidintől, hogy húgysavas natronból álló köszvényes lerakodásokat oldjanak, mert ezek tiszta vízben húgysavat ugyan oldanak, de azt rögtön kicsapódni engedik, mihelyt natronsó is jelen van, a mint ezt különben *Mendelsohn*, *Ostowski*, *Vindevogel* s mások gyakorlatilag is bebizonyitották.

His felhivja a figyelmet egyszersmind ama sokféle összeköttetésre, a melyeket a húgysav különböző anyagokkal képezhet. A *Rudel*-féle húgyanyegyesülést, nem különben a *Horsford*-féle glycocol-összekötést tagadva, megerősiti a *Kossel*, *Goto* és *Minkovski* által kimutatott egyesülést, a melyet a húgysav a nucleinsavval képezhet. Még érdekesebb a húgysavnak a formaldehyddal való egyesülése (*Tollens*, *Nicolaier*, *Polt*, *Weber*), a mely 1 tömecs húgysavnak 1—5 tömecs formaldehyddal való egyesüléséből áll. *A diformaldehyd-húgysav példának okáért 18⁰ mellett 1 : 3—400-hoz való viszonyban oldódik, natronsója még könnyebben, a mi nevezetes momentum, ha meggondoljuk, hogy a húgysav oldékonysága 1 : 38000, natronsójának oldékonysága 1 : 1130.* Ha tehát sikerülne a testben levő húgysavat formaldehyd-húgysavvá átváltoztatni, ez úgy a lugos vérben, mint a savanyú vizeletben jelentékeny mérvben oldódnék. Sőt Hisnek feltevése, hogy a húgysav a vérben egy az oldódását megnehezitő összekötettésben kering és a jövőbeli therapiának épen az lenne feladata, a húgysavval valamely combinatio bevitele által oly összeköttetést teremteni, mely magánál a húgysavnál kedvezőbb oldódási feltételeknek lenne alávetve. Ehhez szükséges:

1. A szernek a húgysavval való olynemű egyesülése, mely lényegesen könnyebben oldódnék, mint akár a húgysav, akár alkali-sói.
2. Ezen egyesülésnek a testben kellene végbemenni.
3. A szernek bomlás nélkül kellene a köszvényes lerakodás helyére érnie.
4. A szer ártalmatlan legyen.
5. A szer hatásának vizsgálatánál a túltelítési jelenségeket ki kell zárni.

His előadásában még két momentum érdemel figyelmet: a *phagocytosis*, melynek a tophus feloszlatása körül határozottan kimutatható érdemei vannak, és *új húgysavmeghatározási módszere*, melyet *Meisenburg* dr.-ral egyetemben a következőkben állapított meg. A húgysavnak nagy hajlama van túltelitett állapotban — azaz a megfelelő hőfokhoz képest aránylag túlnagy mennyiségben adva — maradni. Ha azonban húgysav egyszersmind szilárd alakban jelen van, akkor a túloldott húgysavnak kiválása megindul. Ha most arról gondoskodunk, hogy az oldott húgysav a szilárd húgysav nagy felületével tartósabb s szoros érintkezésbe léphessen, az egész húgysav is kiválhatik oldatából. Az eredmények a *Salkowski-Ludwig*-féle eredményekkel meglehetősen egyeznek. A berendezés abból áll, hogy egy bizonyos közömbös anyaghoz, pl. tejczukorhoz kötött s poralakban finoman elosztott kis mennyiségű húgysavat állandó hőmérséklet mellett elzárt palaczkban kis motor segélyével kétszer 24 óráig folytonos mozgásban, id est érintkezésben tartunk az oldatban felfüggesztett húgysavrészekkel.

Therapeutikus irányban — a mennyiben a vér leszállitott alkalescentiája, necrotikus góczok savanyú vegyhatása, a porczok fokozott natrontartalma stb. a köszény tanában immár tarthatatlan fogalmak — His oda concludál, hogy az ivókúrák hatásának magyarázata teljesen homályos és hogy a fürdőkúráknak a köszvényes lerakodásokra gyakorolt kedvező s eddig kellően nem méltatott hatása abból áll, hogy a vér- s nyirokkeringés fokozása által a phagocytosist előmozditják.

Klemperer, ki minden vegyi oldó köszvényszernek elvi jogosultságát elméleti szempontból is tagadja és a ki már régebben kimutatta, hogy heveny rohamban szenvedő köszvényes betegek vére hozzátett húgysavat még oldani is tud, kisérleteit húgysavas natronnal, úgynevezett natriumbiurattal hasonló eredménynyel ismételte. Azonkivül vizsgálta a vérnek húgysav-digestiós (Salkowski) vagy *Rosin* szerint urolytikus hatását. (Antodigestio alatt Salkowski azon vegyi folyamatokat érti, melyeken aseptice — chloroform hozzáadásra — tartott szervrészek s szövetkivonatok vér-hőmérséklet mellett keresztül mennek. Igy pl. kimutatta *Jakoby*, hogy máj-pép képes húgysavat eltüntetni.) Klemperer érdemesnek tartotta ép s köszvényes ember szerveit — első sorban azok vérét — ezen szempontból összehasonlitani.

Érvágás útján nyert vért azonnal natronbiurátnak 100 kem-chloroformtartalmú vizes oldatába bocsátott, mely 0·143 gm. húgysavat tartalmazott. Négy egészséges ember vérének vizsgálata 24 óra mulva a következőt mutatta:

0·143 gm. natronbiurát-hoz tétetett vér köbcm.-ben.	Ebből fenmaradt — újból talált — húgysav gm.-ban.	Tehát el lett pusztítva húgysav gm.
I. 87	0·0665	0·0765
II. 106	0·1047	0·0383
III. 105	0·1083	0·0347
IV. 40	0·0895	0·0535

Három *köszvényes* ember vére urolytikus hatása miben sem bizonyult kisebbnek, mint azt a következő táblázat mutatja:

W. 49·5	0·1006	0·0445
Z. 47·5	0·0812	0·0640
Sch. 109	0·1279	0·0234

Megjegyzendő, hogy a köszvény kórismeje ezeknél a klinikai tüneteken kivül a vér húgysav-tartalmának meghatározása által is megerősittetett. (100 kbcm. vérben volt W.-nél 4·27 mg., Z.-nél 3·27 mg. és Sch.-nél 7·49 mg. húgysav.)

A köszvényes vérnek magasfokú húgysavtartalma tehát nem alapulhat azon, hogy a vér húgysav-emésztő képessége köszvénynél csökkent volna. És azért tekintettel a vérnek mintegy húgysavoldó póterejére, czélszerűtlen dolog szereket keresni, melyek a húgysav képződését leszállitják (diaetával ezt könnyebben érheti el az ember).

Hiszen maga a természet bőven rendelkezik kellő eszközökkel.

A húgysav köszvénynél való felhalmozódásának positiv okai természetesen továbbra is megfejtés nélkül maradnak.

Könyvismertetés.

Neisser A. (Breslau) und **Jadassohn J.** (Bern): **Krankheiten der Haut.** Im Handbuch der praktischen Medizin von Ebstein-Schwalbe. III. Bd. II. Th. Stuttgart, F. Enke. 1901.

Ezen 548 sűrűn, felerészben petittel nyomott könyv *Neissernek* munkája, a kit a mult évi breslaui dermatologiai congressuson a németországi dermatologusok zöme vezérének ismert el. Egyes fejezeteket legkiválóbb tanítványa, *Jadassohn* berni tanár irt meg. Már ezen oknál fogva is megérdemli e mű az e helyen való behatóbb ismertetést. (A venereás betegségeket e kötet I. felében Jadassohn irta.)

Miután a kiadók a gyakorlati orvostant tartották szem előtt e kiadásnál, várható volt, hogy a bőrgyógyászati részben is a tapasztalat leszűrte therapiára leend a fősúly fektetve. Ez tényleg úgy is történt, azonban, a mi viszont Neissertől nem is volt másként várható, belevitte e műbe nagy *általános pathologiai* tudásának, saját búvárkodása gyümölcseinek a javát, eredeti felfogását, mi által az tetemesen értékesebbé vált.

Mindjárt a bevezetőben értékes ujjmutatásokat ad Neisser a gyakorló orvosnak a bőrbetegek vizsgálatánál szükséges tudnivalókról. Csak nagyon rövidre fogva tárgyalja a bőrön észlelhető objectiv elváltozásokat, az efflorescentiákat. Kifejti, hogy miért nem lehet ma a bőrbetegségeket (akár aetiologiai, akár általános kórtani, akár kórboncztani alapon) egységes systemába foglalni, és *hogy a klinikai észlelés a dermatologiában első helyen kell hogy álljon.* Ugyanezen fejezetben van néhány rövid, de a gyakorlatra mégis elégséges megjegyzés a bőr *anatomiai* viszonyairól. A bőr színelváltozásairól, simaságáról, összeállásáról szóló pontokban az összes morphologiai változatokat szigorúan élettani, általános kórtani és kórboncztani alapon tárgyalja, felhasználva egészen e könyv megjelenéséig összehordott adatokat.

A tulajdonképeni tárgyalást, a mint jelzém, systema nélkül teszi folyamatba, a mennyiben majd az aetiologiából, majd a pathogenesisből és kórboncztanból ragadja ki azt, *a mi az összbetegségben a klinikus észlelő számára a legfontosabb és leglényegesebb mozzanatnak látszik.* (Az ilyen tárgyalási mód ellen lehetne ugyan kifogásokat emelni, de ez volna a leghálátlanabb munka, mert mindjárt jobbat kellene proponálni, és ez ezidő szerint nem igen sikerülne.)

Az I. fejezetben a *circulationalis* zavarokról és *érbetegségekről* szól. Ebben rövid vonásokban tárgyaltatnak: *a) Az anaemiák. b) A congestiós hyperaemiák.* Itt szól néhány sorban többek között: 1. az infantilis erythemáról, 2. az infectiós erythemáról (egy Sticker és Schmid által ismertetett epidemiás polymorph exanthemáról); itt tárgyalja az *erythromelalgiát* is, és igen helyes azon figyelmeztetése, hogy milyen nehéz néha a *pernioktól* való elkülönítése. *c) Pangási hyperaemia, varices, rosacea, congelatio és erythromelia* (egy új, Pick által ismertetett kóralak). A kóralakok élénken rajzoltak, a therapia kimerítő. *d) Oedemák,* néhány általános kórtani megjegyzéssel. *e) Purpura és haemorrhagiás formák.* A vérömlések létrejöttének magyarázata és az összes, bármely okból eredő *secundaer* vérzéseknek felsorolása után áttér a tulajdonképeni *purpurabetegségre = morb. maculosusra.* Nagyon fontos itt, hogy 1. a purpura simplex, 2. a purpura haemorrhagica = morb. mac. Werlhofii, 3. a p. fulminans (Henoch), 4. a p. rheumatica, Neisser által csak *gradualis* különbözeteket mutató egységes betegség = morb. maculosus gyanánt fogatik fel, és hogy szerinte úgy ez, mint az erythema exsudativum általános fertőzeti betegség, csak úgy, mint az ezekhez közelálló heveny sokizületi csúz.

II. fejezet. *Dermatitisek.* A bevezető sorokban utal azon nehézségekre, melyek elénk gördülnek, ha a „lob" fogalmát akarjuk a *classificationál* felhasználni, mert a lob fogalma *más* a kórboncznok és *más* a klinikus szerint. (Nemcsak a kórboncznokok és klinikusok, hanem ma már úgy az egyes kórboncznokok, mint az egyes klinikusok szerint is. R.)

Neisser csak a klinikus fogalmak szerint „lobnak" nevezhető tünetekkel (kifejlett hyperaemia, erős savós transsudatio és exsudatio, kifejezett szövetbeszűrődés és esetleg genyedés) járó bőrbajokat foglalja e csoportba. De tudatában van e csoportositás gyengéinek és iparkodik a tudományos systemába foglalás lehetetlenségét kimutatni.

a) Külső oki dermatitis-alakok, előidézve traumás, physicalis, calorikus behatások által, melyeket Neisser szerint nem lehet szigorúan egyrészt a külső oki eczemáktól, másrészt a chemiai erythemáktól elkülöniteni, mert átmenetek és fokozatok napirenden vannak. Itt tárgyalja a *Röntgen-dermatitist* és a *combustiot.* Utóbbinál törvényszéki orvostani szempontból is fontos ujjmutatásokat ad az ujjszülötteknek *fürdő okozta égési bőrlaesioi* és az úgynevezett *pemphigus neonatorum* és az *epidermolysis hereditaria bullosa* közötti különbségekről. A therapia itt is a legnagyobb figyelemben részesül.

b) Angioneurosisos tünetekkel complikált *dermatitisalakok* (kifejezett lobtünetek mellett többé-kevésbbé kifejezett vasomotorikus zavarok. Az aetiologiai alap fűzi őket inkább egy csoportba.) 1. *Toxikus exanthemák*: I. Gyógyszerexanthemák. II. Toxikus sebfertőzési bőrtünetek. III. A tápszerekkel bevitt anyagok okozta eruptiok. IV. Bő vizes beöntések nyomán keletkezett exanthemák. V. Tuberculin-exanthemák. VI. Serum-exanthemák. VII. Szunyog, méh, darázs stb. szúrása okozta laesiok. Megannyi fontos a gyakorlat számára, de a dignitas szerint legtöbbet a gyógyszerkiütésekkel foglalkozik. 2. *Erythema exsudativum multiforme, erythema nodosum (Hebra) és a secundaer* (infectiokhoz, mérgezésekhez stb. csatlakozó) *toxikus* exsudativ erythemák. Elkülöníti utóbbiakat a *bakteriumos* erythemáktól (bakterium-emboliák által előidézett pyaemiás erythemáktól). Az előbbieket tisztán bakteriotoxinok és nem a bakteriumok maguk idézik elő. Ide tartoznak: 1. az autointoxicatiok (a belekből), 2. a septikus és genyedő helyi folyamatok, 3. intoxicatiok (hurka, romlott eledelek, uraemia, diabetes stb.), 4. typhus, cholera, malaria stb. nyomán fellépő kiütések. Mindezekből a gyakorló orvos e tan mai állásáról kellő tudomást szerezhet.

c) Diffus infectiosus bőrlobok: 1. Erysipelas és pseudoerysipelasok, 2. phlegmone, 3. dermatomyositisek, 4. impetigo herpetiformis. Az első kettő, mint a gyakorlatra fontosabb, kitünően és bővebben tárgyalt.

d) Specifikus epithelalteratioval járó bőrlobok = eczemás elváltozások. Ezen fontos fejezetben Neisser jórészt szakit a 10 évvel ezelőtt kifejtett álláspontjával. A míg az eczemás bőrlaesiok *kórboncztani lényege* most is *azonos* a 10 év előtti conceptiojával (területes [flächenhafte] transsudativ és infiltrativ lobja a bőr *kötőszövetének* az *epithel* specifikus megbetegedésével), addig az *aetiologia* nagyon az *Unna* által az utolsó évtizedben hirdetett és szivósan védett külső infectiós (bakteriális) theoria felé hajlik. A közvetlen okok szerinte ugyanis: 1. mechanikai, chemiai stb. behatások, 2. pyogen staphylococcusok. A staphylococcusoknak szereplését az eczemás bántalmak *létrejövetelében* és *lefolyásában* igen messzemenőnek tartja.

Nem akarok ezekre itt bővebben kitérni, mert az eczema-tan épen most van mindenütt újabb vizsgálatoknak alávetve, és igy elég alkalom nyilik ezekre részemről is visszatérni, és csak néhány megjegyzésre szoritkozom. Saját eddigi vizsgálataim ellene szólnak az *„eczemás* elváltozások" tisztán *mechanikai* okok által előidézhetőségének, ha a Neisser által fentartott *kórboncztani* fogalmat veszszük alapul. A *lichenificatio* nem egyenrangú a Neisser által adott *eczema-definitioval*; a lichenificatio nem megy át mechanikai behatások alatt, akár meddig tartsanak is azok, *„nedvező eczema"* alakba = *eczematisatioba,* oly értelemben, mint a hogy pl. átmegy a chemiai szer okozta acut eczema a nedvező szakba. Az, a mi amott végbemegy, tisztán *infectio = pyodermia.* A *vakarás* pl. sohasem képes „valódi (értsd vesiculosus) eczemát" előidézni. (L. legközelebb megjelenendő czikkemet e tárgyról. Orvosi Hetilap, Arch. f. Dermatologie.)

Az eczema különböző *localisatioinál* felhozott *szájnyálkásköruli* eczemák Neisser által először hangoztatott szájvíz (aetherikus olajok) aetiologiáját saját tapasztalataim többször beigazolták, ellenben az *ormyálkahártya* eczemáját szigorúbb birálat mellett a legtöbbször *sycosis et impetigo alae nasi*-nak, tehát tiszta *pyodermiának* kell minősitenünk.

A *dermatitis lichenoides (chronica circumscripta) pruriens Neisseri* = lichen simplex chronicus Vidal = neurodermitis chr. circumscripta Brocq, szerény véleményem szerint nem más, mint *pruritus localis* consecutiv lichenificatioval. Erről a mult breslaui congressuson saját szemeimmel meggyőződhettem és nagy elégtételemül szolgált az, hogy a mig egyrészt Brocq első közleményei óta mindig igy fogtam fel e kórtüneményt és igy is tanitottam, másrészt, hogy úgy *Touton* (Archiv f. Dermatol. 1895), mint *Brocq* (legutolsó) conceptioja (La question des eczemas, p. 75—80) is igy hangzik. Egyetértek *Touton*-nal abban is, hogy a bécsi iskola nagymesterei, *Hebra-Kaposi,* a pruritusnak ezen következményét ismerték és leirták (Hebra-Kaposi, Bd. II., p. 556. Pruritus pudend. mulieb.), ha nem is emelték azt ama helyre, melyet az *Brocq-Jacquet* közleményei óta méltán a dermatologiában elfoglal.

Különben az eczema fejezet nagy szeretettel van megesinálva. Főleg a therapiai rész sok megszivlelendőt tartalmaz és többek között az *alkoholnak* Neisser által az eczema therapiájában méltán juttatott nagy szerepre mutatok rá. Ezen kimondásomnál saját ezirányú tapasztalataim lebegnek szemeim előtt.

e) Exfoliativ dermatitis-alakok. Ezeknek csak egy rövidke fejezet van szánva, mert egy részük máshol tárgyaltatik, igy a *toxikus erythemák* már az előző fejezetben, a *derm. Rittersheini* a pemphigus foliaceusnál. Itt csak a ritka *pityriasis rubra Hebra* és egy szintén igen ritka, Jadassohn és Neisser által először ismertetett *psoriasiform és*

lichenoid bőrbaj és egy epidemice fellépő, *Savill D.* által ismertetett *papulo-erythemás exanthema* tárgyaltatik röviden.

f) fejezetben általános kórtani bevezetéssel és érdekesen tárgyalja a körülirt lobokat, szólván az *ulceratioról* és *genyedésről.*

1. *Impetigo contagiosa.* E név alatt összefoglalja az összes „*impetigo contagiosa s. vulgaris*"-alakokat (Tillbury Fox, Unna), kivéve a Bockhardt-félét; ennélfogva megannyi klinicc hasonlót, okozta azt a staphylococcus pyogenes aur. vagy az okkersárga coccus, vagy a streptococcus vagy ezek combinatioi és csak annyit emel ki, hogy a staphylococcusnak jut a főszerep. Most még kétségesnek tartja, hogy megannyi coccusfajnak különböző impetigo-alak is felelne meg és egyelőre megelégszik a klinikailag rokon alakoknak egy név: impetigo contagiosa alá foglalásával, aetiologiai és histologiai alosztályokra való részletezés nélkül. Tudvalevő dolog, hogy most *Sabouraud* nyomán az impetigo *Tillbury Fox*, mint streptococcus által okozott, különvétetik a többi impetigotól, mint főleg staphylococcusok által előidézettől. Ezen alakok különben még nagyon rászorulnak további vizsgálatokra, úgy az egymáshoz, mint a „pemphigus acutus"-hoz való viszonyuk alaposabb kideritése végett is. Annyi tény, hogy egyes esetekben a legtapasztaltabb klinikus is csak tüzetes bakteriologiai vizsgálat után döntheti el, hogy a hasonló klinikai megjelenésű és lefolyású impetigot melyik bakterium idézi elő. Azért mondom tüzetes, mert a streptococcus-infectioból eredőt is csakhamar elárasztja a staphylococcus.

2. *Ecthyma*, igen jó fejezet és csak a differentialis diagnosisnál kifogásolnám az „ecthyma syphilit." helyett ajánlott „lues ulcerosa superficialis" kifejezést, mert úgy a bonctani laesio (mert erről, és nem a luesbetegségről van szó) kezdetének, mint lefolyásának a „kifoszlott göbös syphilid" név felel meg.

3. *Multiplex cachexiás bőrgangraena.* Erről Neisser azt hiszi, hogy úgy általános infectio bőrlocalisatioja mint külső infectio, de nem egynemű, hanem különféle bakterium által okozott infectio eredménye *cachexiás egyéneken.* Ezt is tovább kell kutatni.

4. *Felületes, körülirt genyedő lobok.* E fejezetben helyesnek tartom egyedüli „*aknebetegségnek*" az akne vulgarist felvenni és a többit különvenni, ez utóbbiak között ismét az *akne nekrotica összes alakjait* egyelőre összefoglalni, úgy a mint azt Neisser teszi.

5. *Sycosis vulgaris.* Az ezen fejezetben tárgyalt „*sycosis nuchae sclerotisans Ehrmann*" és a *Kaposi-féle „dermatitis papillaris capillitii"* között Neisser ellenére saját tapasztalataim alapján csak fokozati különbséget vennék fel, mert a kezdete ennek az utóbbinak is *sycosis.* Az előbbinél a bajnak rendellenes fejlődése csak praedisponáló lehet.

6. *Furunculus*, 7. *Bőrtályogok* igen tanulságos fejezetek és csak azt jegyzem meg, hogy a „gangrène foudroyante" név alatt eredetileg Fournier és mások a genitaliák (penis és scrotum) egy sajátszerű gangraenáját ismertették, mely újabbi vizsgálatok szerint a legtöbbször egy fulminans módon lefolyó *erysipelas* gangraenosumnak bizonyul. (l. Kaufmannál, Billroth-Lueckeben és az én idevágó czikkemet az Archiv für Dermat.-ban 1895.)

8. Biskra-fekély, 9. bőranthrax, 10. száj- és körömfájás, 11. staphylococcus-emboliák (pustulosis staphylogenes, metastasisos exanthemák, emboliák sepsisnél) és streptococcus emboliák, 12. varicella, rövid, de jó, tájékoztató fejezetek.

g) Ulceratiok és gangraenaalakok. Nagyon igaz Neisser azon megjegyzése, hogy a reparativ sebeket sokszor hamisan fekélyeknek mondják. *Ulcera.* Igen tanulságos kórboncztani és klinikai tárgyalása a fekélyesedési folyamatoknak. *Ulcus cruris, ulcus vulvae chronicum, malum perfor. pedis.* Megannyit a legújabb irodalmi adatokra és saját tapasztalataira támaszkodva ismerteti. Az ulcus cruris aetiologiájában emlitett venosus pangás okozta viszketés tényleg vakarásra kényszeriti a beteget, de a vakarás, a mint már azt fentebb is említém, nem okoz eczemás állapotot, hanem *pyodermiát.* Az alszári eczemákat *első sorban* chemiai ingerek (veriték a gummiharisnyák alatt, kenőcsök, borogatások stb.) okozzák. Igen jó czikk a *mal. perforans.* Alig kell mondanom, hogy a therapia a legkimeritőbb. Értékes megjegyzések vannak a *hegekről. Necrosis és gangraena.* (Decubitus, a különböző úgynevezett spontan gangraenák, a Raynaud-kór; e kóralakok homályos aetiologiáját iparkodik szilárdabb alapokra fektetni; igen nehéz fejezet.)

h) Atrophizáló dermatitisek. Bevezetés. Kórboncztani tudnivalók.

1. *Lupus erythematodes.* Még hiányzik *Audry* lelete az *óriási sejteket* illetőleg (bár ezek magukban nem biztositják a tuberculosus eredetet). Az arzennek, subcutan vagy belsőleg és nagy adagokban adva, én határozott javitó befolyást tulajdonitok lupus erythematosusnál.

2. *Atrophizáló folliculitisek.* Ide sorozza (és quasi csak végig fut rajtuk) a gyakorlat szempontjából nem fontos „akne és folliculite decalvante és depilante", pseudopelades, alopecie cicatricielle név alatt leirt kóreseteket. Ezek tanulmányozása úgyis még folyamatban van.

i) Elephantiasis a) nostras, *b)* tropikus.

III. *Mycosis fungoides és bőrbetegségek vérelváltozásokkal.* Utóbbiakhoz sorolja a *leucaemiás* és pseudoleucaemiás bőrelváltozásokat és a lymphodermia perniciosát. Újabban azt hittük joggal felvehetni *(Paltauf* és *Nékám* nyomán), hogy a leukaemiás bőrelváltozásokat külön kell vennünk e csoportból és megvallom, sem *Pinkus* idevágó dolgozata, mely e fejezet megirásánál alapul szolgált, sem Neisser állásfoglalása nem elegendő e hit megingatására és újabb vizsgálatokat tartok szükségesnek. A leukaemiás bőrelváltozás klinikai tekintetben is különáll a többitől, a subjectiv tünetek hiánya miatt.

Véranomaliák bőrbajoknál. Jó összefoglaló fejezet mai ismereteinkről. *Az eosinophil-sejtek* jelentéktelen volta dermatitis herpetif. Duhringnál és pemphigusnál a mi tapasztalataink által is beigazoltatott.

IV. *Pemphigus és bullosus affectiok. A pemphigust* elkülöniti a különböző bullosus bőrbajoktól, különveszi még a dermatitis herpetif. Duhringet is. Pemphigus szerinte 1. p. benignus (vulgaris), 2. p. malignus, 3. p. vegetans, 4. p. foliaceus. Én részemről a p. benignust is lecsatolnám és csak az utolsó hármat hagynám meg, melyeknek kimenete az esetek óriási többségében *halálos.*

V. *Sclerodermia.* Rövid vonásokban hasznos tudnivalókat mond a differentialis diagnosticai részben. Nagyon jogosultnak tartom a franczia által hangoztatott sclérémie jobb prognosisának kiemelését a *sclerodermie progressive chronique*-éval szemben. Saját tapasztalatom ezt beigazolja.

VI. *Atrophiák* (irta Jadassohn). 1. Veleszületett, 2. aggsági elváltozások, igen jó rövid összeállitás. Itt szól az úgynevezett miliaris colloid degeneratioról, a xeroderma pigment.-ról, a diffus idiopathikus atrophiáról, a foltos börsorvadásról, a kraurosis vulvae-ról, a cutis laxáról és a dermatolysisről.

VII. *Neurodermiák. a)* Angioneurosisok. *b)* Motilitási neurosisok. *c)* Sensibilitási neurosisok. Érdemlegesen csak az utolsóval, mint legfontosabbal foglalkozik, különösen a *viszketéssel.* Az itt emlitett *reflectorikus viszketés* újabb vizsgálatokat igényel. *d) Combinált vasomotorikus, transsudativ és érzési zavarokból összetett neurosisok. Urticariás dermatosisok.* Neisser az urticariás laesiot vasomotorikus-transsudativ neurosis kinyomatának tartja. Ennek következménye egy többé-kevésbbé kiterjedt vasodilatatorius izgatás által keletkezett értágulás, tehát arterialis congestiós hyperaemia, melyhez egy fokozott serum- vagy lymphakiválasztás által létrejött duzzanat társul. Nem fogadja el sem Unna nézetét (hogy az urtica az elvezető bőrvenák spasmusa volna, és igy pangási folyamaton nyugodnék), sem Philippsohnét, a ki a laesiot érfalalteration nyugvónak és az urticaria-betegséget embolikus folyamatnak tartja, és az urticaria és a lob között csak gradualis differentiát vesz fel. Nem ért vele egyet, mert a leucocytakivándorlás, a qualitative különböző transsudatum, az urticariás folyamat tünékeny jellege elvileg elkülöniti az urticát a lobtól. Itt megint a „lob" definitiójának különböző felfogása nehezíti meg a megegyezést.

Itt tárgyalja 1. a *tiszta urticariát.* 2. A gyermekkori urticaria-alakokat. Úgy az utóbbiak között leirt *strophulust* = lichen urticatust = urticaria papulosát, lichen simpl. acutus Vidal-t = prurigo simpl. acuta temporariát (Tommasoli-Brocq), valamint a prurigo gestationist, Neisser érvelése daczára is inkább a prurigo-csoportba tartozónak vélem. 4. *Acne urticata.* 5. *Urticariás complicatiok.* 6. *Urticaria pigmentosa.* 7. *Prurigo Hebra.* Az utóbbit illetőleg megjegyzem, hogy csak a *ferox* esetekben és csak bizonyos tartam után észleljük a bőrnek Neisser által kiemelt mélyebb, merev, diffus oedemás duzzanatát (a vakarás következtében), soha az első időkben; ép igy nincs meg eleinte a *szabályos localisatio,* ez is csak később mutatkozik; de ugyanezt észleltem *prurigo adultorumnál, prurigo gestationis* egyes eseteinél. Ugyanitt az „eczemás laesiok" helyett mondd „pyodermiás laesiok".

Ugyanis, a mint már több izben megjegyeztem, *prurigonál* sem okoz a vakarás mást, mint pyodermitist; ha *„eczema"* van jelen, úgy annak pathogeniája mindig complex (kenőcsök, verejték stb.).

Hogy az *„eczematisatio"* prurigonál más, mint a valódi eczema, mutatja annak gyors javulása antipruriginosus szerekre, a mit Neisser maga is kiemel. 8. *Dermatitis herpetiformis.*

e) Trophoneurosisok, igen tanulságos bevezetéssel. Itt tárgyalja a *zostert* az összes újabb adatok és theoriák alapján. Ő maga az összes zoster- és herpes-formákat elsődleges idegmegbetegedésnek secundaer bőrlaesioval fogja fel. A neurotikus *szájfekélyeknél* megemlitendőnek tartottam volna egy más *szájfekély*-formát, melynek a neurotikus fekélyekhez semmi köze. Ez egy ulcerosus lob, mely a szájnyákhártya mirigyeinek infectiójából ered, mely sűrűen recidivál és a mely még tovább tanulmányozandó.

A *herpes vulvaera* megjegyzem, hogy észlelni igen ritkán a genitaliákon *multiplex gangraenát* lázzal, typhoid-tünetekkel, melyet *zoster gangraenosussal* lehet összetéveszteni. Én 3 virgo intactánál észleltem.

VIII. *Seborrhoeás megbetegedések.* Itt új a Neisser osztályán végzett vizsgálat azon eredménye, hogy a fagygyúmirigyek talán maguk is választanak ki fagygyút (az ételekkel a szervezetbe jutott fagygyút).

Az egész fejezet nagy mértéktudással és a szükséges reservával van megirva. A pityriasis capitis és az alopecia pityrodes ellen adott therapeutikai tanácsokkal minden tapasztaltabb dermatologus egyetérthet.

IX. *Verejtékmirigybetegségek* (Jadassohn) igen jó rövid czikk.

X. *Keratosisok.* A *leucokeratosisok* (leucoplakiák) fontos fejezete igen rövid (mert a II. kötetben tárgyaltatik részletesen), de az eddigi vizsgálatok és gyakorlat által szentesített nézreteket visszatükrözteti.

Follicularis hyperkeratosisok. Igen érdekes Neisser felfogása, hogy a *pityriasis rubra pilarist* a *keratosis pilaris rubra* legnagyobb fokának tartja. Mellette szólnának Brocqnak és saját magamnak idevágó észleletei. (L. Schwimmer-féle jubiláris dolgozatok.) *Clavus, Callus.*

XI. *Hajbetegségek* (Jadassohn). 1. *Hypertrichosis.* Ennek szerinte az *elektrolysis* az egyedüli gyógyszere; a Röntgennel való orvoslást még a kisérleti stadiumban levőnek mondja. Azt hiszem, hogy ezt minden dermatologus aláirhatja.

2. *Hypotrichosis, atrichosis (alopeciák).* Jó összefoglaló fejezet. Az alopecia areata okául hajlandónak látszik *parasitákat* felvenni — az epidemiás fellépést nem is lehet másként magyarázni —, de nem tartja bebizonyitottnak *Sabouraud* azon felvételét, hogy a seborrhoea-bacillusok és azok toxinjai okoznák. A therapiai rész rövidre szabott, de jó.

3. *Elváltozások az egyes hajakban. a)* Alaki eltérések. 1. Trichorrhexis nodosa (oka függőben van). 2. Trichoschisis (trichoptilosis, scissura pilorum). 3. Aplasia pilorum intermittens moniliformis (monile-

thrix, Spindelhaare) szerinte is fejlődési rendellenesség. Keratosis pilaris jelenléte!

4. Trichomycosis palmellina, lepothrix és a piedra stb.

b) A haj színeltérései.

XII. *Körömbetegségek*, röviden az összes körömlaesiokat tárgyalja.

XIII. *Pigmentanomaliák* (Jadassohn). Itt megemlítem, hogy a Jadassohn által kérdőjelezett leukodermiát tuberculosusoknál én sem észleltem még.

XIV. *Ujképletek* (Jadassohn). Röviden, de mesteri vonásokkal irja le a gyakorlat számára a jó és rosszindulatú daganatokat.

XV. *A bőr infectiós betegségei. a) Chronikus infectiós betegségek* kitünő általános pathologiai bevezetéssel. 1. *Tuberculosis.* Saját tapasztalataim alapján egyetértek Neisserrel a régi *tuberculin-injectioknak diagnostikai* értékét illetőleg a bőrtuberculosisnál. Az is megegyezik tapasztalataimmal, hogy a legtöbb *arczlupus* az *orrból* indul ki, és nem megforditva. Hogy a „*Leichentuberkel*"-nek nem a tuberculosis-bacillus által okozott formái mi által idéztetnek elő, Neisser nem említi; véleményem szerint ez újból kutatandó volna. A lupus mutilans kérdését illetőleg azelőtt én is osztám Neisser nézetét, hogy a lupus átterjedhet a csontokra és azok igy mennek tönkre; azonban újabbi tapasztalataim után e kérdést nem tekinthetem megoldottnak és újra tanulmányozandónak vélem, és pedig a Röntgenezés segélyével nagy anyagon. Az egész lupus-fejezet kitünő. Teljesen osztozom Neisser nézetében, hogy a lupust higanynyal és jodkalival meggyógyitani nem lehet (saját tapasztalatom). Hiányzik ott a differentialis diagnosisnál a gyakorlat számára igen értékes felvilágositó alkalmazása az *empl. hydrargyri*-nek.

2. *Lepra.* Ez Neisser nagy lepraismeretével (tudvalevő dolog, hogy Hansennek és Neissernek érdeme a lepra-bacillus felfedezése és hogy Neissernek a lepra tanában több histologiai és bakteriologiai ismeretet köszönünk) van megirva. A felhozott okok daczára is helyesebbnek vélném a dermatologiában a leprának oly módon tárgyalását, mint a hogy a syphilist, vagy a tuberculosist tárgyaljuk, azaz itt a leprának mint általános infect. betegségnek különféle *bőrlaesioiról* és azok szövődéseiről szólni, és nem a *leprát* magát ezen bőrelváltozások után osztályozni és elnevezni.

3. Az orr és nyákhártyák scleromája.

4. Actinomycosis, maduraláb, botryomycosis. 5. Malleus. 6. Framboesia, igen jó, a gyakorlatra épen elég fejezetek.

b) Dermatomycosisok. 1. Favus. 2. Pityriasis versicolor. 3. Erythrasma. 4. Gruby-féle betegség. 5. Trichophytosis tonsurans a gyermekek fején. 6. Főleg felnőttek trichophytiasisa. Látjuk, hogy Neisser klinikai és mycologiai szempontból, úgy mint mások, felbontja a trichophytia-betegséget, melyet mi a bécsi iskola nyomán egységesnek tartottunk. 7. Tinea imbricata tropica.

A *dermatomycosisok* csoportjába sorolja klinikai megjelenésük és lefolyásuknál fogva Neisser 8. a psoriasist, 9. a pityriasis roseát és bizonyos eczema seborrh. alakokat, 10. a lichen rubert. Az *atypikus* localisatiojú psoriasist illetőleg teljesen osztom Neisser azon véleményét, hogy ez *psoriasis + seborrhoea.*

Leukodermának psoriasis nyomán keletkezéséhez semmi kétség nem fér. Csak nemrég mutatott be Csillag osztályomról gyönyörű leukodermát egy még sohasem kezelt psoriasis-betegen. A pityriasis rosea Gibert-et gyakran fürdő vétele után láttam keletkezni, és igy ki nem száradt fürdőlepedők használatára véltem eredetét visszavezethetni.

A *lichen ruber acuminatust* oly értelemben, mint azt Neisser tárgyalja, én nem észleltem; én csak *lichen planust*, esetleg vegyest perifollicularis göcsökkel és *pityriasis pilaris* Devergie-t, Besnier-Richaud-t ismerek.

c) Bőrblastomykosisok. Rövid fejezet, mely a gyakorlat számára jelzi a tan mai állását.

d) Zoonozák. (Jadassohn). A legfontosabbak, a scabies, pediculi vestimenti, p. capitis kitünően vannak megirva. A p. vestimenti melanosisánál én is észleltem két izben nyákhártyapigmentatiot, de nem tudom magamnak keletkezését megmagyarázni.

A mű végén van egy kis toldalék is. Ebben Neisser igen erélyesen védelmébe veszi a dermatologiát az olyan specialisták ellen, a *kik kellő klinikai előképzettség* nélkül akarnak dermatologiával foglalkozni, a kik azután mindig csak a „bőrbajt" iparkodnak kórismézni és gyógyitani, elhanyagolván a *„beteg embert"*. E toldalék e sorokkal végződik: *„Es sollte eigentlich Niemand Dermatologe werden, der nicht vorher, sei es auf einer inneren Klinik, sei es in ärztlicher Praxis, die Heilkunde an schwer kranken Menschen ausgeübt hat."*

Ezek volnának megjegyzéseim az előttem fekvő műre. A kifogások, a mint láttuk, legnagyobb részben individualisak, személyes tapasztalat és felfogás kifolyásai voltak.

A mit a bevezetőben mondtam, itt ismétlem, hogy a könyv, bár a gyakorlat számára iródott, mindenütt, a hol mai tudásunk azt megengedi, *általános kórtani* és *kórboncztani* alapon tárgyaltatik, és hozzáteszem, hogy mindez minden sallang és különösen minden *pretensio* nélkül történik.

Neisser egyénisége, szelleme és tudása tükröződik vissza e műben és ezáltal eltér a dermatologiai compendiumok sablonjától. Meg vagyok róla győződve, hogy e munkájával csak növelni fogja tisztelői és tanitványai számát úgy hazájában, mint azon kivül. *Róna.*

Uj könyvek. *Curatulo*: Die Kunst der Juno Lucina in Rom. Geschichte der Geburtshülfe von ihren ersten Anfängen bis zum 20. Jahrhundert mit nicht veröffentlichten Dokumenten. Berlin, A. Hirschwald. — *Eichhoff*: Praktische Kosmetik. II. Auflage. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — *Socin* und *Burckhardt*: Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. Stuttgart, F. Enke. — *Ekstein*: Geburtshilfliche Neuorganisationen in Oesterreich. Stuttgart, F. Enke. — *Forel*: Der Hypnotismus und die suggestive Psychotherapie. Vierte umgearbeitete Auflage. Stuttgart, F. Enke. — *Vogel*: Leitfaden der Geburtshülfe. Stuttgart, F. Enke. — *Kurt*: Die Willensprobleme in systematischer Entwickelung und kritischer Beleuchtung. Weimar, R. Wagner Sohn. — *Leser*: Operationsvademecum für den praktischen Arzt. Zweite Auflage. Berlin, S. Karger. — *Niessen*: Beiträge zur Syphilisforschung. VI—VII. Wiesbaden, Selbstverlag. — *Schmid-Monnard* und *Schmidt*: Schulgesundheitspflege. Leipzig, R. Voigtländer. — *Kortz*, *Schneider*, *Goldemund*, *Grünberg* und *Freund*: Die Assanirung von Wien. Leipzig, W. Engelmann. — *Rohleder*: Die Masturbation. Zweite Auflage. Berlin, Fischer. — *Sommer*: Das Problem des Gehens auf dem Wasser. Eine mechanisch-physiologische Studie. Leipzig, J. A. Barth. — *Diehl*: Zum Studium der Merkfähigkeit. Berlin, S. Karger. — *Beck*: Die Röntgenstrahlen im Dienste der Chirurgie. München, Seitz und Schauer. — *Mugdan*: Kommentar für Aerzte zum Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz. Berlin, G. Reimer. — *Chambrelent*: De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du foetus. Paris, O. Doin. — *Alquier* et *Lepas*: Guide pratique d'histologie normale et pathologique, technique et diagnostic. Paris, Baillière et fils. — *Lunig* et *Schulthest*: Villemin. Paris, Baillière et fils. — *Boureille*: Le devoir social des collectivités envers les tuberculeux adultes et indigents. Paris, Maloine. — *Kolbe*: Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical. Paris, O. Doin.

Lapszemle.

Sebészet.

Az inguino-interstitialis sérvekről. *Berger* az interstitialis sérvek két válfaját különbözteti meg: az egyik tisztán intraparietalis, a másik egyidejűleg intraparietalis és scrotalis, a mennyiben a sérvtömlő egy keztyűujjszerű folytatást küld a herezacskóba. A here rendesen a sérvtömlőben fekszik és pedig miután gyakran kryptorchismus van jelen, annak változó helyén. Rendszerint hiányosan fejlett az ondózsinór is, mely sokszor rövid és zsugorodott. Tekintve az interstitialis sérvek veszélyeit és azt, hogy ezeket sérvkötővel nehéz visszatartani, minden esetben indicált a radicalis műtét, melylyel egyidejűleg a herét is el kell távolitani, miután az úgyis atrophikus. Csak gyermekeknél és serdülőknél lehet megkisérleni a conservativ eljárást olyankor, ha az orchidopexia könnyen sikerül. A műtétet illetőleg szerző a Bassini-módszert nem mindig tartja kielégitőnek s azért, hogy a hasfalak ellentállóképességét növelje, a Bassini-varratok alkalmazása után a következő módszert követi: a rectushüvelyt hosszirányban bemetszve, a külső sebszélt le- és kifelé fordítva levarrja a Poupart-szalaghoz. Ezután az aponeurosis m. obliqui externi külső sebszélét hozzávarrja a rectushüvelyen ejtett bemetszés belső széléhez, a belsőt pedig levarrja az aponeurosis mellső felszinéhez. Hogy ezen eljárás hosszadalmas és complicált, azt szerző maga is elismeri. (Revue de Chirurgie, 1902. 1. szám.)

Seligmann Hugó dr.

Az operálható agydaganatok casuistikáját szaporitja *Bergmann* néhány érdekes esetének leirásával. Kiemeli, hogy biztos diagnosis csak azon daganatoknál lehetséges, melyek az agyvelő központi tekervényeiből indulnak ki. Ha ezt a területet elhagyjuk, el lehetünk készülve a legsúlyosabb diagnostikus tévedésekre. Legtöbb valószinűséggel diagnostizálhatjuk a homloklebenyből kiinduló daganatokat, mint ezt a szerző egy esete is igazolja, a hol differentialdiagnosist kellett tenni kisagydaganattal szemben. A kórisme eldöntésénél döntő volt a kóros homlokfél kopogtatásra való érzékenysége.

Az operativ beavatkozást szerző lehetőleg korlátozni kivánja, mert még helyes diagnosis mellett is a betegek 25%-a a műtét következtében pusztul el. Ennek igazolására felhozza a szerző három halálosan végződött esetét. Egyiknél a műtéti shok, másiknál a cavernosus tumorból eredő csillapithatatlan vérzés, harmadiknál utólagosan fellépett genyes agyhártyalob okozta a halált.

Végül az úgynevezett agycystákról szólva szerző, hangsúlyozza, hogy ezek jelentékeny része sarcomák ellágyulásából származik. Erre a műtétnél tekintettel kell lenni, mert ha tényleg sarcomával van dolgunk, akkor a műtét természetesen nem egyszerűen a folyadék kibocsátásában és drainage-ban, hanem a daganat gyökeres kiirtásában fog állani. (Archiv f. klin. Chir., 65. kötet, 4. füzet.) *Milkó* dr.

A Gasser-dúcz kiirtását *Lexer* Bergmann klinikáján 15 esetben végezte. A műtétet csak a trigeminus mind a három ágára kiterjedő súlyos neuralgiánál tartja indicáltnak olyankor, ha előzetes műtétek nem vezettek eredményre. Eljárása a következő: a bőrlebeny körülmetszésénél ügyel arra, hogy meg ne sértse a facialisnak a m. orbicularis oculit ellátó ágát. A koponyaüreg megnyitása lehetőleg kis lebenynyel történik. Az ilyen kis lebenynél nem szükséges, hogy a csontot is megtartsuk, mert az a műtétet megnyújtja és a beteget a csontnecrosis veszélyének teszi ki. A lebenynek egészen a crista infratemporalisig való lefejtése után (a járomnyújtvány temporaer resectiojával) a dura matert a foramen spinosumig szabaddá teszi s az art. meningea mediát minden esetben leköti. Ha az arteria a koponyaüreg megnyitása alkalmával sérülne meg, a vérzést tamponaddal csillapitja. Most a beteget félig ülő helyzetbe hozva, a Gasser-dúczot a csontról és duráról óvatosan leválasztja, a mig csak a trigeminus I. ága láthatóvá nem lesz. Tovább praeparálni a dúczot nem szabad, mert különben a sinus cavernosusba jutnánk. Ha a ganglion igy szabaddá van téve, azt vagy egyszerűen kimetszi, vagy gyakrabban Krause szerint kicsavarja. A cavum Meckeli-be

jodoformgazetampont helyez s a lebenyt a helyére visszavarrja. A műtétet gyakran erős visszeres vérzés complicálja, de ezt mindig sikerült tamponaddal csillapitani, csak attól kell óvakodni, nehogy a tamponnal túlerős nyomást gyakoroljunk a sinus cavernosusra, és illetőleg a benne futó szemidegekre, mert ez esetben a beteg utólag szemizombénulást kap.

Fontos az is, hogy az agy felemelése alkalmával azt a lapoczczal túlságosan ne nyomjuk, mert egyes szerzők a műtét után paresiseket, muló aphasiát láttak fellépni, mint ezen nyomás következményét.

Szerző 15 esete közül 9-ben teljes gyógyulást ért el, két esetben keratitis, ugyancsak két esetben abducens bénulás lépett fel. Egy betege genyes agyhártyalobban pusztult el, egynél pedig recidiva lépett fel. (Arch f. klin. Chirurgie, 65. kötet, 4. füzet.)

Milkó dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A galvanocaustikával kezelt alsó orrkagylón keletkezett heg okozta kinos neuralgia esetét ismerteti *Lermoyez*. A kérdéses esetben egy rhinitis hypertrophica diffusa volt jelen, az orrkagyló myxomatosus elfajulásával. Miután a degenerált szövetrészeket hideg kacscsal eltávolították, a jobb alsó orrkagylón mélyre terjedő vonalas égetést végeztek.

Három hó multán a beteg újból jelentkezett és a jobb infraorbitalis tájékra terjedő, mindössze pár nap óta fennálló kinos fájdalmakról panaszkodott. Az orrlégzés teljesen akadálytalan volt már, mint a műtét eredménye.

A therapia antipyrin adagolásából állott.

Három hó multán a beteg ismét jelentkezett, miután állitása szerint a porok semmi javulást nem hoztak létre. Az ekkor megejtett alapos vizsgálatnál a nervus maxillaris superior mentén a jobb orrszárny felett egy igen fájdalmas pontra akadtak, az orrüregben pedig a jobb alsó orrkagyló magasságában egy hyperaesthetikus zónát fedeztek fel a sondával.

Az alsó kagylót eltávolították, mire a neuralgia rögtön megszünt. A górcsövi vizsgálat kiderítette, hogy a fájdalmakat egy az orrnyákhártya fibrosusan átalakult szövetébe bezárt és összenyomott igazi kis traumatikus neuroma hozta létre. (La presse médicale, 1901. 100. szám.)

Tövölgyi Elemér dr.

Ozaena ellen a phenolum natrio-sulforicinicumot ajánlja *P. Dreyfuss*; a kezelést megelőzőleg langyos szóda-oldattal az orrüreget alaposan kimossa, azután e szernek két-háromszorosan vízzel higitott oldatát sondára csavart vatta segélyével az orrnyákhártyába jól bedörzsöli, föképen az orrüreg szűkebb részein. A kezelés időtartama három héttől — egy negyed évig tart eleinte naponta, majd pedig ritkábban. A foetor már a második-harmadik kezelés után rendesen eltünik, a javulás még oly esetekben sem várat magára, hol más fajta kezeléssel hónapok után sem láttak eredményt.

Szerző tapasztalatait magam is teljesen osztom.

Három év óta, a mióta a phenolum natrio-sulforicinicumot alkalmazom ozaena eseteiben is, sem ichtlyollal, sem jodglycerinnel, avagy jodol-sozojodollal stb. oly kitünő eredményeket el nem értem, mint épen az emlitett szerrel. Kellemetlen mellékhatásai nincsenek, a betegek jól tűrik, mindamellett az alapos orrmosások és főleg a Gottstein-féle tamponálás elengedhetetlenek, csakis így fejtheti ki a teljesen tiszta, varmentes nyálkahártyán a phenolum sulforicinicum jó hatását. (Ref. Versamml. des Vereins süddeutsch. Laryngologen in Heidelberg. 1901. május.)

Tövölgyi Elemér dr.

A felső légutak gümőkórjánál *A. Logucki* ecsetelésre a parachlorphenol és menthorol oldatokat ajánlja, az előbbinek 5—10 százalékos oldatával végezi az ecseteléseket, belégzésre az egynegyed-félszázalékos oldatokat alkalmazza. Eddig 21 esetben alkalmazta, a melyek közül mindössze nyolcznál lépett fel több-kevesebb javulás! Sok beteg kellemetlen szaga miatt nem tűri, mások ptyalismust kapnak.

A szerző úgy találta, hogy bár a parachlorphenol nem specificum gégegümőkórnál, mégis előnyösen alkalmazható fájdalomcsillapitó hatása miatt, továbbá, mert a gyuladást csökkenti, a gümőkóros beszürődések felszivódását elősegiti és ezáltal a fekélyek elhegesedését hozza létre. Sokolovski klinikáján csupán a phenol- avagy a menthol-glycerint használják (5—10—15%) ecsetelés és belégzés alakjában. E két szer minden mást felülmul a jó hatásban. Újabban parachlorphenol és mentholból egy keveréket készitettek, a melynek menthorol a neve és 5—10—15 százalékos oldatban alkalmazzák. Ez új szer állitólag a parachlorphenol minden jó tulajdonságával bir, annak hátrányai nélkül. Különben még nincs eléggé kipróbálva.

A parachlorphenol ecsetelésektől, mint azt az Orvosi Hetilap mult évi 27—30. számaiban megjelent közleményemben ismertettem, valami sok hasznot nem láttam. Mindössze a lobosodás minimalis csökkenését tapasztaltam, ennyit azonban sok más szerrel és még gyorsabban el lehet érni. Szerény tapasztalataim alapján mind ez ideig sem a menthol, sem más szer nem ér fel a tejsav és phenolum sulforicinicum hatásával. (Ref. Therap. Monatshefte. 1902. 1. szám.)

Tövölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A jod- és kreosot-vasogent *Bernstein*, a varsói „Krankenhaus zum heiligen Geist" therapeutikus klinikájának rendelő orvosa 160 esetben használta, még pedig 106 esetben belsőleg és 54 esetben külsőleg. Tapasztalatai alapján az emlitett készitményekről következőképen nyilatkozik: A jodvasogen határozottan előnyben részesitendő a többi jodkészitménynyel szemben; minthogy a jod a vasogenben szabad állapotban van jelen, nagyon gyorsan és könnyen felszivódik. A jodvasogen gyorsan behatol a bőr mélyebb rétegeibe és nagyon gyorsan kiküszöböltetik a szervezetből. A jodvasogen nem bántja a bőrt; külső használatkor a bőr részéről izgalmi tüneteket nem okoz; a betegek a jodvasogent jól türik, náthát nem okoz. Belsőleg eleinte 5 csepp adandó háromszor naponként, legczélszerűbben tejben evés után; később az adagot 20 cseppig lehet növelni háromszor naponként; külső használatban 3—5 gramm dörzsölendő be 1—2-szer naponként. A kreosotvasogenről körülbelül ugyanaz mondható, mint a jodvasogenről, csakhogy az eredmények kevésbbé szembeszökők; a kreosotvasogen belső használata az étvágyat többé-kevésbbé rontja. (Die ärztliche Praxis, 1902. 2. szám.)

A köszvény kezelése urosinnal. *Hönigschmied* már évek óta használja az urosint (chinasavas lithium) a köszvény úgy subacut, mint chronikus alakjaiban, nemkülönben heveny köszvényrohamok alkalmával is, s tapasztalatai alapján rendkivül dicsérőleg nyilatkozik róla. Idült esetekben naponként 4 urosin-pastillát fogyasztat el, heveny rohamok alkalmával pedig egyszerre 3 pastillát ad és ezt az adagot egy óra mulva — ha a fájdalmak még nem szüntek volna meg — megismétli; a továbbiakban óránként ad 1—1 pastillát, naponként 10-et; egyidejüleg franzensbadi Nathalia-forrást is itat. (Wiener medicinische Blätter, 1901. 51. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 21. szám. *Szabó Sándor*: Az endometritis kezeléséről. *Prinz Árpád*: A szivbajok és a szénsavas fürdők. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 21. szám. *Szana Sándor*: Gyermekgyógyászati érdekebb esetek. *Tausz Béla*: A mesterséges ásványvizekről.

Magyar orvosok lapja, 1902. 21. szám. *Szana Sándor*: A csecsemőkórházak ügye, különös tekintettel Magyarországra. *Kármán Samu*: A fertőző gyermekbetegségek kérdése fürdő- és nyaralótelepeken, különös tekintettel a pertussisra. *Rottenbiller Ödön*: Miként alkalmazható az oldatok új elmélete az ásványvizek élettani s gyógyhatásának értelmezésére?

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 21. szám. *Sibermark*: Kerek gyomorfekély trauma után. *Kunz*: A vakság physiologiájához. *Kolisch*: A diabetes-diaeta elméletéhez. *Zeissl*: A nyirokkészülék megbetegedései a syphilis különböző szakaiban. *Huber*: A Finsen-therapia jelen állása. *Török* és *Schein*: A bőrbetegségek radio- és actinotherapiája.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 21. szám. *Hartmann*: Lumbalpunctioval kórismézett cysticercosis cerebri. *Gavala*: Adatok a typhomalaria kórboncztanához és parasitologiájához. *Mitscha*: A diphtheria serumtherapiája.

Wiener medizinische Presse, 1902. 21. szám. *Heller*: Agyvérzés endocarditisnél. *Ladyschenski*: Typhusban szenvedők forcirozott táplálásához. *Nenadovicz*: Nőbajok kezelése Franzensbadban.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 19. szám. *Hering*: Pulsus pseudoalternans. *Altschul*: Három hómályos eset. *Tschuschner*: Gelatina animalis per os mint haemostaticum.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 21. szám. *Fraenkel*: A tüdőgümőkór heveny alakjai. *Ehrlich* és *Sachs*: Az amboceptorhatás mechanismusa. *Greeff*: A csőalakú látótér hysteriában. *Gabritschewsky*: A szervezet néhány redukáló anyagának új reactioja. *Boehr*: Szivbajosok kezelése krenznachi fürdőkkel.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 21. szám. *Litten*: Endocarditis. *Prochaska*: Pneumococcus-sepsis. *Stiller*: Az enteroptosis tanához. *Munter*: A tabes hydrotherapiája. *Eulenburg*: Megjegyzések az előző közleményre. *Burchard*: Intermittáló izületvizkór. *Fraenkel*: Csontszén mint a jodoform pótszere.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 19. szám. *Wenzel*: Gazefátyolok használata aseptikus műtéveseknél. *Kammerer*: Bélkirekesztés totalis occlusioval. 20. szám. *Mintz*: Technikai megjegyzések a Winkelmann-féle hydrocele-műtétről. *Wülfing*: Tendovaginitis capitis longi m. bicipit. brachii műtéttel meggyógyitott esete.

Gazette hebdomadaire, 1902. 41. szám. *Patel*: A tuberculosus rheumatismus gyakorisága. *Moreigne*: A szőlőkúra. 42. szám. *Haushalter* és *Jeandelize*: Cretinismus-endemia.

Le progrès médical, 1902. 20. szám. *Baratoux*: Paraffin-prothesisek orrdeformitásoknál. 21. szám. *Picqué*: Az appendicitis.

La semaine médicale, 1902. 21. szám. *Quervain*: A megeröltetés okozta szivbillentyűbajok.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 21. szám. *Moreau*: A cirrhosis hepatis okozta ascites és a Bright-kór sebészi kezelése.

British medical journal, 1902. május 17. *G. E. Herman*: A dysmenorrhoea. *J. W. Ballantyne*: A koraérett gyermek problémája. *Th. Bryant*: Emlőrák 46 műtett esete. *Douglas Drew*: Az emlő rosszindulatú daganatainak műtevése. *F. J. Mc Cann*: Fistula vesico-vaginalis műtevésének új módja. *A. W. Addinsell*: A méh kora senilitásának esete. *C. G. Hoysted*: Méhinversio esete. *J. Cater*: Spontan craniotomia

esete. *D. Wilson*: Antistreptococcus-serum használata gyermekágyi lázban. *M. Prickett*: 2 font és 5 uncia súlyú gyermek. *W. G. Gregory*: Puerperalis eclampsia esete. *W. Murrell*: Anaemia perniciosa. *Margaret M. T. Cristie*: Antistreptococcus-serummal kezelt puerperalis septicaemia két esete. *I. G. Modlin*: Ovarialis cysta és terhesség a terhesség végén.

The lancet, 1902. I. 19. szám. *W. Howship Dickinson*: A mag és a talaj. *J. G. Garson*: A halottak bebalzsamozása. *A. H. Tubby*: Súlyos haslobok latens periodusa. *Llewellyn C. P. Phillips*: A glycosuria és diabetes sebészeti szempontból. *E. F. Willoughby*: Morphiummérgezés kezelése sóoldat-infusiókkal. *H. D. Everington*: Érdekes tünet tachycardiánál. *Wm. B. Mason*: Eclampsia ikerterhességnél. *G. Hunter Mackenzie*: Csillapíthatatlan orrvérzés esete. *W. H. Haw*: Infectiosus periostitis esete. *C. O. Hawthorne H. J. Curtiz*: Kereksejtes sarcoma miatt végzett transperitonealis nephrectomia 4 éves fiúnál.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. május 30.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 20. hetében (1902. május 11-dikától május 17-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 437 gyermek, elhalt 327 egyén, a születések tehát 110-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 29·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22·2, az egy éven felüli lakosságnál: 17·1 az öt éven felüli lakosságnál: 14·3 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 5, pertussis 1, morbili 8, scarlatina 8, variola 0, varicella 1, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 12, apoplexia 5, eclampsia 7, szervi szivbaj 21, pneumonia 37, pleuritis 1, pneum. catarrh. 11, bronchitis 10, tuberculosis pulmonum 67, enteritis 17, carcinoma 12, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 1, morbus Brightii et nephritis 10, veleszületett gyengeség 22, paedatrophia 3, marasmus senilis 14, erőszakos haláleset 8, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 5, baleset 2, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2953 beteg, szaporodás e héten 889, csökkenés 976, maradt e hét végén 2866 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi május 14-dikától május 20-dikéig terjedő 20. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 37 (37), diphtheria, croup 26 (30) hagymáz (typhus) 1 (3), kanyaró (morbili) 304 (258), trachoma 3 (4), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 23 (14), orbáncz (erysipelas) 3 (14), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (1) járv. fültőmirigylob 6 (6), ezenfelül varicella 9 (25).

⊕ **A szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete** május 27-dikén tartotta IV. évi közgyülését *Batthyány Lajos* gróf elnöklete alatt. Az elnöki megnyitó után *Tauszk Ferencz* dr. titkár terjesztette elő az igazgató tanács jelentését, abban az egyesület eddigi történetét. Az egyesületi vagyon 1901. végén 596,485 korona volt. Az egyesület sanatoriumában négy hó alatt felvettek 80 beteget. Az igazgató tanács jelentésének tudomásul vétele után Korányi tanár szólott bezárólag.

Egyesületi életünk, mondá, a magyarországi jótékony egyesületek között egyike a figyelemre legméltóbbaknak. Megkezdtük munkánkat meleg humanitárius érzelmektől eltelt szivvel, de csaknem teljesen üres kézzel. Egy felszólításra átmelegedtek a lelkek és nálunk kevés példára akadunk, hogy rövid idő alatt oly élénken folytak volna be a jóltevők részéről az adakozások, mint a mi felszólításunkat követő első időben, úgy hogy a csclekvés terére léphettünk. Ezután röviden ismerteti a sanatorium létrejöttét, majd igy folytatja: Abban az épületben egy fedél alatt van csoportositva most már közel 100 beteg, a legkülönbözőbb társadalmi osztályokból, fölmivestől kezdve a legkifejlettebb szellemi intelligenciáig, nők és férfiak s ezek nem az ágyhoz lánczolva, hanem szabadban pamlagon pihenve, a folyosókon sétálva, kisebb-nagyobb csoportokban a tágas területen elosztva élnek. Képzelje el valaki, hogy milyen szellemnek kell ott uralkodni, a hol ily különböző elemek egy meghatározott gyógyrendet tartanak, egymás mellett élnek, szenvednek, azután üdülnek, a remény és előrehaladó javulás élénkitő hatása alá jutnak, örvendenek úgy, hogy egyik a másik terhére ne legyen s mindenki teljesitse azt, a mi gyógyulásának elérésére szükséges. Hogy ezt az intézet megnyitásának első idejében elérhetjük, azt nem várhatta senki, a ki az ilyen intézetek működésének kezdeti küzdelmeit ismeri. Elismeréssel adakozik ezért a bizottságok s egyesek, főleg az intézet igazgatója működésének. Azután igen szépen vázolja a betegek helyzetét, a felvett betegek örömét, a viszautasitottak elkeseredését. Pedig három okból is kell beteget visszautasitani. Egy részük már későn jön, mikor baja olyan előhaladott, hogy azon a sanatorium már nem segit. A másik részük nem tudja az ápolási dijakat megfizetni, pedig az ingyenes alapitványi hely kevés. Harmadszor a sanatorium már majdnem tele is van, pedig az ország tömérdek betege mint megváltást várta az ország első sanatoriumának létrejöttét s kik benne már visszanyerték erejüket és egészségüket, még inkább fokozzák a többi szenvedő vágyát a bejutásra. Németországban már száz sanatorium van, Angliában még több, de a többi civilizált állam is siet e téren munkálkodni, sőt Olaszország is, a tüdővészesek eddigi menedéke, hozzáfogott sanatoriumok felállításához. A budapesti sanatorium az egyesület működésének csak egyik eredménye; a nagyobb eredmény az, hogy Magyarország figyelme fel van keltve a veszedelemre, mely a nemzet erejét a tüdővész pusztitása által sujtja. Sanatorium-egyesületek alakultak az Alföldön, Vasmegyében, alakulófélben van Szegeden és Pozsonyban is. Működésünket a külföld is figyelemmel kiséri és elismeri s hivalkodás nélkül mondhatja, hogy a mi hazánkban a tüdővész terjedésének meggátlására eddig történt, abban oroszlánrésze van az egyesületnek. Százezrek nyomora van kérdésben, százados mulasztások helyrehozásán fáradozunk. Az eddig más népeknél és kis körben nálunk is elért eredmények biztositékát adják a sikernek, melyet az egyesület további működése el fog érni.

± **Kinevezések.** *Lükő Géza* dr.-t és *Balizser Géza* dr.-t a belügyminister a pozsonyi m. kir. állami kórházhoz másodorvosokká kinevezte.

± **Kari választások a budapesti egyetem orvosi karán.** A budapesti orvoskari tanártestület május 30-dikán tartott ülésén 1902/3. tanévre tisztikarát következőleg alakitotta meg: dékánná választotta *Thanhoffer Lajos* dr.-t, kari jegyzővé *Lenhossék Mihály* dr.-t, könyvtárossá *Hőgyes Endrét*, elnökhelyettesekké *Klug Nándort* és *Genersich Antalt*. Rektorválasztókul pedig a jövő tanévi rektorválasztásra *Schulek Vilmos*, *Tauffer Vilmos*, *Liebermann Leo*, *Bókay János* tanárokat küldötte ki. Magántanári képviselőkül a magántanárok a jövő évre *Török Lajos* és *Prochnow József* magántanárokat választották.

△ **Ösztöndíjadományozás.** Az orvoskari tanártestület május hó 30-dikán tartott ülésében a Fischhof-féle ösztöndíjat *Kovacsics Nándor* és *Hirschl Győző*, az Andrássy Serafina-féle ösztöndíjat *Lobstein Leo* sz. orvosnak adományozta, ifj. *Genersich Antal* dr. részére a következő évre a Kovács Sebestyén Endre-féle sebészeti utaztató ösztöndij adományoztatott.

> **Tanszék helyettesítés és betöltés.** A Kézmárszky tanár elhalálozásával megürült tanszék betöltésére legközelebbről pályázat lesz kiirva; a klinika felügyeletével a betöltéseig Tauffer tanár bizatott meg.

— **Balneologiai kirándulás.** Az idei pünkösd alkalmával is igen sikerült balneologiai kirándulást rendezett Bókay Árpád tanár mintegy 50 hallgatójával és 18 fiatal orvossal Marillára és Herkulesfürdőre. Különösen meglepte a kirándulókat Marilla enyhe tavaszi klimája, hol napfényes időben tekintették meg a Zander-intézettel, légsátrakkal, pneumatikus kamarákkal és valóban páratlan inhalatoriummal felszerelt intézetet, mig Pesten dideregtek az emberek — Herkulesfürdő természeti pompája, fényes épitkezései és fürdőberendezései is nagy hatással voltak a társaság tagjaira, a kik a látottakért és tapasztaltakért igazán hálára vannak kötelezve vezetőjük, Bókay tanár iránt.

○ **Fürdőorvosok.** *Kovács Aladár* dr. Szt. László (Püspök) fürdőn, *Hints Henrik* dr. Bártfán, *Horváth Ferenz* dr. Bártfa fürdőn, *Dillnberger Emil* dr., Zólyommegye tiszti főorvosa Szliácson fürdőorvosi gyakorlatukat megkezdették.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Szt. margitszigeti gyógyfürdő*, Budapest, április 1-től május 22-dikéig 133. Látogatók és fürdővendégek Budapest és vidékéről 56,879. Mattoni (Budai Erzsébet-sósfürdő) május 19-dikéig 80.

Lapunk mai számához F. Hoffmann-La Roche & Cie baseli és grenzachi gyárainak Thigenol-„Roche“ czimű prospectusa van mellékelve, melyet t. olvasóink figyelmébe ajánlunk.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1902. május 26-dikán.) 373. l. — Közkórházi orvostársulat. (IV. bemutató ülés 1902. február 26-dikán.) 374. l. — (V. bemutató ülés 1902. márczius 5-dikén.) 375. l.

Magyar Tudományos Akademia.

(III. osztály ülése 1902. május 26-dikán.)

Elnök: **Than Károly**. Titkár: **König Gyula**.

Orvosi érdekű értekezés volt a következő:

Klug Nándor r. tag bemutatta **Hirschler Ágost** egyetemi rk. és **Terray Pál** egyet. m. tanárnak **„A szervezetlen sók jelentőségéről a szervezetben“** czimű, a Rózsay-féle akademiai jutalommal kitüntetett dolgozatát, melynek rövid kivonata a következő:

Az anorganikus sóknak a szervezetben való anyagcseréjére vonatkozó ismereteink nagyon hiányosak. Azon sok irányú és terjedelmes vizsgálatok az anyagcsere élettana és kórtana körül, melyek az utolsó évtizedekben közöltettek, feltünően elhanyagolták az ásványos anyagok kiválasztott absolut mennyiségének viszonyait, valamint a fehérjék és sók kiválasztásában mutatkozó viszonyszámok méltatását.

A sókat egészen 1896-ig nagyrészt csak élvezeti szereknek tekintették, melyek feladata a tápláló anyagokat izletessé tenni, tápláló értéket azoknak egyáltalán keveset tulajdonítottak. *Koeppe* vizsgálatai óta kezdenek jobban érdeklődni az anorganikus sóknak a szervezetben való szerepe iránt.

Szerzők a M. Tud. Akademiának 1898-ban a következő munkatervet nyujtották be:

I. Vizsgálandó normális viszonyok között különböző táplálkozás befolyása minőleges és mennyileges tekintben.

a) A N-tartalmú anyagok és a sók kiválasztási viszonyaira N-egyensúly és caloria-egyensúly esetén vegyes táplálkozás mellett.

b) Ugyanaz túlnyomóan fehérjéből, azután túlnyomóan szénhydrátokból, majd túlnyomóan zsirból álló, de kielégitő táplálkozás mellett.

II. A rendesnél nagyobb és kisebb mennyiségű táplálék befolyása a szövetek anyagforgalmára, új szövetek alakulására vagy a meglevőknek fogyására, a N- és sókiválasztás egymáshoz való viszonyára. Különös figyelem és vizsgálódás tárgyát képezze annak kutatása, hogy a fiatal szervezetnek növekedésére milyen táplálószer vagy étel gyakorolja a legkedvezőbb befolyást és hogy a phosphornak, phosphorban dús ételeknek milyen szerepet lehet tulajdonitani e téren; továbbá van-e különbség az organikusan és anorganikusan kötött phosphornak e tekintetben való hatása között.

III. A sókkal a szervezetbe vitt energia milyen befolyást gyakorol az organikus tápláló anyagok felszívódására.

IV. A szövetek anyagforgalma éhezéskor és egyes betegségekben.

Munkatervüknek csak egyes pontjait dolgozhatták ki. Érthetővé teszi ezt az a körülmény, hogy oly kiterjedt mennyileges hamuanalysisek, minőket emberen és állatokon igen nagy számmal végeztek, roppant sok időt kivánnak, eltekintve attól, hogy az adatok pontossága miatt minden vizsgálatra került anyagból több próbát vettek.

Vizsgálatuk tárgyai voltak az ételek, melyekkel a kisérleti embert és állatokat tartották, továbbá a kisérleti ember és állatok pontosan gyüjtött és elhatárolt vizelete és bélsara, valamint az embernek érmetszéssel nyert vére. Ehhez járul, hogy részint a táplálószerek hamuanalysiseiben, részint a vizelet és bélsár egyes anorganikus sóinak mennyileges meghatározása körül oly módszereket kerestek, melyek pontos eredményeket adnak és egyúttal a feldolgozásra kerülő óriási anyag mellett viszonylag rövid idő alatt kivihetők. Végre az egyes anorganikus sók mennyileges meghatározására vonatkozó régibb és újabb módszereket és azoknak eredményeit hasonlitották össze, előnyt adva azon módszernek, melyet pontossága és kevesebb időt rabló volta mellett leginkább alkalmasnak találtak. S e téren, ha nem is dicsekedhetnek azzal, hogy egészen új módszereket találtak, mégis nem egy olyan eljárást vagy módositást ajánlhatnak sokszoros vizsgálódásaik alapján, a melyek a hasonló téren való dolgozást hivatva lesznek több tekintetben irányitani és megkönnyebbíteni.

Munkájok 2 részre oszlik, úgymint élettani és kórtani részre. Az első részben az anorganikus sóknak az anyagcsere élettanára, a másodikban pedig annak kórtanára való befolyását vizsgálták. Az ember és állat szervezetére fontos anorganikus sók közül főleg a P_2O_5 és *Ca* forgalmát vizsgálták, azonban többször a *Mg* forgalmát is meghatározták.

Az élettani részben a fiatal szervezet növekedésének tanulmányozásával foglalkoztak behatóan.

Czéljuk volt a fiatal, fejlődésben levő, növekvő szervezetnek P és Ca forgalmát megvizsgálni tekintettel a N-forgalomra. Az első kérdés, melyre feleletet kerestek, az volt, vajjon a tojással való etetés gyakorol-e befolyást a szervezet N- és P-forgalmára, előmozditja-e az anyaglerakást, a N- és P-lerakodást és ha igen, vajjon e tekintetben kedvezőbben hat-e a szervezet növekedésére, mint más táplálószerek.

A tojást azért választották, mert P-ban és Ca-ban dús táplálószer és mert benne a P egy része organikus vegyülethez van kötve a glycerinphosphorsav alakjában.

A második kérdés, melyet felvetettek, az volt, vajjon a P organikus összeköttetésben a szervezetbe jutva, javára válik-e a növekvő szervezetnek, előmozditja-e a N- és P-lerakást, a szervezet növekedését, vagy pedig képes-e a fiatal növekvő szervezet az anorganikus phosphatokat is értékesiteni a növekedést előmozditó értelemben. Ezen két főkérdésből kiágazó mellékes kérdések voltak még a következők: van-e a növekvő szervezetben valami állandó viszony a N- és P-kiválasztás között, a bevitt N-ből, P-ból és Ca-ból mennyit tart vissza a növekvésben lévő szervezet, a kiválasztott N, P_2O_5 és Ca-ból mennyi esik a vesékre és mennyi a bélsár útján való kiválasztásra? Arra is tekintettel voltak, hogy a növekvésben lévő szervezetben mutatkozó N-, P_2O_5- és Ca-visszatartás mutat-e fokozati különbséget a növekvés előhaladásakor.

Miután szopós, vagy tehéntejen tartott csecsemőkön nem nyilt alkalmuk vizsgálatokat végezni, egy fiadzásból származó, körülbelül $2^1/_2$—3 hónapos kutyakölyköken kisérleteztek. Többféle próbálgatás után tejből és szárított húsból álló táplálék mellett, sikerült mind kettőn testsúly állandósulást és N-egyensúlyt elérni. Ekkor kezdték meg az anyagcserekisérletet. A kutyák egyike volt a controll-állat, melyet az egész kisérlet ideje alatt ugyanazon és lemért mennyiségű eledelen (400 cm^3 tej és 23·56 gm. szárított hús, egy napra és egy kilogramm testsúlyra esett 1·31 gm. N, 88 nagy caloriával) tartottak, ez alól csak annyiban volt kivétel, hogy a kisérletnek negyedik időszakában, két napon át a mindenkori eledelhez naponként 1 gm. csontlisztet kevertek. A másik kutyát a kisérletnek 4 napra terjedő előidőszakában 300 cm^3 tejen és 23·56 gm. szárított húson tartották, egy napra és egy kilogramm testsúlyra jutott 1·33 gm. N, 84·5 nagy caloriával; a reá következő úgynevezett döntő időszak 4 napja alatt pedig a tojás N-tartalmának megfelelő mennyiségű szárított húst hagytak el az állat minden napi eledeléből, úgy hogy megközelitőleg egyenlőnek maradó N-bevitel mellett, a tojással való etetés időszakában az állat valamivel több P-t kapott, mint az előidőszakban. A kisérletnek negyedik időszakában, mely 2 napig tartott, az állatnak mindenkori eledeléhez naponként 1 gm. csontlisztet kevertek.

Mind a két kutya a 16 napra terjedő anyagcserekisérlet egész tartama alatt napjában kétszerre kapta az eledelét s azt mindig mohón el is fogyasztották. A tápláléknak kielégitő volta mellett szólott a testsúlyegyensúly, melyet hosszú időn át csekély ingadozással észleltek mind a két kutyán.

Az egész anyagcserekisérlet berendezése és kivitele szigorúan megfelelt a szokásos szabályoknak A tápláléknak N-, P-, Ca-, Mg-, továbbá NaCl-tartalmát, a csontlisztnek P-, Ca- és Mg-tartalmát számos analysis alapján meghatározták s áttekintő táblázatokba foglalták. Az anyagcserekisérlet egész menetét, a bevett, valamint a vizelettel és bélsárral kiválasztott N, P_2O_5 és CaO mennyiségét, a testsúly viselkedését, a N, P_2O_5 és CaO mérlegét áttekinthető és gondosan összeállitott táblázatokban tüntetik elő és pedig külön a controll és külön a tojással etetett kutyára vonatkozó adatokat. Ezután külön tárgyalják a controll és a tojással etetett állat N-, P_2O_5- és CaO-anyagforgalmát. Legfontosabb eredményeiket a következőkben foglalják össze:

1. Mind a két állat, mind az öt időszakban N-t tartott vissza, azonban az összes bevitt N-ből a tojással etetett kutya általában kevesebbet tartott vissza szervezetében, mint a controll-állat, valószinűleg azért, mert testsúlya kisebb volt a controll-kutyáénál. Azonban a mig a controll-állatnál az előidőszaktól kezdve a II. és III. időszakban jelentékenyen csökkent a N-retentio, addig *a tojással etetett kutya a döntő időszakban több (16·69%) N-t tartott vissza, mint az előidőszakban (14·30%) és a III. időszakban (6·17%)*. A mig a controll-állatnál a csontliszt-időszakban a N-retentionak némi emelkedését észlelték, ez a tojással etetett állaton nem volt kimutatható, a N-retentio a döntő időszaktól kezdve állandóan csökkent.

2. Az állatok mind az öt időszakban P_2O_5-t és CaO-t tartottak vissza szervezetükben. A bevitt összes P_2O_5-t az állatok jól használták ki, legjobban az I., II. és III. időszakban, a IV. és V. időszakban a kihasználás kevésbbé jó volt, bizonyosan azért, mert ekkor hasmenésre való hajlandóság mutatkozott. *A P_2O_5: N határozott és állandó magatartást mutatott*, a viszonyszám főleg a controll-kutyánál közel állott a rendeshez (1 : 6·8), ez alól csak a csontlisztidőszakban volt kivétel, midőn a P_2O_5-kiválasztás növekedése folytán a viszonyszám mind a két állatnál leszállott. A kiválasztott P_2O_5 mennyiségből a túlnyomó nagy rész esik a vesék, a kisebb rész a bélsár útján való kiválasztásra, a bélsár legtöbb P_2O_5-t tartalmazott a csontlisztidőszakban.

3. A bevitt összes Ca-t az állatok minden időszakban meglehetős rosszul használták ki, a kontroll-kutyánál a bélsárban legkevesebb 44·31%-a, a legtöbb 83·52%-a a bevitt összes Ca-nak választatott ki; hasonlót észleltek a tojással etetett kutyán is. A kontroll-kutyánál az I. és II. időszakban az összes kiadott CaO-nak körülbelül 10%-a jelent

meg a vizeletben, a többi a bélsárban; a tojással etetett kutyánál az összes kiadott CaO-nak a vizelet és bélsár útján való elosztódása a következő volt: az I. időszakban kiválasztott a vizelettel 5·70/0-ot, a bélsárral 94·30/0 ot; a II. időszakban a vizelettel 5·68, a bélsárral 94·32/0-ot; a III. időszakban 4·11 és 95·89/0-ot; a IV. időszakban 2·10 és 97·90/0-ot; az V. időszakban 23·68 és 76·32/0-ot.

4. Úgy a N-nek, valamint a P_2O_5-nak és CaO-nak állandóan az egész kisérlet ideje alatt észlelt retentioja arra mutat, hogy az *állatok szervezete főleg a kisérlet elején elég mohón igyekezett visszatartani ezen anyagokat szöveteinek felépítésére, a növekvésnek ezen energiája a kisérleti napok előhaladásával csökkent.* Az összes bevitt P_2O_5-t a tojással etetett kutya az I. és II. időszakban épen olyan jól használta ki, mint a controll-kutya, a III., IV. és V. időszakban azonban sokkal rosszabbul. A CaO kihasználása a tojással etetett kutyánál minden időszakban sokkal rosszabb volt, mint a controll-kutyánál.

5. Szerzők nem akarnak ezen kisérleti sorozatuk eredményeiből messziremenő következtetéseket levonni, azonban *constatálják a valóságot, hogy a tojással való etetés időszakában a kutya szervezete több N-t tartott vissza és testsúlya jobban gyarapodott, mint az előtte levő, vagy utána következő időszakban és többet, mint a mennyit a controll-kutyán észleltek*, daczára annak, hogy a tojással etetett állat az egész kisérlet ideje alatt rosszabbul használta ki a N-t, mint a controll-kutya. Ehhez hozzáteszik, hogy a tojással etetett kutya nemcsak a N-t, hanem még a P_2O_5-t és CaO-t is rosszabbul használta ki, minek oka lehet a tojással etetett kutya szervezetében rejlő individualis különbség a kontroll-kutyával szemben, de lehet az is, hogy a tojással etetett állat már elérkezett növekvésének azon időszakába, midőn szervei és szövetei nem nőnek oly rohamosan és nem tartják többé oly mohón vissza a N-t, P_2O_5-t és Ca-t, mint kezdetben tették.

6. Joggal teszik fel a kérdést, hogy a tojással való etetés időszakában a constatált nagyobb N-retentio mellett miért nem növekedett főleg a P-, de a Ca-retentio is? Ezen utóbbiaknak bekövetkezését várták, mert valószinűnek tartották; az anyagcseremérleg azonban a tojással etetett kutya döntő időszakában nem mutatott nagyobb P-retentiot, mint az előző időszakban; igaz ugyan, hogy a P-retentionak a II. időszakban való csökkenése sem volt szembetünő.

7. A csontliszttel való etetés legalább látszólag javára vált a szervezetnek. A controll-kutyánál ezen időszakban a többiek mellett a N-retentio is valamivel nagyobb volt, mint az előző időszakban; a tojással etetett kutyán a N-retentiora ilyen befolyás nem mutatkozott, azonban a P-retentio itt is némi növekedést engedett felismerni. Azt a kérdést, vajjon a csontlisztetetésből, különösen a P-, Ca- és Mg-visszatartás lehetőségének constatálása alapján lehet-e a szervezetnek kimutatható haszna, csak hosszabb ideig tartó kisérlet alapján tartják eldönthetőnek. Kisérletükben a csakhamar mutatkozó hasmenésre való hajlandóság nem igen nyujt e tekintetben biztató kilátást.

8. Hogy értékesitheti a szervezet az anorganikus phosphorsavas calcium-sókat, az elsősorban attól függ, milyenek ezen sóknak oldhatósági viszonyaik, a mire a gyermekpraxisban eddig nem voltak tekintettel és csontbántalmaknál mindig a calcaria phosphorica bibasicát rendelték az orvosok, holott a savanyú vagy az elsődleges, tehát az oldható phosphorsavas calciumtól és a citromsavas calciumtól lehet csak eredményt várni. Az oldhatatlan Ca-phosphatok még azáltal is fokozzák a bajt, hogy a gyermekek gyomrában még a savnak utolsó maradványát is megkötik, pedig *Zweifel* szerint rhachitisnél épen az a baj, hogy a gyermeknek gyomornedvében kevés a sósav. A szerzők által csontlisztnek nevezett praecipitat, mely csontokból készült, *minden sarban majdnem teljesen feloldódott s ezért a táplálócsőből való felszívódását joggal várhatták, a mi csakugyan be is következett és legalább részben abban nyilvánult, hogy a P_2O_5-nak és CaO-nak a vizelettel való kiválasztása, valamint azoknak a szervezetben való retentioja növekedett.*

Dolgozatuknak második, kórtani részében az éhezésre vonatkozó ismeretek felsorolása után a betegségek folyamában végzett sóanyagcsere-vizsgálatok méltatásával foglalkoznak, majd áttérnek saját vizsgálataikra, melyek az *endoarteritis chron. deform.* egy esetére vonatkoznak. Régóta emlegetik és irják klinikusok és kórbúvárok, hogy ezen betegségnél valami szerepe van a calciumnak, miután a betegségnek előrehaladott időszakában valóságos mészlemezek rakódnak le az érfalakba. Közelebbit azonban erről a gyanított befolyásról máig sem tudunk.

A beteg, a kin vizsgálataikat végezték, 53 éves, kórisme: kifejezett endoart. chron. deform., e mellett emphysema kisfokú hörghuruttal. A betegen anyagcsere-vizsgálatot végeztek három cyklusban, minden cyklus három napból állott. Az I. cyklusban vegyes étrenden tartották a beteget, a II. cyklusban naponként 3 liter tejet, 3 tojást és 3 vizeszsemlyét kapott, a III. cyklusban az előző cyklusbeli táplálékon kivül naponként 3 gm. csontlisztet adtak a betegnek. A bevett táplálékot és csontlisztet N, P_2O_5, CaO és MgO tartalmára meganalyzálták, az adatokat itt is táblázatokba foglalták, épen úgy a vizelet, bélsár, érmetszéssel nyert vér, hányadék, köpet P_2O_5, CaO és MgO tartalmát is.

Vizsgálataiknak eredményeként azt találták, hogy a *beteg a tejétrend ideje alatt jelentékeny mennyiségű calciumot tartott vissza szervezetében.* Daczára ennek *nem találták a vérnek Ca-tartalmát a tejétrend időszaka alatt az előző időszakhoz képest növekedettnek.* Ezért nem zárják ki feltétlenül az arteriosclerosisban szenvedő betegek étrendjéből a tejet, de hangsúlyozzák, *hogy hosszabb ideig tartó tejétrend befolyása alatt kell a Ca-forgalmat megvizsgálni, a vérnek Ca-tartalmát ezalatt ismételten meghatározni.*

Kisérleteikből az is kitünt, hogy a III. időszakban a tejhez, tojáshoz, zsemlyéhez adott csontlisztből is visszatartott a beteg szervezete P_2O_5-t, MgO-t, de főleg CaO-t, a miből kiderül, *hogy az ember szervezete értékesithet anorganikus phosphorsavas sókat is, ha azokat könnyen oldható és igy felszívódásra képes alakban nyujtják.*

Betegüknél, ellentétben a kisérleti állatokkal, a csontlisztetetés befolyása alatt mérsékelt székrekedés állott be.

Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató ülés 1902. február 26-dikán.)

Elnök: **Hirschler Ágoston.** Jegyző: **Juba Adolf.**

(Vége.)

A görcs a befecskendezés helyével szomszédos hátsóvégtagon kezdődött. Tudjuk, hogy a tetanus, mint a diphtheria, a par excellence toxikus bakteriumok képviselője, csak a behatolás helyén és ott is gyengén szaporodik el; de mégsem oly gyorsan hat; hogy ha pl. az egér farka végét beoltjuk, az csak úgy menthető meg, ha legkésőbb 1/2 óra mulva levágjuk a farkát töviben; pedig a beoltás helyén alig találunk pálczikákat. Ha a tetanus toxint venába fecskendezzük, az 18 óra mulva eltünik. Fontos és fogós kérdés az a másik, hogy hogyan van az, hogy a befecskendett toxin csak incubatio után váltja ki a tetanust? Hiszen ilyen toxin befecskendéstől joggal várható közvetlen hatás. Courmont állitotta fel, azt az elméletet hogy a cultura nem is tartalmazza a hatékony mérget, hanem oly fermentszerű testet, mely a fehérjék megbontása útján produkálja a hatékony szabad mérget. E fontos tételét két kisérlettel iparkodik bizonyitani. A tetanikus görcsök tartama alatt a kutyából vett vér egy másikba fecskendezve rögtön görcsöket vált ki, épen úgy, mint azon izom nedve, melynek állományába a mérget egyenesen bevittük. E fontos kérdést Roux tanulmányozta tovább. Azon meggyőződésre jut, hogy az ily vértől közvetlenül kiváltott görcsök, mert intermittálók, nem is valódi tetanikus görcsök. A kérdés máig sincs végkép eldöntve. Hogy hová lesz a vérpályába fecskendezett méreg, arra Wassermann próbált megfelelni. Összekeveri a mérget friss agyállománynyal. Ennek befecskendezése tetanust többé ki nem vált, mit az idegállománynak antitoxikus hatásából magyaráz. Roux és Metschnikoff e theoriát nemcsak megczáfolja, hanem bebizonyitja, hogy az idegállománynak nemcsak hogy nincs antitoxikus hatása, de igenis van specifikus affinitása a tetanus-méreg iránt, melyet fixál és igy megköt, mint pl. a sejtmag az anilin szineket. Ez az oka annak, hogy tetanusnál az első rángások a végnek kezdetét jelentik, mert a méreg ekkor a központban már fixirozva van. Mindennek practikus consequentiája az, hogy a már kitört tetanust, melyet a legnagyobb mennyiségű subcután applikált antitoxinnal befolyásolni nem birunk, egyenesen az agyba való befecskendések által kisérlették gyógyitani. A homlokcsont bizonyos pontján 0·2—0·3 cm^3 antitoxint fecskendeztek be és ez úton 24 esetből 11-et sikerült megmenteni. Az antitoxin bőr alul üdvösen csak praeventive hat. Ez az oka annak, hogy ma Párisban a trágyázott földdel, vagy mint bicziklistáknál az utcza porával fertőzött sebek ellátásához számitják Schwarz agregée példája után az antitoxin bőr alá fecskendezését is. Ez alapon jogosultnak látszik a kérdés, hogy gyanus gelatina mellett nem volna-e czélszerű egyidejűleg alkalmazni bőr alá az antitoxint; és a már declarált tetanusnál az intracerebrális befecskendést megkisérteni.

Korányi Sándor: A nyáron távolléte alatt osztályán egy tetanus beteg subduralisan alkalmazott antitoxinra meggyógyult. Ebből semmit sem lehet következtetni, mert vannak esetek, melyek antitoxin nélkül is meggyógyulnak és vannak, melyek antitoxin subcután alkalmazására meggyógyulnak. Arra nézve, hogy az agyba és agygyomrocsba fecskendeznek be antitoxint, az a véleménye, hogy nincs szükség trepanatiora, teljesen elegendő a Quincke-féle punctio alapján történt befecskendés, mert a subduralis üregben diffundálhat az antitoxin, a mint festőanyagokkal kimutatták. Állatkisérletek ezen irányban kivánatosak.

Herczel Manó: Hálával tartozik a hozzászólásokért. Arra nézve, hogy tényleg milyen nehéz a bacillusokat vagy spórákat kimutatni, azt hozza fel, hogy az eddig gelatina-befecskendés után észlelt 5 tetanus-esetben, bár alapos és elsőrangú kórboncznokok és bakteriologusok vizsgálták, egyszer sem sikerült se bacillust se spórát felfedezni. Csak két esetben sikerült állatkisérletekben tetanust előidézni. Elfelejtette felemliteni az idő rövidsége miatt, hogy betege kapott tetanus antitoxint subcutan, de nem használt, a beteg fulminansan pusztult el ép úgy, mint a többi 5 gelatin injectio után fellépett tetanus-eset. Hogy intracranialisan kellene injiciálni, azt hiszi, az czélszerűbb volna. Az irodalomban az igy kezelt esetek sem mutatnak túlkedvező arányt. Kedvezőbbek azon esetek, melyekben a roham későn tört ki. A Korányi által emlitett Quincke-féle punctiot az erős opisthotonus miatt nem igen lehet applikálni; az ő esetében szóló segéde végezte a punctiot, de itt igen gyenge volt az opisthotonus. Deutsch László ajánlata a gelatina-sterilizálást illetőleg megszivlelendő.

Hochhalt Károly: Genersich tanárral szemben hangsúlyozza, hogy malariára semmi támpont sem volt, sem az anamnesisben, sem a jelen állapotban. Plasmodiumok a vérben nem voltak, mig a haematologikus vizsgálat határozottan Banti-féle betegség mellett szólott és ez a splenectomiát indikálttá tette.

Salétromsavmérgezés által okozott heges pylorusszükület operált és gyógyult esete.

Fischer Aladár: K. J.-né 23 éves nőbeteg mult év deczember hó 22-dikén öngyilkossági szándékból az aranyművesek által használni szokott salétromsavból ivott. 1902. január 10-dikéig otthon kezelték; ekkor a Szt. Rókus-kórház I. belgyógyászati osztályára vétette fel magát, honnan január 23-dikán a Szt. Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló II. sebészeti osztályára helyeztetett át.

Jól fejlett csontrendszerű, a legnagyobb mértékben lesoványodott és igen elgyengült beteg. Mellkasi szervek épek; nyelés szabad, azonban a lenyelt ételmennyiséget már rövid idő mulva kihányja. Has beesett, gyomortáj érzékeny. Tekintettel az anamnesisre és a gyomor ételbefogadó képességének majdnem teljes hiányára, biztos volt, hogy betegnél a salétromsav által okozott hegesedő gastritis folytán létrejött megkisebbedésével az egész gyomornak és a pylorus heges stenosisával áll szemben, mint a minő eseteket Eiselsberg és legújabb időben Cackovič ir le. Tekintettel a beteg lehanyatlott állapotára, mely a hosszas tétovázást nem engedte meg, a betegnél sürgősen laparotomiát végzett bemutató, mikor is kiderült, hogy az egész gyomor megkisebbedett, fala vastagabb és tömöttebb, a pylorus erősen hegesedett és az ujjat be nem fogadja. Ilyen esetekben természetesen első sorban gastroenterostomia, és ha ez kivihetetlennek mutatkozik, jejunostomia jönne számba. Hogy ez utóbbi műtét, mely a beteget egy bélsipoly kellemetlenségének teszi ki, lehetőleg kerülendő, természetes. Ép ezért bemutató a betegnél gastro-enterostomiát végzett Wölfler szerint. A Hacker-féle gastro-enterostomia ily esetekben a gyomor kicsisége és nehéz előhúzhatósága miatt igen nagy nehézségekbe ütközik. A jejunum-kacs odavarrásánál bemutató ismét az általa használni szokott műfogást alkalmazta, melytől már 10 esetben látott — quoad circulum — kifogástalan eredményt. A lefolyás idealis volt, a hányás a műtét után rögtön teljesen megszünt. Jelenleg a beteg táplálkozása zavartalan, és teljesen megerősödve, testsúlyban meggyarapodva hagyja el a kórházat.

(V. bemutató ülés 1902. márczius 5-dikén.)

Elnök: **Schrodt Antal.** Jegyző: **Juba Adolf.**

Elnök az ülést megnyitja. Az ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Rákosi és Rózsavölgyi kartársakat.

Súlyos lupus vulgarisban szenvedő betegek.

Nékám Lajos: Az esetek nem képeznek raritásokat és ezt sajnálattal kell constatálnunk oly bajnál, melynek kifejlődését is, elterjedését is alá lehetne szállitani kellő energikus, általános hatósági és esetről esetre való specialis orvosi intézkedések által. Mégis a megszokottnál valamivel gyakoribbnak, fellépésükben valamivel pusztitóbbnak, elhanyagoltaknak látszanak jelenleg esetei és ezért mutatja be őket.

1. M. L. 49 éves munkásnőnél az orrnak ismeretlen tartamú affectioja után 13 év óta halad az arczon a folyamat és jelenleg a glabella, felső ajak, ossa zygomatica közötti részt foglalja el. A porczos orrsövény nagy része denudált, sőt hiányzik, az orr nyilásai feltártak. A locus Kisselbachii helyén — Polacsek dr. szerint — mindkét oldalt egyenetlen felületű duzzanatok vannak és intumescentia tuberc. septi cartilaginei. A beteget f. é. január 3-dikán chloroformnarcosisban paquelineztük, azután sokáig tejsavas bedörzsöléseket kapott, naponkénti 2% kal. hypermanganicum borogatásokkal *Butte* szerint. A képződött nagy sebfelület lassan granulált, most sima, élénk vörös, alig infiltrált — megérett az operatio ismétlésére.

2. K. E. 16 éves tanoncz fél év előtt jött a klinikára lupus tumidus regionis auricularissal, mely a jobb fület annyira elborította, hogy az minden átmenet nélkül ment át környezetébe. Háromszor paquelineztük, utoljára február 19-dikén narcosisban, s azóta lassan, de lényegesen javul állapota. Jelenleg recens a seb, granulatio még nem mutatkozik a naponkénti tejsavas bedörzsölés miatt; kal. hypermang. borogatásokat is naponta kapja.

3. N. J. 14 éves napszámos február 11-dikén került az osztályra, ezelőtt kezelésben nem részesült. A test legnagyobb része el van boritva részben befejezett, részben még burjánzó, ulcerálódó, vagy hámló luposus plaqueokkal vagy göbökkel. Az egész bal kar, nyak, orr környéke és az arcz alsó részei, a bal czomb, alszár, láb, de különösen az oldalak óriási plaqueokkal vannak boritva, melyek egyes helyeken teljesen el vannak hegedve, spontan gyógyultak vagy csak vékony serpiginosus sávra redukálódtak, másutt, igy a bal kézen, verrucosus excrescentiákat képeztek, a mélyebb szöveteket, csontot, csonthártyát is ellepték és ankylosist teremtettek. Február 19-dikén kezdetett meg a kezelés, chloroformnarcosisban paquelin. Előreláthatólag sok ülésre lesz szükség. A beteg láztalan, belső szervei épek.

4. B. J. 16 éves napszámos még súlyosabb eset, évek óta húzódott az orr hegyén és szárnyain a folyamat, másfél év előtt lépett fel a kevéssé intelligens szülők bemondása szerint a test többi részein a folyamat fel, mely azóta ott nagy pusztitásokat végez. 1—2 tenyérnyi, livid, hámló, gyűrüs, közepükön gyógyuló plaqueok boritják a baloldalt, bal geuteust, czombot, mindkét alszárat. A kiindulási ponton, az orron, mélyreható, deformáló destructio. Az egyén eddig komoly kezelésben nem részesült. Két hét előtt került az osztályra. Székács főorvos nem talált belső szerveiben elváltozást, ezért február 18-dikán történt nála az első paquelinezés.

5. és 6. eset igen tanulságos, mert ha a beteg bemondásainak hitelt lehetne adni, állapotuk súlyosbodása összefüggene a rajtuk végzett therapiás beavatkozásokkal. Az egyik J. V. 19 éves napszámos 1893 óta beteg, de 1895-ig, mig lapissal nem kezelték, alig volt látható az elváltozás, mig ez óta és az 1897., 1898. és 1899-ben vidéken megejtett lapisolások, kaparások stb. után mindannyiszor prompt rosszabbodások és visszaesések mutatkoztak. A beteg még csak most került hozzánk. Tanulságosabb a másik (6.) eset, K. L. 16 éves leány esete, kinek baja 13 éve tart, de tavaly nyárig egy kis plaquera szorítkozott a jobb láb belső bokájának táján. Vidéki kórházban ezt kikaparták. E helyen most callosus heg ül, az alszáron azonban e félév alatt sok száz verrucosus, pontszerű, lencsényi, krajczárnyi göb keletkezett s a nyirokpályák infectiojának jeléül elephantiasis mutatkozik.

(Vége köv.)

PÁLYÁZATOK.

Libetbánya nagyközség f. évi junius hó 20-dikától augusztus hó 25-dikéig terjedő időre **községi orvoshelyettest** keres. Díjazás százhatvan korona havonta, szabad lakás és a praxis.

Érdeklődők junius hó elsejéig Libetbánya nagyközség elöljáróságánál jelentkezzenek.

Libetbánya, 1902. évi május hó 4-dikén. 3—2

3405/1902. szám.

Seprős, Kerülös és Apáti községekből **Seprős** község székhelylyel alakított egészségügyi körben üresedésbe jött, **körorvosi állásnak** választás útján leendő betöltésére határidőül folyó évi junius hó 11-dik napjának d. e. 10 óráját Seprős községházához kitűzöm.

Pályázni óhajtókat felhivom az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényüket **folyó évi junius hó 3-dik napjának d. u. 5 óráig** hozzám nyújtsák be. A körorvos javadalmazása: 1700 korona készpénzfizetés, betegek látogatásáért esetenkint nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér. Seprősön, mint a kör székhelyén halottkémlést teljesiteni tartozván, azért esetenként 40 fillér dijazást nyer.

Kisjenő, 1902. évi május hó 22-dikén.

2—1 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

1530/1902. szám.

Gyula-Varsánd és Nagy-Pél községekből szervezett **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Javadalmazás 1600 kor. évi fizetés és a községek által megállapitott látogatási dijak.

Az orvos eddig kézi gyógyszertárral birt, a kézi gyógyszertár megszerzése tehát a megválasztandó orvosnak is kilátásba helyeztetik.

A pályázati kérvények hozzám **junius 16-dikáig** nyujtandók be.

A választás Gyula-Varsándon mint székhelyen junius 18-dikán d. e. 1/2 12 órakor tartatik meg.

Elek, 1902. évi május hó 28-dikán.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

2557/1902. ki. szám.

Ondód községben lemondás folytán üresedésben jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni szándékozókat, miszerint az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesitést feltüntető okmányokkal felszerelt kérvényüket **folyó évi junius hó 25-dikéig** bezárólag a moóri főszolgabirói hivatalhoz beadják.

Az állás javadalmazása 1200 kor. évi törzsfizetés, éjjel, nappal 1 korona látogatási dij, esetenként 60 fillér halottkémleti dij, a hüsszemléért a vármegyei szabályrendeletben megállapitott dijak szedhetése és a község által gondoskodandó és fizetendő 3 szoba, konyha, szükséges mellékhelyiségekből álló szabad lakás, a nyilvánvaló szegények ingyen kezelendők.

A választás határidejéül folyó évi junius hó 26-dik napjának d. e. 9 óráját Ondód községházához kitűzöm.

Moór, 1902. évi május hó 27-dikén.

Korách Sándor, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Junius				
5.	kh. m. o.	Arad	1600 k.	Dalnoki N. Lajos, alisp.
6.	közs. orv.	Császártöltés	1000 k. és lakás	Szilassy fszb., Kiskörös
9.	körorvos	Feketeerdő	1200 k.	Boguthy főszb., Halmi
15.	városi o.	Krupió (boszn.)	3000 k.	Hussein beg, Krupić.
15.	alorvos	Érsekújvári kh.	1200 k. és lakás	Kramolin főisp., Nyitra

HIRDETÉSEK.

Marienbad Zander-intézet.

Modern berendezett intézet, **svéd gyógygymnastika, massage, vill. fényfürdők. Hőlég-fürdők; a marienbadi kúrák kitünő kiegészítése.**

Tulajdonos és orvosi vezető: **Med. Dr. Eduard Kraus.**

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás



Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgyđara és **köszvénybántalmak** ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek **hurutos** bántalmainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Dr. Brehmer TÜDŐBETEG-GYÓGYINTÉZETE Görbersdorf Sziléziában.

Téli és nyári kurák ugyanoly sikerrel.

Főorvos: **Dr. Petri**, titkos tanácsos, dr. Brehmer volt segédje.

Prospectusokat díjmentesen küld a gondnokság.

BAD HALL országos gyógyfürdő Felső-Ausztriában.

Elsőrangú jodbromfürdő

a havasok közt.

Javalatok: **Valamennyi scrophulosus és nemi betegség.**

Legmodernebb gyógyeszközök. Értesítést küld

a fürdőigazgatóság.

Dr. FÜZESSY és Dr. BAZSÓ

nyilvános borjú-himlőnyirk intézete, a m. kir. államvasutak egyezm. szállítói

Hevesen.

Szállit **biztos fogamzású nyirket** következő árakon:

100 egyénre 6 korona, 50 egyénre 3 korona.

SEMMERING Vízgyógyintézet és magaslati kúra.

835 méter a tenger szine fölött.

(Télen Meran.) Prospektusok kivánatra.

Dr. Ballmann.

TOÓSZ

Elsőrangú klimatikus gyógyhely,

hidegvíz-gyógyfürdő

(Abauj-Tornamegye)

fekszik 2000 méterre a tenger szine fölött, fenyvesek között, a szelek ellen teljesen védett völgyben. Klimája enyhe, levegője tökéletesen pormentes, sétányai gondozottak, ivóvize páratlan és tavaszi meg őszi időjárása kellemes. Az észszerű **hidegvízgyógymód, villanyozás, massage** és **tejgyógymód Czirfusz Dezső dr.** egészségügyi tanácsos (ki télen San-Remoban gyakorló orvos) főfelügyelete alatt alkalmaztatnak.

A szobaárak igen mérsékeltek. Az ellátás kitünő és olcsó. Az **elő- és utóidény** alatt jelentékeny árleengedés.

Fürdőévad: május 15-től szeptember 15-ig.

Posta-telefon helyben. Utolsó vasúti állomás **Meczenzéf.** — Prospektust bérmentesen küld **a fürdőigazgatóság.**

TÁTRA-SZÉPLAK (Westerheim).

Magaslati gyógyhely, vízgyógyintézet és nyaraló-telep, fekszik 1000 m. t.-f. magasságban, fenyvesek között, 3 kilométernyire Tátra-Füredtől. — Modern berendezés. Központilag fütött vízgyógyintézet. **Szénsavas fürdők.** — **Indicatiók**: idegbántalmak, **Basedowkór.** Malária. Chlorosis. A légzőszervek hurutos bántalmai és hűlésre való hajlam. Edzés és üdülés. Fürdőorvos: **Dr. Guhr Mihály.** Saison május 1 től október 20-ig. **Olcsó árak.** Bővebbet a

Fürdőigazgatóság

Tátra-Széplak, p. Tátra-Füred.

Bártfa-fürdőn ez idén is — 1887 óta — hivatalos fürdőorvosként folytatja praxisát:

Dr. Hintz Henrik

az orsz. közegészségi tanács tagja, vm. tb. főorvos, **nő- és gyermekgyógyász.**

Budapesti lakczime: I., Uri-utcza 10.

BUTOR készpénzért v. részletfizetésre legjutányosabb áron

EHRENTREU és FUCHS

testvéreknél

BUDAPEST, VI., Teréz-körút 8.

Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

Fogászati kurzust

kezd junius elején az Irgalmas-kórház fogászati osztályán Dr. Antal János főorvos, az egyetemi fogászati klinika volt tanársegédje. Jelentkezni lehet levélileg vagy személyesen a kórházban vagy a magánlakáson: IV., Zsibáros-utcza 1.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

Tisztelettel értesitem a t. kartárs urakat, hogy fürdőorvosi gyakorlatomat

= Franzensbadban =

megkezdettem.

Dr. CUKOR MIKLÓS, nőorvos

Kaiserhof, Parkstrasse.



Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

LÁPSO száraz kivonat rekeszekben à 1 kg. | LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben à 2 kilo.

Főraktár:

ÉDESKUTY L.

ásványvíznagykereskedés,

— cs. és kir. udvari szállító —

BUDAPESTEN.

LUBLÓ-GYÓGYFÜRDŐ.

Szénsavas-, vasas és mórfürdők.

Vasas források, felette dúsak szénsavban. Ivó-, fürdő- és területi gyógymód, kitünő sikerü **vérszegénységnél, az idegrendszer idült bajainál, szivbántalmaknál, általános gyengeségnél, súlyos betegségek, testi és szellemi túlerőltetés után, különösen pedig női bajoknál. Portól mentes, védett fekvés** (556 m.). **Kiterjedt fenyves erdők között.**

Állandó fürdőorvos: **Dr. Platzer Sándor volt egyet. tanársegéd, Kézmárszky tanár udv. tanácsos, egyetemi női klinikáján.**

Kitünő vendéglő jutányos árak mellett, étkezés à la carte vagy penzióban. — **Pósta- és távirdaállomás. — Zónajegyek.** Elő- és utóévadban tetemes árkedvezmény lakás, fürdő és étkezésnél.

Szobák hetenkint 10 kor., étkezés penzióban 20 koronától kezdve. Prospektust küld és bővebb felvilágositással szolgál

az uradalmi fürdőgondnokság.

Lubló-fürdőn (Szepes megye).

Negyvenhatodik évfolyam. 23. szám. *Budapest, 1902. junius 8.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Sellei József: Jodkalium után fellépett „thyreoiditis acuta“ esete. 376. lap.

Preisich Kornél és Schütz Aladár: Közlemény a Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay J. egyet. tanár.) A gyermekek tuberculosissal való fertőzésének módjai és azok megelőzése. 377. lap

Jacobi József: Közlemény Purjesz Zsigmond egyet. ny. r. tanár helgyógyászati klinikájáról Kolozsvárt. Typhus-bacillusok megjelenési viszonyairól a vizeletben. 379. lap.

Tárcza. Babaczi Schwartzer Ottó: Az elmegyógyintézetek ablakrendszerének kérdéséhez. 382. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Szili Jenő**: A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben. 383. lap. — *Könyvismertetés. J. Baedeker*: Die Arsonvalisation. (Hudovernig.) 384. lap. — *Jessner*: Dermatologische Heilmittel. (Poór.) 384. lap. — *Engel*: Leitfaden der klinischen Blutuntersuchungen. (Ifj. Elischer Gyula.) 384. lap. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Mieszarowszky*: Béldesinfectio. (Benedict.) — *Spolverini*: A jod 5%-os olajos oldatának alkalmazása. (Benedict.) — *Gordon*: Az organikus és anorganikus szivzörejek intensitása különböző helyzetekben. (Benedict.) — *Fraser*: A cacodylsavas sók gyógyászati alkalmazása. (Benedict.) — *Beddard* és *Pembrey*: Az epesavak kimutatásának módja. (Benedict.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Réthi*: A Highmor-üreg radicalis műtéte. (Tövölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Siecke*: Scarlatina gyógykezelése. — *Tauszk*: Salochinin. — *Folyóiratok átnézete.* 385—387. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Réczey tanár díszoklevele. — A Rókus-kórház I. sebészeti osztálya. — A kolozsvári egyetem orvosi kara. — Fürdőorvosok. — Az országos orvosi szövetség idei congressusa. — Felszólalások a felsőházban közegészségi ügyekben. — Kérelem. — Lakásváltoztatás. — Figyelmeztetés. — Megjelent. — Elhunyt. 387. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. 388. lap. — Közkórházi orvostársulat. 388. lap.

Melléklet: F. Hoffmann-La Roche & Cie gyárosok Thigenol „Roche“ című prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Jodkalium után fellépett „thyreoiditis acuta“ esete.

Közli: *Sellei József* dr., v. bőrkórtani klinikai tanársegéd.

A *thyreoiditis acuta* a legritkább megbetegedések közé tartozik. *Ewald*[1] classikus munkájában részletesen leirta e betegség tüneteit, lefolyását, miért is arra utalok és ezen alkalommal, mint a különös kórok folytán ritkán fellépő bántalom rövid leirására szorítkozom.

B. V.-né, 24 éves, hivatalnok neje, 1901. november havában luest acquirált, a midőn 30 bedörzsölést végzett. A bedörzsölések befejeztével körülbelül négy hét mulva jodkalit rendeltem a betegnek (5·0 : 100·0), a mely orvosságból még aznap este egy evőkanállal vett be, majd reggel ugyancsak egy evőkanállal. A déli órákban, a midőn a harmadik evőkanálnyi mennyiséget kellett volna bevenni, a már reggelfelé beállott nátha, nyelési nehézségek és a nagyobbfokú láz miatt az orvosságot bevenni nem volt hajlandó, e helyett lakására hivatott engem; ott nála a következőket constatálhattam:

Jelen állapot, 1902. január 22. A nagyfokú náthában *(jodnátha)* szenvedő betegnél magas láz, fejfájás van jelen. A nyakon, a thyreoidea táján erősen kiemelkedő duzzanat látható, mely felett a bőr feszes. A duzzanat a thyreoidea bal és jobb lebenyére terjedt, és nyelésnél, lélegzetvételnél az illető nyakmozgásokat követi. Tapintáskor a duzzadt thyreoidea csak kevéssé fáj.

A beteggel a jodkalit kihagyattam és a szokásos antiphlogistikus eljárást alkalmaztam. Másnap a duzzanat valamivel csökkent, azonban náthát és hőemelkedést (39°) még mindig észleltem, nyelési nehézségek még szintén fennállottak, s a beteg a folyékony eledelt is csak nehezen tudta lenyelni. A harmadik és negyedik napon a hőemelkedés még egyre fennáll, azonban az eddig tetemesen megnagyobbodott thyreoidea körvonalai már nem oly élesek, a duzzanat kisebbedik, a fájdalom tapintáskor csak igen csekély. A betegség hetedik napján kisfokú láz még mindig tart, a thyreoidea kissé kitapintható, végre február 2-dikán, midőn a beteg rendelésemre maga jött el, a bántalom teljesen elmult, a restitutio teljesen helyreállt.

Összegezve tehát a tüneteket, látjuk, hogy egy 24 éves lueses nőbetegnél két evőkanálnyi jodkali után lázas mozgalmak közepette megduzzadt a thyreoidea, mely kevéssé fájdalmas; a duzzanat körülbelül nyolcz napig áll fenn, a midőn állandó hőemelkedés és nyelési nehézségek mellett a duzzanat lassanként csökken és végre a tizedik napon teljesen elmulik. Légzési nehézségeket a duzzanat nem okozott. A klinikai jelek ez esetben az *acut thyreoiditis* képét mutatták, úgy mint azt Ewald említett monographiájában leirva találjuk.

A bennünket érdeklő kérdés már most az, vajjon nem volt-e a betegnél már régebben *struma* jelen, mely a fenforgó okok következtében lobosan elváltozott, vagyis nem lépett-e fel *acut strumitis?*

Ez azonban már előre ki volt zárható, a beteg sem szolgáltatott erre nézve positiv adatokkal, s magam, ki a betegnek nyaki mirigyeit a recens syphilis folytán több izben megvizsgáltam, sem constatálhattam ezen vizsgálatok alkalmával strumának valamely jelét. A thyreoiditist így megállapítván, a kórokozó momentumok közé a *luest* is fel kellett vennünk, mivel a thyreoiditist közvetetlenül syphilistől eredőnek is lehetett volna felfogni.

Tudjuk, hogy az acut thyreoiditisek legtöbb esetben bacillaris megbetegedések, vagyis, hogy a thyreoidea lobja metastasis folytán keletkezik. Igy már Ewald előbb említett munkájában néhány esetet találunk feljegyezve, a midőn specifikus mikroorganismusok okozta megbetegedésekhez a thyreoidea metastatikus

[1] *Ewald*: „Die Erkrankungen der Schilddrüse etc. Nothnagel's Specielle Pathologie, XXII. kötet, 1896.

lobja járult; nevezetesen azt említi Ewald, hogy Colzi, Baatz, Dupratz, Kocher, Tavel, Jeanselme és Spirig az Ebert-féle typhusbacillust, Gérard-Marchant, Tavel, Lion, Durant a diplococcus pneumoniae-t, Navarra és Jeanselme pedig a streptococcust találták. Korányi Frigyes typhus-esetben a reconvalescentia kezdetén hőemelkedések közepette észlelt thyreoiditist. Ezen alapon valószínünek kell tartanunk, hogy syphilises thyreoiditis ily metastasis úton jöhet létre.

Jelen esetünkben azonban a thyreoidea megbetegedése közvetlenül a *jodkali* bevétele után lépett fel és így ezt mint a különben is fellépett acut jodismus egyik tünetét kellett felfognunk és értelmeznünk.



Felvétel a betegség 3. napján.

Ismeretes, miszerint a jodalkaliák a szervezetbe jutva, gyorsan szívódnak fel és az esetek többségében úgy látszik a leváló és így szabaddá lett jod, avagy talán a jodsav folytán mérgezési tüneteket idézhetnek elő, melyeket jodismus elnevezés alatt foglalunk össze. Az acut jodismus tünetei közé némely mirigy megbetegedése tartozik, így újabban *Fürth*[1] közöl egy esetet, a midőn egy 52 éves nőbetegnél jodnatrium után (natrii jodati 5, aquae dest. 150) két evőkanálnyi mennyiségnél magas láz mellett a parotisnak duzzanata, acut parotitis lépett fel. Ez esettel bizonyos analogiában áll az imént vázolt esetünk, itt is hasonló ok hozta létre a mirigyduzzanatot és a jodkali kihagyása után a lobos tünetek lassanként visszafejlődtek; az eset érdekességét emeli az, hogy mint egy typikus és bacillaris úton létrejött thyreoiditis, ez is körülbelül nyolcz napig állott fenn.

Közlemény a Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay J. egyet. tanár.)

A gyermekek tuberculosissal való fertőzésének módjai és azok megelőzése.

Közlik: *Preisich Kornél* dr., Stefánia-gyermekkórházi rendelő-orvos, laboratoriumi főnök és *Schütz Aladár* dr. kórházi segédorvos.

(Vége.)

Rátérünk ezután a lakásban követendő prophylactikus intézkedésekre. Láttuk, hogy az 1—6 éves korú gyermekre a lakás szennye képezi a fertőzés leggyakoribb és állandó veszélyét nem csak akkor, ha nyilt tuberculosisban szenvedő egyén tartózkodik benne, hanem sokszor még ellenkező esetben is. Más helyen fejtettük ki, hogy miként. Ezért tartanók szükségesnek a lakásnak gondos fertőtlenítését mindazon esetekben, hol a tuberculosus egyén elhalálozott vagy a mikor tuberculosus egyén a lakásból máshová költözött. A fertőztelenítést kötelezővé kell tenni és ennek rendszeres kiviteléhez minden nyilt tuberculosisban szenvedő beteg bejelentését s így nyilvántartását is. A fakultativ bejelentés vagy fertőztelenítés a mi szemünkben csak nagyon csekély jelentőségü. *Ollivier* et *Arthaud* már 1891-ben proponálták a fertőztelenítést, *Dujardin Beaumetz* 1893-ban ugyancsak kivánja, 1895-ben Párisban 9787 esetben végeztek már desinfectiot. Az Egyesült-Államokban *Michigan* állam már 1893-ban kötelezővé tette a tuberculosisnak hivatalos bejelentését, New-Yorkban és egyéb amerikai városokban kötelező a fertőztelenítés is.

Fertőztelenítenek tuberculosisnál Norvégiában, Szászországban. A bejelentés és fertőztelenítés szükséges voltát a legutóbbi londoni congressuson is hangsúlyozták. A fertőztelenítés természetesen az óvintézkedésnek csak egy kicsiny része. A szegénység és tudatlanság nagyfokban járulnak hozzá a fertőzés létesítéséhez.

A szegénység okozta zsufoltságon és ebből származó tisztátalanságon, valamint nyirkos, sötét lakások káros befolyásán csak a lakáshygiene rendezése segíthet.

Ennek szükséges voltát senkisem ecsetelheti meggyőzőbben, mint *Farkas* tette 1895-ben.

Ministeri rendelet a lakásviszonyok javítását sürgeti. E helyen még egy körülményre hívnók fel a figyelmet. Budapesten az emberek csupa kaszárnyaszerü bérházban laknak és ezen házak csaknem kivétel nélkül nyilt folyosóik által szerencsétlenségünkre lehetővé teszik ezeken a porolást, reggel 8 órától 10-ig azon szabadalommal bir minden lakó, hogy szobája porát az alatta lévő lakó szobájába hintse. Kimutattuk a szoba porának veszedelmes voltát, tudjuk azt, hogy külföldön, Angol-, Franczia-, Németországban sem ezen épitési mód, sem az ezzel járó káros szokás nem divik; lehetségesnek tartjuk tehát, és ezért okvetlen keresztülviendőnek, hogy ezen miseriát hatóságilag szüntessék be. A mint a szőnyegek stb. tisztogatását külföldön más helyen is tudják végezni, úgy fog ez nálunk is sikerülni.

Tudatlanság következtében gondatlanok az emberek és a fertőzés lehetőségét ott is növelik, a hol ellene cselekedhetnének. Tanítani kell tehát a nagy közönséget. Anglia-, Német-, Franciaországban, Belgiumban a tuberculosis ellen alakult egyesületek oktatják a népséget, Norvégiában az országgyülés neveli ily irányban a társadalmat. Népszerü felolvasások és utasításoknak kézbeadása volna szükséges addig, míg a közönség gyermekkorától fogva az iskolában meg nem tanulja, hogy a különböző fertőzési módok ellen miként védekezhetik. E czélból végre általánossá kellene tenni az iskolákban a hygiene tanítását. Az embereknek bele kell élniök magukat a tisztaságba és a hygiene egyéb követelményeinek üdvösségébe. A tanítást már az elemi iskolákban kell megkezdeni, a tanítókat az itt szükséges hygiene tanítására kell képesíteni. Nocard a tantermekben „Ne köpjön a padlóra“ czímü feliratokat kiván. A fogékony gyermeklélekben az ily tanítás az egész életen át nyomot hagyna. Az elemiben megkezdett hygiene tanítást minden további iskolában folytatni kell.

Szülők, tanítók, őrizők, gondozók figyelmét a gyermek-tuberculosis gyakoriságára fel kell hivni, ki kell őket tanítani, kezükbe utasításokat adni, miként óvhajtják meg a fertőzéstől a gondjukra bizott gyermekeket. Az utasítást, mint Derecq ajánlja, a szülő kezébe kell adni minden gyermek születésekor; másodszor, a mikor a gyermeket iskolába adja; hozzá tennők ehhez, hogy utasítást kell hagyni mindazon családoknál, a hol a tuberculosisnak bármily alakja előfordul; már ezért is hivatalból szükséges a tuberculosisnak nyilvántartása. Az utasítás népszerü stylusban részletesen foglalkozzék a fertőzésnek mindazon lehetőségeivel melyeket el lehet kerülni, az elkerülés módozataival.[1] Az 1898-diki ministeri rendelettel kiadott utasításokat nem tartjuk egészen megfelelőknek, miután általános hygienikus intézkedésekről szólanak, melyeknek rendezése egyes ember feladatát nem képezheti; ezt a megfelelő hatóságoknak kell elvégezni.

Az egyes emberrel inkább azt kell megismertetnünk, a mire ő maga képes, ilyenekre az utasítás csak alig terjeszkedik ki. Mi is elismerjük, hogy a sanatoriumi tanítás a legeredményesebb, de erre magára még Németországban sem támaszkodhatnak, a hol évenként 20,000 tuberculosust gyógykezelnek külön kórházban.

Szükséges tehát a hygiene széleskörü tanítása az iskolában, mint erre *Friedrich* is rámutatott, de *részletes* népszerü utasításokra is van szükség azok kezébe tudniillik, kiket ez megillet.

Láttuk, hogy a szobában való tartózkodás arányában a gyermekkori tuberculosis gyarapodik, lehetővé kell tehát tennünk azt, hogy a gyermek sokat lehessen a szabadban. Szabad levegő, nap-

[1] Fürth: Wiener klin. Wochenschrift, 1901. 1103. oldal.

[1] L. Egészség, 1902. Preisich és Schütz: Utasítás szülők és minden felnőtt egyén részére.

sugár, szabadban játszás közben végzett izommunka nagyban fokozzák a gyermek ellenálló képességét. Városokban tehát minél több pormentes, gyepes játékteret kell létesíteni. Ott a hol a szülők napi elfoglaltságuk miatt gyermekeikre nem ügyelhetnek, ott bölcsődék, óvodák igénybevételét kell tanácsolni és sürgetni. A gyermekek itt felügyelet mellett játszhassanak a szabadban télennyáron. Hangsúlyozzuk, hogy nyilt csont- vagy mirigy-tuberculosisban szenvedő gyermekek se a játszó terekre, se az óvodákba ne bocsáttassanak, egyéb ide vonatkozó tuberculosis ellen való óvintézkedéseket, mint köpőcsészék (különösen a felnőttek részére) stb., mi nem említünk, miután ezek az eddigi ministeri utasítások alapján szabályozandók.

Nagy szolgálatot tehetnének a szegény gyermekek egészsége ügyében azzal, ha a munkásosztály lakta városrészekben a bölcsődéket s óvodákat úgy rendeznék be, hogy azon gyermekek, kik szüleik elfoglaltsága miatt otthon gondozás nélkül maradnak, reggelin és vacsorán kivül esetleg az óvodában étkezhetnének. Ha pedig a gyermek otthon tartózkodása egészségére nézve káros lenne, orvosi bizonyítványnyal éjjelre is ott tartható legyen, gondoskodva felügyeletről s fekvő helyekről. Meg kell állapítani az ily gyermekeknek megfelelő legolcsóbb étlapot és rendet, ennek előállítási költségeit, ezt a szülők legtöbb esetben szivesen fizetnék, ha azon megnyugvásuk lenne, hogy a háztól gond nélkül távozhatnak. A szülők kenyérkeresetét, a gyermekek egészségét mozditanók így elő és ha némely esetben a gyermek eltartása a községet vagy várost terhelné is, ezen áldozat mértéke a jótétemény értéke mögött messze elmarad. Míg külföldön szükségét látják annak, hogy népkonyhákat állítsanak gyermekek részére is, nálunk fent említett intézkedéssel, melyet legfeljebb némely népiskolára is kiterjeszthetnének, sokkal jobban szolgálhatnak a czélnak. Budapesten már eddig is létezik hasonló czélú intézmény a Józsefvárosban.

De ez legfeljebb csak azt bizonyítja, hogy ilyeneket széles körben kell létesítenünk. Legújabban a terézvárosi iskolaszék kérelmére a közoktatási bizottság valamennyi iskolaszéket felhivta, gondoskodjék, hogy a gyermekek délben felügyelet alatt legyenek, a kerületi jótékony egyesülettől ebédet nyerjenek. Az 1891-diki XV. törvényczikk kisdedóvók déli étkezését felemliti!

Valamint a hat éven aluli gyermeknél törekszünk arra, hogy lakószobájából kikerüljön, úgy törekedjünk az iskolás gyermeknél is, hogy lehetőleg jusson ideje szabadban való tartózkodásra s szünidejét vagy ennek legalább egy részét töltse falúhelyen. E czélt szolgálják nálunk is, mint küfölödön, a szünidei gyermektelepek. Ezeknek áldásdús működése az elmult évben 734 fővárosi gyermeknek tette lehetővé a falun való üdülést. Remélhető, hogy ezen intézmény hatásköre a jövőben még jóval nagyobb lesz. Kivánatos, hogy a végrehajtó bizottság azon terve, hogy a középosztály gyermekeit mérsékelt napidij mellett (átlag 1 korona) nyári üdülésben részesíti, mennél sikeresebben megvalósuljon. Németországban 1898-ban 15,400 gyermek élvezte hasonló intézmény áldását. *Bion* zürichi lelkész léptette életbe 1876-ban a szünidei gyermektelep-intézményt. Míg azon évben 68 gyermek, addig 1898-ban 53 coloniában már 2930 gyermek nyert elhelyezést. *Schmid Monnard* három heti falun tartózkodás után a testsúly és tüdőcapacitas egy évnek megfelelő növekedését észlelte. Ezen intézmény nagy erkölcsi befolyást is gyakorol a gyermekekre s fontos nevelési factort is képez; különösen, ha az angol szünidei iskolák mintája valósul meg, melyet részletesebben nálunk már *Farkas* ismertetett. Közel áll ezekhez némely fővárosi árvaházunknak szép eredménynyel létesített nyaralótelepe. Kivánatos, hogy a tanév folyamán, a szünnapokon rendezett kirándulások, melyek vidéki városainkban jórészt ma is divnak, a fővárosi iskolákban is nagyobb tért hódítsanak, általánossá váljanak. Sok külföldi nagyobb városban ily kirándulások szokásosak.[1]

A felnőtt tuberculosus egyén addig, a míg munkaképes, nem igen birható arra, hogy családját elhagyja, kórházba menjen, de másrészt kellő utasításokkal s felvilágositással többé-kevésbbé rá volna birható, hogy váladékát pontosan felfogja s vele családját, a mikor otthon van, ne fertőzze. A párisi *Assistance publique* ezen czélra szegényeknek ingyen köpőcsészéket osztogat. De a phthisikus ember, ki már munkaképtelen és oly viszonyok között él, hogy a lakásban családjától vagy lakótársaitól el nem különíthető, az ilyent okvetlen kórházba kell szállítani, ép úgy, mint a himlős vagy vörhenyes és egyéb fertőző beteget, *ha otthon el nem különíthető*. Ugyanily elbánás alá esik a köpetet ürítő nagyobb tuberculosus gyermek is. *Frischmann* a kereskedelmi kórházban tüdőtuberculosus gyermekek számára külön osztály felállítását szorgalmazza.

A nyilt csont- és mirigy-tuberculosisban szenvedő gyermekek veszedelmes és káros voltát a környezetre kimutattuk. Eléggé indokolja ez ama követelést, hogy ezen betegek is *távolíttassanak el a családból* és helyeztessenek el kórházban, a hol gyógyulásuk a legtöbb esetben aránylag rövid időn belül lehetséges. Míg otthon éveken át fertőznek; betegek lévén, a szegényebb néposztályban a nyomort fokozzák. Hogy gyógyulásuk aránylag elég rövid idő alatt (3 hét — 6 hó) beállhat, azt külföldi sanatoriumok statistikáiból és némileg saját tapasztalatainkból tudjuk. Nálunk, mint már említettük, az ily gyermek kórházi ápolása ez idő szerint csaknem kivételes és ha felvételre kerül felnőtteknek szolgáló kórházakban, miután a gyermek specialis ápolást és ellátást igényel, vele csak vonakodva foglalkoznak. Kevés gyermekkórházunkban pedig indokolt a tuberculosus betegeknek gyér felvétele, mert különben ilyenek töltenék meg rövid idő alatt az összes kórtermeket. A sebészi tuberculosisban szenvedő gyermekek részére szolgáló franczia Berk sur Mer-i kórház, mely 600 ágyra van berendezve, *Cazin* kimutatása szerint 70·7% gyógyulást és 3·2% javulást mutat fel 423 napi átlagos otttartózkodás után. Tisztán sebészi tuberculosissal foglalkozó kórházakat különben alig találunk, számos sanatoriumban együtt találjuk a sebészi eseteket a többiekkel. *A családban a fertőzés egy hatalmas tényezőjének megszüntetése czéljából mi első sorban fontosnak tartanók egy külön kórház létesítését a sebészi, főleg nyilt tuberculosisban szenvedő gyermekek részére.* Egy 100 ágygyal berendezett kórházban évenként mintegy 4—600 ily beteg gyógyítható meg, ez által a nagy halandóság csökkenne, sok nyomorék létrejöttét meggátolnók, ugyanannyi családban a nyomort enyhítenők. Számos ember életét mentenők meg az által, hogy a fertőzés egy jelentékeny tényezőjét megszüntetjük. Az ily kórháznak nem kell sanatorium jelleget adni, sőt azt hinnők, hogy jobb, ha a város keretén belül létesül, a hol könnyen hozzáférhető. Ha ily kórház a hygiene követelményeinek egyébként megfelel, kellő kezeléssel a legjobb eredmények érhetők el. Szükséges, a mint azt *Korányi* tanár legutóbb kiemelte, külön rendelő intézeteknek felállítása gümőkóros betegek részére, a hol ily betegek korkülönbség nélkül a szükséges therapeutikus tanácsok vagy beavatkozások mellett további életmódjukra nézve tanításban is részesüljenek.

Franczia- és Németországban *(Althof)* poliklinikák fejtenek ki ily működést. Szegénysorsúaknak kötszert ép úgy kellene díjtalanul kiszolgáltatni, mint gyógyszert. Az 1898. évi XXI. törvényczikk értelmében a nyilvános betegápolási alap kötszer ingyenes rendelését megengedi. Az orvosok részére álljon rendelkezésre laboratorium váladékok díjtalan vizsgálatára, hogy a kórisme felállítása késedelmet ne szenvedjen. Nem sebészi tuberculosisban, hanem a gümőkór egyéb zárt alakjaiban szenvedő gyermekek részére, továbbá reconvalescens és tuberculosisra hajlamos gyermekek részére nagyfontosságú tengerparti vagy suburbain sanatoriumoknak létesítése. Külföldön sok helyen külön sanatoriumokkal találkozunk a beteg és külön a betegségre hajlamos gyermekek részére. Másutt a két intézmény egyesítve van.

Franciaországban betegek részére létesült sanatorium Ormesson (gyógy. 37—50%), Villiers sur Marne (gyógy. + javulás 58—59%) Hendaye. Arcachon 2—14 éves lymphatikus, anaemiás, scrofulás gyermekek számára 200 ágygyal (gyógy. 80%), Svájczban több kisebb sanatorium, Dániában Refsnaes (gyógy. 60%), Norvégiában Lysterfjord. Németországban néhány tengerparti „Kinderheilstätte“ mellett ily sanatoriumok létesítését sürgetik *Ewald, Vollmer, Heubner, Baginsky, B. Fränkel.* Üdülők és hajlamosak számára szolgál a franczia *Dollfus* asyl (54% gyógy., 39% javulás). Basel mellett egy Kinderheilstätte, a hol évenként 300, 5—15 éves gyermek átlag 1½ hónapot tölt. *Torkomain* dr. kezdeményezésére a szultán a Bosporuson emeltet kórházat tuberculosisra hajlamos gyermekek részére.

[1] Örömmel látjuk már a korrektura idejében, hogy némely óhajunk, mely e dolgozatban kifejezést nyert, a megvalósuláshoz közeledik.

Nálunk Csízen a debreczeni tanító-árvák sanatoriuma működik. Az idén a szünidei gyermektelep kisérletkép 25 úgynevezett scrofulás gyermeket egy havi tartózkodásra Lipikre küldött. Ugyancsak az idén emelt a Fehér Kereszt Országos Lelenczház-Egyesület Palicson, Szabadka mellett egy gyermek-sanatoriumot scrofulás lelenczek részére. Az első évben 60 gyermeken tapasztalták a szikső és konyhasós fürdők, levegő s jó táplálkozás meglepő eredményeit. Szegő dr. abbaziai magánsanatoriumában 1897—98-ban kezelt 49 tuberculosus, de főként tuberculosisra hajlamos gyermek közül gyógyult 23, javult 22.

A tenger melletti sanatoriumok előnyös voltát abból magyarázzák, hogy a gyógyulás intensitása nő, még pedig az által, hogy a sós levegő és víz, a napsugár a szöveteket izgatja, reconstruálja *(Houzel)*. A secretio megjavul (*Montenius*), a leucocyták phagocytosisa nő (*Deschamps*). A szegénysorsúakra a tengeri kúra gyorsabban hat, mert a régi és új életviszony közti ellentét nagyobb (*Houzel*). *Derecq* azt mondja: 15—20 napi vidéki tartózkodás elégséges, hogy a fertőző betegségből üdülő gyermek kinézése a meg nem ismerhetőségig megjavuljon, a betegség jelei teljesen elmuljanak. Azt mondja: „A heveny fertőzőbetegségekből reconvalescens gyermekeknek methodikus eltávolítása a városi atmosphaerából, ime a gyermek-tuberculosis prophylaxisának lényege". Városi épülő gyermeket vidéken egészséges családnál czélszerűen lehetne elhelyezni. *Brouardel-Landouzy* gyenge, anaemiás, lymphatikus, tuberculosisra hajlamos, tuberculosus szülőktől származó, de nem fertőző gyermekeknek falusi coloniákban való elhelyezését ajánlják. Nálunk a szünidei gyermektelepeket lehetne hasonló czélokra télen is felhasználni. Míg felnőtteknek szolgáló sanatoriumoknál, a mint azt *Derecq* összeállítása kimutatja, a klima nem bir nagy fontossággal, addig gyermek-sanatoriumoknak valószinűleg előnyösebb az enyhe klima, a tengerpart pedig különös előnyöket biztosítana. Fő dolog marad természetesen a szabad, pormentes levegő, jó általános hygienikus viszonyok megteremtése.

Végül a tápanyagok ügyében követendő prophylactikus intézkedésekről kell még néhány szót szólanunk. Egy jelentékeny tényezővel leszámoltunk, midőn kifejtettük hogy tüdőtuberculosisban szenvedő anya gyermekét ne szoptassa, sőt az ily gyermek elhelyezéséről hivatalból kell gondoskodni. A dajkaválasztásnál a tuberculosisra ügyelni kell. Másrészt hangsúlyozzuk, hogy mesterségesen táplált csecsemők a fertőzésnek kevésbbé képesek ellentállani. *Wick* kimutatta, hogy 703 tuberculosisban elhalt csecsemő közül csak 200 szopott. Következik ebből, hogy a hol csak lehet, igyekezzünk arra, hogy az anya szoptasson.

Körösy kimutatása szerint a házon kivül s mesterségesen táplált kisdedek tuberculosisa, a szülői körben tartott s emlőn táplált gyermekekéhez úgy viszonylik, mint 3 : 1-hez.

A tehér termékeinek mi, a mint kifejtettük, a nyilt tüdőtuberculosisban szenvedő felnőttek és nyilt csont- és mirigytuberculosisban szenvedő lakótársak által okozott direct és indirect fertőzés mellett mérsékelt szerepet tulajdonítunk, de a fertőzés lehetősége mellett foglalunk állást és épen ezért csak forralt tej, főtt vagy sült hús, tuberculinnal ellenőrzött tehéntejből nyert vaj élvezetét tartjuk megengedhetőnek. Legalább ép ilyen fontosnak tartjuk, hogy bármely fogyasztásra szánt táplálékot a szoba pora ne érjen, vagy a mikor gyermeknek nyujtják, azt ráfujás, kóstolás stb. útján ne fertőzzék.

A mi nálunk eddig a tuberculosis ellen történt, nem becsmérelendő, de nálunk is, mint legtöbb helyen a külföldön, különösen Németországban, arra törekedtek, hogy a felnőttek tuberculosisán segitsenek. Nálunk a munkáslakások rendezését, nyilvános kertek és sétányok létesítését, jó táplálkozást, teheneknek ellenőrzését, az alkoholismus leküzdését az 1898-diki ministeri rendelet szabályozza, mely középületek, kórházak, iskolák, közterek, gyülekező helyek megfelelő tisztaságát is kötelezővé teszi. *Korányi* sok évi fáradozása megteremtette nálunk is az első sanatoriumot felnőttek részére.

A ministeri rendeletből kifolyólag utasítások osztattak szét arra való tekintettel, hogy az egészséges ember miként védekezzék a tuberculosis ellen és egy másik utasítás arról szólt, hogy a tüdővészes egyén miként éljen.

Mi nem foglalkoztunk azon fertőzési módokkal, alkalmakkal és helyekkel, melyek által és a hol felnőttek hivatásuk közben tuberculosist szerezhetnek, mert erre nem vagyunk hivatva és az imént említett intézkedések alapján e téren nálunk is áldásdús tevékenység indult már meg. Szükségesnek tartjuk azonban ismételten hangoztatni a gyermek megvédését a tuberculosis ellen, mert a tuberculosis pusztításának csak e módon lehet gyorsan és alaposan gátat vetni. Élhetünk itt *Koch* szavaival: „Járványok leküzdésére a bajt gyökerénél kell megfogni és nem szabad az erőt mellékes és hatástalan intézkedésekre pazarolni". Hogy pedig a tuberculosis leküzdésében a gyermekkori tuberculosis meggátlása a gyökér, melyre hatnunk kell, azt ma alig lehet kétségbe vonni. *Ziemssen, Brouardel és Grancher, Heubner, Derecq* és mások is azt mondják, hogy a felnőtt tuberculosus egyének legtöbbje a gyermekkorban lett fertőzve.

És még egy tényezőről kell megemlékeznünk. Ha csak a felnőttek szemmeltartásával akarnánk a tuberculosis ügyén segíteni, akkor igazat kell adnunk *Kuthy*-nak, ki azt mondja, hogy sok pénz kell a tüdővész elleni sikeres küzdelemhez. De hogy csirájában fojtsuk el a bajt, ahhoz oly sok pénz nem kell. „Védekezés az infectio ellen a sarokpont", mondja *Korányi*, s ebben értetődik, hogy nem a már betegek gyógyítására kell a fősúlyt fektetnünk.

Az általunk felsorolt óvóintézkedések gyors és sikeres életbeléptetéséhez szükséges egy a tuberculosis védelmére orvosokból alakuló társaság, mert kell egy állandó mozgató erő ahhoz, hogy a munka előre haladjon.

Külföldön ott látunk sikeresebb működést a tuberculosis elleni küzdelem terén, a hol ilyen társaságok alakultak.

Nálunk Korányi tanár vetette fel azon eszmét, hogy úgy a budapesti orvosegyesület, mint a vidéki orvostársulatok tüdővészbizottságot, illetőleg szakosztályokat alakítsanak, melyek együttesen működjenek a tuberculosis elleni védelem terén. Másrészt ugyancsak Korányi tanár az, ki az ő általa 1896-ban létesített Erzsébet sanatorium-egyesület működése körét legújabban a tuberculosis elleni védelemre is kiterjeszteni és a vidék bevonásával a társadalmi actiot növelni kívánja. Korányi tanár ezen széleskörű kezdeményezéséből azon megnyugvást nyerhetjük, hogy rövid időn belül erős országos orvosi és társadalmi szervezet vállvetve fog küzdeni a magyar faj ez idő szerint legnagyobb ellenségével, a gümőkórral.

Közlemény Purjesz Zsigmond egyet. ny. r. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Typhus-bacillusok megjelenési viszonyairól a vizeletben.

Jacobi József dr. tanársegédtől.

(Vége.)

A 35 typhus-betegnél tehát összesen 173 egyes vizsgálat történt. Kitenyészett a typhus-bacillus 7 betegnél 30 alkalommal tehát a vizsgált esetek 20 százalékában. Megfelel ez körülbelül azon százaléknak, melyet az ide vonatkozó irodalom javarésze adatainak összegezéséből nyerünk, mint azt az alábbi táblázat, mely még bizonyos correctiokra szorúl, mutatja. Ezen táblázat középszázalékul 28-at ad. Számba veendő azonban az, hogy oly vizsgálók, kik positiv eredményt egy esetben sem találtak, e táblázatba nincsenek felvéve, mert az illetők legtöbbje nem említi fel, hogy hány esetben vizsgált. Csökkentheti továbbá a százalékot az, hogy a régebbi időből származó vizsgálatoknál könnyen jöhettek létre összetévesztések coli bacillussal. Végül az utolsó két szerzőről — mint már említém — nem tudom, hogy nem csak oly esetekben vizsgáltak-e, melyekben figyelmüket valamely tünet a vizelet esetleges typhus-bacillus tartalmára felhívta. Ezekkel szemben növelheti a positiv esetek százalékát az, hogy egyes esetekben a vizeletben levő typhus-bacillusok elkerülhették a vizsgálók figyelmét, egyrészt, mert talán igen kis mennyiségü vizeletet használtak a vizsgálathoz, másrészt, mert igen nagy időközökben végezvén a vizsgálatokat, rövidebb ideig tartó bakteriuriát elnézhettek.

	Vizsgálók	Vizsgált esetek	Positiv	%
1	Wyssokowitsch	18	1	5·8
2	Hueppe	18	1	5·8
3	Petruschky	50	3	6
4	Borges	11	1	9
5	Baart de la Faille	27	4	14·8
6	Konjajeff	20	3	15
7	Richardson	66	14	21·2
8	Richardson	37	8	21·6
9	Schüder	22	5	22·7
10	Neumann	48	11	23
11	Neufeld	22	3	25
12	Seitz	7	2	29
13	Schichthold	17	5	29·4
14	Bouchard	65	21	32
15	Horton Smith	45	17	37·8
16	Besson	83	33	40
17	Horton Smith	7	3	42·6
18	Levy és Gissler	22	10	45·5
19	Karlinski	44	21	47·7
20	Wright és Semple	7	6	85·7
21	Silvestrini	7	7	100
	Összesen	643	179	27·8%

A kórtörténetek áttekintésénél kitünik, hogy a vizsgált 35 typhus-beteg közül 13-nak vizelete állandóan fehérjementes volt, 14-nél időnként kis mennyiségü albumen ki volt mutatható, 8-nál pedig tartósan. E 8 közül 4-nél hengerek, a 4 közül 3-nál vér is volt a vizeletben. Ha keressük már most, hogy van-e összefüggés a vizelet fehérjetartalma s illetve a vese megbetegedése és a bacilluria között, úgy vizsgálataim alapján azt kellene felvenni, hogy typhus-bacillusok csakis azon esetben jelenhetnek meg a vizeletben, ha a vese kóros, s ennek következteben albument átbocsát, Azt találtam ugyanis, hogy azon 4 eset, melyben hosszasan tartó bakteriuriát észleltem (I., II., IV., VII. esetek) épen az a 4 volt, melyről imént említettem, hogy nephritissel volt szövődve. Másik 3 positiv esetem közül kettő (V. és VI.) szintén azon 8 közül való, kiknél állandóan volt albumen a vizeletben, s csak egy — a III. alatt említett eset — tartozik azok közé, kiknél csak rövidebb ideig tartó albuminuria jelentkezett; azonban a bacillusok kitenyésztésének napjain ezen beteg vizelete is tartalmazott fehérjét. Nagyon is a mellett szól tehát ez a kis statistika, hogy typhus-bacillusok csak kóros vesén juthatnak keresztül. A mint azt *Levy* és *Gissler* is mondják: „Man geht wohl kaum bezüglich der Herkunft der Bacillen im Urin fehl, eine directe Passage durch das Nierengewebe in Folge krankhafter Veränderung der Epithelien anzunehmen". Megfordítva természetesen nem áll a dolog, hogy tudniillik minden albuminuriával járó typhus-esetben bacillusok is üríttetnének ki a vizelettel. Sőt — bár azon 4 esetem mindegyikében, melyben nephritissel volt complikálva a typhus, ennek bacillusa is ürült ki s vizelettel — azt sem merném azért állítani, hogy az következésképen mindig is így van.

Vissza kell itt azonban térnem a VIII-dik esetemre, melyről említettem, hogy az albuminuria megszünte után is tartalmazott még a vizelet typhus-bacillusokat. Az imént mondottak épségben tartása mellett talán úgy magyarázhatnám ezt, hogy ez esetben a typhus-bacillusok a hólyagban, s illetve abban levő vizeletben még egy darabig tovább tenyésztek.

Ha azonban számba veszszük azt, hogy az agglutinatiós próba ismerete óta is közöltetnek oly esetek, melyekben albumenmentes vizeletekből typhus-bacillusok tenyésztek, s ezek meghatározására a seroagglutinatiós reactio fel is használtatott, úgy oda kell előbbi felvételünket módosítanunk, hogy legtöbb esetben albuminuriával, sőt sokszor nephritissel jár együtt a typhus-bakteriuria, de ezek nélkül is jelentkezhetik. Hogy ilyen albuminuria nélküli esetekben hogyan és honnan kerülnek a typhus-bacillusok a vizeletbe, az még nincs eldöntve. Ha az állatkisérleteket tekintjük, azokból felvilágosítást nem nyerünk, mert míg az ide vonatkozó vizsgálatok egy része azt mutatja, hogy pathogen bakteriumok csak kóros vesén juthatnak keresztül, addig nem hiányoznak ennek ellenkezőjét feltüntető vizsgálatok sem. A kórszövettani vizsgálatok nyujtanak ugyan némi felvilágosítást, de még igen csekély számú vizsgálat alapján. Egyesek ugyanis, köztük *Konjajeff*, typhusos hullákból származó vesék kéregállományában bakterium-góczokat találtak, melyekről kimutatták, hogy a legapróbb edények embóliájával kezdődnek, ez a környező veseszövetben circumscrip necrosist hoz létre, melybe aztán a bacillusok kivándorolnak. Felveszik, hogy ezen góczok bizonyos körülmények között összeköttetésbe jutnak a húgycsatornácskákkal és így bakteriuriához vezetnek. Nincs azonban e nézet még általánosan elfogadva, s így annak eldöntése, hogy az albuminuria nélküli esetekben tényleg így kerülnek-e a bacillusok a vizeletbe, még további vizsgálatokra vár.

Supponálnunk kell azonban ily bakterium-góczokat, a bakteriumok előzetes megtelepedését a vesékben, a későn, a reconvalescentia stadiumában fellépő bakteriuriáknál, s fel kell vennünk azt, hogy ez esetekben azok csak ily későn jutottak communicatioba a húgyutakkal, még akkor is, ha albuminuria van jelen, mert különben nehezen volna érthető az, hogy a betegség ezen késői időszakában, mikor már a vérben aligha vannak bacillusok, honnan kerülnek azok a vizeletbe.

Kissé merésznek tartom ugyanis *Houston* azon nézetét, melyet egy cystitis typhosa esete kapcsán említ. Egy nőbetegnél ugyanis, ki 3 év óta hólyaghurutban szenvedett, Houston typhusbacillusokat talált a vizeletben. Mivel a beteg anamnesisében semmi gyanut kiállott typhusra nem talált, azonban a beteg betegségének kezdetén typhusban szenvedő gyermekeket ápolt, felveszi — daczára annak, hogy a beteg vére a Widal-reactiot kifejezetten adta —, hogy a typhus-bacillusok kivülről, az urethrán át, vándoroltak be a hólyagba.

A typhus-bacteriuria subjectiv tüneteket rendszerint nem okoz, ha azonban cystitishez vezet — a milyen eseteket *Melchior*,[35] *Blumer*[36] és *Curschmann*[37] leirnak —, akkor a hólyaghurut subjectiv és objectiv tünetei kisebb-nagyobb mértékben ki vannak fejlödve. Mint objectiv tünet a vizelet zavarossága említhető, mely ha csak a vizeletben levő bacillusok által okoztatik, úgy arányban van azok sokaságával. Azon esetekben, melyekben kevés a bacillus, a vizelet egyszerü megtekintése nem igen fogja tehát figyelmünket a jelen levő bakteriuriára felhivni, de úgy találtam, hogy ezek a ritkább esetek, s hogy ilyenkor a bacillusok kiürülése nem is tart hosszasan. Nincs azonban kizárva, hogy ily kisebb mérvü bakteriuriák néha elnézetnek, s hogy ez saját vizsgálataimnál is megeshetett, annál inkább lehetségesnek tartom, mert egyik positiv esetemben egy izben a beoltott 6 leves nem mindegyikében tenyészett typhus-bacillus. Jobb tehát nagyobb mennyiségü vizeletet felhasználni a vizsgálatra, mert annál kevesebb positiv eset kerüli el figyelmünket.

Gyakoribbak azon esetek, melyekben nagyobb mérvü a bakteriuria, a mely ilyenkor rendesen hirtelen köszönt be, zavarossá téve az addig tiszta vizeletet. Ily esetekben néha igen hosszasan eltart a bacillusok kiürülése a vizelettel. Betegeimnél 10, 25, 30 sőt a VII. alatt közölt esetben 50 napig észleltük a bakteriuriát,* de még ennél is hosszab ideig tartott a bacillusok kiürülése *Petruschky* és *Harton Smith* említett egy-egy esetében, s pedig 70—70 napig.

Kellő sterilitással dolgozva, a typhus-bacillust rendszerint mint egyedüli mikroorganismust találtam a beoltott levesekben, úgy hogy több izben mindjárt tiszta culturát nyertem.

A mi a bacilluria fellépésének idejét illeti, a legtöbb vizsgáló a betegség 13—16-dik napján találta azt legkorábban, sokszor azonban még később, néha még csak a reconvalescentia folyamán. Hét positiv esetemben a 8., 12., 16., 16., 17., 22. betegségi napokon találtam először typhus-bacillusokat a vizeletben, egy esetben a betegség napja nem volt pontosan megállapítható, de ebben mindenesetre későbbi időben jelentkezett a bakteriuria, mint a másik 6 betegnél. Meg kell azonban jegyeznem, hogy 3 esetben már az első vizsgálatnál, mely a 8,, 16. illetve 17-dik betegségi napon történt, kitenyészett a keresett bacillus, s így nem lehetetlen, hogy már előbb is jelen volt a vizeletben.

A betegség időszakát tekintve, a febris continua idejébe esik tehát leggyakrabban a bakteriuria fellépte s *Neumann* szerint a roseolák eruptioját többnyire pár nap mulva követné. Tényleg

[35] *Melchior*: Cystitis und Urininfection. Koppenhagn. 1893.
[36] *Blumer*: Johns Hopkins Hosp. Reports V. 1895. Ref.
[37] *Curschmann*: Ueber Cystitis typhosa. Münch. med. Wochenschr. 1900. 42. sz.
* A bakteriuria tartamát gyógykezeléssel (urotropin) nem befolyásoltam.

*

saját eseteimben is mindig voltak már roseolák a bacillusok feltalálásakor. Ezen időbeli összefüggést a roseolák megjelenése és a bakteriuria fellépte között következőleg értelmezhetném: a roseolák, mint tudjuk, typhus-bacillusok által okozott capillaris emboliák eredményei, a vesékbe pedig szintén a vérárammal jutnak el a bacillusok, nagyon természetes tehát, hogy egyik jelenségre sem számíthatunk addig, míg a bacillusok az általános vérkeringésbe be nem jutottak; miután pedig a typhusbetegeknél végzett bakteriologikus vérvizsgálatok többnyire csak a betegség második hetétől kezdve mutattak ki a keringő vérben bacillusokat, érthető, hogy rendszerint a vizeletben csak ez idő után találhatók fel. Ha azonban egyes vizsgálók, mint *Karlinski*, oly eseteket irnak le, melyekben a betegség harmadik, negyedik napján typhus-bacillusok találtattak a vizeletben, azt teljesen tagadásba nem vonhatjuk. Egyrészt mert nem lehetetlen, hogy némely esetben tényleg ily korán bejutnak azok a bélből a vérbe, másrészt pedig ismereteink hiányos volta miatt, a mennyiben nem ismerjük még kellően mindazon utakat, melyeken a mikroorganismusok a szervezetbe bejuthatnak, s így a typhus-bacillusról is fel lehet egyelőre tételeznünk azt, hogy a bélcsatorna elkerülésével is bejuthat a szervezetbe, a vérkeringésbe s onnan a vesékbe, mikor is a bélbeli tünetek csak későn és kis mértékben fejlődnek ki, mint az a typhus renalis esetekben szokott lenni.* Talán jogosan supponálhatjuk ezt, egyrészt a néha észlelés alá kerülő typhus renalis esetek miatt — bár ily alakban lefolyt hagymáz esetekben bakteriologikus vizeletvizsgálatokról nincs tudomásom —, másrészt azon analogia alapján, hogy más mikroorganismusoknál is látjuk azt néha, hogy nem azon szervben telepednek meg először, melyben rendszerint szoktak, sőt azt néha teljesen ki is kerülik. Már könnyebben értelmezhetők ennél a késői bacteriuriák, melyekben tudniillik a bacillusok csak a reconvalescentia alatt kezdenek kiürülni, s pedig a vesebeli bacillusgóczok késői áttörésével. Hogy miért vezetnek a vérbe jutott bacillusok legtöbb esetben előbb roseolák felléptéhez s csak azután bakteriuriához, annak úgyis csak elméleti alapon nyugvó fejtegetésébe nem bocsátkozom; tény azonban, hogy észleltettek e tünetek — bár jóval ritkábban — megfordított sorrendben is (pl. Schichhold által).

Neumann azon másik megjegyzését illetőleg, hogy typhusbakteriuria többnyire nagyobb számú exanthema mellett található, hogy tehát nemcsak a megjelenés idejére, hanem mennyiségére nézve is volna e két jelenség között összefüggés, saját észleleteim azt mutatták, hogy tényleg mindegyik positiv esetemben legalább is közepes számban voltak roseolák, két esetben pedig igen nagy számban, ezek egyikében a mellett vérömlenyes kiütés is (l. IV. eset). Negativ eredményt adó eseteimben ily nagy számú kiütést soha sem észleltem. Dús roseola-kiütéssel és bakteriuriával járó esetekben többek között talán arra is jogunk volna tehát az említett tények alapján gondolni, hogy ilyenkor sok bacillus jutott a keringő vérbe. Azonban ezen felvétel helyes vagy helytelen voltát ez idő szerint bizonyítani nem tudjuk, mert egyrészt azok, kik typhus-betegeknél nagyobb számú bakteriologikus vérvizsgálatokat végeztek, nem tesznek említést a roseolák mennyiségéről, másrészt meg nem találok dús kiütéssel járó esetekben végzett vér- és szövettani vizsgálatokról feljegyzéseket, mely utóbbiaknak szintén fontos bizonyító értékük lehetne, ha azok ily esetekben más szervekben is nagyobb mérvű bacillus invasiot mutatnának ki.

Figyelemmel kisértem a vizsgált esetekben a betegség tüneteit és lefolyását, s arra nézve, hogy inkább a magasabb hőmenettel, súlyosabb lázas tünetekkel járó, vagy a könnyebb eseteket complikálja-e a bakteriuria, vagy mindkettőt egyforma mértékben, azt találtam, hogy enyhe lefolyású a positiv eseteim között egy sem volt, hanem azok mindegyike legalább is középsúlyos, egyik-másika igen súlyos eset kórképét viselte. A Widal-reactiot e betegek vére mindig igen kifejezetten adta, minek illustrálására megemlíthetem, hogy többnyire ezen betegek vérének agglutináló hatását használtam fel kitenyésztett bacillusok agnoscálására. Meg kell azonban jegyeznem, hogy azon betegek között, kiknek vizeletéből nem tenyészett typhus-bacillus, szintén volt több olyan, kiknek vére erős agglutináló képességgel birt.

Daczára annak, hogy a typhus-bakteriuriával complikált eseteim a vizsgált esetek legsúlyosabbjai közé tartoztak, mind a mellett mind a hét gyógyulással végződött (kettő ugyan még kisfokú albuminuriával hagyta el a kórodát). A 28 negativ eredményt adó beteg közül elhalt 5, tehát a 35 eset közül összesen 5.

Prognostikus szempontból a bakteriuria különösebb jelentőséggel nem bir. Ámbár nem zárkozhatunk el teljesen azon felvétel elől, hogy némely esetben talán maguk a typhus-bacillusok okozzák a nephritist, maga a bakteriuria még ily esetekben is inkább üdvösnek volna tekinthető a szervezetre nézve, mert általa a még életképes bacillusoknak legalább egy része eltávozik.

Hogy mi okozta végül a bacillus-vizelés önként való megszüntét, arra nézve egységes feleletet adni, mikor még a fellépésre sem egységesek a nézetek, annál inkább nehéz. Általában azonban azt hiszem, leghelyesebb lesz erre néve is azon elméleteket alkalmaznunk, mint a melyekkel a typhus-bacillusoknak a szervezet más helyeiről való eltünését értelmezzük.

* * *

Visszatérve már most a felvett kérdésre, hogy van-e diagnostikus fontossága typhus abdominalisnál a vizelet bakteriologikus vizsgálatának, azt kell felelnem, hogy az igen csekély; egyrészt, mert az eseteknek csak 1/4—1/5-ében vezeter edményre, másrészt mert a bakteriuria megjelenésének ideje többnyire a betegség azon stadiumára esik, mikor már a diagnosis felől kétség úgy is ritkán van. Mivel azonban néha oly nagy számú kiütéssel együtt jelentkezik, ha kétség merülne fel, hogy nem-e kiütéses hagymázban szenved az illető beteg, úgy a Widal-reactio mellett ez is megejtendő. Ezenkivül egyes atypikus typhus-esetekben — melyek közül a typhus renalist kivánom kiemelni — nem lehetetlen, hogy jó szolgálatot tehet a vizelet ily irányú vizsgálata.

A mily kicsiny körre szorul azonban typhusnál a bakteriologikus vizeletvizsgálat diagnostikus értéke, annál nagyobb jelentősége van a typhus-bakteriuriának prophylactikus tekintetben. Nem ismerjük ugyan kellőleg a vizelettel kiürített bacillusok virulentiáját, a mint egyáltalában a typhus-bacillust illetőleg e kérdés az állatok hagymáz iránti természetes immunitása miatt nehezen elbirálható, mindamellett nem tagadhatjuk azt, hogy a vizelettel kiürülő bacillusok a fertözés forrását képezhetik. Arra nézve, hogy a vizelettel kiürülő bacillus már közvetlenül is lehet virulens, csak *Scheele* esetét hozhatom fel bizonyítékul, melyben el van mondva, hogy egy ápolónő, ki véletlenül egy typhus-beteg vizeletéből ivott, daczára az azonnal bekövetkezett hányásnak, 12 napi incubatiós stadium után typhusban megbetegedett. *Schichhold* felhozza a virulentia bizonyítására azt, hogy a lipcsei klinikán vizsgálatai idejében Widal-reactiohoz az általa vizeletből kitenyésztett typhus bacillusok culturáit használták, mint legélénkebbeket. Tényleg, magam is igen élénk mozgásúaknak találtam a typhusbacillusokat az általam kitenyésztett culturákban és így az agglutinatiós próbákhoz többnyire azokat használtam, nem mernék azonban az élénkségből a virulentia fokára következtetni.

Bármint álljon is azonban a virulentia kérdése, ez idő szerint nincs jogunk kétségbe vonni azt, hogy a vizelettel kiürített bacillusok ép úgy képezhetik a fertözés forrását, mint a székkel eltávolodók, s igazán bámulatos, hogy bár oly régen ismerjük e veszélyt, ellene különösen a magángyakorlatban — hol pedig e veszély nagyobb — még eddig alig védekeztünk.

Míg ma már a magángyakorlatban is a legtöbb orvos instruálja a beteg környezetét a székkel, ágy- és fehérneművel való bánásmódra nézve, illetve azokat desinficiáltatja, addig a vizeletre legtöbben semmi gondot sem fordítanak, bár az némely esetben sokkal nagyobb veszélyt rejt magában, mint az imént említettek. Nagyobbnak tartom a veszélyt a magánházaknál, mint a kórodákon, egyrészt azért, mert az előbbi helyen az ápoló személyzet többnyire kevésbbé megbizható, másrészt s főképen azért, mert míg kórodákon a vizelet mindig az árnyékszékekbe üríttetik, hol a typhus-bacillusok nem maradnak sokáig élet-

* Typhus renalis alatt nem értem természetesen az olyan eseteket, mint a milyenek az általam vizsgáltak is voltak, melyekben kifejezett typhus-tünetekkel járó betegséghez csatlakozott a nephritis, hanem melyekben nephritissel kezdődik a betegség s legalább eleinte ennek tünetei dominálnak.

képesek, addig magánházaknál, különösen a kevésbbé intelligens osztálynál hányszor öntetik az egyszerüen az udvar valamely félreesőbb helyére vagy közel folyóvizbe, hol a typhus-bacillusok esetleg kedvező életfeltételek közé juthatnak s így már nemcsak az orvos és a beteggel foglalkozók, hanem a távolabbi környezet is veszélyeztetve lehet.

Arra kell tehát még megfelelnünk, hogy miben álljon az óvintézkedés azon veszélylyel szemben, melyet hagymáz-betegek vizeletével kiürített bacillusok okozhatnak. Újabban az urotropin adagolását ajánlják typhus-betegeknek s pedig némelyek csak azon esetekben, melyekben a vizelet zavarossága gyanut kelt typhus-bakteriuriára, mások minden egyes esetben a betegség 3-dik hetétől kezdve a reconvalescentia 3-dik hetéig. Az eddigi tapasztalatok alapján azonban nem eléggé megbizható az urotropin, a mennyiben többen látták a szer kihagyása után a bakteriuria recidiválását, másrészt meg ily hosszasan való adagolása igen is nagy költségét ró a betegre, újabban pedig a szertől fellépett haematuriáról is tesznek említést; mindezekért részemről ez idő szerint helyesebbnek tartanám, ha maga a kiürített vizelet desinficiáltatnék.

Nem akarok igen nagy feladatot róni a gyakorló orvosra az által, hogy megkivántassék töle, hogy minden typhus-betegének vizeletét bakteriologikus vizsgálatnak vesse alá, sőt még a vizelet gyakori megtekintése — melynél ugyan szintén elnézetik esetleg kisebb fokú bakteriuria — is nehézségekbe ütközhetik a magángyakorlatban s ezért mint legkönnyebben végezhető s ez idő szerint legmegbizhatóbb eljárást, s mint olyat, melyet a praxisba is minden nehézség nélkül be lehet vezetni, azt ajánlhatnám, hogy minden typhus-beteg vizelete a betegség egész tartama és a reconvalescentia alatt is ugyanazon fertőtlenítő eljárásnak vettessék alá, mint az illető beteg széke.

TÁRCZA.

Az elmegyógyintézetek ablakrendszerének kérdéséhez.

Az országos közegészségi tanács kebelében az elmegyógyintézetek ablakrendszerének kérdése tárgyalásakor *Babarczi Schwartzer Ottó* másodelnök imigy nyilatkozott:

Az elmebetegek gyógykezelésére és ápolására szolgáló intézeteknél alkalmazott vasrácsos ablakok története visszanyúl az elmegyógyintézetek keletkezésének időpontjára. Nem szólva a Coelius Aurelianus és a franczia forradalom közötti időkről, a melyekben az elmebetegek elhelyezésér leginkább csak a börtön szolgált, és csakis Pinel óta szemlélve az elmegyógyintézetek fejlődésének történetét, azt látjuk, hogy a fejlesztés munkájában nagy gondot okozott az elmegyógyászoknak az ablakrendszer, melynek eszméjeként tekintetett egy olyan megoldás, mely a személyes és közbiztonság teljes megóvása mellett a humanismus külsőségekben is megnyilatkozó aesthetikájának megfelelne. És bár ezen czél utáni törekvés állandó volt és az ez iránybani tanulmányozás soha a napirendről le nem vétetett, mégis ma, az évszázados búvárkodás után, egészben véve ott tartunk, a hol Pinel idejében voltak, mert még ma sincs oly egységes ablakrendszerünk, mely a követelményeknek minden tekintetben megfelelne. A kérdés nehézsége a beteganyagban rejlik és abban az elvitázhatatlan tényben, hogy az elmebetegek igen kevés kivétellel betegségük hosszú tartamára ön- és közveszélyesek és ebből kifolyólag, hogy az elmegyógyintézetek létesítésénél soha sem szabad szem elől téveszteni az épületeknek olyatén berendezését és felszerelését, mely emberi felfogásunk szerint megóvja az elmebeteg erőszakos cselekményeivel szemben az egyént és a társadalmat egyaránt. Ezen czélhoz simulnak az ablakrendszer fejlődésének phásisai, lépést tartva a humanistikus felfogások fokozatos térhódításával. Régente Pinel óta a 19. század elejéig a törekvés az volt, mentől erősebb és sűrűbb vasrácsozatot alkalmazni, később alakot változtattak a vasrácsok és oly módon alkalmaztattak, mint azt hazánkban a régi curiáknál még ma is láthatjuk, „hasas vasrácsok“ formájában, melyek a betegnek legalább részben szabad kilátást engedtek. De egyrészt, mert ezen vasrácsozat az akasztás általi öngyilkosságok számát nem apasztotta, és másrészt, mert a fejlődő épitkezési aesthetikával ezen hasas vasrácsok összhangzásba hozhatók nem voltak, visszatértek az egyenes vasrácsokhoz, azzal az eltéréssel, hogy a vékonyabb függőleges vasrudak vízszintes vasrudakkal erősitettek meg. Ezen rendszer rövid életű volt, mert a sűrű számban alkalmazott vizszintes vasrudak börtönszerű jelleget adtak az épületnek és az öngyilkosságra hajlandó elmebeteg lelki életének, az akasztásra való czélszerűségüknél fogva, állandó izgalmi forrását képezték. Módosult tehát a vasrács és az ablakokba egyszerű és vékonyabb függőleges vasrudak alkalmaztattak. A façon-vas új törekvéseknek nyitott tért és a régi, valamint az új intézetek egyaránt a vasrácsot nélkülöző façon-vasablakokat alkalmazták, melyek térhódítását azonban nyomós hygienikus érvek akadályozták, mert a façon-vasablakok nagy mértékben megnehezitették a helyiségek kellő szellőztetését. Visszatértek tehát az előbbi rendszerhez és újra alkalmazták a függőleges vékonyabb vasrudacskákat, mint ablakrácsozatot, de csak azon helyiségek ablakain, a hol a személyi és közbiztonság azt mulhatlanul megkivánta, míg leginkább földszinten levő helyiségeknél, melyekben javuló vagy gyógyuló betegek, vagy pedig nyugodt paralytikusok helyeztettek el, a vasrácsozat mellőztetett. Ez a rendszer, ha az helyesen alkalmaztatott, hazánkban is jónak bizonyult, a túlzások azonban megbosszulták az óvatatlanságot és veszélyeztették a fokozatos fejlesztés helyesen alkalmazott rendszerét is, mint pl. a burghölzl-i intézetben, a hol Hitzig alatt az intézet ablakainak vasrácsai eltávolittattak, de a szerzett tapasztalatok miatt ismét minden egyes ablakra visszahelyeztettek.

Ezen általános megjegyzések után áttérve a részletekre, kijelentem, hogy ha a törekvés az, hogy az ablakrácsok, bár fokozatosan, de teljesen eltávolittassanak, és hogy a teljes szabad ablakrendszer rendeletileg és így közvetve a belügyminister úr felelősségére inauguráltassék, úgy akkor őszinte sajnálatomra ez ellen kell állást foglalnom, és pedig úgy szakszempontból, mint jogi szempontból. Szakszempontból a következő indokok folytán: Elmegyógyintézetekben a teljes szabad ablakrendszer sehol sincs alkalmazva. A tömbrendszer szerint épült elmegyógyintézeteknél a szabad ablakrendszer rendszerint teljesen mellőztetik és tulajdonképen csak oly intézetekben létesittetett, melyek pavillonokból állanak és ép ezért a beteganyag sortirozását lehetővé teszik. A magántulajdont képező elmegyógyintézetek nagy részénél, hazánkban is, a szabad ablakrendszer fokozatosan fejlesztetik és ez veszély nélkül keresztülvihető, mert a magántulajdonban levő elmegyógyintézetek a beteganyagban válogathatnak és az ebbe a keretbe be nem illő betegeket vagy fel sem veszik, vagy rövid úton a hozzátartozóknak visszaadják. Az állami elmegyógyintézetekre nézve ezen kedvező helyzet nem érvényesülhet, mert példának okáért hazánkban az 1876: XIV. t.-cz. 71. §-a a közbiztonságra veszélyes, akár gyógyítható, akár gyógyíthatatlan elmebetegekre nézve a kényszerelhelyezést mondván ki, az állami elmegyógyintézetek a befogadási képességhez mérten ily jellegű elmebetegek felvételétől el nem zárkózhatnak, minek következménye, hogy a hazai állami elmegyógyintézetek mindegyikében nagy a száma úgy a büntettes elmekórosoknak, mint az elmebetegségüknél fogva a közbiztonságra veszélyes elmebetegeknek. Az állami elmegyógyintézetekben tehát úgynevezett kevert beteganyag van, mely magában foglalja egyrészt a saját elhatározásuk folytán felvételt nyert betegeket, továbbá a hozzátartozók által akár gyógyczélból, akár ápolás czéljából elhelyezett nem közveszélyes betegeket, másrészt pedig a közbiztonságra veszélyes elmebetegeket, ide számítva az úgynevezett bűntettes elmebetegeket is. Már ezen kevert beteganyag egymagában, a közbiztonság súlyos sérelme nélkül, lehetetlenné teszi a szabad ablakrendszernek általánosságban való alkalmazását.

De eltekintve ettől, lehetetlenné teszik a szabad ablakrendszernek általánosságban való alkalmazását példának okáért a közbiztonságra veszélytelen delirans és szellemileg decadált elmebetegek, a kik czéltalan vándorlásuk és zavart cselekvésük folytán az akaratlanul önveszélyes elmebetegek sorozatába tartoznak, továbbá az epilepsiás, valamint az epileptoid és az apoplectoid elmebetegek, a kiknek élete a szabad ablakrendszer mellett állandóan veszélyeztetve lehet. És ellene szólnak a szabad ablakrendszer általánosságban való alkalmazásának a psychotherapia sarkalatos elvei is, mert kevert beteganyag mellett a vasrácsos ablak hiányát pótolni kell az embernek, az emberi figyelemnek, mely gyarlóságunk mellett mindig hiányos, az emberi türelemnek, mely az individualis műveltségnek megfelelőleg nagy latitudok között hullámzik és az emberi nyers erőnek, melylyel a visszaélés oly gyakori; mindmegannyi oly momentum, mely az elmebetegek kedélyi életében az izgalomnak dús forrása. A principiummal szemben csak alárendelt jelentőségű a költség kérdése, ép ezért erre részletesen ki nem terjeszkedem, de kötelességem a figyelmet azon körülményre irányitani, hogy a szabad ablakrendszernek általánosságban való alkalmazása az ápolási személyzet létszámának legalább is 50%-kal való emelkedését vonná maga után. A szabad ablakrendszernek általánosságban való alkalmazása ellen azonban jogi szempontból is aggodalmunk van. Nem lehet ugyanis figyelmen kivül hagyni a kérelem tárgyalásánál az elmegyógyintézeti igazgató *felelősségének* kérdését.

Az elmegyógyintézeti igazgató és más közeg is a gondjaira bizott elmebetegek őrzése tekintetében a közhivatalnoki fegyelmi felelősségen felül büntetőjogi és magánjogi felelősség alatt áll. A büntetőjogi felelősséget a B. T. K. 290., 291. és 310. §-a, a magánjogi felelősséget pedig a birói gyakorlatban és a polgári törvénykönyv tervezetének 1090. §-ában is kifejezésre jutott az a jogszabály állapitja meg, a mely szerint az, a ki szellemi fogyatkozások miatt felügyeletre szoruló személyre felügyelni köteles, felelős az ezen személy által másoknak jogellenesen okozott károkért, hacsak nem bizonyitja, hogy felügyeleti kötelességének megfelelt, vagy hogy a kár a felügyelet kellő gyakorlata esetében is bekövetkezett volna. Mellőzve az okozati összefüggés hiányánál fogva alkalmazásba alig jöhető büntetőjogi felelősséget, a súlyt a magánjogi felelősségre kell helyeznünk, a mely a büntetőjoginál sokkal szigorúbb, mert rendszerint már a felügyeleti kötelesség elmulasztása magában véve megállapitja a felügyeletre köteles személynek kártérítési kötelességét. Igaz ugyan, hogy körültekintő és fokozott éber felügyelettel, a vasrács mellőzése esetében is legtöbbször meg lehet akadályozni az elmebeteg szökését s így ritkán fordul elő olyan eset, hogy mert az igazgató minden felügyeleti intézkedést megtett, a szökést kizárólag csak a rács hiánya okozta, minthogy azonban ily eset lehetősége kizárva nincs, számolnunk kell azzal az eshetőséggel is, hogy az elmebeteg szökésének és az általa elkövetett károsításnak tisztán a rács hiánya az oka, és hogy e szerint az igazgató kártérítési köteles-

ségének megállapításánál kizárólag azt a kérdést fogják megbirálni, hogy a rács alkalmazásának mellőzésével megsértette e az igazgató felügyeleti kötelességét, vagy nem. Ha már most a belügyminister úr egész általánosságban megengedi a rács mellőzését, akkor ilyen esetben a minisiteri rendeletre való hivatkozással minden felelősség alól szabadulna az igazgató, mert nem lévén kötelessége rácsot alkalmazni, nem is járt el kötelessége ellenére akkor, a mikor rácsot nem alkalmazott. Ilyen esetben tehát nemcsak az igazság szenvedne sérelmet, hanem a felelősség, bárcsak az erkölcsi felelősség is, a rendelkező hatóságra háramlik. A midőn tehát a fentebb mondottak folytán a szabad ablakrendszernek általánosságban való alkalmazása ellen foglalok állást és annak a minister úr által rendeletileg való engedélyezését úgy szakszempontból, mint jogi szempontból nem javaslom, egyben bátor vagyok rámutatni annak czélszerűségére, hogy a szabad ablakrendszernek *részleges* alkalmazásával a kisérletek állami elmegyógyintézetekben is megkezdessenek. Tisztelettel javasolom tehát, hogy az állami elmegyógyintézet igazgatója, személyes felelősségének fenmaradásával, engedélyt nyerjen a szabad ablakrendszernek *részleges* alkalmazására és pedig kisérletképen lehetőleg oly földszinti helyiségekben, a hol a szabad ablakrendszer melletti kezelésre alkalmas, javuló és gyógyuló, vagy physikai megbetegedésük folytán az ágyra utalt betegek helyeztetnek el, minden egyes esetben az igazgató belátására és felelősségére bizatván annak megitélése, hogy a fenforgó eset összes körülményeinek, a beteg hajlamainak, állapotának, a helyi viszonyoknak, a felügyelet egyéb módjai szigorú keresztülvitelének stb. figyelembevételével a rács alkalmazása mellőzhető-e vagy nem. A részleges szabad ablakrendszernek szélesebb körben való fokozatos fejlesztése pedig csakis a javasolt kisérletek alapján nyert tapasztalatok szigorú mérlegelése után engedélyeztessék, de semmi körülmények között oly arányban, hogy az elmebetegek önbiztonsága és a közbiztonság veszélyeztessék.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben.

Közli: **Szili Jenő** dr.

Azon óriási fellendülés, a melyet a bakteriologia főleg Koch vizsgálatai óta vett, s a mely azt széles alappal biró külön tudományággá emelte, az utóbbi években kissé lanyhultnak látszik; mert tényleg — úgy látszik — véget értek azok a nagy sensatiok, melyek jó ideig állandó forrongásban tartották nemcsak a bakteriologia iránt érdeklődő orvosvilágot, hanem az egész művelt közönséget is: „Die Zeit, wo man nur die Hand auszustrecken brauchte, um an jeden Finger irgend einen wertvollen und lange gesuchten Microorganismus heimzuführen, ist vorüber“ mondja Fränkel könyvének előszavában. De ez a hanyatlás, mondjuk inkább stagnálás tényleg csak látszólagos, mert az az óriási nyers anyag, melyet a Koch-féle módszerek felszinre hoztak, hosszas, türelmes tanulmányozásra, alapos kidolgozásra szorult, s az utolsó évtized bakteriologiai munkássága ezen, tán külsőleg hálátlanabb, de önmagában legalább is oly értékes téren mozgott. Azok az apró javitgatások és foltozások, melyekben az utolsó évek bakteriologiai munkássága culminál, nagyon is szükségesek voltak; nem csupán ismereteink hiányosságát igyekeztek kitölteni, hanem nyirbáltak is sokat azokból a fattyúhajtásokból, melyek minden hirtelen és nagymérvű fejlődés mellett bőven szoktak teremni.

Azon homályos sejtelmek óta, melyeknek már a rómaiaknál adtak szerény kifejezést egyesek, mint Varro és Columella, kik a mocsárlázt már akkor a szervezetbe jutó apró állatkáknak tulajdonították, sok idő kellett hogy elmuljék, mig holmi ördögökön, rossz szellemeken és más kalandos magyarázatokon átesve, jelenleg a bakteriologián szűrődik át a fertőző betegségek kóroktana; Kirchner Athanasius óta, a ki először irt le rothadó húsban, tejben, eczetben és sajtban kis „férgeket“ és Leuwenhoektől kezdve, a ki egyszerű lencséivel látott és irt le bámulatra méltó pontossággal ilyen „apró állatkákat“, egészen Schoutenig, a ki jelenleg saját methodusával, szemének ellenőrzése mellett képes egyetlen bakterium-individuumot izolálni és fejlődésében, majd szaporodásában észlelni, csak számtalan eszköznek tudományos, sokszor szellemes megszerkesztése, számtalan methodus gondos és türelmes kidolgozása volt képes a bakteriologiát jelen niveaujára emelni.

A természeti tudományok minden egyes ágának haladása szorosan lépést tart a tudományos technika fejlődésével, egy-egy nagyobb technikai vivmány után láthatólag nagyobb hullámok keletkeznek, melyek felkavarják régi ismereteinket és új nézeteket, új megismerést vetnek a felszinre. Ilyen hatalmas lökések voltak a bakteriologiára nézve a szilárd táptalalajok előállitása, a lemezmethodus, párhuzamosan mikroskopjaink tökéletesedésével; az első kettő főleg az egyes bakteriumcsoportok, a különféle fajok megkülönböztetésénél és izolálásánál volt megbecsülhetetlen hasznú, az utóbbi pedig vállvetve a festési technika tökéletesbülésével az egyes individuumok szerkezetére nézve szolgált felvilágositással.

I. Új eszközök.

A mi az eszközöket illeti, melyeket az elmult két utolsó év a bakteriologiának juttatott, azok között egyetlen olyan fontosabbal sem találkozunk, a mely hivatva volna a jelenlegi módszereket és készülékeket kiszoritani vagy feleslegesekké tenni, de vannak ügyes módositások, melyek a laboratoriumi munkát könnyitik és tökéletesitik.

Paul[1] az agar-agar szűrésére „homokszűrőt“ állitott össze, melynek előnye a gyors és mégis lehető tökéletes szűrés. Két egymásra helyezhető pléhedényt készitteteti, melyek közül a felsőnek szűrő likacsos feneke van s benne — az egyes rétegek egymástól organtin illetőleg gaze által elválasztva — először durva, felette finom kavics, közepén finom homok, aztán ismét finom és durva kavics; az egyes rétegek keveredését a közbevetett gaze megakadályozza. A szűrőt előbb vizzel jól át kell mosni, mig a mosóviz tisztán folyik le, a benne maradt vizet forró destillált vizzel kiüzni, azután rátölthető a forró agar, a mely gyorsan és tisztán filtrálódik keresztül. Minthogy fődolog a szűrésnél, hogy filter és a filtrálandó anyag melegek legyenek, az egész kis készülék úgy construáltatott, hogy belehelyezhető a gőzsterilizatorba; segélyével 30 liter agart, melynek gőztölcséren át való szűrésére 3 nap és 3 éjjel szükségeltetett, most 2 óra alatt tisztára lehet szűrni.

Borosini,[2] hogy meggátolja a folyékony gelatinának a szokásos lombikokból való kiforrását autoclavban főzésnél, az üveglombikok nyakát tölcsérszerű véggé húzza ki; igy a lombik teletölthető túlforrás veszélye nélkül.

Petri[3] ismeretes kettős csészéivel már jó ideje teljesen kiszoritotta az eredeti Koch-féle lemez methodust. Tál-párjait most akként módositotta, hogy a fedélrészt sárga üvegből készíti, a mennyiben hosszas kisérletek kimutatták, hogy az ily üveg által átbocsátott fény alterálja legkevésbbé a coloniák fejlődését, igy a csészéknek fekete papirba takargatása kikerülhető (kényesebb fajtáknál) s mikroskopi vizsgálatnál az üveg szine nem akadályozza a coloniák felismerhetőségét. Hogy nagyobb számú csészepár elcsúszás veszedelme nélkül legyen egymásra helyezhető, a fedélrészek széle sánczszerű kiemelkedéssel bir, melybe a csészealj beleillik.

Nuttall[4] apparatust construált az Esmarch-féle Roll-culturák könnyebb és gyorsabb készítésére. Minthogy nagyobb fokú gyakorlat és ügyesség, nyáron pedig sok idő is kell egy ilyen Roll-cultura elkészitéséhez, Booker már előbb ajánlotta, hogy jégtömlőn olvasztott vályúban hengergessék a kémcsöveket, mig a gelatina meg nem dermed; ezt a kissé nehézkes eljárást akarja Nuttall pótolni, mikor ferdén álló márványlapra két vályút véset, melybe a kémcsövek fektethetők és kézzel könnyen forgathatók; a folyékony agar vagy gelatina lehütését hidegviz-csepegtető végezi, miáltal az Esmarch-féle culturák igen gyorsan és tetszetősen állithatók elő.

Hesse[5] a kémcsőbe kitöltött táptalaj kiszáradásának megakadályozása czéljából cofferdam-lemezeket használ, a melyeknek előnyük a gummisapkák felett, hogy sokkal olcsóbbak és hogy nem zárnak annyira szorosan, miáltal a kémcsőbe töltött táptalajjal együtt sterilizálhatók, a mennyiben a feszültségkülönbség kiegyenlitődését megengedik lepattanás veszélye nélkül. Egy kémcsőhöz két kis lemez szükséges, melyek elseje a nyilásra boritatik, a másik pedig, mely átlyukasztandó az elsőt szorítja a kémcső nyakára miután arra reáhuzatott. Az igy elzárt kémcsövekben a táptalaj párolgás általi súlyvesztesége egy tizedrész a csak vattával elzártakkal szemben; gummisapkánál egy harminczadrész.

Paul[6] methodust ajánl culturák állandósitására főleg demonstrativ czélokra. A Petri-féle csészékben fejlesztett culturákat formalinnal elöli s aztán a csésze alját egy oly üveglapra borítja, a mely annak megfelelő körvályúval bir; a vályú előzőleg porított spanyolviaszszal töltetik ki, aztán az üveglap óvatosan melegittetik, mig a viasz megolvad; ekkor a csésze reáboritható. Az ily készitmény teljesen légmentesen van elzárva s igen jól szolgálhat demonstrativ czélokra.

Inghilleri[7] praktikus fecskendőt ajánl bakteriologiai czélokra; ennél a dugattyú vezetésére szolgáló légkamara és a befecskendezendő folyadékot felvevő csőrész között rövid közbeiktatott tágult csőrész van, a mely megakadályozza az infectiosus folyadéknak a légkamarába jutását s igy a dugattyú fertőzését; azért ez utóbbit nem is kell a fecskendővel együtt sterilizálni, miáltal hasonlithatlanul hosszabb ideig használható. A dugattyút még vattapamat is elzárja a folyadékot felvevő csőrészlettől, miáltal az isolálás teljes lesz. A dugattyú húzónyele fémcső, a mely a végén levő gombon nyilik s arra szolgál, hogy ha több folyadékot akarunk aspirálni a fecskendőbe, a dugattyút lenyomhassuk a nélkül, hogy a már felszivott folyadékot ismét kiszoritsuk, mert a levegő a csövön át távozhatik; felszivásnál és kifecskendésnél a lyukat a hüvelykujj reászoritása által elzárjuk.

Petri[8] czélszerűen construált csipőt ir le egérnek kiemelése és rögzitése czéljából, mely az állatot kifeszitve tartja, mig a befecskendést végezzük.

Pfeiffer[9] egy új praeparáló mikroskopot szerkesztett, melyet ő eredetileg a szunyogok testében fejlödő plasmodiumok vizsgálatára, nyálmirigyeik kipraeparálására készitett. A górcső 60-szoros nagyitást enged meg eléggé nagy és világos látótér mellett s a mi fő előnye, igen kényelmes praeparálást biztosit, mert a tárgylencse elég magasan van a tárgyasztal felett elhelyezve.

Walz[10] a drága thermostatok helyett olcsó, ha nem is oly pontos készüléket ajánl főleg praktikus orvosoknak, kiknek csak néha és ekkor

1. Münch. med. Wochenschr. 1901. 106. l.
2. Centralblatt f. Bact. etc. 28. k. 23. l.
3. Ugyanott. 28. k. 79. l.
4. Ugyanott. 27. k. 605. l.
5. Ugyanott. 27. k. 258. l.
6. Ugyanott. 29. k. 25. l.
7. Ugyanott. 28. k. 747. l.
8. Ugyanott. 28. k. 787. l.
9. Ugyanott. 27. k. 535. l.
10. Münch. med. Wochenschr. 1900. 27. sz.

is rövidebb időre van szükségük tenyésztő hőmérsékre. Készülékében a meleget oldott eczetsavas natrium adja le kikristályosodása közben; van egy belső üvegburája, melyet rossz melegvezető vesz körül, azután egy külső boritéka; használat előtt az üvegbura néhány perczig meleg vízbe helyezendő, azután a boriték alá, a hol 4—5 óra hosszat tart fenn 30—48° meleg hőmérséket.

A készülék szerkesztője által is beismert ezen nagy pontatlanság, illetőleg hőingadozás lehetetlenné teszi annak használhatóságát, mert akármilyen szerény igényű legyen is valamely praktikus orvos, a ki bakteriologice dolgozik, egy absolute szabályozhatatlan, 30—48°-os meleget és ezt is csak 4—5 óra hosszáig tartó készülékkel meg nem elégedhetik. Az olcsóság egyedül pedig még nem ok arra, hogy használjuk, ha még oly rossz is. Én akkor inkább használnám a legegyszerűbb thermophort, melynek legalább kezdeti, legmagasabb hőmérsékét ismerem, illetőleg tudom beállítani.

Az előbbi készülék alapelvét használja fel thermostatja részére *Gertler*,[11] a ki szintén a praktikus orvosokat kivánja vele boldogitani (épen ezen alapelv felhasználása miatt Walz prioritási igényt is támasztott). Thermostatja complikáltabb ugyan az előbbinél, drágább is e miatt, de sokkal pontosabb és igy használhatóbb is. A készülék akkora mint egy górcsőszekrény, s igy kényelmesen hordozható; fafalakkal bir, melyek a meleget sokkal kevésbbé sugározzák ki, mint a pléh. A szekrényben téglaalakú pléhedény van elhelyezve, melybe eczetsavas natrium jön; a pléhedény csavardugóval látható el, reáállítható a kémcsőállvány a beoltott kémcsövekkel. Miután az eczetsavas natrium az edénybe tétetett, ez forró vízben melegittetik 1/2, egész egy óráig, mig a kristályok megolvadnak (ezek ilyenkor leadják kristályvizüket, s ebben szétfolynak). Ha a pléhdobozt a faszekrénybe teszszük, az itt lehül egészen 58°-ig, s ilyen hőmérséken marad, a mig a megolvadt eczetsavas natrium ismét teljesen ki nem kristályodott; ezen kristályosodást lassitja a thermostat felmelegedett levegője, a mely 35—39°-ra megy fel és még 24—36 óra mulva is 23°-ot mutat, a mi egyébiránt attól függ, hogy mennyi ideig melegittetett az edény. Ha nincs a hőmérsékre rögtön szükségünk, a felmelegített pléhedényt el lehet tenni a nélkül, hogy hőjét leadná, csak nem szabad felrázni; ha szükséges a thermostathő, akkor csak jól fel kell rázni, vagy a lecsavart dugó nyilásán át fémdróttal felkavarni a folyadékot, mikor is a kikristályosodás rögtön megindul és a felszabadult hő 24 óráig eléggé melegen tartja a thermostatot.

Balfour Stewart[12] spóraképző mikroorganismusok separálására egy a Meyer-féle forró légfürdőhöz hasonló készüléket szerkesztett, melyben állandóan 70—80° hőmérsék van a nem állandó formák elölésére.

Piorkowski[13] a desinfectiós hatások kémlelésére állitott össze készüléket: áll ez egy bádogszekrényből, melyben drótbetétre helyezve áll a vizsgálandó desinficienssel átitatott anyag, papir, vászon stb.; vizsgálatnál a bakteriumok emulsioját a szekrény két oldalán elhelyezett nyiláson át spray alakjában juttatjuk a desinficienssel imbibált anyagra, s az eredményt azután a rendes vizsgálati módszerek segélyével megállapitjuk.

Ugyancsak *Piorkowski*[14] igen ügyes készüléket szerkesztett helyiségek desinficiálására; a desinfectio formalinnal történik, melynek gőzei betöltik a fertőtlenitendő helyiséget. A készülék igen nagy előnye, hogy mindig csak annyi formaldehyd melegittetik fel általa, a mennyi el is gőzölög, a mi által a formaldehyd polymerizálása a hosszas melegités folytán ki van zárva. Piorkowski készülékét *hajszálcsöves kettőslámpának* nevezi. Egy lefelé forditott palaczkból lámpabélanyag szivja ki capillaritása segélyével a formalint; ezen lámpabél fémlemezen terül szét, melynek közvetitésével lánggal felmelegithető; a melegités által elpárolgott formalin helyébe újat szív a hajszálcsöves béllemez, s igy a formaldehydgőzök képződése folytonos, és addig tart, a mig a melegitő láng ég, ennek eloltása után a gőzképződés magától megszünik. A fémlemez kellő szélessége által a láng s a formalin direct érintkezése ki van zárva, s igy a gőzök meggyuladása elkerülve.

Piorkowski ki is próbálta készülékét különféle nagyságú helyiségekben, különféle viszonyok között, többféle bacteriummal és azok spóráival szemben. Kisérleteinek eredménye röviden a következő: 10 köbmeter űrtartalmú helyiség teljes desinfectiojára 150 cm³ *tysin* (egy 40%-os formaldehydkészitmény) teljesen elegendő volt a szoba bármely részében elhelyezett bakteriumok és azok spórái elölésére; 50 köbcentimeter ellenben csak a bakteriumokat ölte meg, spóráikat nem. 50 m³-nyi helyiségnél 200 cm³ tysin elgőzölögtetése hat óra alatt elölte a bakteriumokat, de 500 cm³ volt szükséges a spórák megsemmisitésére.

Schoneboom[15] készüléket szerkesztett steril vérsavó nyerésére, melynek lényege egy a külső fertőzésektől kellőleg védett porczellángyertya-filter, a mely fedőkészülékeivel együtt sterilizálandó használatba vétel előtt. A gyertyafilter egy üveghengerben lóg bele a savót felfogó edénybe; az edény és henger üvegpohárban állanak, s fent rájuk ugyancsak üvegpohár boritandó. Az igy egyszerűen összeállitott szűrőkészülék könnyen és biztosan sterilizálható, a filteren pedig a bakteriumok napok mulva sem burjánoznak keresztül, úgy hogy nagy mennyiségű vérsavó szűrhető át sterilen.

(Folytatása következik.)

11. Centralblatt f. Bact. etc. 29. k. 668. l.
12. Ugyanott. 27. k. 366. l.
13. Ugyanott. 27. k. 609. l.
14. Ugyanott. 29. k. 406. l.
15. Ugyanott. 29. k. 210. l.

Könyvismertetés.

J. Baedeker. Die Arsonvalisation. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1902.

Szerző ama villamos árammal, melyet D'Arsonval és tőle függetlenül Tesla fedeztek fel, végezte élettani és gyógytani tanulmányait Eulenburg berlini poliklinikáján. Az Arsonval-féle áramot — lényegileg nagy feszültségü és magas frequentiájú indukált villamosság — vagy közvetlenül helybelileg alkalmazta, vagy az általános alkalmazással, midőn az áram egy e czélra készült „nagy solenoid"-ba lesz vezetve: többszörös sodronymenetekkel körülvett nagy állványba, melybe az egyén kényelmesen elfér, s a sodronyokban keringő áram csak indirecte kerül a testbe. A helybeli arsonvalisatio bőringerként hat, huzamosabb idő mulva égési érzést okoz; a helybeli alkalmazás a franklinisationál használt gombelektrodhoz hasonló „Condensations"-elektroddal történik. Az általános arsonvalisatioval az állati test telitve lesz villamossággal akként, mint a condensatiós elektrod, és egy második egyénnel szemben úgy hat, mint az elektrod.

Az élettani hatásokat szerző D'Arsonval nyomán vizsgálta, némileg eltérő eredménynyel. Rövid helybeli alkalmazás hypaesthesiát, huzamos behatás hyperaesthesiát okoz; a légzésre nagyobb befolyással nincsen, s csak egyes kisérleteiben tudott Baedeker befolyást a vérnyomásra (fokozódás) constatálni.

A therapeutikus eredmények közül a legfontosabbak: diabetesnél az arsonvalisatio nem képes a czukortartalmat megváltoztatni, ellenben a diabetes kellemetlen tüneteire (pruritus stb.) igen kedvező befolyást gyakorol. Befolyása functionalis neurosisokra meglehetősen változó: egyes betegek izgatották lesznek a nagy „solenoidban", mások tetemes megnyugvást éreznek; általában kedvező eredménye van ideges álmatlanságnál. A helybeli arsonvalisatio jó eredménynyel járt myalgiáknál és neuralgiáknál, kivéve a trigeminus neuralgiát, hol károsan hatott. Az intensiv localis kezelés igen jó hatásúnak bizonyult makacs fejfájásoknál. Szerző végül felemliti, hogy *D'Arsonval* és *Doumer* igen kedvező hatást láttak tüdőgümőkór eseteiben, a mire neki nincsenek személyes tapasztalatai. *Hudovernig.*

Jessner: Dermatologische Heilmittel. Würzburg, Stuber.

A 95 oldalra szoritott füzetben megtalálja a gyakorló orvos nagyrészt mindazt, a mi a dermatotherapiában kiforrott, positiv tapasztalati tény. A gyógyitási eredmények összefoglalása röviden, érthetően van fogalmazva, s a vényeknek sincs meg az a nagy tömege, mely tétovázásra vagy kapkodásra adhatna alkalmat. Jessner beosztását is csak helyeselhetjük: nem ragaszkodik a gyógyitó szerek szokásos száraz, alfabetás felsorolásához, hanem azokat therapiai hatásuk szerint osztályozza. A szorosan pharmakopoeai munka már e jellegénél fogva is nélkülözi azon eljárások leirását, melyeknek a dermatotherapia legújabb haladásában oroszlánrész jutott, mint pl. a radio- és thermotherapiát, de ha tekintetbe veszszük azt, hogy a gyakorló orvosnak csak kivételesen állhat rendelkezésére Röntgen-, még ritkábban Finsenkészülék vagy más hasonló armamentarium, e hiány — ha ugyan annak nevezhető — könnyen elnézhető még akkor is, ha az emlitett eljárásoknak legalább theoriai ismeretét szükségesnek tartjuk a gyakorló orvosra nézve.

Tömör stilusánál, szorosan az igazán mindennapos gyógyszeres szerelésre szorított tartalmánál s olcsó áránál (1 1/2 márka) fogva a kis munkát ajánlhatjuk az általános praxissal foglalkozó kartársaknak.

Poór.

Engel: Leitfaden der klinischen Blutuntersuchungen. 2. Auflage. A. Hirschwald. Berlin, 1902.

Az Engel-féle vezérfonal a haematologia állását az 1902. év elején, Ehrlich iskolájának világitásában tükrözteti vissza, és a módszertani rész részletességénél, világosságánál és teljességénél fogva az Ehrlich-Lazarus-féle nagy munkának kiegészitéseképen tekinthető. A munka értékét a szerző saját készitményei és rajzai után készitett igen szép rajzok mellett, a vér fejlődéstani problemáinak a szokottnál bővebb fejtegetése emeli. Egészen modern a II. fejezet, mely, a mennyire ez 11 lapon lehetséges, az olvasót a vér physikalis-chemiai sajátságaival ismerteti meg. Természetes, hogy igy csak vázlatát adhatja azon tanulmányágnak, mely az eredetileg morphologiai úton induló haematologiától teljesen emancipálódik, és a mely, mint ezt a Hamburger-féle monographia sikere bizonyitja, a legcompetensebb szakemberek részéről követel bővebb tárgyalást. Ifj. *Elischer Gyula* dr.

Uj könyvek. *Grawitz*: Klinische Pathologie des Blutes. Zweite völlig umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage. Berlin, O. Enslin. — *Grawitz*: Methodik der Blutuntersuchungen. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin, O. Enslin. — *Becker*: Einführung in die Psychiatrie. Dritte Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Jacobson*: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Dritte Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Krönig*: Über die Bedeutung der functionellen Nervenkrankheiten. Leipzig, G. Thieme. — *Rauber*: Über die Wirkung des Alkohols auf Thiere und Pflanzen. Leipzig, G. Thieme. — *Langerhans*: Grundriss der pathologischen Anatomie. Dritte Auflage. Berlin, S. Karger. — *Gross*: Die Anwendung hochgespannter Dämpfe zur Regeneration erkrankter Organe und zur Heilung von Wunden und Geschwüren. Berlin, A. Weinholtz. — *Meyer*: Die Haarkrankheiten. München, O. Gmelin. — *Saenger*: Neurasthenie und Hysterie bei Kindern. Berlin, S. Karger. — *Legueu*: Leçons de clinique chirurgicai. (Hôtel Dieu, 1901.) Paris, F. Alcan. — *Th. Oliver*:

Dangerous trades. London, J. Murray. — *R. Lincoln Watkins*: Diagnosis by means of the blood. London, The physicians book publishing company.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A béldesinficientiákat az eddigi kisérleti sorozatokban a laxans gyanánt is ható calomel kivételével hatástalanoknak nyilvánitották. *Mieszarwszki* egy a vékonybél végén anus praeternaturalissal biró egyénen a bélbakteriumok számolásával kimutatta, hogy a per os beadott menthol a vékonybél alsó részén még olyan töménységben van jelen, mely némi desinficiáló vagy fejlődésgátló hatást kifejteni képes. Az itrollal és bismuttal végzett kisérletek negativek voltak. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. IX. kötet, 3. füzet.)

Benedict.

A jod 5%-os olajos oldatának intramuscularis alkalmazása mellett száll sikra vizsgálatai alapján *Spolverini*. A fájdalom minimalis, localis reactio nincs, a jod csak lassan diffundál a szervezetbe és kiválasztása napokat, sőt heteket vesz igénybe. Az injectio közönséges Pravaz-tű segitségével történik, mely ily módon 0·05 metallikus jodot visz a szervezetbe. Luetikusoknál néha joddal együtt 1 cgm. hydrargyrum bijodatumot fecskendez a glutaeusokba ugyanabban az olajos menstruumban. A befecskendezések scrophulosis és lues esetében körülbelül 3 hónapon keresztül minden 3—4. napon ismételendők. Mindamellett szerző kezelési módját csak olyan betegek számára akarja fentartani, kik a jodot más alakban nem tűrik. (Il Policlinico, 1902. 4. füzet.)

Benedict.

Az organikus és anorganikus szivzörejek intenzitása különböző helyzetekben. *Gordon* vizsgálatai szerint a fekvő helyzet megerősiti az összes anorganikus zörejeket, kivéve a dorombzörejt, mely ilyenkor könnyen tünedezik. Hasonlóképen erősbödik a mitralis és tricuspidalis insufficientia, valamint az aortaszűkület zöreje. A mitralis szűkület zöreje gyengül, míg az aortaelégtelenség diastolikus zöreje egyáltalában nem befolyásoltatik. Gordon fejtegetései valószinűvé teszik, hogy a mellkas antero-posterior átmérőjének fekvés közben való kisebbedése a szív hátrasülyedésével egyetemben ezen változásoknak az okozója. Jogosnak látszik szerzőnek azon kivánsága, hogy a hallgatódzási lelettel együtt a vizsgálat alatt elfoglalt helyzetet is valamiképen feltüntessék. (British med. Journal, 1902. márczius 11.) *Benedict.*

A cacodylsavas sók gyógyászati alkalmazása a gyakorló orvosok körében ugyan mindinkább hódit, a tulajdonképeni szakemberek azonban ezen szerrel szemben elutasitó magatartást foglalnak el. *Fraser* fejtegeti ezen arsenvegyületeknek aránylag csekély hatékonyságát; igaz, hogy nem birnak az arsenessav toxikus tulajdonságaival, de pharmacodynamikus effectusaival sem. De ezzel nincs megmondva, hogy per os adagolva nem volnának képesek a gyomor-bélhuzamot elég súlyosan alterálni; még a maximalis adag elérése előtt nausea, hányás, hasmenés meglehetősen gyakori. A bőralatti alkalmazás az arsen-kúrák hosszú tartama miatt a gyakorlatban nagy akadályokba ütközik. Fraser chorea, anaemia és különféle bőrbetegségek eseteiben alkalmazta és soha sem látott hatást. Hatástalansága arra vezetendő vissza, hogy az arsenessav nem képes belőle a szervezetben lehasadni. Még a szervezeten kivül is az arsen kiszabaditására egy hosszadalmas és bonyolult élenyitési eljárás szükségeltetik. (British med. Journal. 1902. márcz. 22.)

Benedict.

Az epesavak kimutatásának igen egyszerű és állitólag nagyon érzékeny módszere az, melyet *Hay* már 1886-ban röviden ajánlott és melynek most néhány franczia és angol kutató polgárjogot akar szerezni. Legutoljára *Beddard* és *Pembrey* értekeztek róla. Finoman elosztott ként hintünk a megvizsgálandó vizelet felszinére; ez csak akkor fog a fenék felé sülyedni, ha a vizelet epesavakat, akár csak igen kis mennyiségben tartalmaz (1 : 40,000). A vizelet reactioja, fajsúlya, rendes és abnormis alkatrészei nem befolyásolják a reactio létrejöttét, mely azon alapul, hogy az epesavas sók a folyadék felszinfeszülését csökkentik. Aceton, phenol, hetol és szappanok, melyek ugyanarra képesek, sokkal kevésbbé hatékonyak és a vizeletben csak ritkán vannak olyan mennyiségben jelen, hogy a próba specificitása ez által szenvedne. A próba 40-szer érzékenyebb, mint a Pettenkofer-féle kémlés. Icterus catarrhalis, cholelithiasis, cirrhosis hepatis eseteiben a próba már bevált. Kitünt az is, hogy az epefestenyeknek és az epesavaknak a vizeletben való kiválasztása egymástól meglehetősen független. (British medical Journal. 1902. márczius 22.) *Benedict.*

Orr-, torok- és gégebajok.

A Highmor-üreg radicalis műtétét *Réthi* újabban az orrüregen keresztül végezi. 20%-os cocainozás után az alsó orrkagyló elülső két harmadát eltávolitja, azután az alsó orrkagyló tapadási vonalának elülső része mögött közvetlenül vésővel egy nyilást készit, a mit utólagosan csontfogóval fel és alá felé kitágit, úgy hogy egy elegendő széles communicatio jön létre a Highmor- és orr-üreg között. Az igy megnyitott Highmor-üreget most alaposan kimossa és egy hajlitott sonda segélyével dermatol-gaze-zel tömi ki az üreget. A gazet két nap mulva távolitja el, a midőn az üreg belsejét saját találmányú endonasalis tükrével átvizsgálja, az esetleg jelenlevő sarjakat hajlitott éles kanállal eltávolitja. A következő ülésen megvizsgálandó, vajjon nem maradt-e még vissza granulatio, és alapos kimosás után az üreg néhány napra újból tamponálandó. Szerző eddigelé négy izben végezte e műtétet, egy izben kimosásokkal, a másik hárombau száraz utókezeléssel. Mind a négy beteg teljesen meggyógyult, a gyógyulás időtartama hat hét, egész négy hó között ingadozott.

Előnye e műtéti eljárásnak a beavatkozás kicsinysége, továbbá hogy rövid idő, 10—15 percz alatt elvégezhető, a facialis fal épségben marad és a cocain-anaesthesia teljesen elegendő. Ha az elváltozások, mint az utólag kiderül, igen mélyrehatóak, úgy a fossa caninán keresztül is nyilást készithetünk, azaz a Caldwell-Luc-féle methodust forditott sorrendben végezhetjük. (Wiener med. Wochenschrift. 1901. 52. sz.)

(A Réthi-féle radicalis műtét, mint látható, nem egyéb egy módositott Mikulicz-Krause-féle methodusnál. Egy a mult évben megjelent berlini levelemben (Orvosi Hetilap 1901. 9. sz.) kifejtettem a Krause-féle műtét előnyeit, és hogy az igy kezelt 150 beteg csekély kivétellel mind meggyógyult. Mindaddig tehát, míg alapos reményünk van, hogy egy, csak pár pillanatig tartó kis műtéttel gyógyithatunk, szerény nézetem szerint elégedjünk meg a Krause-féle trocarral és csak akkor végezzük a Réthi- avagy a Caldwell-Luc-féle nagyobb beavatkozást, ha erre az eset makacssága kényszeritene. A ref.)

Tövölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Scarlatinánál *Siecke* kiterjedten használja a natrium sozojodolicumot, még pedig részint porbefúvás alakjában a torokba óránként. Kisebb gyermekeknél és eszméletlen állapotban levő betegeknél a por befúvás nehezen végezhető; ilyenkor belsőleg ad félóránként kávéskgyermekkanálnyit 3—5%-os natrium sozojodolicum-oldatból, vagy még czélszerűbben a következő, sötétben tartandó rázókeverékből: Rp. Itroli 0·5; Natrii sozojodolici 5·0; Spir. vini 20·0—50·0; Aquae destill. ad 200·0. Az itrol (czitromsavas ezüst) hozzátétele különben akkor is czélszerű, ha porbefúvás alakjában használjuk a natrium sozojodolicumot (Rp. Itroli 0·5; Natrii sozojodolici 10·0. F. pulv. subtiliss.). Elhanyagolt, septikus esetekben unguentum collargoli Credé-ből is naponként kétszer bedörzsöltet babnyi mennyiséget a czomb belső felületén. Scarlatinás orrlobnál öblítéseket végeztet 1 : 1000 argentum nitricum-oldattal; súlyos esetekben az öblités után sozojodol-oldatból (Rp. Natrii sozojodolici 3·0—5·0; Natrii chlorati 1·0; Spir. vini 20·0; Aquae destill. ad 100·0) kávéskanálnyit beöntet az orrba. Nagyobb nyirokmirigyduzzanatokat 5%-os vizes ichthyol-oldattal átitatott gyapottal fed be és szükség esetén a késsel való megnyitással nem késlekedik. Kezdődő otitis medianál a külső hallójáratot megtölti 50%-os alkohollal készült 3%-os natrium sozojodolicum-oldattal és utána gyapottal tamponál. Az itrol a scarlatinás izületi csúzt gyorsan meggyógyitja; a vesére azonban izgatólag hatván, magában nem adandó, hanem 1/10 annyi natrium sozojodolicummal együtt, mint a melynek a nephritis scarlatinosával szemben is igen jó a hatása. Ilyen esetekben 2%-os natrium sozojodolicum-oldatból (1%-os natrium chloratum-oldatban) óránként ad egy gyermekkanálnyit és egyidejűleg wildungeni vizet is itat. A mi az általános kezelést illeti: a beteget ágyban tartja, tisztán tejdiaetára szoritja, a szájüreget minden étkezés után megtisztitja (kis gyermekeknél 1%-os konyhasóoldat itatással, nagyobb gyermekeknél szájöblitéssel néhány kanálnyi 30—50%-os alkohollal és a beleket naponként 2-szer kiüriti (nagy beöntések 1%-os konyhasó-oldattal). Az előzőkben vázolt kezelésmód mellett szerző már évek óta egyetlen egy scarlatinás betegét sem vesztette el. (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1902. 10. szám.)

A salochinint *Tauszk* nagyobbszámú esetben használta 1/2—1 grammos adagokban, naponként legfeljebb 3 grammot. Tapasztalatai alapján oda nyilatkozik, hogy a salochinin nagyon értékes antineuralgicum és mérsékelt hatású antipyreticum, melynek általában véve kedvezőtlen mellékhatásai nincsenek és mindazon esetekben használható, a melyekben eddig chinin- vagy salicyl-készitményeket használtunk. Szerző nagyon jó eredményeket látott a salochinintől tabesben szenvedők lancináló fájdalmainál, heveny és idült polyarthritisnél, neuralgia supraorbitalisnál (2 grammot adva 4 órával a roham előtt), továbbá izomcsúznál. Ajánlja a szert további kisérletezésre. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1902. 1. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 22. szám. *Scheiber S. H.*: A tetania egy nehéz és rendellenes esetéről. *Szabó Sándor*: Az endometritis kezeléséről.

Orvosok lapja, 1902. 22. szám. *Poór Ferencz*: A hydrargyrum imidosuccinicum alkalmazása syphilisnél. *Guhr Géza*: A sebkezelés elvei, különös tekintettel a keztyűben való műtevésre.

Magyar orvosok lapja, 1902. 22. szám. *Nenadovics Lázár*: A franzensbadi lápföld-fürdők hőfokának, sűrűségének és tartamának tudományos megállapitása a női betegségek gyógykezelésében. *Szana Sándor*: A csecsemő-kórházak ügye, különös tekintettel Magyarországra.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 22. szám. *Kassowitz*: Myxoedema infantilis, mongolismus és mikromelia. *Kunz*: A vakság physiologiája. *Huber*: A Finsen-therapia mai állása. *Török* és *Schein*: A bőrbetegségek radio- és actino-therapiája. *Crocq*: A reflexek életbiztositási szempontból. *Zeissl*: A nyirokkészülék megbetegedései a syphilis különböző szakaiban. *Silbermark*: Kerek gyomorfekély trauma után. *Kolisch*: A diabetes-diaeta elméletéhez.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 22. szám. *Schlagenhaufer*: Chorionepithelioma- és hólyagmolaszerű burjánzások előfordulása teratomákban. *Seemann*: A roseolák vizsgálata typhus-bacillusra. *Hartmann*: Hármasszülés esete. *Ascoli*: Bakteriohaemolysinek és antihaemolysinek. *Kraus*: Válasz az előző czikkre.

Wiener medizinische Presse, 1902. 22. szám. *Schiff*: Néhány újabb physikalis gyógymód bőrbajokban. *Scheyer*: A belső fül megbetegedései salicylkészítmények belső használata után. *Ladyschenski*: Typhus-betegek forcirozott táplálása.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 20. szám. *Dittrich*: Sérülések megitélése törvényszéki orvosi szempontból. *Hering*: A pulsus pseudoalternans.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 10. szám. *Silberschmidt*: Az immunitás kutatásának újabb eredményei. *Craandyck*: Hyalin és szemcsés hengerek fehérjementes vizeletben.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 22. szám. *Veit*: Albuminuria a terhességben. *Sobernheim*: A lépfene ellen való védőoltás új módja. *Sommerfeld* és *Roeder*: A csecsemővizelet ósmotikus analysise különböző táplálás mellett. *Elsner*: A gyomorlocsolás. *Fraenkel*: A tüdőgümőkór heveny alakjai. *Boehr*: Szivbajosok kezelése kreuznachi fürdőkkel.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 22. szám. *Schoenborn*: Néhány atypikus jelenség a secundaer syphilis lefolyásában. *Radestock*: Cancer à deux két esete. *Rosin*: A mellituriák aetiologiája újabb vizsgálatok alapján. *Litten*: Endocarditis. *Stiller*: Az enteroptosis tanához. *Bohlen*: Malaria a gyermekágyban. *Thiele*: A haemorrhoidák kezelése. *Schott*: Javitások és bővitések Nauheimban. *Lewin*: Antimorphin. *Eulenburg*: Yohimbin bőr alá fecskendezése. *Dunbar*: Helyi érzéstelenités para-amidobenzoësav-esterrel.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 21. és 22. szám. *Casparie* és *Zeehuisen*: Vállmérések normális egyéneken és azoknak értéke a váll hűdésénél, illetve neurosisainál.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 21. szám. *Contremoulins*: Lövegek eltávolitása a koponyaűrből. *Wiemann*: Idegen testeket tartalmazó epidermoidok (epithelcysták).

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902 május. *Aschaffenburg*: Elmekóros bűntettesek elhelyezése. *Kowalensky*: Podagra és neurosisok.

Dermatologisches Centralblatt, 1902. május. *Michels*: Adat a venereás betegségek prophylaxisához. *Wolff*: Ismeretlen aetiologiájú urethritis esete.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 10. szám. *Hitzig*: A corticalis látás physiologiája. *Bechterew*: Heveny cerebellaris ataxia. *Bartels*: A térdreflex hiánya dorsalis compressiós myelitisnél az ágyéki velő hátsó gyökereinek elfajulásával. *Goldflam*: Az astheniás hűdésről egy bonczlelet kapcsán.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 13. kötet, 5. füzet. *Asch*: A vérbe fecskendezett bakteriumok kiválasztása a vesék útján. *Schloth*: Ismeretlen okból eredő prostatatályog.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 62. kötet, 3. és 4. füzet. *Haberern*: Inluxatiok. *Sckmieden*: A vesesebészet eredményei. *Pagenstecher*: Ascites chylosus. *Stranch*: Intramuscularis cavernosus angioma sajátságos tünetekkel. *Rose*: Az ovariumok orthopaediájának egy módja. *Langemak*: A bélkirekesztés mint előleges műtét két coecum-daganat kiirtásánál. *Noorden*: Az orrkagyló serosus cystája. *Mintz*: A retrocollis spasmodicus sebészi kezelése. *Engelhardt* és *Neck*: Gyomorfekélyek és májinfarctusok keletkezése kisérletes omentum-resectioknál. *Riegner*: Lórúgás okozta bélszakadás. *Riegner*: A sinus longitudinalis durae matris subcutan repedése. *Kattenbracker*: Haladás a Finsen-féle lupuskezelésben.

Zeitschrift für Heilkunde, 1902. 3. füzet. *Hertle*: Strumák tompa sérülései. *Zahradnicky*: A primaer resectio gangraenás incarcerált sérveknél. *Maly*: A nyelvcsonttájék daganatainak szövettanához. *Wechsberg*: 1. A véknyból tengelycsavarodásának esete. 2. Adat chloroform-icterus tanához. *Jerusalem*: Adat a vékonybélfalzat elváltozásainak ismeretéhez sérvkizáródás után. *Reimann*: Traumás eredetű osteochondroma és diploësarcoma egy-egy esete. *Fuchsig*: Traumás lipaemia. *Sinnreich*: Cystaképződés az ureteren és környékén.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1902. 3. füzet. *Mingazzini*: Adatok a lues cerebralis praecox és maligna tanához. *Vogt*: Neurofibrillák a retina idegsejtjeiben és idegrostjaiban. *Käs*: A dementia paralytica kórbonctanához. *Gross*: „Vorstellungszerfall". *Storch*: Az érzéki észrevevések psychophysiologiája.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 21. kötet, 3. és 4. füzet. *Liefmann*: Astheniás bulbaerparalysis esete bonczlelettel. *Müller*: Psychikai zavarok a homlokagy sérüléseiben. *Kohnstamm*: Centrifugalis vezetés az érző végneuronban. *Bechterew*: Operativ beavatkozások epilepsia choreicánál. *Lundborg*: A csaknem teljes strumectomiák következményei. Adat a tetania tanához. *Hensen*: Bulbaerparalysis sarcomatosisnál. *Hensen*: Meningomyelitis tuberculosa. *Wolff*: A reflectorius pupillamerevség localisatioja. *Schott*: Részleges myotonia izomsorvadással. *Idelsohn*: Adat az infantilis tabes kérdéséhez. *Schoenborn*: Az alsó testfél bőr- és inreflexeinek klinikai megfigyelése. *Finkelnburg*: Gerinczvelő elváltozások agynyomásnál. *Bickel*: Adat a reflexek tanához. *Higier*: A paretikus szemhéjemelő és szemhéjzáró sajátságos együttmozgásainak klinikájához.

Die Therapie der Gegenwart, 1902. 4. füzet. *Fraenkel*: A szivburok punctioja. *Goldscheider*: Történeti és kritikai adatok a tabeses ataxia gyakorló gyógymódjához. *Jaffe*: A formaldehyd befolyása a normális és kóros húgyalkatrészekre. *Renvers*: A heveny veselob kezelése. *Salkowski*: Az autodigestio vagy autolysis ismeretéhez.

Archiv für Ohrenheilkunde, 55. kötet, 1. és 2. füzet. *Gradenigo*: Exenteratio cavi tympani acustikus czélokból. *Berthold*: Diplacusis monauralis. *Haug*: Cholesteatoma okozta agyarrosio, cholesteatomatosus tömegek áttörése az oldalsó agygyomrocsba. *Zaufal*: Adat az otogen sinus thrombosis operativ kezeléséhez. *Haike*: Encephalitis haemorrhagicához csatlakozó foetalis megbetegedése a labyrinthnak. *Haug*: Helyi érzéstelenitő szerek használata fülészeti beavatkozásoknál. *Alexander*: Atypusos szövetformatiok a hártyás labirynthban. *Eschweiler*: A hallás mechanikájának és zavarainak Zimmermann-féle elmélete. *Haug* és *Laubinger*: A müncheni poliklinika fülészeti osztályának kimutatása. *Ostmann*: A legközelebbi vérrokonok gümőkórja által okozott dispositio fülbajokra gyermekeknél. *Hammerschlag*: Adat a hallócsontocskaláncz kórbonctanához. *Heermann*: Carotisvérzés esete.

Ziegler's Beiträge, 31. kötet, 2. füzet. *Jores*: A házinyúl idült ólommérgezésének kórbonctana. *Matusewicz*: Az elastica interna izolált elmeszesedése arteriosclerosisnál. *Eppinger*: Adatok az emberi májcapillarisok ép- és kórszövettanához, különös tekintettel az icterus pathogenesisére. *Katsurada*: A bőr rugalmas rostjainak regressiv elváltozásai. *Bloch*: A Löwit-féle parasiták lymphatikus leukaemiánál. *Oberndorfer*: Adatok a vesicula seminalia boncz- és kórtanához. *Miller*: A haematogen tuberculum histogenesise a házinyúl májában. *Watanabe*: A tracheába vitt gümőbacillusok hatása a tüdőre házinyúlnál. *Uffenheimer*: Egy új gáztermelő bacillus (B. aërogenes aërophilus agilis).

Virchow's Archiv, 167. kötet, 2. füzet. *Loeb*: A thyreoidea sarcomájának átültetése fehér patkányokra. *Mönckeberg*: Csontképződés üterek falában. *Pfeifer*: A köldökedények és a Botall-vezeték szövettana és visszafejlődése. *Hesse*: A leucocyták granuláinak ismeretéhez. *Kaiserling* és *Orgler*: Myelin jelentkezése sejtekben és ennek viszonya a zsírmetamorphosishoz. *Orgler*: Normális és regressiv metamorphosisban levő thymusmirigyek zsirtartalma. *Gierke*: Elmeszesedett szövetek vastartalma ép és kóros viszonyok között. *Stursberg*: Subcutan gelatina-befecskendezések hatása kisérletes vesebajokra. *Aron*: A pneumothorax gyógytanához.

Archiv für klinische Chirurgie, 67. kötet, 2. füzet. *Liek*: Az üteres vérbőség lefolyása a regeneratiora. *Koch*: Tapasztalatok az idült recidiváló perityphlitisekről 200 gyökeres műtét alapján. *Wolff*: Senilis elmeszesedés ritka alakja. *Trzebiczky*: A mellkas resectioja álképlet miatt. *Coenen*: 15 kiirtott Gasser-dúcz mikroskopi vizsgálata. *Joachimsthal*: Az emberi térdkalács szerkezete, helyzete és anomaliái. *Kessler*: Műtétek az ondóhólyagon és környékén. *Lorenz*: A sérült szív szabaddá tevése. *Melchior*: A hólyagkövek tünetei és kórismézése.

Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 47. kötet, 3. és 4. füzet. *Merkel*: A chinin anyagcseretermékei. *Kettner*: Táplálási kisérletek chondroitin-kénsavval. *Magnus*: A túlélő emlős-szív működése gázokkal való átáramoltatásakor. *Hayashi* és *Muto*: Légzéskisérletek néhány méreggel. *Reach*: A szénhydratok felszivódása a végbél nyákhártyáján. *Gerhardt*: Észleletek visszér-pulsusokon. *Ott*: Az alkohol befolyása a fehérjeforgalomra lázasoknál. *Faust*: Bufotin és bufotalin.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 35. kötet, 2. füzet. *Hitzig*: Régi és új vizsgálatok az agyról. *Pick*: A neurasthenia psychopathologiájához. *Ransohoff*: Lágyulás a híd dorsalis részében. *Winter*: A secundaer degeneratio és megjegyzések a patella-reflex viselkedéséről a gerinczvelő magas harántlaesioinál. *Kölpin*: Adat az indukált psychosisok ismeretéhez. *Auerbach*: Myastheniás paralysis esete. *Becker*: A 4. agygyomrocs gliomája és vizsgálatok a hátulsó és mellső gyökerek elfajulásáról agynyomásnál és sorvasztó betegségekben. *Steffens*: Bonczlelet hysteroepilepsia egy esetében. *Raecke*: Statistikai adat a paralysis progressiva aetiologiájához és tünettanához.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, 72. kötet, 3. és 4. füzet. *Lommel*: Klinikai észleletek a szivarythmiát illetőleg. *Winternitz*: Különböző fürdők hatása főleg a gázcserére. *Vogel*: Vizsgálatok az izomnedvet illetőleg. *Köster*: További adat a facialis hűdés tanához. *Zorn*: Adat az amoeba-enteritis ismeretéhez. *Bandel*: Szűk aorta esete. *Harmsen*: Diagnostikai és therapeutikai megjegyzések aortaaneurysma egy esetéhez.

La semaine médicale, 1902. 22. szám. *Chauffard*: A májcirrhosis okozta ascites gyógyulása.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 22. szám. *Féré*: Intercurrens betegségek befolyása az epilepsiára.

Bulletin général de thérapeutique, 143. kötet, 14. és 15. füzet. *Lewin*: Ipari mérgezések. *Mathieu*: Az idült diarrhoea kezelése. *Linossier*: Epekőbetegséggel kapcsolatos idült diarrhoea. *Cautru*: Az idült diarrhoea kezelése massage-zsal. *Robin*: Az idült diarrhoea gyógyszeres kezelése. *Gautier*: A natrium methylarseniat. *Gallois*: A hypopeptikusok idült diarrhoéja. *Bardet*: A savi székletétek viszonya a hasmenések kezeléséhez.

Archives de neurologie, 1902. május. *Mutterer*: Hystero-epilepsia egy esete distinct krizisekkel, spontan ecchymosisokkal és lázrohamokkal. *Garnier* és *Santenoise*: Hemimelia elmebajosnál. *Keraval* és *Raviart*: „Paralysie générale gémellaire homomorphe". *Diax-Delgado*: Periferiás eredésű kétoldali facialis-hűdés érdekes esete.

Archives générales de médecine, 1902. május. *Le Calvé:* Két intestinális toxin. *Cocher* és *Lemaire*: Meningitis cerebrospinalis epidemica Algierban. *Oddo* és *Audibert*: Periodusos familiaris paralysis.

Revue de médecine, 1902. 5. füzet. *Marandon de Montyel*: Az epilepsiás delirium kezelése. *Régnault*: Mézgás fák nedve által okozott eruptiok és oedemák. *Valentino*: Rythmusos fejmozgások aortabajokban szenvedőknél. *Vaschide* és *Vurpas*: Psychikus vertigo. *Ferrannini*: A sziv autochton dislocatioi.

Revue de chirurgie, 1902. 5. füzet. *Baudouin*: Kettős monstrumok műtevése. *Tavel:* Konyhasó-oldat használata a sebészetben. *Potarca*: A haemorrhaidalis csomók műtevésének új módja.

British medical journal, 1902. május 24. *W. R. Gowers*: Myasthenia és ophthalmoplegia. *Rushton Parker*: Traumás epilepsia, a bőr odanövése az agyhoz, műtevés. *Judson S. Bury:* A lábszárak teljes temporaer hűdése gyermekben. *A. Hall*: Sporadikus cretinismus esete. *S. W. Mc Ilwaine*: Myxoedema anyában és gyermekben. *H. W. Syers*: A diazoreactio. *E. C. Freeman*: Antipyrinnel kezelt cerebrospinalis láz három esete. *E. R. Coffey:* Hat óra alatt halálos himlő esete. *Wm. Bramwell*: Localis hyperidrosis esete. *T. W. Shepherd:* Nem egészen 2 font súlyú koraszülött életben maradása. *M. L. Hepburn*: A vastagbél és az ileum egy nagy részének ki nem fejlődése. *H. M. W. Gray*: Az acut peritonitis gyógyitása. *L. L. Burton*: Keloid vaccinatio után. *Leslie Buchanan:* Vascularis sarcomák. *P. Tytler*: Áthatoló gyomorsérülés műtét után gyógyult esete. *C. Porter*: Typhusos bélátfúródás gyógyult esete. *H. H. Cotman*: Omentalis cysta, mely trauma után a gyomorral közlekedésbe jött.

The lancet, 1902. I. 20. szám. *Wyatt Wingrave*: Torok- és orrdouche-ok. *G. A. Wright:* Septikus polyarthritis. *Patrick Manson:* A malaria diagnosisa a gyakorló orvos szempontjából. *A. F. Tredgold:* Elmekóros anyáktól született gyermekek későbbi sorsa. *W. H. B. Stoddart:* Folyékony levegő használata fagyasztásra laboratoriumokban. *Llewellyn C. P. Phillips*: A glycosuria és diabetes sebészeti szempontból. *R. Prosser White, J. Hay* és *W. J. Orsman*: A dinitrobenzen hatása a vizeletre és a dinitro-toluen ártalmatlan volta. *G. Stopford Taylor*: Röntgen-sugarakkal kezelt ulcus rodens. *N. Elrington*: A foetus malformatiojának esete. *W. J. Collins*: Solid ovarialis daganat műtett esete. *F. Buszard:* Localizált baj a thalamus opticusban.

The Edinburgh medical journal, 1902. május. *A. Logan Turner*: A gége submucosus areolaris szövete és ennek jelentősége az oedema terjedésénél. *A. E. Maylard:* A flexura hepatica coli rákjának tünetei és diagnosisa. *R. J. Probyn-Williams*: Az aether mint általános anaesthetikum. *S. H. Habershon:* Jobboldali vándorvese összefüggése májtünetekkel. *Douglas Graham:* Massage és mozgás hemiplegiában. *R. W. Leftwich*: Tápláló ital lázas és kimerítő betegségekben. *J. Crawford Renton*: Esetek a hassebészet köréből.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. junius 6.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 21. hetében (1902. május 18-dikától május 14-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 437 gyermek, elhalt 306 egyén, a születések tehát 167-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra 32·0. — Halálozások aránya száma: 1000 lakosra 20·7, az egy éven felüli lakosságnál: 15·8 az öt éven felüli lakosságnál: 14·0 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 1, pertussis 3, morbili 7, scarlatina 7, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis ,0 febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 24, apoplexia 9, eclampsia 11, szervi szivbaj 15, pneumonia 28, pleuritis 3, pneum. catarrh. 10, bronchitis 14, tuberculosis pulmonum 50, enteritis 14, carcinoma 12, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 2, veleszületett gyengeség 13, paedatrophia 1, marasmus senilis 7, erőszakos haláleset 12, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 8, baleset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2866 beteg, szaporodás e héten 863, csökkenés 839, maradt e hét végén 2890 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi május 21-dikától május 27-dikéig terjedő 21. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 32 (37), diphtheria, croup 17 (26) hagymáz (typhus) 2 (1), kanyaró (morbili) 300 (304), trachoma 2 (3), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 24 (23), orbáncz (erysipelas) 17 (3), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1, (0) járv. fültömirigylob 7 (6), ezenfelül varicella 19 (9).

× **Réczey tanár díszoklevele.** A fővárosi közkórházak orvostársulata legutolsó közgyülésén elhatározta, hogy volt elnökét tiszteletbeli elnökké választja és neki erről díszoklevelet állittat ki. A kiállított díszoklevelet folyó hó 1-jén adták át az ünnepeltnek az újonnan épült II. számú sebészeti klinika tantermében, a hol e czélból a fővárosi közkórházak valamennyi főorvosa megjelent. Az oklevelet *Hochhalt Károly* főorvos meleg szónoklat kiséretében nyujtotta át.

± **A Rókus-kórház I. sebészeti osztályára** — mely egyetemi sebklinika gyanánt szolgált és az egyetemi II. sz. sebklinikai tanár által láttatott el — *Navratil Imre* tanár lett áthelyezve. Az igy üresedésbe jött II. sebészeti osztály főorvosi állására pályázat van hirdetve junius 15-diki lejárattal.

♁ **A kolozsvári egyetem orvosi kara** az 1902/3. tanévre *Udránszky László* dr. tanárt dékánjává, *Hoor Károly* dr. tanárt jegyzőjévé választotta. A vallás- és közoktatásügyi minister a választást jóváhagyta és a nevezetteket említett minőségükben megerősitette.

○ **Fürdőorvosok.** *Szörényi Tivadar* dr. kassai gyakorló orvos Bártfa-fürdőn, *Gámán Béla* dr. Rohitson, *Kelen József* dr. Előpatakon gyakorlatukat ismét megkezdették.

∧ **Az Országos Orvos-Szövetség idei congressusát** szeptember 14-dikén Tátrafüreden tartják meg, a hova a szövetséget Szepesmegye hivta meg. A congressus diszelnökeiül *Szmrecsányi Pál* szepesi püspököt, *Csáky Zenó* gróf főispánt, *Raisz Aladár* alispánt kérik fel.

| **Felszólalások a felsőházban közegészségi ügyekben.** Május 29-dikén a belügyi költségvetés tárgyalása alkalmával *Korányi Frigyes* és *Müller Kálmán* főrendiházi tagok tartottak figyelemmel hallgatott beszédeket. Korányi a tüdővész-sanatoriumok, Müller tanár a közegészségi szolgálat államositása tárgyában szólalt fel.

□ **Kérelem.** *Az országos balneologiai egyesület igazgató tanácsa az orvosokat kéri, hogy betegeiknek a magyar ásványvizeket rendeljék, betegeiket a magyar fürdőkbe küldjék.*

▽ **Lakásváltoztatás.** *Grósz Gyula* dr. kórházi főorvos lakását V., Nádor-utcza 23. szám alá tette át.

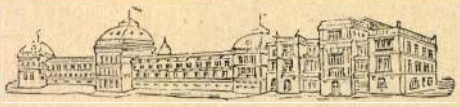
Figyelmeztetés. A budapest kir. orvosegyesület háznagya figyelmezteti az egyesület tagjait, hogy az egyesületi ház nagyobb mérvű reparálása miatt az egyesületi helyiségek és könyvtár a következő hetek folyamán zárva lesznek.

Megjelent. Jelentés *Szili Adolf* dr. egyet. ny. rk. tanár, főorvos 25 éves működéséről a pesti izr. hitközség kórházának szembeteg osztályán 1877—1902. Közzéteszik tanitványai. A jelentéshez *Mohr Mihály* dr. irta meg Szili életrajzát. Szilitől 35, tanitványai részéről 52 tudományos dolgozat jelent meg. Az osztályon nagyszámú segédorvos működött közre és nyerte ott további kiképzését. 25 év alatt 3977 fekvő és 103,847 járóbeteg nyert ellátást. Az osztály ez idő alatt figyelemre méltó muzeumot is létesitett. — *Áldor Lajos* dr.: Az epekőbetegség gyógyitása. Budapest, 1902. U. a.: Szénhydrat-anyagcsere az aggkorban stb. 1902. (klny.). — *Ranschburg Pál* dr.: Felfogásbeli tévedéseink törvényszerűsége. Budapest, 1902. (klny.). — *Roth*: Klinische Terminologie. VI. kiadás. Berlin, 1902. Arthur Georgi kiadványa. — Dr. *B. Krönig*: Ueber die Bedeutung der functionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. Leipzig. 1902. G. Thieme. — Dr. *F. Kornfeld*: Herzkrankheiten. Broadbent 3-dik kiadása után németül átdolgozva. Würzburg. 1902. Stuber's Verlag. — Würzburger Abhandlungen. Pathogenesie und Therapie der Gicht etc. Würzburg, ugyanazon kiadó. 1902. — Prof. Dr. *A. Elschnig*: Stereoskopischphotographischer Atlas. III—IV. Schlusslieferung. Wien und Leipzig. 1902. W. Braumüller.

† **Elhunyt** *Havassy Béla* dr., Vasmegye tiszteletbeli főorvosa, kis-czelli járásorvos 61 éves korában Kis-Czellen.

Lapunk mai számához F. Hoffmann-La Roche & Cie baseli és grenzachi gyárainak Thigenol „Roche" czimű prospectusa van mellékelve, melyet t. olvasóink figyelmébe ajánlunk.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (Rendkivüli közgyülés 1902. május 31-dikén.) 388. l. — Közkórházi orvostársulat. (V. bemutató ülés 1902. márczius 5-dikén.) 388. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(Rendkivüli közgyülés 1902. május 31-dikén.)

Elnök: **Bókay János.** Jegyző: **Grósz Emil, Lévai József.**

Elnök bejelenti, hogy Tauffer Vilmos az egyesület elnöke gátolva van a megjelenésben, ezért mint alelnök fogja vezetni az ülést.

A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri *Ángyán Béla*, *Elischer Gyula*, *Aczél Károly* tagtársakat.

Az alapszabályok 28. és 30. §§-ai értelmében constatálja a határozatképességet. Majd igy folytatja:

Tisztelt közgyülés! Engedjék meg, hogy a mai rendkivüli közgyülésre kitűzött tárgy előtt fájdalmas kötelességet teljesitve, mély részvéttel és mély fájdalommal emlékezzem meg általánosan tisztelt és nagyrabecsült tagtársunk, volt érdemdús üléselnökünk Kézmárszky Tivadar, fájdalom, korai elhunytáról. Elhunyta által hazai orvostudományunknak újból egyik erős, kipróbált oszlopa dőlt ki; halála megrendített mindnyájunkat, mert hisz mindnyájan szerettük és tiszteltük az elhunytat, egyike lévén Istenben boldogult azon irigyelt keveseknek, kiknek nincsenek ellenségei.

Bokros érdemeit szaktudománya terén méltányolni nem érzem magamat hivatva és a mai alkalom nem is arra való, de nem hallgathatom el azon kiváló érdemét, mely bennünket, a kir. orvosegyesületet legközelebbről érdekel és ez a nőgyógyászati szakosztály megalkotása az egyesület keretében.

Azt hiszem, mindannyiunk helyeslésével találkozom, ha határozat gyanánt kimondom, hogy Kézmárszky Tivadar felejthetetlen tagtársunk emlékét jegyzőkönyvileg megörökitsük s mély fájdalmunknak jegyzőkönyvünkben méltó kifejezést adjunk."

A közgyülés tiszteletét az elhunyt iránt felállással fejezi ki.

Ezután elfogadta a közgyülés az igazgató tanács javaslatait az alapszabály megváltoztatásra nézve. E szerint ezután a külföldi levelező-tagok megválasztását nem kell helybenhagyás végett a belügyministerhez felterjeszteni. A könyvtáros mellé másodkönyvtárosi állás szerveztetik. A választmányi tagok száma 14-ről 18-ra emeltetik. A választás gyorsabb megejtése végett háromszor történik szavazás: 1. elnökre; 2. tisztikarra; 3. a választmányra. Közgyülés csak akkor határozatképes, ha legalább 80 tag van jelen.

A napirend kimerítése után elnök az ülést bezárja.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató ülés 1902. márczius 5-dikén.)

Elnök: **Schrodt Antal.** Jegyző: **Juba Adolf.**

(Folyt.)

7. N. N. 26 éves úrnő 12 éve szenved lupusban, mely nagy pusztításokat végezett a jobb karon, elhalásokat okozott a 2. kéztő és a 3. kisujjpercz csontjában, megfelelő erős működési képtelenséggel.

Éppen ilyen a 8. eset, R. J. varróleány, ki mint ambulans 3 évvel ezelőtt jelentkezett az egész jobb felső végtagra kiterjedő lupussal a klinikán, mely az ujjakon verrucosus, a bőrt vastag, mozdithatlan tömeggé átalakitó, genyes járatokkal átszőtt volt, a melyet ismételt paquelinezésekkel, electiv szerek, tejsav, salicyl, pyrogallus stb. használatával teljesen meg lehetett gyógyitani a nélkül, hogy egy napra is kórházba kellett volna felvenni. A beteg $1^1/_2$ év óta csak 3—6 hónaponként egyszer mutatkozik ellenőrzés czéljából és egy ilyen alkalommal, inkább cosmetikus czélból ejtett cauterizálás eredményei a még látható sebek.

T. Társulat! Ha a bemutatott pár esetből tanulságokat akarunk levonni, úgy látszik, hogy a lupus nagyon elterjedt, közönséges betegség, mely ellen a közönség nem keres elég korán védelmet, de a melyet mi orvosok szintén nem kezelünk talán minden esetben elég energiával. Látjuk azt is, hogy daczára annak a félreismerhetetlenül nagy gyógyulási tendentiának, mely például a bemutatott két suhancz esetében feltünően látszott, mégis mily nehéz feladattal állunk szemközt, a mikor e lappangó, recidiváló, újra és újra előtörő folyamatot kell elnyomnunk. Kétségtelen, hogy a demonstrált colossális kiterjedésű esetekben erőszakos, abortáló beavatkozások, például excisiok nem volnának keresztülvihetők, a rendkivüli hosszadalmas physikai gyógymódok, például a phototherapia szintén semmi reménynyel nem kecsegtetnek és igy a chronikus, intermittens, részletekben keresztülvihető égetések, kapcsolatban electiv vegyiszerek alkalmazásával vezetnek a legtöbb, sőt egyes esetekben absolute kielégitő eredményhez. Az idealis kezelés persze a spontan belgyógyászati gyógyulás forszirozása volna, sajnosan constatálhatjuk azonban, hogy az eddig alkalmazott szerek, a tuberculin, a salicinum, guajacol és creosot, fluor készitmények stb. hatástalanoknak bizonyultak, másrészt kétségtelen, hogy az általános hygienikus viszonyok jóságával arányban áll a spontan gyógyulási tendentia. Egy statistikában, melyet pár hó előtt előadó közölt, kimutatta, hogy a lupus a bőrbetegségeknek nálunk körülbelül 15—16%-ét képezi s hogy az utolsó 10 év alatt a fővárosi közkórházakban körülbelül 800, a bőrkórtani klinikán 400 ilyen beteget kezeltek, évenként tehát mintegy 120 jelentkezik csak e két intézménynél kezelésre. Csak egy részét képezi e szám a főváros, töredékét az ország lupusos betegeinek. Tekintve már most e betegek sokaságát, fertőző voltukat, a lefolyás hosszadalmasságát, a kezelés specialis követelményeit, a tuberculosis veszedelmét, ezért sanatoriumi berendezések, kitünő hygienikus viszonyok szükségességét, a főleg szegény betegek ápolásának költséges voltát, mely elriasztja őket a kórházi kezeléstől, egy módon várhatunk csak segitést e viszonyokon: ha egy megfelelő állami specialis lupuskórház létesittetik, a hol a lupusbetegeket ingyen gyógyitsák és Társulatunknak, mint a mely az egész országban a legközelebbről látja a legtöbb lupusos beteget, kellene ez irányban kezdeményező lépést tennie.

Súlyos syphilisben szenvedő betegek.

Nékám Lajos: 1. Cs. Zs. 30 éves földmivesné, ki bajára úgy lett figyelmessé, hogy 1895 óta egyik vagy másik pontján testének kiütései, fekélyei, sebei léptek fel, melyek lassan, renyhén gyógyultak, kúsztak, egészben véve azonban fájdalmatlanok voltak, ezek ellen szakszerű kezelésben nem részesült. 1900 eleje óta végre alszárain kezdtek fekélyek fellépni, melyek lassanként confluáltak, a járást lehetetlenné tették, nagy oedemát okoztak és mindkét alszárt genyedő fekélylyé alakitották. A folyamat egyes helyeken a csonthártyára is átterjedt, sőt a bal öregujj lábközépi izületének merevségére is vezetett. A beteg nem tudott járni, lesoványodott; a megnagyobbodott lép és máj kitapintható lett. Vizeletben — Lévy alorvos szerint — sok fehérje mutatkozott; a vér — Torday szerint — 3·6 millió vörös, 2100 fehér vérsejtet tartalmazott, fs. 1046, Hb. 60%, vérsejtek aránya normális. A beteg orexinum tannicumot kapott, keserű tincturákat, továbbá sarsaparilla guajacumteát stimulansnak. Később naponta 3·0 polyjodot, alszáraira állandóan kal. hypermang. borogatásokat, melyeket 2 hét mulva Martin-pólyával szorítottunk le. A beteg gyorsan erősödött, fekélyei behámosodtak, eleinte könnyen leszakadó, később resistensebb hámmal. Az öregujj izületi merevsége engedett, a beteg már vánszorogni képes. Belső szervek elváltozásai ma is fennállanak, a lépben valószinűleg már amyloid van jelen, mig a máj megnagyobbodását okozó folyamat, valószinűleg hepatitis interst. syphilitica csökkent, a mi nem meglepő *Drühe* szerint, és *Neumann* szerint is ritkán látni megnagyobbodott stadiumában a májat.

2. 23 éves jegyző, ki 1899. november óta szenved luesben, mely ellen 40 injectiot, 25 kenést végzett és mintegy 30 üveg KJ-t ivott. Eddigi tünetei főleg a szájára szorítkoztak, hol minduntalan voltak jelenségei. 75 nappal ezelőtt került az osztályra, a bal tonsillát és az arcusokat ellepő angina és plaqueok miatt. Általános mérsékelt adenopathia. A beteg 0·2 cm³ ol. cin. injectiokat kapott 3 naponként. A 4. injectio után 1901. deczember 21-dikén plaquejai eltüntek. A 7. injectio utáni napon, január 1-én fejfájás, elesettség, 38·5° C. hidegrázás, étvágytalanság lépett fel. Bal állkapcsában szúró fájdalom, a bal alsó bölcsességfog mögött fájdalmas, periostalis daganat, mely felett a nyálkahártya előbb injiciált, majd plaqueokban kifoszló lett. A száj nyitása mind nehezebb, rágásnál bal mandibulában nagy fájdalom; érdes, egyenetlen, roppanó érzés a bal mandibularis izületre szoritott ujjon. Foetor ex ore. Bal masseter fájdalmas, duzzadt. A Hg-kezelés beszüntetésére, jodra, a száj erélyes tisztogatására, meg száraz bekötésekre a beteg megnyugodott, de fájdalomkisugárzás a bal fülbe. Alig evett még hig ételeket is, főként borlevesből élt. Január vége felé fájdalom szünt. Polyjodot kapott, lokálisan Hg-tapaszt, szájöblögetés kal. hypermang.-mal. Jelenleg kissé megerösödött, száját 1 cm.-re nyitja. Legközelebb Hg-kezelést kezd.

3. K. V. 28 éves vasesztergályos, 1893-ban kapott primaer affectiot és roseolát, 30 kenést végzett. Azután bal térde alatt, majd alszárain gummák léptek fel, melyeknek fehér hegjei láthatók. Január 3-dikán a jobb bicepsén, főleg a lacertus fibrosus táján nagy fájdalom, munkaképtelenség, kinyujtási akadály lépett fel, kimutatható ok nélkül, mely J-ra, Hg-tapaszra elmult, de viszont a musc. supinator longusban lépett fel s okozott ennek inában s a környező csontokban fájdalmat, merevséget nagyobb infiltratiok nélkül. Állapota most már javult.

4. 60 éves vasgyári munkás, ki 5 év óta vett lueses sebeket magán észre. Orvosa KJ, Hg-tapaszokkal kezelte, de csak kéthetenként kapott 5·0 KJ.-t, a beteg állapota a czélszerű, de nem intensiv kezelés mellett folyton rosszabbodott s ma az ulcero-crustosus syphilidek tömérdek plaquejával van boritva. Négy nap előtt jött az osztályra. 3·0 gm. polyjodot és 25—30 gm.-ig menő Hg-kenőcstömeget kapott sebeire. Állapota javul.

Striae atrophicae a fejbőrön.

Nékám Lajos: 32 éves hordár psoriasis miatt jött a kórházba. A hajas fejbőrön levő elváltozások érdekesek. Itt ugyanis az úgynevezett hajcsiga szomszédságában több linearis, nagyjában párhuzamos heg

látható, melyek a hajszálak összeboritása miatt jól feltünnek. A beteg nem szolgál felőlük semmi adattal. Traumát nem szenvedett. Kövérebb volt ugyan, de fejbősége nem változott, betegsége, mely ilyen nyomot hagyott volna, nem volt. Előadó azt hiszi, hogy striae atrophicae-vel van dolgunk, a minőket egy lupusos virgo emlőbőrén is demonstrálhat és melyek valószinűleg a pubertasbeli hirtelenebb növekedésnél keletkeztek.

Férfi hysteria esete.

Korányi Sándor: 30 éves férfi állitólag 3 hó előtt bal végtagjaira szoritkozó polyarthritisben betegedett meg. Folyó évi február 8-dikán vétetett fel a szt. István-kórházba. Izületei épek voltak. Hysteriás hemiplegiája volt, hemianaesthesiával együtt, a bal oldalon. E mellett hysteriás hebegésben szenvedett. Hemiplegiája csakhamar javult A mozgások azonban nem tértek vissza normális időbeli lefolyásokkal, hanem a baloldali felső végtag minden akaratlagos mozgást utánozhatatlan sebességgel vitt ki a nélkül, hogy czélját tévesztette volna. Lassú akaratlagos mozgásokra képtelen volt. Mozgásainak gyorsaságát erővel sem lehetett korlátozni. A mozgások chorea saltatoriára emlékeztettek azzal a különbséggel, hogy a chorea saltatoria mozgásai akaratlanok és mellettük az akaratlagos mozgások normálisak lehetnek. Itt akaratlan mozgások egyáltalán nem fordultak elő, hanem az akaratlagosak időbeli lefolyásuk minőségénél fogva emlékeztetnek a chorea saltatoriára. Electrotherapia és gyakorlás a beteget ezen sajátságos tünettől megszabadították pár nap előtt, hysteriás hebegése is meggyógyult, úgy hogy az érdekes tünetek, melyek bemutatásra érdemessé tették, már nem észlelhetők.

Duchenne-Aran-féle atrophia muscularis progressiva.

Korányi Sándor: Gyors fejlődése (1 év), a beteg kora (40 éves), a családi jelleg és érzési eltérések hiánya jellemzik. Szokatlan körülmény, hogy a beteg állitólag törzsizmainak gyengeségét érezte legelőször. A kéz kis izmainak jellemző atrophiája csak később lépett fel. (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

3405/1902. szám.

Seprős, Kerülős és Apáti községekből **Seprős** község székhelylyel alakitott egészségügyi körben üresedésbe jött **körorvosi állásnak** választás útján leendő betöltésére határidőül folyó évi junius hó 11-dik napjának d. e. 10 óráját Seprős községházához kitűzöm.

Pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényüket **folyó évi junius hó 3-dik napjának d. u. 5 óráját**ig hozzám nyujtsák be. A körorvos javadalmazása: 1700 korona készpénzfizetés, betegek látogatásáért esetenkint nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér. Seprősön, mint a kör székhelyén halottkémlést teljesiteni tartozván, azért esetenként 40 fillér dijazást nyer.

Kisjenő, 1902. évi május hó 22-dikén.

2—2 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

763/1902. szám.

Biharvármegye derecskei járásában levő **hajdu-bagosi közegészségi körben** — a mely körhöz Hajdu-Bagos és Sáránd községek tartoznak — a körorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére pályázat hirdettetik s a választás megtartására határidőül folyó évi junius hó 28-dik napjának d. e. 10 órája Hajdu-Bagos községbe, mint a kör székhelyére, kitűzetik.

A körorvos javadalmazása:

1. Biharvármegye pénztárából 800 korona évi fizetés és 160 korona lakbér, a mely évnegyedi részletekben fizettetik.

2. Hajdu-Bagos községben a halottkémi teendők teljesitéseért esetenként 80 fillér; látogatási dijak pedig nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér; vényirás az orvos lakásán 40 fillér.

3. Sáránd községben — hova a körorvos a község által kiállitandó előfogaton hetenként kétszer tartozik átmenni — a látogatási dijak ugyanazok, mint Hajdu-Bagos községben.

4. Esetleg kézi gyógyszertár tartásának joga.

Felhivom az ezen állásra pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában előirt, képességüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket alulirotthoz **folyó évi junius hó 26-dik napjaig** annyival inkább adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Derecske, 1902. évi május hó 27-dikén.

3—1 *Fráter Barnabás*, főszolgabiró.

Békésvármegye közkórházának sebészeti osztályán újonnan rendszeresitett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona készpénzfizetés, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezés. — Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Dr. Lukács György Békésvármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám **folyó évi junius hó 24-dikéig** küldjék be. — Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A kinevezett állását legkésőbb folyó évi julius hó 1-én elfoglalni köteles.

Gyula, 1902. évi junius hó 1-jén.

3—1 *Dr. Berkes*, kórházi igazgató.

8249/1902. alisp. szám.

A hosszúaszói járási orvosi állás betöltése czéljából korábban kibocsátott pályázati hirdetményem kielégitő eredményre nem vezetvén, főispán úr ő Méltóságának hozzájárulásával jelzett járási orvosi állásra, mely 1000 korona törzsfizetéssel és 400 korona úti átalánynyal van javadalmazva, ezennel újabb pályázatot hirdetek.

Felhivom ennélfogva mindazokat, kik a szóban levő orvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal, az 1893. évi szeptember hó 30-dik napján kiadott 80099. számú belügyministeri körrendeletben előirt tisztiorvosi vizsgálat letételét igazoló bizonyitványnyal, valamint eddigi alkalmaztatásukat tanusitó okmányaikkal felszerelt folyamodványaikat illetékes helyre való juttatás czéljából hozzám legkésőbb **folyó 1902. évi julius hó 15-dik napjáig** annál is inkább adják be, mert a később beérkező pályázatok nem fognak figyelembe vétetni.

Kis-Küküllővármegye alispánjától.

Dicsőszentmárton, 1902. évi május hó 23-dikán.

Csató Gábor, alispán.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Junius				
9.	körorvos	Feketeerdő	1200 k.	Boguthy főszb., Halmi
10.	közs. orv.	Román-Petre	1600 k., 400 k. l.	Radonits fszb., Alibunár
11.	körorvos	Megyaszó	1000 k., 300 k. u. á.	Pintér I. fszb., Szerencs
13.	„	Csehi	1100 k., 400 k. l., 400 f. á.	Molnárffy Géza, Vasvár
15.	városi o.	Krupić (boszn.)	3000 k.	Hussein beg, Krupić.
15.	alorvos	Érsekújvári kh.	1200 k. és lakás	Kramolin főisp., Nyitra
15.	igazg. főo.	Deési kk.	2000 k., 500 l., 250 f. á.	Désy Zoltán főisp., Deés
16.	körorvos	Gyula-Varsánd	1600 k.	Mladin M. fszb., Elek
20.	„	Gyergyó-Remete	2336 k. és lak., 104 k. f. á.	Lázár I. fszb., Gy.-Szt.-Miklós
20.	„	Garam-Küküllő	1600 k., 162 k. fuv. á.	Ifj. Jakabffy fszb., Szob
25.	községi o.	Ondód	1200 k. és lakás	Kovács S. fszb., Moór
25.	„	Szemlak	1600 k.	Senk F. fszb., Pécska

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

BUTOR készpénzért v. részletfizetésre legjutányosabb áron

EHRENTREU és FUCHS

testvéreknél

BUDAPEST, VI., Teréz-körút 8.

Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

TÁTRA-SZÉPLAK (Westerheim).

Magaslati gyógyhely, vízgyógyintézet és nyaraló-telep, fekszik 1000 m. t.-f. magasságban, fenyvesek között, 3 kilométernyire Tátra-Füredtől. — Modern berendezés. Központilag fütött vízgyógyintézet. **Szénsavas fürdők.** — **Indicatiók**: idegbántalmak, **Basedowkór.** Malária. Chlorosis. A légzőszervek hurutos bántalmai és hűlésre való hajlam. Edzés és üdülés. Fürdőorvos: **Dr. Guhr Mihály.** Saison május 1 től október 20-ig. **Olcsó árak.** Bővebbet a

Fürdőigazgatóság

Tátra-Széplak, p. Tátra-Füred.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

Idény május 1-től szeptember végéig. Javallatok: A légzőszervek hurutos betegségei, az emésztő-csatorna bajai, továbbá vérszegénység stb. Ellenjavallat: Tüdővész.

GLEICHENBERG GYÓGYHELY.

Gyógyeszközök: Alkalikus-muriat. források: **Constantin-** és **Emma-forrás**; alkalikus-muriat. vasasforrás: **Johannisbrunnen**; tiszta vasasviz: **Klausenquelle, savó, sterilizált tej** (száraz takarmányozás), **Kefyr, forrássó-belégzés**; fenyőgőzök belehelése (mindkettő külön kabinban), **belégző-készülék, pneumatikus kamarák. Édes-ásványvizek és pezsgő calorisator-fürdők, fenyő- és acélfürdők. Nagy hydro-therapeutikus intézet, terrain-kúra. Enyhe, langy-nedves, parmentes, szélcsendes levegő, erdős-lankás vidék 300 méterrel a tengerszin fölött.**

Felvilágositás és prospektus ingyen.

Lakásmegrendelések a gyógyhely-igazgatóságnál Gleichenbergben.

LUBLÓ-GYÓGYFÜRDŐ.

Szénsavas-, vasas és mórfürdők.

Vasas források, felette dúsak szénsavban. Ivó-, fürdő- és területi gyógymód, kitünő sikerü **vérszegénységnél, az idegrendszer idült bajainál, szivbántalmaknál, általános gyengeségnél, súlyos betegségek, testi és szellemi túlerőltetés után, különösen pedig női bajoknál. Portól mentes, védett fekvés** (556 m.). **Kiterjedt fenyves erdők között.**

Állandó fürdőorvos: **Dr. Platzer Sándor volt egyet. tanársegéd, Kézmárszky tanár udv. tanácsos, egyetemi női klinikáján.**

Kitünő vendéglő jutányos árak mellett, étkezés à la carte vagy penzióban. — **Pósta- és távirdaállomás. — Zónajegyek.** Elő- és utóévadban tetemes árkedvezmény lakás, fürdő és étkezésnél.

Szobák hetenkint 10 kor., étkezés penzióban 20 koronától kezdve. Prospektust küld és bővebb felvilágositással szolgál

az uradalmi fürdőgondnokság.

Lubló-fürdőn (Szepes megye).

„THERAPIA“

Általános gyógyintézet

CIRKVENICÁN

Fiume mellett, az Adriai tenger partján.

Egész éven át nyitva.

Téli és nyári tengeri fürdő, kádfürdők tengeri vizzel, szénsavas gázfürdők (mesterséges nauheimi fürdők). Vizgyógyintézet közönséges és tengeri vizzel. Villamgyógyászat és mechanotherapia (orthopaedia), terep-kúra, étrendi kúrák stb. Legjobb orvosi berendezések. Legnagyobb kényelem. Tbc. pulm., elmebetegek és epilepsiások nem vétetnek fel.

Prospektus ingyen és bérmentve.

Dr. Heinrich Ebers,
császári tanácsos,
a krynicai cs. kir. vizgyógyintézet vezetője.

Fogászati kurzust

kezd junius elején az Irgalmas-kórház fogászati osztályán Dr. Antal János főorvos, az egyetemi fogászati klinika volt tanársegédje. Jelentkezni lehet levélileg vagy személyesen a kórházban vagy a magánlakáson: IV., Zsibáros-utcza 1.

Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet

Kissinger Rakoczy

NATÜRLICHES MINERALWASSER

Mindenütt kapható. Leirások és vegyelemzések ingyen és bérmentve küldetnek. Orvosoknak külön árkedvezmények. Minták ingyen.

Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet
Friedrich Hessing.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

Szt.-Margitszigeti gyógyfürdő

Budapesten,

nyári és téli gyógyhely.

43·3° C. kénes hév-forrás, thermal-, szap-, villámosfény-, mesterséges szénsavas-, forrólúg-, mindennemü **gyógy-** és **edző-** (Kneipp) **fürdők. Svéd gyógyterem. Napfürdő.** 150 hold árnyékos park. **Csúz, köszvény, ischiás, izületi bántalmak, emésztőszervi bajok, szivbetegség, vesebántalmak, vérszegénység, ideggyengeség** ellen.

Szt.-Margitszigeti üdítővíz, elsőrangú szénsavval telített ásványvíz, mint **asztalvíz** legjobban ajánlva.

SEMMERING

Vízgyógyintézet
és magaslati kúra.
835 méter a tenger szine fölött.

(Télen Meran.) Prospektusok kivánatra.

Dr. Ballmann.

Van szerencsém a t. kartárs urak szives tudomására hozni, hogy több évi **bártfai** működésemmel felhagytam és ez idényben már

Franzensbadban

folytatom fürdőorvosi praxisomat.

Dr. Hasenfeld Oskar, fürdőorvos,
Franzensbadban, Hotel Kreutz.

Dr. FÜZESSY és Dr. BAZSÓ

nyilvános borjú-himlőnyirk intézete, a m. kir. államvasutak egyezm. szállítói

Hevesen.

Szállít **biztos fogamzású nyirket** következő árakon:
100 egyénre 6 korona, 50 egyénre 3 korona.

Balatonfüred

gyógyhely és tengerfürdő Zalavármegyében.

Posta, távirda és telefon helyben.

Elsőrangú fürdőintézet. **Fürdőidény május hó 18-ától szeptember hó végéig.**

Tiszta, ózondús, enyhe, egyenletes tóparti levegő, égvényes, sós, szénsavas, vasas gyógyforrások; juhsavó-, tej- és szőlőkúra.

Ujonnan berendezett **kézi villamos és rezgő-massage, testegyenészeti gyógygymnastika,** valamint **helyi-, száraz-, hőlégkezelés.**

Szénsavas meleg pezsgőfürdők (Schwarz rendszere szerint).

Szénsavas hidegfürdők. Gőzfürdő, zuhanyok, balaton-tavi hidegfürdők és uszodák. **Orvosi tekintélyek által igen ajánlva: vérszegénység, görvély, gümőkór, csúz, köszvény, légzőszervek hurutos bántalmai, rekedtség, vérköpés, gyomor- és bélhurut, máj- és lépbőség; női bajok** és **idegbántalmakban.**

Hegyek által védett gyönyörű fekvés, díszes és czélszerű berendezésű gyógyterem, sétacsarnok, árnyékos sétányok, lombos park, fenyves liget, térzene, naponta szini előadások, hetenkint tánczmulatság, élvezetes kirándulások, sétacsónakázás. Elegáns lakások, csinos nyaralók. A szobák ára **80** fillértől **10** koronáig. Junius 16-ig és augusztus 21-től a szezón végéig a lakások 30%-kal olcsóbbak. Napi ellátás személyenkint 2 koronától. Vasuti állomások Siófok és Veszprém. Siófokról gőzhajón 1 óra, Veszprémtől bérkocsin 1½ óra. Vasúti szezonjegyek 33⅓%-os kedvezménynyel, menettérti jegyek 3 napra féláron kaphatók. A fürdőintézet rendelő főorvosa: **Dr. Huray István,** kir. tanácsos.

Lakásmegrendelések előleg beküldése mellett, **Lingl Valerián** fürdőigazgatóhoz intézendők Balatonfüredre. A balatonfüredi ásványviznek, mely mint étrendi viz is igen kedvelt, főraktárosa **Édeskuty L.** udvari ásványviz-szállító **Budapesten.** Ezenkivül kapható a balatonfüredi kútkezelőségnél, **Szemerey Jánosnál Veszprémben** és **Simon Györgynél Székesfehérvárott.** — Prospektussal ingyen szolgál a **fürdőigazgatóság.**

BÁRTFA gyógyfürdőben

(vasúti állomás)

az igazgatóság kezelése alatt álló **„Erzsébet királyné“, „Deák“** és **„Széchényi“** szállodákban egész idényre, hónaponkint, hétszámra vagy egyes napokra rendkivül mérsékelt árakon bérelhetők **egyes szobák vagy lakosztályok.** Magánvillákban lakások konyhákkal, kényelmes élelmezhetés. 6000 hold fenyőerdő, 45 kilom. erdei sétaúttal. **Asványvíz ivókúra. Hidegvízgyógyintézet. Villamvilágítás.**

Kitünő olcsó vendéglők.

Fürdő tisztiorvos: **Dr. Hintz Henrik** közegészségügyi tanácsos. — A vízgyógyintézet vezető orvosa: **Dr. Cséri János** kórházi rendelőorvos, ezenkivül 5 rendelőorvos. **Cs. és kir. Felségének megboldogult dicső emlékezetü ERZSÉBET királynénak tartózkodási helye az 1895-dik évi idényben.** — A gyógyhely modernné átalakitása érdekében 1893 óta **1.228,745** frtnyi beruházás eszközöltetett.

STOÓSZ

Elsőrangú klimatikus gyógyhely,

hidegvíz-gyógyfürdő

(Abauj-Tornamegye)

fekszik 2000 méterre a tenger szine fölött, fenyvesek között, a szelek ellen teljesen védett völgyben. Klimája enyhe, levegője tökéletesen pormentes, sétányai gondozottak, ivóvize páratlan és tavaszi meg őszi időjárása kellemes. Az észszerű **hidegvízgyógymód, villanyozás, massage** és **tejgyógymód Czirfusz Dezső dr.** egészségügyi tanácsos (ki télen San-Remoban gyakorló orvos) főfelügyelete alatt alkalmaztatnak.

A szobaárak igen mérsékeltek. Az ellátás kitünő és olcsó. Az **elő- és utóidény** alatt jelentékeny árleengedés.

Fürdőévad: május 15-től szeptember 15-ig.

Posta-telefon helyben. Utolsó vasúti állomás **Meczenzéf.** — Prospektust bérmentesen küld **a fürdőigazgatóság.**

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymi „BAYER“.)

Szamárhurut, gégefő és bronchialcatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készítő

BAYER ANTAL gyógyszerész

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható. — Ára 1 kor. 40 fill.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Wessely István és Társa

műszerészek

Budapest, IV., Muzeum-körút 37. sz.

megkezdik tiz éves tapasztalataik alapján tökéletesitett műszereik ismertetését.

Ruttner perfekt Pravaz-

fecskendője sohasem mondja fel a szolgálatot, pontosan kalibrál, kifőzhető platintükkel 8 **koronába** kerül.

Védjegy:



CHINOSOL

D. R. P. 88.520. sz.

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

Kitünő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

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

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

Javallatok: **Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nemi** és **börbajok, torok-, orr-** és **fülbetegségek, antiseptikus irrigatiók, prophylaetikus gargarizálás, a kéz fertötlenitése, a betegszobák fertötlenitése részére,** továbbá **phthisis, gümökór, lepra** stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagybani eladásra Ausztria-Magyarország részére:

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

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 **kitünő közérzet és testsúlygyarapodás.** **Dyspepsiák, idült gyomorbajok, vérveszteségek 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-tar almú szénsavdús vasforrások.

A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő- és ásványvíz- valamint **vaslápfürdők.** Kellemes, hüvös égalj; a kényelem minden igényeinek megfelelő olcsó lakások: **villamvilágitás;** két jó vendéglő; gyógyszertár; naponta kétszer zene; **szép kirándulások.** A női szervek bántalmai, sápkór, vérszegénység, továbbá a légzési és emésztési szervek bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Évad május hó 18-tól szeptember 20-ig.

Az évadkezdettől junius 15-ig és augusztus 15-től szeptember 20-ig tetemesen olcsóbb árak. Felvilágositással szolgál és kivánatra prospektust küld a fürdőigazgatóság. **Állandó fürdőorvos Dr. Rhorer Aladár** t. m. főorvos. **Taresai Károly-forrás** különösen mint óvszer járvány esetén ivóvizül ajánlható. Megrendelések Tarcsa fürdő igazgatóságához és Budapesten Édeskuty L. cs. és kir. udvari szállitóhoz (V. ker., Erzsébet-tér 8. sz.) intézendők. Posta- és táviróda-állomás helyben. Vasúti állomás Felső-Eör, a szombathely—pinkafői vonalon, honnan a 30 percznyire (5·6 kmtr.) fekvő fürdőbe a közlekedést kényelmes bér- és társaskocsik (omnibusok) tartják fenn; egy négyüléses bérkocsi ára 4 korona 50 fillér, társaskocsin egy hely 80 fillér. **Jegyek válthatók a vasuti kalauznál Szombathely és Felső-Eör között.**

Az **Ung.-t hydr.** helyettesiti és felülmulja a

Mercurocrême.

Szabadalmazva.

Teljesen zsír- Törv  védve. **és szagtalan.**

33 1/3 % higany- **tartalommal.**

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

HAVAS ADOLF dr. egyet. tanár, főorvos a Mercurocrêmeről az Orvosi Hetilap 1902. évi 6. számában a következőket irja: „A Mercurocrême-t mint oly szert, melynél zavarokat a bedörzsölési kúra alatt nem észlelünk, mely nem vagy alig piszkit, **a bört nem izgatja, nem büzös,** a bedörzsöléshez csak **kevés időt, 3—5 perczet,** igényel és speciális ügyességet a bedörzsölésre nem feltételez, igy tehát könnyen **otthon** vagy a **fürdőben** is végezhető, **haladásnak** tekinthetem a syphilis therapiájában és a tisztelt kollegáknak szives 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.**

A t. orvos urak kéretnek mindig »Mercurocrême secund. Dr. Rosenberg eredeti dobozban« rendelni.

Negyvenhatodik évfolyam. 24. szám. *Budapest, 1902. junius 15.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Jassniger Károly: Közlemény a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly egyet. m. tanár.) Mirbanolajmérgezés folyamán észlelt vérelváltozás. 390. lap.

Keppich Emil: Közlemény a budapesti „Ferencz József“ kereskedelmi kórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Frischmann Gyula dr.) Myelitis transversa syphilitica egy esete. 392. lap.

Weisz Ede: Az idült csúz lázas alakjairól. 394. lap.

Tárcza. Than Károly negyvenéves egyetemi tanári jubileuma. 936. lap. — **Huber Alfréd**: A Finsen-féle gyógymód mai állása. 397. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Szili Jenő**: A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben. 398. lap. — *Könyvismertetés. M. Martens*: Die Verletzungen und Verengerungen der Harnröhre und ihre Behandlung. (Picker Rezső.) — *Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. Buchwald*: Agurin. — *Wobr*: Aspirin. — *Grinewitsch, Mazotti, Haralson*: Heroin. — *Sebészet. Talke*: A Langenbeck-féle eljárással operált haemorrhoidalis csomók végeredményei. (Seligmann Hugó.) — *Patel*: A stenosis felett levő bélrészlet magatartása bélszűkületeknél. (Milkó.) — *Féré* és *Papiro*: Symmetrikus kulcsesonttörés. (Milkó.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Witthauer*: A bismutose. — *Brancati*: A salophen használata izületi csúzban. — *Weil*: A somatose. — *Gassner*: Az aspirin. — *Folyóiratok átnézete.* 440.—443. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Kinevezés. — Tauffer Vilmos. — Oklevél-bemutatás. — A „Stefánia“ pesti szegénygyermek-kórházegyesület. — Megbizások. — Mütönövendékek. — VIII. szünidei orvosi cursus. — Fürdőink személyforgalma. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Szabadkai önkéntes mentők. — A budapesti általános poliklinika. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — Tisztiorvosi vizsgák. — Megjelent. — Elhunyt. 401.—402. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. — Közkórházi orvostársulat.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly egyet. m. tanár.)

Mirbanolajmérgezés folyamán észlelt vérelváltozás.

Irta: *Jassniger Károly* dr. alorvos.

A vérmérgek okozta elváltozások újabban nagy mértékben foglalkoztatják a vizsgálókat. Azonban eltekintve az állatkisérletektől, a mérgezések aránylagos ritkasága, továbbá az intoxicatio foka csak ritkán juttatják az észlelőket azon helyzetbe, hogy a vér histologiai elváltozásainak tanúi lehessenek.

A számos vérméreg közül, melyek ezen megbetegedést, a haemoglobinaemiát létrehozzák, lényeges szerep jut a gyakorlatilag is igen fontos nitrobenzolnak, mirbanolajnak, melynek vegyipari alkalmazása jelenleg már igen széleskörű, s habár a mérgezésnek klinikuma irodalmilag eddig is kiváló méltánylásban részesült, a vérnek histologiai megfigyelésére csak kevés adatot találunk.

A kiterjedten végzett állatkisérletekkel és azok eredményével, melyek esetünk histologiai leletével szorosan összefüggnek, alább szándékozom foglalkozni.

Embernél *Jaksch*[1] és tanítványai nitrobenzolmérgezésnél nagyfokú leukocytosist, a mérgezés későbbi szakában pedig a festett készítményeken pigmentet voltak képesek kimutatni.

Lényegesen fontosabbak, mivel igen mélyrehatók, azok az elváltozások, melyeket *Ehrlich* és *Lindenthal*[2] egy protrahált és a 17. napon halállal végződött mérgezésnél észleltek. A méreg adagja körülbelül 100 gm. volt. A nagyfokú leukocytosison és haemoglobincsökkenésen kivül oly vérelemek megjelenését tapasztalták a keringő vérben, mint a minők súlyos primaer anaemiáknál fordulnak elő, oly számban és arányban, mely a vér intensiv elváltozásairól tanuskodott.

Legújabban *Mohr*[10] hat nitrobenzolmérgezést és azok vérleletét közli.

Egy véletlenségi mirbanolajmérgezés, mely osztályunkon a mult év szeptember havában kezeltetett, alkalmat nyujtott a vér histologiai magatartásának megfigyelésére.

D. M. 32 éves, keményitőgyári munkás szeptember hó 13-dikán reggeli 4 órakor valamely gyári szekrényből vett üvegből állitólag csak néhány cseppet vett nyelvére, azt kiköpte és csak a szájnyálat nyelte le. Az üvegben a gyárban előállított csiriz szagtalanitására szolgáló mirbanolaj volt. A munkás még dolgozott reggel hat óráig, a mikor fülzúgása támadt, hallása gyengült és eszméletét vesztette. Az előhivott gyári orvos cholerine gyanujával reggeli 7 órakor a kórházba szállíttatta.

Jelen állapot szeptember 13-dikán délelőtt 7 órakor. Beesett, igen halvány arczú beteg, az egész kültakaró szürkés fakó, a szájból erős, keserűmandulára emlékeztető szag árad. Az ajk, a körmök erősen cyanotikusak, legfeltünőbb azonban a cyanosis a nyelven, mely egészen szilvakék. Végtagok nem hűvösek. Pulsus eléggé telt, de arythmiás, száma perczenként 96, légzés dyspnoës. A pupillák középtágak, jól reagálnak. Öntudat zavart. Egy izben hány, a hányadék intensiv keserűmandulaszagú. A catheterrel vett vizelet erősen barna, áttetsző, szintén jellegzetes szagú, fajsúlya 1026, savi vegyhatású, fehérjét, czukrot nem tartalmaz. A Morpurgo-kémlés nitrobenzolra positiv eredményt ad.

Izgatókra betegünk gyorsan magához tért és képes volt az anamnesisben előrebocsátottakat maga is előadni. A délután folyamán a mérsékelt fejfájáson kivül egyéb panasza nem volt, másnapra (szept. 14-dikén) ezen tünet is elmult és innen kezdve az anaemián, a cyanosison és a vizelet nitrobenzolszagán kivül, mely jelenségek intensitásukból napról-napra lényegesen engedtek, külső tünete a mérgezésnek nem volt tapasztalható és összesen öt napi ápolás után beteg látszólag gyógyultan hagyta el osztályunkat, kisfokú anaemiája azonban továbbra is megmaradt.

Mielőtt a vér elváltozásának leirására áttérnék, meg akarom említeni azon érdekes szemfenéki képet, melyet esetünknél észlelni alkalmunk volt, s melyről egy a Jaksch-klinikáról közölt lelet után indulva győződtünk meg. A vizsgálatot Feuer egyet. tanár úr volt szíves megejteni és szerinte közlöm a leletet: a látóidegkorong kissé zavaros, széle elmosódott, a retinalis venák igen

sötétek, legalább kétszerte vastagabbak a rendesnél, úgy hogy ennek folytán sokkal nagyobb számmal láthatók és még oly kis edények is, melyek normaliter nem, ezen esetben a figyelmet felkeltik ; az arteriák csak a papillából való kifakadásknál valamivel tágabbak és sötétebbek, a további folyamukban rendsek, a retina-háttérszine elváltozást nem mutat.

A mérgezés után 8 óra mulva az ujjhegyből vett vér sötétbarna színü, nehezen folyó, hamar alvadó. A számlálás eredménye normális viszonyokat ad. Ugy a friss, mint a festett készítményeken semmi jellegzetes ki nem mutatható, kivéve talán, hogy egyes vörös vérsejtek haemoglobinja kissé megfogyott. Alaki eltérés nem látható.

A *második* napon déli 12 órakor megejtett vizsgálatnál a vér nagyobb eltérést nem mutat, pénztekercselrendeződése megvan, haemoglobinja még csekélyebb, mint előző napon. A festett készítményen a kép a következő: a vörös vérsejtek normocyták, elvétve egy-egy mikrocyta tünik fel, magtartalmú vörös vérsejt nem található. A fehér vérsejtek közül 88% polynuclearis neutrophil granulatiojú fehér vérsejt, 12% középnagy, nagy maggal biró, keskeny protoplasmaszélü lymphocyta. Ezek szerint tehát a lymphocyták absolut száma egy kmm.-ben körülbelül 2000, a mi a rendesnek megfelelő és relativ arányszámuk arányalagos csökkenését úgylátszik a polynuclearis leukocyták megszaporodása okozta. Eosinopbil-sejtet, myelocytát a vérben nem leltünk.

Harmadik napon a vörös vérsejtek száma öt millió, a fehéreké 13,000. A vörös vérsejtek között egynéhány makrocyta látható, melyeknek conturja éles, haemoglobindusak és köldökük nem jól vehető ki. A nativ készítményben számos vörös vérsejtben kisebb-nagyobb, élénken fénytörő, látszólag mozgással biró, a peripheria felé húzódó részletek láthatók, melyeknél hosszabb megfigyelés után azon tünet is kivehető, hogy a vérsejtből kilépnek és a plasmában uszkálnak. Methylenkéknek konyhasós oldatában ezen szemcsék igen jól festődtek.

A szárított és triaciddal festett készítményen feltünnek makrocyták, gondos vizsgálatnál pedig egy-egy készítményen egy-két normoblast látható. A vörös vérsejtek általában elég jól festődnek, azonban köztük polychromatophil is látható.

A fehér vérsejtek közül 66% polynuclearis leukocyta, 34% pedig egymagvú granulálatlan sejt, lymphocyta. Megjegyzendő azonban, hogy utóbbiak között többségben vannak a nagy lymphocyták.

Negyedik napon a haematologiai kép az előző napéval egyező.

Ötödik napon a készítményeken már kevesebb eltérés constatálható. Kevesebb makrocyta látható, a fénytörő részletek pedig teljesen hiányoznak. Normoblast szorgos kutatás daczára nem látható. A fehér vérsejtek közül 74% polynuclearis leukocyta, a rendessel majdnem egyező viszony.

Hatodik napon beteg osztályunkról távozott és az egy héttel később történt vizsgálat alkalmával a vér szövettani képének normális állapota volt kimutatható.

* * *

A vázolt histologiai képből a vérelemek de- és regeneratiójának folyamata tünik ki.

A degeneratio kezdete a 2. napra esik, midőn a vörös vérsejtek haemoglobinjának megfogyása mellett alaki eltérés is mutatkozik : mikrocyták lépnek fel. A harmadik napon legkifejezettebb a folyamat: az erythrocytákban az említett fénytörő részletek tünnek fel, melyek a degeneratiós folyamatnak legjelentősebb tünetét képezik.

Heinz[3] ezelőtt 12 évvel megjelent czikkében említi őket először, s erősen fénytörő, a vörös vérsejtekben levő, vagy azokon gombszerüleg ülő, vagy csak hosszabb-rövidebb nyéllel azokkal összefüggő képleteknek irja le, melyek gyakran szabadok és a plasmában úsznak. Methylenkék konyhasós oldatában igen jól festődnek.

Huber[4] dinitrobenzollal tett kisérleteinél szintén észlelte e testeket.

Schmauch[5] botriocephalusokból maceratio útján nyert folyadékkal kisérletezett macskákon és eredményként többek közt ezen gömböcskéket is leirja.

Heinz[6]-nél találkozunk ismét e testek leirásával legújabban megjelent dolgozatában, melyben számos vérméreggel tett kisérleti eredményéről számol be. Már első munkájában is felemlíti e részletek nagy festődő képességét methylibolyának konyhasós oldatában, utóbbi czikkében pedig az erös festődés alapján „Blaukörner“ elnevezéssel illeti azokat. Szerinte e jelenség a vörös vérsejtek partialis nekrosisának eredménye.

Heinz melegvérüeknél ezen szemcséket már 24 órával a mérgezés után látta fellépni, míg esetünkben csak 3 nap mulva kerültek észlelés alá. Lehetséges, hogy figyelmünket az első 24 óra után fellépett kevés szemcse elkerülte, vagy talán, hogy épen harmadnapra voltak legszámosabban a készítményben láthatók.

A degeneratio ezen stadiumában azonban a regeneratio jelei is mutatkoznak a polychromatophil sejtek képében. Ezen jelenségre nézve tudvalevőleg a nézetek igen eltérők, sőt teljességgel ellentétesek. *Ehrlich*[7] degeneratiós tünetnek mondta és az idősebb sejtek discoplasmájának coagulatiós nekrosisaként fogta fel, míg számos más vizsgáló, *Engel*, *Jawein*,[8] *Heinz* és mások regeneratios tünetnek tartják és a polychromatophiliát épen a vörös vérsejtek fiatal alakjainak egyik tulajdonaként emelik ki.

Ugyancsak ezen időben tünnek fel a makrocyták és a normoblastok, mint kifejezői a csontvelő compensatorikus müködésének az elpusztult vörös vérsejtek pótlására. Ezen jelenség következményeiben ellentétben látszik lenni Ehrlich és iskolája egy részének azon felfogásával, hogy a makrocytikus regeneratio a szervezetre nézve kétes értékü, sőt káros formája a vér regeneratiojának, mivel benne éretlen, a fejlődés korai stadiumában levő sejtek vesznek részt, s Lazarus[9] épen Ehlich és Lindenthal halálos kimenetelü esetére hivatkozik, hol a regeneratio megaloblastikus és makrocytikus typusú volt. Esetünk, mint a kimenetelből látható, ezen utóbbi időben különben több oldalról kételylyel fogadott nézetet nem látszik igazolni.

Ezen eddig tárgyalt degeneratiós és regeneratiós jelenségek megegyeznek a melegvérüeknél kisérletileg észlelt elváltozásokkal. Egynémely észleletünk azonban, mint e kisérletektől eltérő, magyarázatra szorul. Egyike a vörös vérsejtek számát illeti, mely a vérmérgek okozta anaemiáknál rendkivül meg szokott csökkenni, mert hiszen épen vérmérgek útján lehet a legnagyobb fokú anaemiát létrehozni, jóval nagyobbat, mint többszörös vérelvonással. Esetünkben a vörös vérsejtek nagy számban pusztultak el, bizonyitja ezt a nagyfokú haemoglobinaemia. Hogy ennek daczára a vörös vérsejtek száma nem igen csökkent, annak magyarázatát főképen abban lelném, hogy a regeneratio igen gyorsan indult meg. Ugyanez áll a leukocytosisra nézve is, a mely tünetet a legtöbb észlelő igen nagy fokúnak találta, s csak Ehlich és Lindenthal esetére akarok hivatkozni, hol az arány a fehér és vörös vérsejtek között 1 : 62 volt. Itt azonban igen súlyos és elhúzódó mérgezésről volt szó, míg esetünkben csak igen kis adag jutott felszivódásra, s annak folytán volt szembeszökőbb az elváltozásoknak inkább qualitativ, mint quantitativ volta.

Magyarázatra szorul még a szemfenéki lelet: a venák túlságos teltsége és az arteriák mérsékelt duzzadása. Elsősorban a mérgezés okozta esetleges idegbefolyásra kellene gondolnunk, edényhüdésre. Azonban, mint a kórtörténetből láthatjuk, az idegrendszer részéről tünet csak a mérgezés legelején volt észlelhető, mint eszméletlenség, mely rövid időn belül elmult. A szemfenéki észlelet pedig a mérgezés 3. napján volt a legkifejezettebb, mikor betegünkön idegrendszeri eltérés már egyáltalán nem, de épen a legkifejezettebb vérelváltozás volt tapasztalható: a fénytörő szemcsék fellépte. Nézetem szerint ezen szemcsékben keresendő ezen szemfenéki elváltozás oka. *Heinz* t. i. azon véleményen van, hogy a vörös vérsejtek a leirt nekrotikus szemcséknek rájuk rakodása által oly alaki eltérést szenvednek, mely a véráramban való gördülésüket nagyfokban nehezíti, a menyiben a surlódási viszonyokat igen megváltoztatja. A vörös vérsejteknek ezen nyúlványokkal egymásba való kapaszkodása a véráromot igen lassítja, mely lassudás oly fokot érhet el, hogy a vörös vérsejtek appositioja folytán thrombusok is jöhetnek létre. Állításainak bizonyításául felemlíti a kisérleti állatok gyomornyálkahártyáján vérrögösödés útján létrejött apró fekélyeket. Az észlelt edényteltség ily alapon létrejött véráramlassudásban lelheti tehát magyarázatát, annál inkább, mivel ezen telődés idejével esik össze, mint említettem, a fénytörő szemcsék tömeges fellépte.

A leirt vérelváltozás tehát egy középsúlyos haemoglobinaemia vérleletét képezi és arányban látszik állani a bekebelezett igen csekély méregmennyiséggel.

Szabadjon végül igen tisztelt főnökömnek, Hochhalt m.-tanár úrnak az eset szives átengedéséért hálás köszönetemet kifejeznem.

Irodalom. 1. *Jaksch:* Die Vergiftungen. — 2. *Ehlich* und *Lindenthal*: Zeitschr. f. klin. Med. 30. kötet. — 3. *Heinz*: Morphologische Veränd. d. roth. Blutk. d. Gifte. Virch. Arch. 122. k. — 4. *Huber*: Beiträge zur Giftwirkung d. Dinitrobenzols. Virchow's Arch. 126. k. — 5. *Schmauch:* Ueber endoglobuläre Körperchen in d. Erythrocyten d. Katze. Virchow's Archiv. 157. — 6. *Heinz*: Ueber Blutdegeneration und Regeneration. Ziegler's Beiträge. 29. kötet. 1901. — 7. *Ehrlich*: Die Anaemien. — 8. *Jawein*: Zur Frage über den Ursprung etc. Berl. klin. Wochenschrift. 1901. 35. sz. — 9. *Lazarus*: Die Hämoglobinaemie. — 10. *Mohr:* Ueber Blutveränderungen bei Vergiftungen mit Benzolkörpern. Deutsche med. Wochenschrift. 1902. 5. sz.

Közlemény a budapesti „Ferencz József" kereskedelmi kórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Frischmann Gyula dr.)

Myelitis transversa syphilitica egy esete.

Közli: *Keppich Emil* dr. kórházi alorvos.

Tankönyvekben szépen leirva találhatjuk a myelitisek tünettanát, hogy recapitulatioba ne essek, nem is lehet ez a kitüzött czélom, hanem az, hogy egy igen érdekes és instructiv eset kapcsán, melynek aetiologiai momentumában a syphilis szerepel, egyetmást ezen utóbbi megbetegedésről is megemlíteni, a mi, mint azt az empiria mutatja, nem is oly lényegtelen a morbusnak quoad vitam et quoad sanationem való befolyása körül.

A syphilis elterjedésre joggal tekinthető a tuberculosis vetélytársnőjének, ma már mindenütt honol, felkeresi a szegény embert gunyhójában, discrete besompolyog a gazdag palotájába, mindenütt egyformán végzi alattomos pusztító aknamunkáját.

Megtámadja az egyént, a családot és nemzetiséget, a népet hol enyhébb, hol súlyosabb alakban. Az individuumnak, a tömegnek müveltebb vagy kevésbbé müvelt volta szerint mintegy különbséget látszik tenni és e tekintetben nem is oly érdektelen, ha a syphilisnek az irodalomban felemlített geographikai elterjedéséről egyet-mást megemlítek.

Nálunk, a székes főváros, nagyobb megyei központok és egyéb városok kivételével, még egész vidékek syphilismentesek. Vannak azonban egyes megyék, teszem Nyitra- és Bácsmegye, valamint a nemzetiségek lakta vidékek, így a horvátok, szerbek, románok közt, hol a syphilis még ma is endemikus.

A Balkánon a syphilis endemice, a legkülönfélébb válfajaiban uralkodik és egyike a legelterjedtebb megbetegedéseknek. Bosznia, Szerbia, Románia és Bulgáriában többnyire mint syphilis vulgaris tertiaria szerepel, és mint a legtöbb kevésbbé civilizált népeknél, úgy itt is az extragenitalis infectio eléggé gyakori. Ezt pedig okozza a lakosságnak külső okokban rejlő nagy tömegben való együttlakása, közös evő- és ivóeszközök, házi szerek, pipa stb. használata.

Azonfelül még a betegek kezelése is e vidéken a lehető leghiányosabb, a kuruzslók garázdálkodása természetesen csak növeli a syphilis malignitását.

Francziaországban nagy a syphilis-betegek contingense, ép úgy Németországban is, de korántsem oly nagy, mint Angolországban, Olaszországban, különösen annak legdélibb részeiben, hol még ma is eléggé endemice uralkodik.

Igen elterjedt megbetegedés Oroszországban, különösen annak keleti tartományaiban, a hol talán a China felüli élénk karavánforgalom nem kevésbbé járul hozzá a kór terjedéséhez.

Ázsiában India, China, Japán e tekintetben vetekedhetnek egymással, mert mind a három állam erősen inficiálódott.

Japánban, érdekes, hogy különösen gyakoriak a syphilitikus csont- és izületi megbetegedések, azonkivül a betegek nagy része mercurialismusban is szenved, a higanykészitmények oktalan használata folytán.

Afrikában különösen a tengerparti vidékek és ahhoz közel eső földterületek népfajai közt találjuk a syphilist, még pedig többnyire a hereditaer alakját, míg ellenben az aequatorialis részeken aránylag igen ritka megbetegedés, oda tudniillik még nem igen hatolt a culturállamok civilizáló missioja.

Franczia orvosok szerint az arabok közt igen pusztít a syphilis, még pedig a lehető legsúlyosabb alakban. Itt is a hiányos gyógykezelés és kuruzslás oka a tertiaerismus és a hereditaer syphilis elterjedésének.

Amerikában eleinte különösen Canadában epidemice, később endemice pusztított és csak a legújabb korban javultak ott is némiképen a viszonyok.

Az Egyesült-Államokban ép úgy uralkodik, mint akár continensünkön. Mexiko eldorádója a syphilis súlyos és legsúlyosabb válfajainak, ép úgy Dél-Amerikában Brazilia, hol különben még manapság is endemice dühöng; eredeti, súlyos, rosszindulatúságából vajmi keveset veszitett; ott a hiányos gyógykezelés mellett, a prostitutionalis ügy silány ellenőrzése nagyban okozója a syphilis általunk már csak feljegyzésekből ismert elterjedettségének és rosszindulatúságának.

Tény, hogy a syphilis ma már mindenütt honol és sajnos az internationalis forgalom által, a culturmissio szolgálatában álló nemzetek révén eljutott odáig is, oly népfajok közé, hová annak hijára eddigelé még el nem jutott volna.

Tapasztalati tény, hogy oly népfaj közt, a mely a szellemi müveltség alacsony vagy igen alacsony fokán áll, ott a syphilis elijesztő, lehető legsúlyosabb alakban található, ott epidemice dühöng, mint akár nálunk a XV-dik században.

Ellenben oly népfajok közt, hol a fertőzés régi keletü és már generatiokat átjárt a syphilis virusa, többé nem pusztít endemice, sem oly átlagos súlyos alakban, mert itt a syphilis virusával megküzd az orvosi tudomány, a társadalom, az állam.

Mi is tapasztalhatjuk hazánkban ezen kedvező tényállapotot; a syphilis korántsem pusztít már oly vehementiával, mint a hogyan régente pusztított családokban, nemzetiségekben, népfajokban. Vajjon a felsorolt okokon kivül mi lehet még ennek okozója? Semmi esetre sem a virus egymaga, hisz még nem is ismerjük oly behatóan, vajjon a Lustgarten-féle bacillus egymagában okozója-e a megbetegedésnek, láthatatlan, ismeretlen ellenséggel kell felvennünk a harczot, a virus pedig ma is csak ugyanaz; avagy a helyes praeventiv eljárásoknak, a helyes alkalmazásba hozott és szigorúan individualizált orvosi gyógykezelésnek kell-e tulajdonitanunk a sikert, azon örvendetes tényt, hogy tudniillik a syphilis ma már korántsem oly rosszindulatú jelleggel biró megbetegedés nálunk, mint teszem a milyen volt a XV-dik században, vagy a reá következő századokban.

Igen csábító egy oly eszmének a megpendítése, a mely ugyan a kellő statistikai adatok hijján talán nem fog meggyőzően hatni, ámbár ezt már idegenben mások is hirdették, és ez az immunisatio törvénye.

Nem lehetne-e ennek tényleg a tapasztalatok alapján némi jogosultságot tulajdonitani a syphilis fellépési, terjedési módjában tapasztalható alapos characterbeli változásában; az immunisatiot nem úgy interpretálva, mint teszem, hogy az individuum maga immunizálódik pl. a variola körül érvényre jutott vaccinatio által, avagy a lyssa körül érvényre jutott antirabikus védő oltás által, sem úgy, mint teszem, hogy az egy izben kiállott typhus többnyire immunitást kölcsönöz a szervezetnek újabb fertőzés ellen.

A syphilis immunisatioját a generatiok végzik, az ascendensek a descendensek részére és így a descendensek, ha nem is öröklik a syphilist — a szülők syphilisének teljes gyógyulása folytán —, de igen is örökölhetnek egy bizonyos immunitást, mi által ők, ha esetleg acquirálnak is syphilist, az már nem jelentkezik oly súlyos alakban, mint esetleg oly egyéneknél, a kiknek ascendensei egészségesek voltak.

A descendensek szerzett gyengébb syphilise hasonló az egyén tökéletlen reinfectiojához.

A syphilis ellen teljes immunitás nem létezik, de némi immunitással már látszanak birni a syphilitikus szülöktől származó descendensek, és ha már acquirálnak is syphilist, az többnyire enyhébb.

Tapasztaljuk ezen tényállapotot mi is, mások is; így Fergusson Portugálban, a hol a syphilis igen elterjedt és hol az országnak egy időbeni nagy mérvü általános inficiálása folytán manapság enyhe charakterrel bir.

Hasonló észlelései vannak H. Lee-nek. Neumann szerint Fergusson és Lee theoriájának némi jogosultsága van, a mennyiben arányosan valamely család, nép megfertőzésével a megbetegedés intensitása csökken a descendenseknél, viszont oly országban, hol a megbetegedés először lépett fel, igen erős fertőző képességgel bir.

A lejebb közölt esetünkből is kiviláglik, nemkülönben az empiria is hathatósan a mellett szól, hogy joggal szólhatunk a syphilis osztályozásáról oly értelemben, hogy fel kell vennünk, miszerint kétféle syphilis létezik, egy rossz és egy rosszabb indulatú, vagy súlyos és súlyosabb fokú.

A syphilis ezen osztályozása körül inkább a descendensek immunisatioja látszik szerepelni, mint teszem a manapság sem eléggé jól ismert virusnak és vele kapcsolatos vegyi productumoknak, avagy az annyira kedvelt vegyes fertőzés tanának citálása. A rossz és rosszabb indulatú syphilis felvehetősége mellett szól egyebek közt az empiria; vannak esetek, hol a legmegfelelőbb, legindividualizáltabb gyógykezelés mellett is a tünetek vagy nehezen, vagy igen lassan mulnak el, vagy újabb és újabb eruptiokat észlelünk, akár a secundaerismuson, akár a tertiaerismuson belül.

Igen sok esetben, mondhatni az esetek legnagyobb számában a foganatosított antisyphilitikus gyógykezelésre a jelenlevő tünetek gradatim mulnak és a virus a cyclusos kezelésen belül hovatovább veszít virulentiájából. Ezek a könnyebb esetek. Hogy a syphilis közvetve halált okozó megbetegedés is lehet, illustrálja a mi esetünk, melyet alkalmunk volt észlelni, a melynél az ab ovo erélyesen alkalmazott gyógykezelés daczára kifejlődött egy typikus myelitis transversa, mely az egyén exitusára vezetett.

A myelitisek aetiologiájában a hereditáson és traumán kivül elsősorban az acut fertőző megbetegedések szerepelnek, így a typhus, scarlatina, morbilli, variola, dysenteria, pneumonia, cholera, malaria, diphtheria, influenza, erysipelas.

Említenek parasitaer myelitiseket, a hol a pathogen mikroorganismusok közvetlenül a gerinczagy burkaiban és szövetállományában megtelepszenek, ide sorolták a gonorrhoikus és syphilitikus myelitiseket; a chronikus fertőző megbetegedések közül természetesen a tuberculotikus eredetüek a legelterjedtebbek.

Fournier szerint a központi idegrendszer syphilise gyakoribb a szellemi munkásoknál, mint más foglalkozásúaknál; Rumpf 40 esete közt 9 agysyphilis volt, az agy specifikus megbetegedése az infectio első évében következett be. 19 gerinczagysyphilis közül 3 szintén az infectio első évében lépett fel.

Naunyn és Ogilvie szerint a központi idegrendszer syphilitikus megbetegedése az esetek 1/4 részében az infectio 1—2-dik évében jelentkezik.

Goldflam felemlít egy esetet, a hol a primaer infectio után az 5-dik hónapban lépett fel meningitis spinalis syphilitica.

4 esetet említ, hol az infectio utáni első félévben léptek fel a gerinczagy syphilitikus elváltozásai; 4 további esetet közöl, a hol az infectio és a gerinczagy megbetegedése közt egy év mulott el.

A londoni Royal Medical and Chirurgical Society 1895-diki discussioján sok érdekes eset lett közölve; egyebek közt, hogy a syphilis korai stadiumában gyakoriak a súlyos idegrendszerbeli megbetegedések és különösen a gerinczagy syphilitikus megbetegedései birnak azzal a jelleggel, hogy az infectio legfloridabb stadiumában fellépnek.

A „Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie“-ban Iversene 1897-ben közöl egy esetet, a melynél még súlyos nephritist is észlelt. Drastikus antisyphilitikus gyógykezelésre (pro die 10 gm. jodkali, 75 injectio) teljes gyógyulás állott be.

Ugyanott 1898-ban Gilles de la Tourette két eset kapcsán teszi megbeszélés tárgyává a syphilitikus eredetü myelitiseket.

Szerinte a syphilis igen gyorsan megtámadja a központi idegrendszer összes szöveteit és gyakran halálos kimenetelü. A myelitis syphilitica mint acut vagy mint chronikus megbetegedés lép fel; az acut székhelye többnyire a gerinczagy lumbodorsalis szelvénye, paraplegiák, sphincter hüdések uralják a kórképet.

Ugyanott Parkes Weber közlései találhatók, ki 2 syphilis spinalist ir le, első esetében az infectio első évében felléptek paraplegia, sphincter hüdések, érzéki körbeli zavarok. Complicatioként fellépő cystitis, decubitus exitusra vezetett.

A boncolás diffus meningomyelitikus elváltozásokat mutatott, erős specifikus edény megbetegedéssel; az utóbbit követő circulatiozavar az idegrostok degeneratiojára vezetett.

Weber második esetében a syphilitikus méreg directe az idegállomány roncsolására vezetett, az edények kevésbbé mutattak elváltozást, egy tiszta myelitis kórboncztani képe.

A mi esetünk a következő:

D. J. 29 éves hivatalnok, atyja ismeretlen bajban, magas korban halt el, anyja és 2 testvére élnek és egészségesek.

Gyermekkori betegségeire nem emlékszik. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 7 hónap előtt közösült, utána a makk mögött fekélyt aquirált, a mely orvosi gyógykezelésre 6 hét mulva teljesen begyógyult. Márczius havában a törzsön és végtagjain apró kis lencsényi vöröses foltok jelentkeztek, mi miatt ismét orvosi gyógykezelés alá került. A syphilis manifest tünetei folytán innunctiós kúra foganatosíttatott, pro dosi 3 gm.-os ungu. hydrarg.-vel, összesen 14 turnuson ment keresztül, kisebb-nagyobb megszakításokkal.

Junius végén egy kirándulás alkalmával hirtelen annyira elfáradt, hogy kénytelen volt leülni, ettől az időtől kezdve mindig gyorsan ki szokott fáradni, mi miatt orvosi tanács folytán langyos fürdőket is használt. A gyors elfáradás azonban nem mulott el, e mellett vizelési és székletéti zavarai támadtak. Julius 30-dikán hirtelen vizeletrekedés állott be, mi miatt a beteg a kórházat felkereste, hol hólyagcsapolásban részesült, egyébként a nála észlelhető egyéb tünetek folytán kórházbani ápolás lett neki ajánlva.

Jelen állapot.

A jól fejlett férfibeteg csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat, a bőr kissé halvány, vérszegény, ép úgy a látható nyákhártyák is halványak, vérszegények.

A bőralatti zsírpárna kissé megfogyott, valamint az izomszövet is. A mellkasi szervek felett semmiféle alaki és szervi eltérés nincsen. A sulcus coronarius penisen egy kissé opákan fénylő heg, a regionaer mirigyek mindenütt kissé megnagyobbodottak.

A láták középtágak, egyenlőek és jól reagálnak. A bőr valamint a körzeti idegek reactioja prompt, a patellaris és Achilles-in reflexek kissé fokozódtak. Izom és helyérzés teljesen megtartott. A felső végtagokon csekély tremor, a beteg járása kissé paretikus, főleg a bal alsó végtag mozgásai nem szabatosak, azt egyúttal kissé maga után vonszolja, benne sajátszerü zsibbadtság érzetéről panaszkodik.

Augusztus 2-dikán beteg a bal alsó végtagjában szakgató fájdalmakról panaszkodik, a végtag hajlító, de különösen feszítő izmai feltünően petyhüdtek, a lábfej tartása az alszárhoz viszonyítva majdnem derékszögü. Ugyancsak a bal alsó végtag egyes kisebb-nagyobb börszigetektől eltekintve teljesen anaesthetikus és analgesiás.

Beteg felszólításra a bal alsó végtagját behajlítani és kinyujtani nem képes.

Vizelet- és székrekedés.

Pulsus telt, feszes, perczenkénti száma 80. Temp. 36·6.

Augusztus 4-dikén a bal alsó végtag teljes hemiplegiája, a jobb alsó végtag kissé paretikus, itt is már jelentkeznek motorikus és sensitiv elváltozások, az izomzat itt is kissé petyhüdt, az izomclonus megtartott. Vizelet- és székrekedés.

Therapia: jodkali, székrekedés ellen calomel, vizeletretentio miatt csapolás.

Augusztus 10-dikén a bal alsó végtag teljes hemiplegiája, a jobb erősen paretikus, a végtagok bőre halvány, igen vérszegény, száraz, ránczba igen jól szedhető, a bal térdizület teriméjében kissé megnagyobbodott, duzzadt, passiv mozgásoknál fájdalmakat nem okoz.

A csapolás által nyert vizelet, piszkos szalmasárgaszínü, nem átlátszó, felhőszerü zavarodást mutat. Erősen ammoniakalis szagú, alkalikus vegyhatású, bőven genytartalmú, górcső alatt pedig igen nagy számban genysejteket, nyákot, amorph sókat mutat.

Inreflexek a jobb alsó végtagon renyhék, a bal alsó végtagon időközönként spontan izomösszehúzódások észlelhetők. A baloldali alsó végtagon teljes anaesthesia és analgesia.

Therapia idem; hólyagmosások. Temp. 37·5.

Augusztus 15-dikén a bal alsó végtag izomzata sorvadni, a térdizület is erősen duzzadni kezd. Semmiféle fájdalmak.

Betegnél a bal végtag izomzatának megérintésére egyes izomcsoportok összehúzódásai észlelhetők. Helylyel-közzel megtartott bőridegreflex.

Therapia idem. Temp. 38·5.

Augusztus 20-dikán beteg panaszai étvágytalanság, kábultság és sajátszerű tompa övszerű fájdalmak; a jobb pupilla valamivel tágabb mint a bal, renyhén reagál, a megejtett szemfenéki vizsgálat negativ.

Therapia: innunctiós kúra.

Augusztus 25-dikén teljes hólyag- és végbélhüdés, penis félig erigált, a jobb alsó végtagon hemiplegia, az alsó végtagok paraplegiája, abducált tartás mellett.

Therapia idem; temp. 38·5.

Augusztus 30-dikán félig erigált penis mellett a vizelet spontan cseppekben kiürül, a székrekedés hasmenésbe megy át, a has puffadt, övszerű fájdalmak.

Therapia idem; temp. 38·8.

Szeptember 1-jén incontinentia urinae et alvi, teljes bőr anaesthesia, a keresztcsonton, ülőgumokon, a sarokcsontokon, condylusokon a bőr hámfosztott, pirosan elszínesedett.

Therapia: az inunctiós kúra beszüntetése.

Szeptember 5-dikén status idem; decubitus ijesztően, rohamosan terjed, daczára a legrigorosusabb sebkezelésnek. Betegnél spontan izomrángások észlelhetők, melyek oly nagyfokúak, hogy álmát is zavarják.

Temp. 38·5.

Szeptember 10-dikén az egész test bőre feltünően halvány, az alsó végtag bőralatti kötszövete mintegy vizenyősen imbibált. Mindkét térdizület artropathiája. Decubitus rohamosan terjed.

Temp. 38·8, pulsus 120.

Szeptember 15-dikén teljes étvágytalanság, cardialgikus fájdalmak, has erősen puffadt, meteoristikus.

Szeptember 20-dikán status idem.

Szeptember 30-dikán a beteg bőre, valamint a látható nyákhártyák ictericusak.

Október 1-jén a decubitus óriási kiterjedése mellett folytonos vizeletcsurgás és incontinentia alvi, beteg teljesen apathikus, a hozzá intézett kérdésekre zavartan felel. A pulsus feltünő gyengülése észlelhető, kicsi, puha, könnyen elnyomható, perczenként száma 125—130, subnormalis hőmérséklet.

Október 3-dikán status idem.

Október 10-dikén teljes innanitio mellett exitus letalis.

A diagnosisunk myelitis lumbo-dorsalis transversa, decubitus gangraenosus folytán beállott septichaemia, mint azt a Minich főorvos úr által végzett sectio be is bizonyította. A bonczjegyzőkönyvből kiemelhetem, hogy a kemény és lágy agyburkok halványak; maga a gerinczagy mindenütt majdnem egyenletesen tömött, feltünő lágyulást vagy tömörülést nem mutat, a metszlapon a fehér állomány mindenütt vérszegény, az edények vékony falúak, a szürke állomány a háti szelvény felső felében zöldes-fekete és palás-szürke színü, egyébütt azonban halvány, a felső háti szelvényben és a nyaki szelvényben a hátsó kötelek némileg szürkésen áttetszők, míg a háti szelvény alsó részletében és ágyéki gerinczagyban egyes elmosódott, szürkés pettyek láthatók. Az oldalsó kötelek területében a metszetek átmetszeténél kitünt, hogy a nyaki szelvényben a Goll-féle köteg, az agyacspálya és a Gowers-féle köteg elfajultak, a háti szelvény felső felében az elfajulás a Goll-kötegen kivül a Burdach-féle köteg medialis felére is átterjed, sőt az egész köteget is elfoglalja; ugyanezen helyen az oldalsó kötelek lateralis fele is egész kiterjedésben szürkés degeneratio jeleit mutatja.

A háti szelvény közepe táján a gerinczagy átmetszetének legnagyobb része elfajult és tulajdonképeni ép részlet a mellső szarvak közvetlen szomszédsága, míg ellenben a gerinczagy többi része mikroskopikus vizsgálatánál csak igen kevés elszórtan elhelyezett ép rostokat mutat.

Ezen terület alatt a háti szelvény hátsó alsó részében specifikus — syphilitikus — elfajulás: gummaképződés észlelhető.

A gerinczagy azon helyén, a hol az elfajulás majdnem az egész gerinczagyra kiterjed, az agy állománya apró szigetekben gyuladásosan infiltrált, a velőshüvelyü rostok duzzadtak, hyalinosan elfajultak. A szürkeállomány sejtjei is duzzadtak, dúczsejtek száma a mellső szarvakban nagy mértékben megfogyott, és a meglévők is finoman szemcsés anyaggá alakultak, sejtmag bennük nem található. A szövettani vizsgálat szerint a gerinczagy háti szelvényének közepén transversalis myelitis van jelen, melynek következményeként a felette fekvő részletekben a hátsó kötegek, továbbá agyacspálya és Gowers-féle köteg területében, az alatta fekvő részletekben, nevezetesen az oldalsó pyramis pályák, nem különben részlegesen az elülső pyramis-pálya területében másodlagos elfajulás lépett fel.

Esetünkben a primaer infectiot követő 7-dik hónapban jelentkeztek a myelitis syph. klinikai tünetei, és tekintve azon ténykörülményt, hogy a myelitis klinikai tünetei oly hirtelenül bekövetkeztek, elsősorban specifikus edénymegbetegedésre kellett gondolnunk, a mi azonban a gerinczagyban igen ritka megbetegedés, alig találunk elvétve eseteket az irodalomban. Hogy miért ritkább a syphilitikus edénymegbetegedés és az azt követő apoplectiform vérzés a gerinczagyban és az ezzel kapcsolatos szövetroncsolások épen a gerinczagyban, mint az agyban, talán ennek okát az edények elrendeződésében, lefutásában kellene keresnünk. Minthogy a mi esetünkben az ab ovo foganatosított antisyphilitikus gyógykezelésre a fennálló tünetek el nem multak, sőt intensitásra napnap után fokozódtak, első feltevésünket el kellett ejtenünk és mélyebb szövetroncsolással járó specifikus megbetegedést — gummaképződést — a gerinczagy lumbo-dorsalis részében felvennünk, a mint azt a sectio be is bizonyította.

Ez eset kapcsán is jogosult abbeli felvételünk, hogy igen is létezik egy rossz és rosszabb indulatú syphilis. Magának ezen osztályozásnak magára a kezelésre nem lehet reformáló hatása, mert hisz mindaddig, a míg a syphilis virusa és annak pathogen termékei felől positiv ismereteink nem lesznek, addig még mindig csak ismeretlen ellenséggel kell harczolnunk, és e küzdelemben csakis az empirián nyugvó higany gyógykezelésnek kell megadnunk a suverenitást, melylyel régi idők óta és ez idő szerint is, csak kedvező eredményeket lehetett felmutatni.

Természetesen a higanynak akármiféle, tetszetősb formában való rendelésénél is, kell, hogy szemünk előtt lebegjen, mint bármily más gyógyszer adagolásánál, az individualisatio törvénye, hisz lépten-nyomon kisért a mercurialismus.

Sokszor azáltal elragadtatva, hogy a szervezetnek nagy mennyiségben juttassunk higanyt, a generalisatio hibájába eshetünk.

Ennélfogva legyünk elővigyázók és körültekintők, hosszú időre terjedő kezelésről lévén szó, ajánlatos, hogy bármiféle higanypraeparatumot is hozunk alkalmazásba, előbb szerezzünk magunknak kellő tudomást, hogy a beteg türi-e a higanyt, és ha türi, előbb kisebb adagokban adjuk, és csak azután fokozatosan emelkedjünk az adagolással.

Már igen sok esetben észlelhettük, hogy az első inunctiós turában a mercurialismus tünetei jelentkeztek; szabály ilyenkor, hogy hagyjuk az inunctiokat abba, és csak az intercurrens mercurialismus visszafejlődése után térjünk ismét vissza a kenőkúrára, természetesen ez után is csak inkább elhúzódó legyen a kezelés, időközönként megszakított, félbenhagyó.

Végül kedves kötelességet teljesítek, midőn e helyt is igen tisztelt főnökömnek, *Frischmann Gyula* dr. főorvosnak kifejezhetem hálás köszönetemet az eset átengedéséért és szíves útbaigazításaiért.

Az idült csúz lázas alakjairól.[1]

Weisz Ede dr., pöstyéni fürdőorvostól.

Tisztelt uraim! Előadásom szokatlan czímében bizonyára ellenmondást méltóztatnak látni, mert a tankönyvek szerint vagy idült csúz s nincsen láz, vagy ha láz jelen van, a csúz nem idült, hanem heveny. Tehát contradictio per se idült csúz lázas alakjairól beszélni.

Midőn annak idején a fürdőorvosi gyakorlatba kiléptem, s osztályrészemül a többi között a csúz is jutott, esztendőkön kereszt-

[1] Előadatott a XII. balneologiai congressuson.

*

tül a bizonytalanság, a habozás, meg kapkodás kalvariáját kellett végigküzködnöm, míg azon nemleges irányú meggyőződéshez tudtam magamnak utat törni, hogy az idevágó tanok nagy része téves s zűrzavaros.

Nevezetesen három nagy csoport vala az, a melynek egymáshoz való viszonyával az irodalom alapján sehogy sem tudtam tisztába jönni. S mert ezen három nagy csoport a gyakorlatban tisztázott eszmék nélkül különválasztható nem volt, a helyzet nem épen irigyelni való volt.

Örökösen azon háromszoros kérdés lebegett előttem, hol végződik a csúz *heveny* alakja? Hol kezdődik az *idült* csúz? S végre, hol kezdődik az úgynevezett *arthritis deformans?*

Csak midőn önállóan mertem gondolkodni, a zürzavaros ellenmondásokkal tele irodalom nyomasztó hatása alul felszabadulva, kezdtek eszméim tisztázódni, s végre ezen tételnél állapodtam meg: az arthritis deformans klinikailag nem képezhet külön kóralakot, legkevésbbé szemben az idült csúzzal, mely maga is szülhet hasonjellegü deformatiokat; valamint az idült csúz sem szakítható el a heveny csúz gyökétől. Pedig, méltóztatnak tudni, vannak kötetes munkák, még újabbak is neves szerzőktől, melyek az arthritis deformanst, az idült csúzt s a heveny csúzt külön megbetegedésképen külön-külön kötetekben tárgyalják.

Ma ezen részletekbe bocsátkoznom nem lehet. A kit a kérdés közelebbről érdekel, bátorkodom szíves figyelmét felhívni az orvosegyesületben, a német balneologiai congressusokon s a „Congress für innere Medizin"-ben tartott előadásaimra, nemkülönben egyéb dolgozataimra, hol a kérdés — úgy hiszem kétséget kizárólag — tisztába van hozva.

Mai előadásom czímének megfelelőleg azon kijelentésre szorítkozom, hogy az *idült csúznak igen is vannak lázas alakjai.* Nem gondolok most a heveny sokizületi csúzból fentmaradt féligdült s néha féllázas alakokra, az úgynevezett subacut stadiumra, hanem eredetileg *idült* módon fellépő s idült módon lefolyó oly alakokra, a hol lappangó kis lázak hónapokon s esetleg éveken keresztül sorvasztják a csúzos beteget, minden therapiát jóformán lehetetlenné téve. Ezen ritkább alakok, mint ilyenek, tudtommal alig vannak ismertetve, illetőleg ismerve. És ezért talán nem végzek hiába való munkát, ha azokra szíves figyelmüket ezennel felhivom.

Első idevágó esetem egy beteg hölgy vala, a kit évek előtt Pöstyénben kezeltem. Az idülten megbetegedett hölgynél 37·5—38 foknyi hőmérsékletek heteken át húzódtak. Úgy tudom, a beteg most állandóan ágyban fekvő. A subfebrilis temperaturák még elég soká maradtak fenn, egyébként a későbbi lefolyást illetőleg pontos adatokkal nem rendelkezem.

Két év előtt Kétly tanár ő méltósága szíves engedelméből a II. belgyógyászati klinika csúzos anyagát tanulmány tárgyává téve, 320 heveny s idült csúzos beteg között több eredetileg idülten fellépő esettel találkoztam, a hol rövidebb-hosszabb ideig subfebrilis mozgalmak voltak. De ezen eseteknél a láz tünetileg többnyire csak igen alárendelt szerepet játszott.

Pöstyéni gyakorlatomban minden évben szoktam néhány oly idült esettel találkozni, a hol itt-ott lázas mozgalmat észlelek. De méltóztatnak tudni, hogy milyen bajos dolog fürdőhelyen fenjáró beteget arra birni, hogy naponta háromszor mérje magát. Ha pedig nem jár fenn, hanem ágyban fekvő, úgy rendesen nincs is azon helyzetben, hogy magát pontosan megmérhesse. Még nehezebb a betegtől, ha hazatér, megbizható értesítéseket beszerezni. Hiszen ezen hőmérési nehézségek idült betegségnél a házi orvosra nézve is fennállanak, a mennyiben, ha a hőmérést maga nem tudja napjában háromszor végezni, a beteg s környezete e tekintetben sokszor megbizhatatlan.

Ilyen viszonyok között szívesen ragadtam meg a mult évben a kedvező alkalmat, mely két idevágó beteg hőmérése körül kinálkozott. Az egyik beteg intézetemben lakott, a mérést magam végezhettem. A másiknak környezete volt annyira megbizható, hogy teljesen hasznavehető adatokat szolgáltatott.

Mindkét eset rendkivül tanulságos. Mindkét esetben, noha csekély lázról volt szó, a láznak domináló és súlyos prognostikai jelentőséget kellett tulajdonitanom és — sajnos — a majdnem egy évi észlelés a súlyos prognosist minden tekintetben igazolta.

Ilyen eseteknél, t. uraim, a néhány tizednyi hőemelkedés tapasztalataim szerint lesujtó stigmatikus jelleggel birhat.

Az eseteket ismernünk kell, mert ha közönséges idült eseteknek nézzük és a szerint kezeljük, kiszámíthatatlan kárt csinálhatunk; de ismernünk kell saját érdekünkben is, mert ha szokás szerint félig-meddig jó prognosist mondunk a betegnek, felsülünk vele.

A két eset meglehetősen congruens lévén, csak egyiknek felsorolására szorítkozom.

D. Zs., 60 éves berlini nagykereskedő kórtörténetét következőképen irja le: 1900. október havában heves vállfájdalmaim támadtak, melyeket bedörzsölésekkel véltem rendbehozni, a mi nem sikerült, úgy hogy másnap le kellett feküdnöm. Salol használatára körülbelül egy hét mulva üzleti teendőimet ismét végeztem, veszélyt nem sejtve, esős időjárásban is. Erre visszaestem, mindkét vállam s térdem kezdett fájni; ezen állapot egész novemberben végighúzódott. Deczemberben ismét végezhettem teendőimet, de fájdalmaktól soha sem voltam ment. Gyorsabb gyógyulást keresendő, 1901. január 15-dikén Wiesbadenbe mentem, ott 20, 28—30 fokú thermalfürdőt, elvétve egy-egy 36 fokú térd-douche-t s Priessnitz-et használtam. Állapotom nem javult, járásom egyre nehezebb lett s február 28-dikán Berlinbe visszaérkezve mozdulni sem tudtam. Ismét kilencz hétig feküdtem, a kezelés jodból, jodvasogenből, ichthyolból s Priessnitz-borogatásból, később — áprilisban — massageból s villanyozásból állott. Étvágyam időközben teljesen elveszett, *testsúlyom 85 kiloról már 70-re sülyedt*; az időt ezután is szobában töltöttem, hol ülve, hol fekve, hol keveset mozogva. Mindennapi szerem az aspirin volt, mely a fájdalmakat csillapította. 1901. junius 15-dikén Pöstyénbe érkeztem.

A beteg megérkezésekor lakáskeresésnél kelleténél többet fáradozott. A beteget még érkezése napján volt alkalmam látni s a következőket jelenthetem: A középtermetü, mérsékelten táplált, vérszegény betegen a jelentékeny lesoványodás jelei látszanak. Csak a has tetemes kerülete maradt meg az egykori jó idők maradványaképen. A beteg meglehetősen szenvedő ember benyomását teszi, hosszas betegsége által kedélybelileg is lesújtott. A székről csak nagy nehezen tud felkelni s néhány kínos lépést tenni. Leülésnél, úgyszintén vetközésnél kisérője segitségét kénytelen igénybe venni, azaz felső végtagjai mozgás közben szintén jobban fájnak. A fejtartás is kissé merev. Ennek megfelelőleg a vizsgálat a legtöbb izület elváltozását s korlátolt mozgékonyságát mutatja. Az elváltozás leginkább a könyök, a kéztő s ujjak, továbbá a térdek s a lábak izületein látszott, melyek többnyire nagy mérvben legömbölyödöttek, helyenként itt-ott valamivel melegebbek. A daganat a nagyobb izületeken többnyire puha tapintatú, a kisebb, nevezetesen ujjak izületein valamivel tömöttebb. A könyökizületeken egy-egy nyálkatömlő körvonalai domborodnak ki az általános terimenagyobbodásból. A térdeken a térdkalács ballotement-ja s kifejezett fluctuatio tünik fel. A duzzadt ujjak egyenes tartásban széjjelállanak, a lábak alakja már a daganat folytán is a lúdlábhoz közel álló.

Mint méltóztatnak látni, betegem egyike azon szomorú alakoknak, kiket látogatott fürdőhelyen százával láthatni. Elváltozásaiban semmi tünet, mely sok hasonló esettől különös eltérést mutatna. És az eset mégis, mint már jeleztem, külön megbirálás alá esik, úgyszólva külön typust képvisel. Ez volt uraim az első benyomásom. Az anaemikus ősz beteg halvány arczán itt-ott végig futó pír, az egyébként nyugodt öreg úrnak itt-ott szokatlan élénksége, mintegy lázas kapkodása, s nem utolsó sorban egyes dagadt izületek kissé fokozott hőmérséklete nyomban azon meggyőződést kelté bennem, hogy az anamnesis még oly vontatott, idült jellege daczára *lázas* beteggel van dolgom.

Azon kérdésemre, miszerint volt-e láza, a beteg azt feleli, hogy néhányszor mérve magát, láztalan volt, rendszeres mérések szüksége tehát nem látszott fenforogni.

Csak reggelenként látogatván a beteget, miután hőemelkedést nem találtam, a hőmérést a betegnek rendkivül intelligens nejére biztam, a ki azt háromszor napjában végzé.

Mindjárt első napon, 1901. junius 27-dikén, az esteli hőmérsék 37·2 volt. Azóta a beteg — 1902. márczius hó 18-dikáig — 265 egymásután következő napon mérte magát, hol kétszer, hol háromszor napjában.

A reggeli hőmérsékletek mindvégig 37 fokon aluliak, 36·1—36·9 között ingadozók. A déli temperaturák többnyire alacsonyak. A napi hőmérséklet maximuma jóformán kivétel nélkül az esteli órákra esik, úgy hogy mindvégig kis határok között mozgó intermittens lázmenettel van dolgunk.

A hő fokát illetőleg 37°-on aluli napi maximum mindössze 29 napon volt, elszórtan, ugyanazon héten is legfeljebb 1—2 napig, még pedig 36·5-nél több, közel 37-hez.

37 és 37·5 közti hőmérséklet a 265 nap közül 153 napon volt jelen. 60 éves embernél nyilván a 37-nél magasabb hőmérséklet sem mondható rendesnek.

37·5 s 38° közötti hőmérséklet 74 napon jelentkezett, az észlelési időnek tehát több mint negyed része ilyen subfebrilis lázak mellett folyt le. Egyhuzamban legtovább egy hétig húzódtak ezen nagyobb hőmérsékletek, rendesen csak két-három napig tartottak s alig mult hét, a hol legalább egy napon ne lett volna ily 37·5—38 közti temperatura. Mindössze két izben volt két hétnél hosszabb cyklus 37·5-es temperatura nélkül, még pedig október 29-dike s november 12-dike között egy 14 napos továbbá január 21-dike és február 7-dike között egy 17 napos cyklus.

38, illetőleg 38·1-nyi hőmérséklet elszórtan fordult elő, még pedig szeptember 14-dikén, deczember 20-dikán, deczember 31-dikétől január 3-dikáig, továbbá január 7-dikén és márczius hó 11-dikén és 12-dikén, mindössze kilencz napon.

Az a kérdés most már t. uraim, mi az ilyen láznak az oka s mi a klinikai jelentősége?

A szóban forgó láznak legtöbb hasonlatossága van, noha kisebbszerű foka által tünik ki, az idült gümős megbetegedést többször complikáló lázas mozgalmakhoz. Különösen a kezdő phthisis némely alakjánál szoktunk hosszú időkön át subfebrilis hőmérsekleteket észlelni, a melyekkel szemben minden lázellenes szer hasztalan, s melyeket csak az utolsó években tanultak a climato- s diaeto-therapia elvei szerint gyógyítani s megszüntetni.

Ama lázak okaképen a toxin, illetőleg bakteriumok hatását ismerjük el. Részben ezen analogia, részben minden másféle magyarázatnak teljes hiánya arra késztet, hogy a lázat esetünkben is bakterium-hatással hozzuk kapcsolatba.

A heveny sokizületi csúz kérdésében a bakterium szerepe, noha a bakterium egyéniségét illetőleg még megállapodásra nem jutottak, már évek óta szentesítve van. Az idült izületi csúzt illetőleg legyen szabad *Bouchard*, *Charrin*, *Schüller* stb. bacillaris leleteire utalnom. De minden positiv bakteriologiai lelet hiányában is, azt hiszem t. uraim, mai fogalmaink szerint minden a mienkhez hasonló esetben egyesegyedül bakteriologiai alapra lehet gondolnunk. Más alapon hónapokig tartó lázakat — a belső szervek teljes épsége mellett —, legyenek azok bármi kis mérvűek, el nem tudunk képzelni.

Sajnos, hogy esetünkben a bakteriologiai vizsgálat nem volt kivihető. De mondom, úgyis a megbetegedést bakteriumszerűnek kell tartanunk, mert a klinikai bizonyítékok — a láz — mellette szólnak.

És ezzel esetünk kilép a casuistika határaiból s általános elvi jelentőséget nyer, a mennyiben bizonyítja, hogy idült izületi csúznál is fordulnak elő lázak, melyeket minden valószinűség szerint bakteriumok okoznak.

Magára a betegre nézve ezen lázak rendkivül súlyos körülményt képeznek, megnehezítenek minden therapiát, a prognosist pedig határozottan kedvezőtlenné teszik.

Nem állítom, hogy az ilyen esetek végkép gyógyíthatatlanok, mert nem áll számos oly eset rendelkezésemre, a melyek lefolyását évekig észlelhettem volna. De töredékes adataimból is azon benyomásom támadt, hogy a szóban forgó esetek évekig húzódhatnak, itt-ott lázas kitörésekkel, egyébként pedig a roszszabbodás lejtőjén többnyire fentarthatatlanul tovább haladnak.

Magam az úgynevezett arthritis deformansra nézve minden alkalomkor azon meggyőződésemnek szoktam kifejezést adni, hogy az arthritis deformans többé-kevésbbé gyógyítható, illetőleg javítható megbetegedés. Midőn ezzel szemben számos szerző olynemű dogmatikus állításával találkozom, hogy az arthritis deformans feltarthatatlan, egyre haladó folyamat, minden valószinűség szerint oly esetekről van szó, melyek előadott esetemhez hasonlítanak, s lázas jellegűek. Erre hivom fel tisztelt uraim szives figyelmüket, a mennyiben kérem, hogy minden oly idült izületi csúz esetében, a hol boldogulni nem tudnak s a folyamat minden jó igyekezet s helyes kezelés daczára egyre rosszabbodik, szíveskedjenek felvilágosításért a hőmérőhöz folyamodni. *Az idült izületi csúznak lázas alakjai bizonyára sokkal gyakoriabbak, mint azt eddig hittük.*

Mit tegyünk t. uraim ilyen esetekben? A lázellenes szerek használatát többnyire nem tudjuk nélkülözni, nem azért mintha ilyen kisfokú lázak erélyes beavatkozást igényelnének, avagy azért, mintha bárminő lázakat lázellenes szerek rendszeres használata által be lehetne szüntetni, hanem ilyenkor bizonyos antipyreticum, pl. a salicyl, aspirin, stb. fájdalomcsillapító hatásánál fogva fejt ki üdvös befolyást.

A physikalis gyógymódokat, nevezetesen a fürdőket s massaget illetőleg a következőket kell kiemelnem. Ugy a massageval, mint a fürdőkkel, ilyen esetekben nagyon óvatosan kell bánnunk. Minden erélyesebb beavatkozástól tartózkodni kell és az egész testre kiható procedurákat jobb kerülni. Eseteim észlelése közben azon benyomásom támadt t. uraim, hogy a beteg különböző izületei nagyon is eltérően viselkedhetnek egymástól. Egyik izület teljesen idült jelleget ölt, egy másik izületen már heveny tünetek, nevezetesen pír s hőemelkedés mutatkozhatnak. S mialatt az egyik noli me tangere-nek bizonyul s minden erélyesebb massage s fürdő használatára rosszabbodással felel, más izületek ezen beavatkozásokat nemcsak hogy tűrik, hanem azok folytán még lényegesen javulnak. Szóval a különböző testrészeken néha bizonyos ellentétes viselkedés észlelhető. És ebből szükségképen azon tanuságot kell levezetnünk, mely egyébként a közönséges idült sokizületi csúzra is vonatkozik, hogy *a kezelésben az individualizálást az egyes izületekre ki kell terjesztenünk, mert a mi az egyik izületnek esetleg árt, egy másik izületre nézve mentési actio horderejével birhat.* Ilyen értelmet tulajdonítok az úgynevezett „*localis*“ kezelésnek. A teljes tétlenség, valamint a schematikus polypragmasia egyaránt veszélyes lehet.

Visszatérve pl. a mi esetünkre, kitünt, hogy az alsó végtagoknál minden erélyesebb beavatkozástól el kellett tekintenünk. Ellenben a felső végtagok hozzáférhetők voltak úgy a helybeli fürdők, mint a massage számára s sikerült is legalább a felső végtagok hasznavehetőségét megmentenünk.

Sajnos, a baj alapterméseténél fogva a felső végtagok javulása nem volt állandó. Sőt mint azt a beteg utolsó leveleiből látom, a helyzet utóbbi időben annyiban megfordult, hogy az alsó végtagok kevésbbé fájnak, ellenben új lázas mozgalmak közepette épen a *felső* végtagok kezdenek ismét nyugtalankodni. A beteg ez év április 5-dikéről szóló levelében a többi között a következőket irja: „Ich behändige Ihnen einliegend das Resultat der Abendmessungen. Wie Sie daraus ersehen, habe ich wieder einen Nachschub, der mir grosse Schmerzen in den Schultern, Armen und Händen bereitete“.

Ezekben voltam bátor, tisztelt uraim, az idült csúz lázas alakjainak egyik szomorú példáját bemutatni. Kitünik abból, hogy schematizálnunk fürdőhelyeken sem szabad, és hogy a fürdő reputatioját, még kedvezőtlen esetekben is, a helyzetnek klinikai észleleteken alapuló pontos megismerése által eléggé lehet megvédenünk.

TÁRCZA.

Than Károly negyvenéves egyetemi tanári jubileuma.

Budapest, 1902. junius 15.

A budapesti királyi magyar tudomány-egyetem egy ritka és kiváló jelentőségű tárgyban tart ma ünnepélyes közgyülést az egyetemtéri központi épület dísztermében. Egy nagyérdemű tagjának és seniorának, *Than Károly* tanárnak negyvenéves egyetemi nyilv. rendes tanári jubileumát üli. Than tanárt 1860-ban nevezték ki egyetemünkhöz a chemia helyettes, 1862-ben pedig nyilv. rendes tanárának, tulajdonképen tehát jelenleg tanárságának 42. évében van.

Hogy e hosszú áldásos tanári pályáján mily bokros érdemeket szerzett ő a hazai oktatásügy és tudományfejlesztés terén, felesleges lenne most e helyen felsorolni. Mindnyájan ismerjük azokat az utolsó 8—9 orvosi generatioból, kik chemiai és egyetemes természettudományi ismereteink alapjait az ő első tanitásaiban nyertük meg, a kit generatioról generatiora mint buzgó munkatársat és bölcs tanácsadót mindig

közöttünk láttunk a hazai orvosi és közegészségi ügyek előmozditására tett köztevékenységünkben. Most csak az őszinte tiszteletteljes üdvözletnek van helye.

Than Károly tanár ritka hosszúságú tanári pályafutása daczára jelenleg is munkakedvének és birásának teljes energiájával rendelkezik: hazai közművelődésünk, közelebbről pedig orvosi és közegészségi ügyeink érdekében, és az iránta érzett mély tisztelet és ragaszkodás folytán tiszta szivből és a legmelegebben kivánjuk, hogy a gondviselés az ő talentumait országunknak még sokáig megtartsa.

A Finsen-féle gyógymód mai állása.[1]

A nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister úr, valamint a tekintetes orvosi tanári kar szives támogatása, illetőleg ajánlata folytán ama szerencsés helyzetbe jutottam, hogy a *Finsen*-féle gyógymódot néhány héten át a hely szinén, Kopenhágában tanulmányozhattam.

E munkával kettős czélt akartam elérni:

1. Személyesen akartam meggyőződni arról, hogy a phototherapiával elért gyógyeredmények arányban állanak-e még *ma* is — az új gyógymódok feltünésével járó izgalom csillapulása után — azon nagy várakozással, a melyet néhány év előtt hozzáfüztünk.

2. Különös súlyt helyeztem még arra, hogy megismerjem azon módozatokat, a melyekkel e therapiát — ha az tényleg oly áldásthozó — nemcsak nagy subventióval ellátott intézetek, hanem a szerényebb viszonyok között élő városi és vidéki orvosok és gyógyitó intézetek számára is hozzáférhetővé tehetjük.

Főleg e kettős czél lebegett a szemeim előtt, a midőn a *Finsen*-féle intézet felé vettem utamat, a hol úgy az intézet vezetője, mint az egész orvosi kar részéről annyi és oly részletességig menő felvilágositásokat nyertem, a melyekért — tekintvén, hogy ily módon munkám sikere fokozott mértékben biztositva volt — a hálás köszönet valóban csak a legenyhébb recompensatio lehet.

Es most engedjék meg t. uraim, hogy ezen rövid, de nem mellőzhető bevezetés után beszámoljak tanulmányaim eredményéről.

I. Történelem.

A *Finsen*-féle phototherapia ma már egy öt éves, szigorúan tudományos basison nyugvó munkásságra tekint vissza; ezen idő alatt több mint ezer betegen volt alkalom tanulmányozni e gyógymód hatását, a mely betegek közül a legnagyobb contingenst — 700-nál több] esetet — ma is a lupus vulgarisban szenvedő betegek szolgáltatták. Méltán állithatjuk tehát, hogy a phototherapia átlépte a kisérletezésnek ingadozó küszöbét és bejutott már a tudománynak ama csarnokába, a hol öntudatos munka folyik. A *Finsen*-féle intézet mai, valóban tökéletes, igen praktikus és tetszetős berendezésével Mekkája lett a lupus-betegeknek, a kik a szó szoros értelmében véve a világ minden sarkából csődülnek ide, hogy súlyos bajuk ellen gyógyulást keressenek, a melyet az esetek nagy többségében itt meg is találnak. Az intézet ezen rendkivül humánus és áldásdús működését a legnagyobb csendben, mondhatnám a legszerényebb visszavonultságban teljesiti: kerül minden nagyképűsködést és ezzel már előre is megnyeri feltétlen bizalmunkat. Az intézet számos orvoslátogatója előtt nincs semmi titok, betekinthet mindenki a tudományok e műhelyébe, a hol legnagyobb meglepetésére és talán részben csalódva is kell tapasztalnia, hogy minden oly egyszerű, olyan természetes. A műszerek talán első tekintetre complikáltaknak látszanak, de az elv, a melyet feltalálójuk czéltudatosan követett, valóban egyszerű. *Finsen* epochalis felfedezésének rugóját — saját szavai szerint — azon egyszerű és számos embertől már évszázadok óta tett megfigyelés képezte, hogy az ember összes organikus és psychikus functioi a napfény hatása alatt sokkal intensivebbek, mint ott, a hol a nap sugarai nem érvényesithetik jóltevő hatásukat. De ő nem állt meg ezen puszta észlelésnél, hanem kutatta és értelmezni is iparkodott e fényhatás okait. Kutatásai közben analyzálta a nap fényét és megvizsgálta külön-külön az azt összetevő hő- és chemiai sugaraknak hatását; figyelmessé lett továbá *Picton*-nak[1] 1832-ben, *Black*,[2] *Barlow*[3] és *Waters*-nak[4] 1867-ben és 1871-ben megjelent, de azóta ismét elfeledett közléseire, a kik azt tapasztalták, hogy a fénynek a himlő lefolyására is van hatása. Mindezen és a saját észleleteiből *Finsen* azon meggyőződésre jutott, hogy a himlőpustulák életében a chemiai sugarak nevezetes szerepet játszanak, a miért is azt ajánlotta, hogy tétessenek kisérletek arra nézve, vajjon miként folyik le a himlő olyan szobában, a melybe a fény csak vörös függönyökön való átszűrődés után, vagyis az összes chemiai sugarak kizárásával képes behatolni. Az első ilyen kisérleteket Bergenben (Norvégia) 1893-ban *Lindholm*[5] és *Swendsen*[6] végezte; e kisérletek eredményein felbuzdulva, de különösen *Finsen*-nek e tárgyra vonatkozó közlése[7] óta, később mások is, igy nevezetesen *Juhel-Renoy*,[8] *Feilberg*, *Benckert*, *Krohn*,[9] *Mygind*, *Moore*,[10] *Peronnet*[11] stb. is végeztek hasonló kisérleteket, úgy hogy 1899-ben e módszer már több mint 150 eset alapján polgárjogot nyert az orvosi tudományban és bátran hirdethette, hogy oly egyszerű, olcsó és megbizható eszközzel gazdagitotta gyógyszerkincsünket, a mely főleg a beteg részére igen nagy előnyöket biztositott, a menyiben megszabadította őt a suppuratiós láztól és mindazon kosmetikai hibáktól, a melyek a himlőbeteget rendszerint egész életére megbélyegezik. *Finsen*-nek ezen első valódi sikereivel azért foglalkoztam kissé behatóan, mivel ezek is beleillenek a phototherapia keretébe és mivel ezeknek minél szélesebb rétegben való ismertetése, illetve fontosságuknak hangsúlyozása már csak azért is szükséges, mert Magyarországon még mindig elég nagy a himlőesetek száma (a belügyminister jelentése szerint 1896-ban 5263 = 1·8‰ és 1897-ben 3562 = 1·59‰ volt a himlőben megbetegedettek száma), másfelől pedig a jelzett gyógyeljárás valóban igen egyszerű, olcsó és minden legszegényebb parasztházban is kivihető.[1] De foglakoztam e methodussal különösen azért, mivel a dán tudós ennek eredményeiből azon fontos és későbbi vizsgálataira nézve irányadó következtetésre jutott, hogy az ultraviolett vagy chemiai sugarak igen fontos szerepet játszanak a kóros folyamatoknál. *E vizsgálataiból kiderült ugyanis az, hogy a himlőnél a suppuratiós folyamatot a fénynek chemiai sugarai tartják fenn. Az ultraviolett sugarak e fontos hatásának a pathologiában való öntudatos alkalmazása képezte az epochalissá vált monumentalis épületnek, a lupus-therapiának legszilárdabb alapkövét.*

Azt, hogy a fénynek milyen fontos szerepe van a természetben, már *Finsen* előtt mások is tudták; az igy keletkezett jó vagy rossz hatást azonban mindig csak a hősugaraknak tulajdonították, mert ezek voltak érzékeink számára a legkönnyebben hozzáférhetők. A napfény hatására keletkezett pathologikus folyamatok közül legismertebb az erythema solare, a melynek előidézéséért a spectrum hősugarait tették felelőssé; azonban már 1859-ben *Charcot*[12] volt az első, a ki gyanitotta, hogy e hatást nem annyira a hősugarak, mint inkább a chemiai sugarak idézik elő; ugyanő volt az, a ki a villamos fény okozta bőrlaesiot az erythema solaréval azonosnak declarálta. Azóta a fény hatásának vizsgálása több fontos tényt deritett ki: csak egyszerűen megemlitem *Brücke*[13]-nek, *Paul Bert*[14]-nek és *Hoppe-Seyler*[15]-nek a chameleonon végzett igen érdekes kisérleteit, a kik kideritették, hogy ezen állat chromatophoráira a piros és sárga fény hatástalan, a kék és ibolya ellenben igen erős hatást fejt ki. *Duclaux*[16] bakteriumokon észlelte a fényhatást és azon eredményre jutott, hogy „a fény a legolcsóbb és legelterjedtebb bakteriumölő szer.“ *Arloing*[17] azt tapasztalta, hogy az anthrax-bacillus jobban tenyészik sötétben vagy piros fényben, mint az ibolya-sugarak hatásának kitéve. *Graber*[18] a földi gilisztán, *Dubois*[19] a proteussal végzett hasonló kisérleteket; mindannyian azon tapasztalatra jutottak, hogy a chemiai sugaraknak az élő organismusokra igen fontos hatásuk van. A chemiai sugaraknak az erythema solare előidézésében való fontos szerepe, a melyet, mint emlitém, *Charcot* már 1859-ben sejtett, csak jóval később, 1889-ben nyert *Widmarck*[20] által tudományos beigazolást. Ő a kisérleteihez egy 1200 normálgyertyafényerejű villamos ivlámpát használt, a melynek fényéből alkalmas módon részint a hősugarakat, részint pedig csak a chemiai sugarakat tette vizsgálatai tárgyává. Eredményei a főbb vonásokban azt bizonyitották, hogy az erythema létrehozásában kiváló mértékben a chemiai sugaraknak van részük, mig a hősugaraknak ily értelemben csak alárendelt szerep jut. *Widmark* egyébként még sarkutazókon is, *Hammer*[21] pedig glecsermászókon bizonyitotta be, hogy az erythema a nap fényének a jégmezőkön való intensiv visszaverődése által jön létre, tehát nem hőhatás eredménye. *Unna*[22] volt az, a ki a pigmentre vonatkozó tanulmányai közben 1885-ben hasonló tudományos bizonyitékok birtokába jutott és a ki elsőnek állitotta, hogy a pigment képződése a nap fényhatása folytán elsősorban nem egyéb, mint a bőr védekezése a chemiai sugarak által provocálható gyuladás ellenében. Mindezeknél egyszerűbb azonban az a kisérlet, a melyet *Finsen* 1892-ben akként végzett,[23] hogy alkarjára előzetesen tussal széles csikot mázolva, azt három órán át a nap sugarainak tette ki; a kisérlet befejezése után a festéket lemosván, ennek helyén a bőr hófehér maradt, szélein azonban (a hol festék nem volt) pirosság mutatkozott, a mely néhány óra mulva erős fájdalmak kiséretében kifejezett erythemává fejlődött; az erythema helyén nehány nap mulva pigmentatio jelentkezett, mire a kar ugyanezen része újabban a nap hatásának tétetett ki (de most előzetes bemázolás nélkül); az eredmény az előbbinek épen fordítottja volt: az előzőleg hófehér bőrterület most erythemás lett, a pigmentált bőr pedig változatlan maradt. *Finsen* már ezen kisérletei alkalmával a chemiai sugaraknak még egyéb fontos sajátságait is derítette ki: azt tapasztalta mindenekelőtt, hogy *az irritáló hatás az egyszerű pirtól a kifejezett lobosodásig sok közbeeső fokozatot mutathat, tapasztalta továbbá, hogy a fényhatás függ a fény intensitásától, illetve az abban foglalt chemiai sugarak mennyiségétől, függ a fénybehatás idejétől, a bőr pigment-tartalmától és az epidermis vastagságától, tapasztalta továbbá* (a hő előidézte hatástól különbözően), *hogy a chemiai sugarak reactioja csak 12—24 óra mulva éri el tetőpontját és csakis ott érvényesülhet, a hol a bőr a fénynek közvetlenül kitéve volt* (ebben is különbözik a hősugaraktól.)

Ez alatt, főleg a mióta *Buchner* lemezculturái váltak ismertekké és igy a kisérleteket is sokkal pontosabban lehetett eszközölni, mindinkább a fénynek a bakteriumokra való hatásával foglalkoztak. *Dieudonné*[24] kisérleteihez a micr. prodigiosus, bakterium fluorescens, bakterium coli, typhi et anthracis lemezculturáit használta és azt találta, hogy a közvetlen napfény hatására nyáron már 1—1½ óra alatt, diffus nappali világosságnál körülbelül 5 óra alatt, villamos ivfény hatására (900 gyertya erejű ivlámpa fénye) 8 óra és izzólámpa fényétől 11 óra mulva pusztultak el a csirák. E deletaer hatást *Dieudonné*[25] és *Richardson*[26] annak tulajdonitja, hogy a fény hatására a táptalajban hydrogensuperoxyd képződik, a mely feltevés azért is valószinű, mivel úgy a hydrogenhyperoxyd-képződést, mint a bakteriumok elölését ugyanazon természetű fénysugarak idézik elő. Érdekes tudnunk azt, hogy számtalan kisérlet

[1] Előadatott a kir. orvosegyesületnek 1902 január 18-dikán tartott rendes ülésén. Egyszersmind jelentés a nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi ministeriumnak 73,337/091. számú magas rendelete folytán.

[1] *Gerlóczy* egyet. m.-tanár úr szives közléséből tudom, hogy a budapesti Szt. László-kórházban most rendeznek be ilyen vörös szobát; ugyanilyen szoba fog *Róna* tanár úr Szt. István-kórházi bőrbeteg-osztályán is legközelebb berendeztetni.

bizonysága szerint *a pathogen bakteriumoknak közös tulajdonsága, hogy a fény reájuk halálosan hat.* Érthető ezek után, hogy a nap fényének mily fontos szerepe van a természet háztartásában főleg az által, hogy a folyó és álló vizeket a fertőző csiráktól megtisztítja.[27] A nap fényének, mint bakteriumölő szernek — mint *Finsen* igen helyesen mondja — mindezeken felül még azon fontos és az összes bakteriumölő szerektől különböző sajátsága is van, hogy a bőr mélyebb részeibe is képes hatolni, á nélkül, hogy ez által lényeges elváltozásokat hozna létre. Ismervén tehát a fény chemiai sugarainak ezen fontos bakteriumölő tulajdonságát, igen közelfekvő volt, hogy *Finsen* e hatást elsősorban olyan betegeknél tette vizsgálat tárgyává, *a melyek bakteriumok által idéztetnek elő, localizáltak és eléggé felületesek;* mint ilyen különösen a lupus vulgaris jöhetett számításba.

Huber Alfréd dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben.

Közli: **Szili Jenő** dr.

II. Uj tenyésztési és differential-diagnostikai módszerek.

Ha mai napig is csak a mikroskopos vizsgálat lenne az egyedüli eszköz, melynek segélyével mikroorganismusokat kereshetnénk és egymástól megkülönböztethetnénk, igen szerény határok között volnánk kénytelenek mozogni: beszélhetnénk tán egyes bakteriumfajokról, melyek állandóan találhatók bizonyos betegségeknél, az okozati egybefüggést azonban köztük és a betegség közt legfeljebb sejthetnénk, de bátran ki nem mondhatnánk. A bakteriumoknak természetes és vizsgálati eszközeink számára csak nehézkesen hozzáférhető előfordulási viszonyaiktól való függetlenítése, azoknak mesterséges tenyésztése volt az a nagy lépés, a mely legelőször is lehetségessé tette sok, addig azonosnak tartott faj elkülönítését, számtalan új és fontos mikroorganismus felfedezését, kiküszöbölte az oly gyakran zavarólag ható változékonyságát a parasita s gazdaszervezet közti viszonynak, végre pedig bebizonyította a tiszta bakteriumtenyészetek specifikus pathogen voltát s ezzel megdöntötte a bacillus-pathogenitás tagadóinak legszebb érveit.

A kezdetben túlvérmes remények, melyekkel az új módszerek segélyével nekiindultak a bacillus-vadászatnak, ha jártak is óriási eredménynyel, mégis teljesen be nem váltak, mert a milyen szerény igényűek egyes mikroorganismusok a táptalajt illetőleg, midőn kevés N és C tartalmú szerves anyag jelenléte mellett már élni és szaporodni képesek, épen olyan kényesek mások, melyek számára hosszas keresés, türelmes próbálgatás volt csak képes kedvező, sokszor bizony épen csak hogy türhetőnek mondható tenyésztő talajt előállítani, vagy pedig, mint néhány igen fontos fertöző betegséget illetőleg, mind mai napig várandósak vagyunk a megfelelő táptalajjal, a mely az eddig előttünk rejtve maradt okot szemeink elé varázsolja.

Már most a mi a mikroorganismusok tenyésztési viszonyai körüli munkásságot illeti, természetes, hogy az főleg olyan téren mozgott, a melyen a tökéletlenségek és hiányok leginkább érezhetők voltak. Sajnos, hogy a bakteriologiai vizsgálatok meglehetősen complicált és igy nehézkes vizsgálati módját lényegesen reducálni és egyszerűsiteni nem sikerült; a felmerült újitások, melyek nem is mondhatók mindig javításoknak, kisebb fontosságúak, nagy port nem vertek fel. Jó részük az anaërob tenyésztés körül mozog, sok vonatkozik a bakterium typhi és bakterium coli commune közötti differentialis diagnosisra, a mely körülmény csak azt a bizonytalanságot mutatja, melyben még ma is e két rokon faj megkülönböztetését illetőleg leledzünk; merült fel végre néhány érdekes adat a tuberculosis-bacillus gyorsabb tenyésztését s igy diagnosisát illetőleg.

Nagy előnyei mellett hátránya volt a gelatinának, hogy a thermostat-hőt nem viselte el; ezt óhajtotta kiküszöbölni:

Bliesener,[16] a kinek pontos előirása szerint készitett gelatina csak 30° felett folyósodik el, úgy hogy egy 27°—30°-ra beállitott thermostatban bátran hagyható. Bliesener e czélra a thermoregulatort alkohol-aether-keverék helyett methylaldehyddel látta el. Jó hasznát láthatjuk ezen ellentálló gelatinának pl. a cholera diagnosisánál, mert a thermostatba állított kémcsőben a jellemző gelatinatenyészet igen gyorsan fejlődik ki.

Van't Hoff[17] véletlen által jött rá arra, hogy formalin hozzáadása a gelatinát keményiti és olvadási pontját felemeli; ilyen módon állított elő olyan gelatinát is, mely forró vízben is szilárd maradt; 40%-os formalin gelatinával 1 : 1750 arányban keverve 40°-nál olvadt meg. Kár, hogy kisérletező nem számol be tenyésztőkisérletekről is, mert hát semmi hasznunk sem lesz a 40°-on olvadó formalinos gelatinából, ha a bakteriumok rajta meg nem élnek.

Igen érdekesek *Cantani*[18] kisérletei, a ki egyes nehezen tenyészthető bakteriumoknál a symbiosissal próbált szerencsét, és pedig positiv eredménynyel. A rendes táptalajokon nem igen tenyésző influenzát használta e czélra, és pedig részben oly módon, hogy más fajú élő bakteriumokkal hozta össze, részben pedig úgy, hogy megölt, illetőleg sterilizált culturákkal készitette el a tenyészőtalajt. Az első modusra nézve kitünt, hogy igen jól tenyészik az influenza-bacillus a szokásos táptalajokon, ha diphtheria-bacillus, főleg pedig ha gonococcus van jelen, olyannyira, hogy a gonococcustelepeken túlburjánzott. Megölt culturákkal készült táptalajokkal is közel ilyen jó eredményeket kapott, de csak abban az esetben, ha egészen frissen készitette el az igy módositott táptalajt; úgy látszik, hogy azok az anyagok, melyek a társ által képeztetve az influenza-bacillus életfeltételeit kedvezőbekké tették, elég gyorsan, már 48 óra mulva megváltoznak; persze, hogy melyek ezek az anyagok, azt még sejtenünk sem lehet.

Egész csomó módszerünk és készülékünk volt már eddig is az anaërob bakteriumok tenyésztésére s a mégis folyvást nagy számmal felmerülő, újabban ajánlott eljárások az előbbieknek részben megbizhatatlanságában, részben körülményes voltában keresik a saját létjogosultságukat. A magasan kiöntött agar-agar jól kizárja ugyan az oxygent, főleg ha frissen készült, mert a hozzákevert methylenkék a mélyben elszintelenedik (O hiánya miatt) egészen a felület alatti 1—2 cm-ig, csakhogy az ilyen agaroszlopokból nehéz az átoltás és izolálás. Lemezeknél pedig az oxygent teljesen kizárni csak ritkán vagy igen compikált úton sikerül. A táptalajhoz eleve hozzáadott szőlőczukor vagy hangyasavas natrium nem sokat használ, mutatja, hogy az igy készült táptalajban a methylenkék el nem színtelenedik.

Hammerl[19] a táptalajhoz, melyet obligat anaërob bakteriumoknak szánt, kénammoniumot (ammoniumsulfhydrat NH_4SH) ad hozzá, és pedig 1 : 10 arányban; a kénammoniumot az ő előirása szerint kell steril módon előállitani. Az ilyen táptalajhoz kevert methylenkék elszintelenedik, a mi erős reductionak a jele, benne pedig az obligat anaërobok is majdnem közvetlenül a felszin alatt is nőnek. A kénammoniumos táptalajból lemezt öntve, az sokkal lassabban veszi fel ismét az oxygent, mint a szőlőczukros vagy hangyasavas natriumos lemez, a mit az elszintelenedett methylenkék lassú megkékülése mutat, de ha az ilyen lemezeket hydrogen atmosphaerába helyezzük, azok ismét könnyen és gyorsan elszintelenednek, jeléül az oxygen újolagos elvesztésének, mig másféle lemezek kékek maradnak az absorbeált oxygen miatt. Ammoniumsulfhydratot bouillonhoz keverve is használhatunk.

Epstein[20] Petri-féle kettős csészét kaucsukgyűrűvel szorit körül, mely gyűrűbe két cső nyilik; a kaucsukgyűrű szélét paraffinnal vagy viaszszal kell körülvenni. Az egyik csövön át 3 perczig hydrogent vezet, aztán előbb az elvezető, aztán a bevezető csövet zárja el üvegbotocskával. Az igy készült lemez oxygenmentes, a csészébe tett pyrogallussav és kaliumhydroxyd napokon át meg nem barnul.

Wright[21] methodust ajánl anaërob tenyésztés számára folyékony táptalajban. Egy közönséges kémcsőben rövidebb és vékonyabb üvegcső ér a fenékig, ez fent gummicsőbe folytatótik, melyet ismét üvegcső szakit meg, ezen üvegcső már kiér a kémcsőből és kis gummicsövel (szájvég) van ellátva, melynek segélyével a bouillon felszivható a belső csőbe egészen addig, míg a két gummicső közti üvegcsődarabba ér; ekkor a szájvég összeszoríttatik, hogy a bouillon vissza ne folyjék a kémcsőbe, s lenyomatik, hogy az eprouvettában levő kaucsukcső megtörjék s igy a levegőt az alsó üvegcsőtől elzárja; a kémcsövet egyszerű vattadugó zárja el. A vékony üvegcsőben levő bouillonban a kényes tetanus kitünően tenyészett, míg a megtört rész feletti bouillonban az aërob bakteriumok nőnek jól.

Ugyancsak *Wright*[22] igen egyszerűsiti Buchner eljárását: magának a kémcsőnek vattadugóját impregnálja pyrogallusavval és Na OH-dal, s rögtön gummisapkát borit rá. Rendes nagyságú eprouvettába 0·5 cm^3 pyrogallussav és 1 cm^3 Na OH teljesen absorbeálja az oxygent, de azért csekély mennyiségénél fogva nem fut le a kémcső falán s nem piszkitja azt.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

M. Martens. Die Verletzungen und Verengerungen der Harnröhre und ihre Behandlung. Berlin, Verlag von A. Hirschwald, 1902.

König tanár göttingeni és berlini 25 éves idevágó beteganyagát szerző összegyüjtötte és úgy értékesitette, hogy egyrészt König szigorúan sebészi álláspontját tüntesse fel, másrészt e mű a Coler-Schjerning-féle katonaorvosi gyüjteményben mint kiváló didaktikus értékű monographia helyet foglalhasson.

A czim megadja a munka két főrészét. Az elsőben, a húgycső sérüléseiről szólóban, az oroszlánrész a húgycső zúzódásai és azon sérülései megbeszélésére esik, melyek a gátat érő behatások és medenczecsonttörések kapcsán szoktak fellépni. Az egyszerű, vizelési nehézségek nélkül járó contusio kezelése tisztán tüneti: könnyű sérüléseknél, melyeknek fenforgását kisfokú vérzés a húgycsőből és esetleges vizelési nehézségek árulják el, várakozás és szükség szerint egyszeri vagy többszöri catheterismus javasolt; nagyobbfokú sérüléseknél rendszeresen alkalmazott catheterismus ritkán, de esetleg még czélhoz vezető. Ilyen, valamint a legsúlyosabb esetekben, hol nagyfokú vérömleny, vizelési képtelenség, vizeletbeszűrődés stb. állanak fenn, a priori a külső húgycsőmetszés végzendő, a vérömleny, esetleg a már képződött tályog kiürítésével, húgybeszűrődések bőséges bemetszésével, valamint az elszakadt húgycsővégek felkeresésével és laza egyesitésével. A húgycső alsó fala nyitva marad, ép úgy, mint a gátseb, melyen a vizelet keresz-

16. Zeitschrift f. Hyg. 32. k. 1. f. 1899.
17. Centralblatt f. Bact. etc. 30. k. 368. l.
18. Ugyanott. 28. k. 743. l.
19. Centralblatt f. Bact. etc. 30. k. 658. l.
20. Ugyanott. 28. k. 443. l.
21. Ugyanott. 27. k. 74. l.
22. Centralblatt f. Bact. etc. 29. k. 61. l.

túlfolyik; König ugyanis — és erre szerző különös súlyt fektet — soha sem alkalmaz állandó cathetert, mely a húgycsőre és hólyagra gyakorolt inger folytán a gyógyulást csak hátráltatja, sőt nagy kiterjedésű szövődményes sérüléseknél (medenczecsonttöréseknél stb.) egy thrombophlebitis vagy medenczebeli phlegmone közvetlen okozója is lehet. A vizelet igen gyorsan ismét a húgycsövön keresztül kezd ürülni. A műtét utáni 10—14. naptól kezdve vastag, nehéz fémsondák rendszeresen vezettetnek a húgycsőbe, fokozatosan emelve caliberjüket. Ily kezelés mellett 4—6 hét mulva a gátseb rendszerint sipoly és szűkület nélkül záródik és a beteg kitünőnek mondható közvetlen eredménynyel utasittatik a szokásos strictura-kezelés minél huzamosabb folytatására. A műtétkor is nehezen fellelhető centralis vég megtalálására szolgál: vizelet vagy ondó kiszorítása, végső esetben magas hólyagmetszés és catheterismus posterior.

Ezen elvek szerint 17 beteg kezeltetett, 4-nél medenczecsonttörés is volt jelen, háromszor catheterismus posterior vált szükségessé; egy esetben a négy törés közül állandó catheter volt alkalmazva; a húgycső folytonossága, mint a bonczolás mutatta, minden látható heg nélkül ismét helyreállott; a beteg halálát a csönttöréshez társult medenczephlegmone okozta, melynek okát szerző ismét az állandó catheterben keresi. Végelemzésben a 16 túlélő közül 5-nél biztosan, 3-nál legnagyobb valószinűséggel volt felvehető a szűkülés, mely három esetben a strictura resectioját tette szükségessé. A többi nyolcz eset valamennyijében theoretice teljes gyógyulás szintén nem vehető fel, az eredmény legjobb esetben az Otis-féle „tág stricturáknak“ felelne meg.

A húgycső egy másik, szintén súlyos sérülési alakja az álút és ennek folytán rendesen létrejövő teljes vizelési képtelenség, húgybeszűrődés stb. Ha vastag eszközzel nem sikerül behatolni, egy vagy többszöri capillaris szúrcsapolás után a conservativ kezelés még lehetségessé válhatik. Legajánlatosabb mindjárt urethrotomia externát végezni, mert az álút létrejövésének okozata is esetleg megszüntethető ez úton. A húgycső függő részének sérülései, zúzás, szúrás, erectio közbeni megrepedés, lőtt sebzés, ugyanily megitélés alá esnek, mindenütt vizeletpangás, húgybeszűrődés, sipoly- és szűkületképzés szabják meg a beavatkozás mértékét, csakhogy a vizelet nyitott sebzés esetében könnyen lefolyást talál és az imminens veszély ritkán nagy. A lövések leginkább zúzódás szempontjából itélendők meg. Szerző az irodalomból egy esetet idéz, melyben három héttel a sérülés után a húgycső elhalt, és húgybeszűrődés miatt műtéthez kellett folyamodni.

A húgycsőszűkületekről szóló második főrészben a kóroktani, kórboncztani, tünettani és vizsgálati eljárásokról mondottak közül csupán azt tartom felemlitendőnek, hogy a pontos vizsgálat megejtése czéljából szükség esetén a húgycsőnyilás véres tágitását igen ajánlja, úgyszintén a vastag kutatóval való vizsgálatot is. A divó kezelések közül bővebb megbeszélésben csupán a fokozatos tágitás, a külső húgycsőmetszés és a strictura resectioja részesülnek. Az állandó catheterrel való gyors tágitást, a strictura elektrolytikus tágitását, a belső húgycsőmetszést, az utóbbit különösen, mint nem sebészi eljárásokat elitéli; az urethrotomia interna mellett állást foglaló Guyon és Thompson itélete előtt azonban némiképen meghajlik. A fokozatos tágitást nehéz fémsondákkal végzi, és addig folytatja, a meddig a külső húgycsőnyilás ezt csak megengedi (26—28—30 Ch.) és itt Dittellel szemben ezen álláspontját directe ki is emeli, valamint azt is, hogy König a kutatók benmaradását egy, legfeljebb két perczen felül hasztalannak és ártalmasnak tartja. A tágitási kezelés lehetőleg sokáig folytatandó, a Wossidlo által melegen ajánlott 45 Charrière-ig vihető tágitásokat a megfelelő eszközökkel theoretice jóknak találja, csak a hirtelen eljárástól óv, a mely különben sem fekszik az Oberländer-Kollmann-iskola intentiojában.

Kivételes esetekben elismeri egy filiformis vezérkutató (Le Fort-féle eljárás) hasznavehetőségét, csak hogy tagadja, hogy súlyos esetekben ennek fekve maradása a vizelet levezetésére elegendő volna.

A külső húgycsőmetszés javalott resiliens szűkületeknél, makacs sipolyoknál, álutaknál, vizeletrekedés esetén, és feltétlenül szükséges, ha már húgybeszűrődés van jelen. A műtétig a legjobb refugium a capillaris szúrcsapolás. A műtét általános narcosisban végeztetik; a szűkület teljes hosszában kettéhasitandó, sipolyok kikaparandók; a catheterismus posterior csupán igen súlyos esetekben (100-on felül végzett nehéz ily műtét alkalmával csak négyszer) vált szükségessé. Egyebekben a sérüléseknél mondottak mérvadók. Előnyei: a szabad vizeletlefolyás kedvező behatása a hólyag és vese állapotára, a szűkületnek és szövődményeinek gyökeres kezelhetősége, a perinealis heg kedvező hatása az újonnan képződő alsó húgycsőfal alakulására.

A strictura resectioját a húgycsőcsonkok varrattal való egyesítésével König fejlesztette ki methodussá. Tapasztalatai alapján erősen callosus szűkületeket, melyek környékén a corpus cavernosum is erősen sclerotikus szövetté alakult át, legfeljebbb négy centimeternyi kiterjedésben szabad kiirtani, a húgycsőcsonkok erősen csökkent mozgathatósága és nyújthatósága miatt. Traumatikus szűkületeknél, melyek ép húgycsőszövettel vannak körülvéve, hét centimeter megengedhető. A varrás catguttal történik, a csonkok a pars pendulából kiirtott szűkületek kivételével csupán akkor egyesíttetnek teljesen körkörösen, ha a resekált húgycsőrész a fent jelzett határt elérte, de itt a recidiva is gyors és biztos; máskülönben traumatikus eredetű szűkületeknél 4—5 paraurethralis öltés tétetik, gonorrhoikusoknál pedig a részben még felhasított csonkok csupán a húgycső felső részének alakitására használtatnak. A gátsebet sem varrja be, állandó cathetert egy biztosan zavartalan sebgyógyulás elérése czéljából nem alkalmaz. A sondakezelés a műtét utáni 12—14. napon veszi kezdetét.

A stricturaszövődmények közül legfontosabb a húgybeszűrődés, mely a szűkülettel egyidőben általános sebészi elvek szerint gyökeresen megszüntetendő; ilyen esetekben a hólyag drainezése is szükségessé válhatik, ha t. i. a húgycső nagyon hátul, egy szabálytalan tályogűrben végződik, addig míg a sebviszonyok kellőleg alakultak. Periurethralis tályogok és phlegmonek nemcsak tünetileg kezelendők, hanem az alap-ok — a szűkület — leginkább urethrotomia útján eszközölt bő felhasitás által megszüntetendő. A sipolyok, a teljes eredmények e legkellemetlenebb és legmakacsabb zavarói ellen inkább rendszeres csapolást ajánl, mint állandó cathetert, ha a szokásos tágitások, edzések és körülnyirások nem használnak. Végső esetben a sipolyok, az összes hegszövetek kiirtandók. A végbélhúgycsősipolyok gyógyulását a sphincter ani átvágása rendkivüli módon elősegíti; nehéz esetekben a húgycső a rectumról leválasztandó és az általános szabályok szerint kezelendő. A többi retrostricturalis elváltozás tárgyalásából nincs mit kiemelni.

Az eredmények összeállitása és elbirálása szigorúan tárgyilagos és pártatlan. Előtte gyakorlatilag ismeretlen gyógymódokról csupán in theoria nyilatkozik.

Minden fejezethez a König-féle elvek igazolásául a megfelelő igen tanulságos kórtörténetek kellően bő kivonatokban vannak csatolva.

Ezek közül egy rendkivül érdekes és tanulságos esetet akarunk rövidítve bemutatni, mely egy rendszeres, fix elvekhez kötött kezelés által elérhető eredmény valóban praegnans és meglepő példáját adja. A 43 éves beteg 26 évvel ezelőtt szerezte első kankóját, mely fennállásának első 10 éve után vezetett csak könnyű vizelési zavarokhoz, melyek azonban további hat év alatt annyira súlyosbodtak, hogy az Ausztráliában élő beteget Hamburgba való visszatérésre indították. Itt sipolyok képződtek, melyeken az összes vizelet lefolyt. Ily állapotban és egy az egyes számú sondának alig átjárható szűkülettel lépett három évvel felvétele előtt orvosi kezelésbe, melynek kapcsán a sipolyok felhasittattak és a keletkezett nagy nyálkahártyadefectus pótlása a borékból kétszer kiséreltetett meg eredménytelenül.

Felvételkor egy igen kis kaliberű szűkület és két nagy sipoly volt jelen, melyeken az összes vizelet kiürül. Egy havi fokozatos tágitás után a 10-es számú eszköz bevezethető; két héttel utána húgycsőmetszés, melynél rendkivül mennyiségű, egészen a prostatáig beterjedő hegszövet találtatik. A húgycső felső fala egy keskeny, sehol meg nem szakitott nyálkahártyalécz alakjában megvan; a metszés jó 8 cm. hosszú. A 20-as számú catheter igen könnyen bevezethető. Hat hét mulva a sipoly 4 cm. hosszú, majd mind jobban kisebbedik, közben a sebszélekre gyorsan ráboruló hám gyakran lemetszetik; az összes vizelet még a seben keresztül ürül. Körülbelül félévvel a felvétel után a sipoly csak 2 cm. hosszú, majd két hónap mulva a sipoly elülső részének sikeres felfrissítése és összevarrása után hossza még csak 1 cm. Néhány hét mulva széles és mély felfrissítés után a húgycsövet sikerül varrattal elzárni; csupán az első napon van némi vizeletcsepegés és 8 nap mulva teljesen záródott a sipoly; már egy hét mulva 20-as számú catheter vezethető be, s nemsokára gyógyultan távozik a beteg, a ki húgyzavaroktól mentes 6½ évi élet után asthmában halt meg.

Picker Rezső dr.

Uj könyvek. *Eijkman*: Krebs und Röntgenstrahlen. Jena, G. Fischer. — *Janowski*: Physiologie und allgemeine Pathologie des Erbrechens. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Heermann*: Über Caissonkrankheit. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Lachs*: Die Gynäkologie des Soranus von Ephesus. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Rille*: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Erste Abtheilung. Jena, G. Fischer. — *Smith*: Über den heutigen Stand der functionellen Herzdiagnostik und Herztherapie. Berlin, Fischer's medic. Buchhandlung. — *Schmiedeberg*: Grundriss der Pharmakologie. IV. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Fink*: Das Heufieber und andere Formen des nervösen Schnupfens. Jena, G. Fischer. — Vorträge über Syphilis und Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten. II. Cyklus. Redigirt von Schaper. Berlin, A. Hirschwald. — *Menzer*: Die Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus, nebst kritischen Bemerkungen zu seiner Therapie. Berlin, A. Hirschwald. — *Hiller*: Der Hitzschlag auf Märschen. Berlin, A. Hirschwald. — *Ortner*: Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig, W. Braumüller. — *Gowers*: Epilepsie. Zweite Auflage. Wien, F. Deuticke. — *Martius*: Wahre und falsche Heilkunst. Wien, F. Deuticke. — *Pel*: Über die Kunst, gesund und glücklich zu leben und Krankheiten zu verhüten. Jena, G. Fischer. — *Baur*: Das kranke Schulkind. Stuttgart, F. Enke. — *Fajersztajn*: Beiträge zur Kenntniss der Myasthenie. Tübingen, F. Pietzcker. — *Wilbrand* und *Saenger*: Die Beziehungen des Nervensystems zu den Thränenorganen, zur Bindehaut und zur Hornhaut. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Müller*: Das sexuelle Leben der Naturvölker. 2. Auflage. Leipzig, Grieben. — *Müller*: Das sexuelle Leben der alten Culturvölker. Leipzig, Grieben. — *Richer*: L'art et la médecine. Paris, Gaultier-Magnier et Cie. — *Contet*: Le végétarisme. Paris, J. B. Baillière. — *Marfort*: Traité théorique et pratique du massage et de la gymnastique médicale suédoise. Paris, Vigot frères. — *Vires*: Maladies nerveuses, diagnostic, traitement. Montpellier. Coulet et fils. — *Kirmisson*: Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence. Paris, Masson et Cie. — *G, Vivian Poore*: The earth in relation to the preservation and destruction of contagia. London, Longmans, Green and Co. — *Cristopher Heath*: Clinical lectures on surgical subjects. Second series. London, J. and A. Churchill.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

Az agurint *Buchwald* tanár már elég sok esetben használta és többször jó eredményt ért el, különösen szivbajosok oedemái és hydropsai tüntek el néha nagyon gyorsan a beállott fokozódott diuresis folytán; veselob okozta hydropsoknál kevésbbé jó volt az eredmény. A betegek tolerantiájának kipróbálása czéljából eleinte kisebb adagok adandók. Az agurin rendelhető 1/2 grammos pastillák alakjában, avagy folyadékban: Rp. Agurini 3·0—6·0; Aquae menth. pip. ad 200·0. M. D. S. 2—3 óránként evőkanálnyit, a mi naponként 1 1/2—3 gramm agurinnak felel meg. (Schlesieche Aerzte-Correspondenz, 1902. 9. szám.) *Zernik* felhivja a figyelmet arra, hogy az agurin oldatához czukrot (syrupot) vagy gumminyákot adni nem szabad, mert akkor az oldatból a theobromin már nagyon rövid idő alatt kiválik. (Pharmaceut. Zeitung, 1902. 33. sz.)

Az aspirint *Wobr*, trencsén-tepliczi fürdőorvos 362 esetben használta. Polyarthritis rheumatica acuta eseteiben 3—6 gramm pro die használata után már 24 óra mulva csökken a fájdalom és a láz. A betegség tartama aspirinnal kezelés mellett határozottan megrövidül. Idült izületi és izomcsúz eseteiben szintén kedvezők az eredmények. Neuralgiáknál és más fájdalmaknál is (pl. gyomorrákban) szerzőt sohasem hagyta cserben az aspirin. Episkleritis 3 esetében az aspirin fájdalomcsillapitólag és lobellenesen hatott. Veseizgalom tünetei sohasem mutatkoztak; idült gyomorhurut vagy szivbajok nem ellenjavalják az aspirin használatát, a melyet még gyermekek is megfelelően kisebb adagban és izjavitóval jól türnek. Idült esetekben reggel és este ad 1—1 gramm aspirint, néha csak este, mire rendesen fájdalommentes, nyugodt álom következik be; különösen régóta köszvényben szenvedő betegeknél feltünő ezen hatás. (Heilkunde, 1902. 4. füzet.)

A heroint *Grinewitsch* körülbelül 2000 esetben használta. A legkisebb adag 1/4, a legnagyobb 1 centigramm volt; legtöbbször 1/2 centigrammos adagokat adott. Subcutan még nem alkalmazta a szert. Melléktünetként az esetek 4%-ában émelygést, néha szédülést is észlelt. Tapasztalatai alapján a heroint kitünő köhögéscsillapító szernek tartja; fájdalomcsillapító hatása azonban sokkal gyengébb, mint a morphiumé vagy codeiné. Kellemetlen melléktüneteket sokkal ritkábban és kisebb mértékben okoz, mint a morphium, a melylyel szemben még az az előnye is van, hogy a szervezet nem szokja meg oly könnyen, hónapokon át adható, a nélkül, hogy az adagot fokozni kellene; ha idővel mégis csökkenne a hatás, elegendő használatát rövid időre beszüntetni, a mikor is az előbb használt adagok megint megteszik kötelességüket. A morphinismushoz hasonló kóros vágyakodás heroin használata után nem jelentkezik. A légzőszervek megbetegedése által feltételezett asthmánál a heroin kitünően hat, mig más asthma-alakoknál a hatás kevésbbé biztos. A szivre és a véredényekre semmiféle befolyást nem gyakorol a heroin, mely még az aggkorban is bátran használható. (Wratschebnaja gasete, 1902. 5. szám.) *Mazotti* szintén nagyobb számú betegnél használta a heroint, még terhes nőknél is, nagyon kielégitő eredménynyel. Köhögéscsilapitó hatását illetőleg többre becsüli, mint a morphiumot és a codeint. Fájdalomcsillapító hatása ugyan kevésbbé megbizható, mint a morphiumé, de tartósabb; szerző sikerrel használta májkolikánál, hurutus és fekélyes enterocolitisnél és más fájdalmas affectioknál, úgyszintén az idegrendszer fokozott izgalmi állapotaiban is. Hypnotikus hatása jelentéktelen, 2—2 centigrammnak 24 óra alatt elfogyasztása után mérgezési tünetek nem észlelhetők, legfeljebb muló fejfájás, szédülés, néha hőségérzet. (Bollet. delle scienze mediche, Bologna, 1901. 10. szám.) *Haralson* tussis convulsiva eseteiben látott jó eredményeket a herointól. Két éves gyermeknek naponként 3—4-szer 2—2 csepp tinctura belladonnae-t ad és ezenkivül 4—5 óránként 1/2 milligramm heroinum hydrochloricumot. (Mississipi medical record, 5. kötet, 8. szám.)

Sebészet.

A Langenbeck-féle eljárással operált haemorrhoidalis csomók végeredményeiről számol be *Talke* 105 eset kapcsán. Szerző az 1895—1901 években a königsbergi sebészeti klinikán végbélcsomók miatt megoperált egyének közül kérdőivet küldött mindazoknak, kiket a műtét utáni években személyesen meg nem vizsgálhatott. A 85 beérkezett tudósitás alapján kitünt, hogy 75 esetben (88%) teljes gyógyulás, 7 esetben (8·4%) javulás, 3 esetben (3·6%) eredménytelen volt a Langenbeck-féle műtét. Szerző, bár megengedi, hogy a Mikulicz-féle excisiós eljárás és a Garré-féle alákötési methodus jobb eredményhez vezet, ha a végbélcsomók inficiálva nincsenek, mégis minden esetben ajánlja a régi Langenbeck-féle eljárást, mint aránylag könnyebb, veszélytelen, rendszerint complicatiok nélkül lefolyó, jó eredményhez vezető műtétet. (Beitr. z. klin. Chirurgie, 33. kötet, 1. füzet.) *Seligmann Hugó* dr.

A stenosis felett levő bélrészlet magatartása bélszűkületeknél. Bélstenosisnál a szűkület feletti bélrészletet majd egyszerűen tágultnak, majd megvastagodott falúnak találjuk. *Patel* anatomikus és szövettani vizsgálatai alapján azon következtetésre jut, hogy ha a bélszűkületet valamely magában a bélfalban székelő folyamat okozza (pl. tuberculosus szűkület), akkor a felette levő bélrészlet fala rendszerint vastagodott, mig ha a szűkület oka extraparietális (pl. szálag általi leszoritás), akkor a magasabban fekvő bélkacs egyszerűen tágult. A bélfal megvastagodása ez esetben — mint azt szerző kimutatta — nem egyszerű compensatorikus hypertrophia, hanem kóros szövetszaporodás eredménye s ebből a műtétre az a fontos szabály következik, hogy a megvastagodott falú belet, bár az a szűkületen kivül esik, anastomosis képzésre felhasználnunk nem szabad, mert erre csak olyan szövet alkalmas, a melyről biztosan tudjuk, hogy egészséges. (Revue de Chir., 1902. 331. l.) *Milkó* dr.

Symmetrikus kulcscsonttörés 5 esetét észlelte *Féré* és *Papiro*. A betegek elmebajjal kerültek a kórházba, törésükről tudomással nem birtak s az nekik soha semmiféle alkalmatlanságot nem okozott. Az irodalomban ezen felette ritka kórképnek eddig csak egyetlen esetét ismertette Velpeau 1831-ben. Szerzők eseteiben a törés helye a kulcscsont középső és külső harmadának határán volt s minden esetben állizület volt jelen a két törvég közt. Miután semmiféle előrement traumát kimutatni nem lehetett, de meg ilyen módon ezen symmetrikus töréseket megmagyarázni nem is lehetséges, csak kétféle magyarázatnak lehet helye. Az egyik szerint a törést a csontoknak elmebajosoknál ismeretes törékenysége okozná trophikus elváltozások útján, a másik szerint ezen törések, mint azt Velpeau is hangsúlyozta, veleszületettek. Szerzők is ezen utóbbi nézetet fogadják el. Véleményük szerint a symmetrikus kulcscsonttörések az intrauterin életben jönnek létre a magzat rendellenes izomactioi, convulsioi folytán. (Revue de Chirurgie, 1902. 294. lap.) *Milkó* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A bismutosevel tett tapasztalatairól számol be *Witthauer*. Hurutos eredésü bélaffectioknál a bismutose mindig megtette kötelességét, sok esetben akkor is, a mikor más, egyébként hatásosnak bizonyult szerek felmondták a szolgálatot. Arra a kérdésre, vajjon a bismutose csökkenti-e a bélrothadást, a mint azt némelyek állitják, szerző nem felelhet, mert minden esetben előzőleg calomelt ad, a melynek a bélrothadást csökkentő hatásáról meg van győződve. Használatba vette továbbá a bismutoset 15—20 gramm napi menyiségben, vizben suspendálva, 10 napon át, bismutum subnitricum helyett, ulcus ventriculi 9 esetében, abból kiindulva, hogy a bismutose fehérjetartalma előnyös lehet az amúgy is sovány koszton levő ulcus-betegek táplálkozása szempontjából, 30—50 gramm bismutose 150—250 caloriának felelvén meg; de másrészt a bismutose ugyancsak fehérjetartalma miatt az ilyen betegek hyperacid gyomornedvének megkötésére is alkalmas. Az eredményekkel szerző meg van elégedve. A gyomornedv hyperaciditásánál különben az 1 gramm bismutoset tartalmazó cakes-eket is ajánlja, a melyekből evés után 2—3 fogyasztandó el. Bélhurut esetében legczélszerűbb a megfelelő bismutose-adagot (gyermekeknél lecsapott kávéskanálnyi, felnőtteknél evőkanálnyi többször naponként) keverés közben lassan hozzáadott forró vízzel felereszteni és azután rizsnyákkal vagy fehérjés vizzel összekeverni. Kellemetlen melléktüneteket szerző sohasem észlelt. A bismutoset a Kalle és társa czég Biebrichben állitja elő. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 19. szám.)

A salophent izületi csúz eseteiben kiterjedten használták Tomaselli tanár klinikáján. Az eredményekről *Brancati* tanársegéd számol be, a ki szerint különösen heveny esetekben hatott a salophen kitünően; a gyomorbélhuzam és az idegrendszer részéről kellemetlen tüneteket nem okoz es hatása lassúbb kiválasztása következtében tartósabb. A salicylsav kitünő pótszerének tartja. (Rassegn. internat. della med. mod.)

A somatoset kiterjedten használja *Weil* és rendkivül jó eredményeket ér el vele olyan esetekben, a mikor a hiányos táplálkozást javitani akarjuk. Csak arra figyelmeztet, hogy ne használjunk nagy adagokat, e helyett inkább napjában többször adjuk. Nagy előnye a somatosenak más hasonló tápkészitményekkel szemben, hogy teljesen iz- és szagnélküli, továbbá, hogy az étvágyat tetemesen javitja. (Medicinische Woche, 1901. 51. szám.)

Az aspirint *Gassner* izületi és izomcsúzon, valamint neuralgiákon kivül, a mely bajokban a szerzők egyértelmű nyilatkozatai alapján nagyon kedvezően hat, influenzánál is jó eredménynyel használja, a mikor is 3—4 grammot ad a délutáni és esti órákban. Kezdődő nátha szerinte megakasztható aspirin 1 grammjának este való bevevésével. Már kitört erős náthánál is jótékonyan hat 1—2 gramm este bevéve. Heveny köszvényrohamok ellen naponként 3—4 gramm adandó, legczélszerűbben a délutáni órákban, 1 grammos adagokban 1—2 órás időközökben. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1901. 51. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 23. szám. *Németh Ödön*: Az elmebetegség szinlelése. *Szántó Manó*: Metrorrhagia praetuberculosa. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 23. szám. *Rottenbiller Ödön:* Adatok a csont- és izületi gümőkór kezeléséhez. *Plesch János*: A tüdővész tüneteinek kezelése.

Magyar orvosok lapja, 1902. 23. szám. *Marschalkó Tamás:* Balneotherapia a dermatologiában. *Szana Sándor*: A csecsemőkórházak ügye, különös tekintettel Magyarországra. *Herczel Manó:* Adatok az epekőbetegség sebészi gyógyitásához. *Róna Dezső*: Adat a koponyalékelések indicatiojához. *Herczel Manó*: 1. Nephrectomiával gyógyitott vese-echinococcus esete. 2. Prostata-hypertrophia teljes retentioval.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 23. szám. *Infeld*: Vérzés a corpus callosumban. Adat a hysteriás tünemények értelmezéséhez. *Hödlmoser*: Adat a typhus ideges tüneteinek klinikájához. *Ludwig*: Töplitz hévforrás Rudolfswerth mellett Krajnában. *Schlagenhaufer*:

Chorionepithelioma- és hólyagmolaszerű burjánzások előfordulása teratomákban.

Wiener medizinische Presse, 1902. 23. szám. *Korczynski:* Az anyagcsere osteomalakiában. *Lichtwitz*: Gümős eredésű lágyéktáji hólyagsipoly. *Weisz:* Casuistika a pöstyéni munkáskórházból.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 20. szám. *Hoffer:* Idült agyacstályog esete, melyben a légzés megszünése jóval megelőzte a vérkeringését.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 23. szám. *Lesser:* Házasság és venereás betegségek. *Strauss*: A vesék vértisztító működése, *Rosenfeld*: Heveny felszálló hűdés Basedow-kórban. *Veit*: Albuminuria a terhességben. *Sommerfeld* és *Roeder*: A csecsemővizelet osmotikus analysise különböző táplálék mellett.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 23. szám. *Benedict:* A Röntgen-kép a koponya és az agy betegségeinek, valamint a törvényszéki orvostannak szolgálatában. *Niedner*: A vérzéscsillapitás haemoptoëban. *Bendix* és *Bickel:* Az angina typhosa aetiologiájához. *Bach:* A pupillavizsgálat methodikájához. *Schirmer*: Még egyszer a pupillavizsgálat methodikája. *Rosin*: A mellituria aetiologiája újabb vizsgálatok alapján. *Zandy*: Az anyagcserezavarok látszólagos eltünése a diabetes mellitus végső szakában. *Hirschberg*: Adat az aspirin mellékhatásainak ismeretéhez. *Clamann*: Ductus omphalo-entericus persistens. *Pflugk*: A paraffinum solidum befecskendezésének technikája. *Silberstein*: Aseptikus gégefecskendő. *Oppenheimer*: Új steril sondatartó.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 32. szám. *Jessen*: A tüdővész és kezelése, különös tekintettel a Klebs-féle tuberculocidinre.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 22. szám. *Lengemann*: Anaesthesin a sebkezelésben. *Hopmann:* A hypospadia műtevése Bardenheuer szerint. *Schoemaker*: Infilator.

Zeitschrift für klinische Medicin, 45. kötet, 3. és 4. füzet. *Brandenburg*: A vér diffusibilis alkaliája és alkaliafeszülése betegségekben. *Reckzeh*: A vér magatartása kanyaróban és vörhenyben szenvedő gyermekeknél. *Thiemich*: A motorius kéregmezők működésképessége csecsemőknél. *Hesse*: Fehérjeforgalom és czukorkiválasztás súlyos diabetesben. *Rumpf*: Vizsgálatok a diabetes mellitusról. *Lazarus*: A hemiplegia gyógyitása (Bahnungstherapie). *Allard*: Egy természetes keserüviz hatása az anyagcserére diabetesben és elhizásban.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 3. kötet, 3. füzet. *Schrötter*: Nemzetközi bizottság a gümőkór leküzdésére. *Lichtenstein*: Pseudotuberculosis-bacillusok emberi köpetben. *Knopf*: Gümőkóros bevándorlók és látogatók kizárása Amerikából. *Gabrilowitch*: Jelentés egy sanatorium 1000 tüdővészeséről. *Sobotta*: A sanatoriumok védett fekvéséről. *Moeller*: Jelentés a belzigi sanatorium működéséről 1901-ben. *Reiche:* A vérköpés mint a tüdőgümőkór kezdeti tünete. *Baradat*: A nevelőintézetek és a gümőkór. *Lachmann*: A tüdőgümőkór oka, megelőzése és gyógyitása.

Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen, 1902. 1. füzet. *Kratter*: Adatok a törvényszéki méregtanhoz. *Kratter:* Pankreasvérzések és viszonyuk a hirtelen halálhoz. *Wachholz:* A vér folyós voltának diagnostikai értéke hirtelen fuladási halálnál és a Lacassagne-Martin-féle „docimasie hépatique". *Niezabitowski:* Adatok a hullafauna tanához. *Ziemke:* Arsen előfordulása emberi szervekben és kimutatása biologiai úton. *Corin*: Az embervér serodiagnostikájának gyakorlati értékesítése. *Minovici*: A szilva sejtjeinek elváltozásai különböző elkészítési mód mellett. *Mönkemöller*: Emlékezési hiány pótlása hallucinatiokkal. *Dünschmann*: A typhoid epidemiologiája Wiesbadenben a 19. században. *Berger*: A prostitutio Hannoverben. *Kriege*: Egészségrendőri intézkedések a diphtheria terjedésének csökkentésére.

Therapeutische Monatshefte, 1902. 4. füzet. *Veit*: Az eclampsia kezelése. *Mering*: A csecsemők táplálása. *Gottstein*: A diphtheria epidemiologiája. *Mendel*: A kakodylsavas natrum gyógyászati alkalmazása és az intravenosus arsenkezelés. *Lenné*: Diabetes mellitus. *Clemm*: Az epeképző hurut megelőzése és belorvoslása. *Frieser*: A Gude-féle mangan-vas-pepton gyógyértéke. *Bayer*: A croup gyógyitása. *Werler:* Tapasztalatok a mercurcolloidkezelésről. *Cramer:* Villámsújtás esete kedvező kimenetellel.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 63. kötet, 1. és 2. füzet. *Lennander:* Az acut genyes peritonitis. *Perthes:* 1. Néhány lövési sérülés. 2. Fibroma molluscum esete a csontnövés fokozódásával. 3. Májtályog typhusnál. 4. A tropikus májtályogok. 5. A hasadt kéz. *Barth*: A processus vermiformis kizárt sérvben. *Funke*: Pterygium colli. *Nicoladoni:* A lúdtalp gyógyitása. *Becker*: Adatok az epiphysis-osteomyelitis ismeretéhez és gyógyításához.

Zeitschrift für Heilkunde, 1902. 4. füzet. *Albrecht:* A lép cavernomája. *Lindner*: A dura mater endotheliomája metastasisokkal a húgyhólyagban. *Jacobsohn*: Másodlagos elváltozások méhfibromyomákban. *Lucksch*: Egy eddig ismeretlen aspergillus diabeteses beteg bronchusaiban. *Eisenmenger*: Pangásos májcirrhosis.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 60. kötet, 2. füzet. *Pinkus*: A lichen ruber planus kezdeti szakának ismeretéhez. *Gunsett*: A subcutan venákat kisérő lichen ruber monileformis esete. *Marcuse*: A cornu cutaneum ismeretéhez. *Waldheim*: Haemangendothelioma cutis papulosum. *Fornet*: Cardoldermatitis. *Dreyer*: Gonococcusok nyirokedényekben. *Salomon*: Sclerodermiához hasonló bőrelváltozás Röntgen-fény alkalmazása után.

Gazette hebdomadaire, 1902. 43. szám. *Valence:* Malariás eredésű cirrhosis hypertrophica. Cholecystotomia. Gyógyulás. *Vaquez* és *Quiserne*: Ismétlődő pleuraizzadmányok kezelése légbefecskendésekkel. 44. szám. *Debove*: Phlegmasia alba dolens és perifériás neuritis.

Le progrès médical, 1902. 22. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

La semaine médicale, 1902. 23. szám. *Longuet*: Az appendicitisből eredő dyspepsia és sebészi kezelése.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 23. szám. *Jaumenne*: Laryngitis diphtheritica két esete felnőttben. *Le Clerc-Dandoy*: Urologiai jegyzetek.

Bulletin général de thérapeutique, 143. kötet, 16. füzet. *Soulier*: A kimélő gyógyszerek (médicaments d'épargne). *Robin*: A belső antisepsis veszélyei. Higany és typhus. *Mayor*: A morphin és származékai toxicitása. A peronin cardiovascularis hatása. *Lafay*: A jodos és bromos olajok. 17. füzet. *Soupault*: Az idült diarrhoea kezelése. *Pouchet*: A higanyvegyületek absorptioja és disseminatioja a szervezetben. *Camescasse*: A sterilizált tej egy káros hatása.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 15. kötet, 2. füzet. *Melzi*: Gummisondák használata az Eustach-kürt és a középfül idült hurutos bajaiban. *Mignon:* Az orrjáratok szerepe a tüdő- és gégegümőkór prophylaxisában és kezelésében. *Marage*: A hallásélesség meghatározása. *Boulai:* Galvanokauterezéssel meggyógyitott nasopharyngealis polypus.

British medical journal, 1902. május 31. *W. Thomson*: Prostata-adenomák eltávolitása. *J. Smith*: A prostata idült túltengése, Freyer-féle műtét, gyógyulás. *W. R. Gowers*: A myasthenia. *Malcolm Morris*: A lupus és az ulcus rodens kezelése Finsen szerint és Röntgen-sugarakkal. *G. H. Lancashire*: A Röntgen-sugarak gyógyászati alkalmazása. *D. Berry Hart*: A Röntgen-sugarak gyógyhatása a hasfal callosus sinusainál. *Reginald J. Gladstone*: Arcz-sarcoma esete. *Archibald Young*: A gerinczoszlop oldalgörbülésének vizsgálata és kezelése. *H. N. Barnett*: Bubo-pestis két esete egy hajón. *W. P. Cockle:* Trauma okozta tüdőruptura egyéb sérülés nélkül. *A. B. Mitchell*: Intussusceptio ileocoecalis a colon descendens retrograd intussusceptiójával gyermekben; műtét után gyógyulás. *E. S. G. Fowler*: Typus-recidiva alatt létrejött perforatio. *J. R. Ronald Mc Crindle*: Idegen test miatt végzett bárzsingmetszés. *H. Waldo:* Hemiplegia-esetek. *W. A. Grogono*: Nyakátmetszés érdekes esete.

The practitioner, 1902. junius. *A. H. N. Lewers*: Méhrák. *C. Hubert Roberts*: Újabb nézetek a rosszindulatú méhbajok aetiologiáját és kórtanát illetőleg. *Francis W. N. Haultain*: A rosszindulatú méhbajok diagnosisa.

The lancet, 1902. I. 21. szám. *T. Claye Shaw*: 40 esztendős küzdés az elmekórok ellen. *G. R. Murray*: Heveny pleuritis exsudativa. *Rickmann J. Godlee*: Adat a tropikus májtályogok tanához. *H. Challice Crouch*: Veszélyesebb-e a chloroform mint az aether? *M. Dendy*: Gyengeelméjüség és bűntény. *J. Tansani*: Uj műszerek és aranydrótvarratok alkalmazása a sérvek gyökeres műtevésénél. *G. R. Turner*: A rectum átfúródása a hasűrbe; műtét után gyógyulás. *A. E. J. Barker*: Varrógépczérna használata ligaturákhoz és varratokhoz. *E. du Cane*: Meningoencephalocele. *H. Campbell*: Észleletek a diaetát illetőleg. *R. H. Lucy*: Átfúródott duodenalis fekély; műtét után gyógyulás. *W. H. Bowes* és *R. H. Lucy*: Átfúródó gyomorfekély; műtét után gyógyulás.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. junius 13.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 22. hetében (1902. május 25-dikától május 31-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 474 gyermek, elhalt 332 egyén, a születések tehát 142-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 32·1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22·5, az egy éven felüli lakosságnál: 18·1 az öt éven felüli lakosságnál: 15·9 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 0, pertussis 1, morbili 6, scarlatina 3, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis ,1 febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 10, apoplexia 6, eclampsia 9, szervi szívbaj 17, pneumonia 30, pleuritis 0, pneum. catarrh. 12, bronchitis 13, tuberculosis pulmonum 66, enteritis 18, carcinoma 14, ezek közül méhrák 7, egyéb újképletek 1, morbus Brightii et nephritis 9, veleszületett gyengeség 18, paedatrophia 0, marasmus senilis 25, erőszakos haláleset 12, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 8, baleset 4, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2890 beteg, szaporodás e héten 970, csökkenés 979, maradt e hét végén 2881 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi május 28-dikától junius 3-dikáig terjedő 22. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 31 (32), diphtheria, croup 32 (17) hagymáz (typhus) 4 (2), kanyaró (morbili) 259 (300), trachoma

6 (2), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 19 (24), orbáncz (erysipelas) 12 (17), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (1) járv. fültömirigylob 7 (7), ezenfelül varicella 17 (19).

⊕ **Egyetemi alkalmaztatások.** A tanártestület f. hó 10-dikén tartott rendes ülésén alkalmazást nyertek: a II. boncztani intézetben: *György Gábor* dr. I. és *Tóth Zsigmond* dr. II. tanársegéd, az I. sz. boncztani intézetben *Nagy László* sz. o., az elmekórtani intézetben *Reuter Camillo* díjazott gyakornok, a szemklinikán *Barlai János* dr. és *Remenár Elek* díjazott gyakornok, a II. sz. belklinikán *Kétly László* dr. I. tanársegéd, a II. sz. női klinikán *Kubinyi Pál* dr. I. tanársegéd, a fogászati klinikán *Gobbi Károly* dr. díjazatlan gyakornok, az I. sz. belklinikán *Goitstein Salamon* dr. díjazatlan gyakornok, a II. kórboncztani intézetben *Bogdanovics Milán* dr. díjazott gyakornok.

ⓓ **Kinevezés.** A belügyminister a budapesti lipótmezei állami elmegyógyintézethez másodfőorvosokká *Verubek Gusztáv* dr.-t, a lipótmezei állami elmegyógyintézet másodorvosát és *Strobl Vilibald* dr.-t, a kolozsvári egyetem elme- és idegkórtani tanszékének segédjét kinevezte.

‖ **Tauffer Vilmos** dr. egyetemi ny. r. tanárt a belügyminister az országos közegészségügyi tanács rendes tagjává nevezte ki.

▽ **Okleveleiket május hóban bemutatták** a tiszti főorvosi hivatalnál: Reichardsperg Lajos dr., Deutsch Izidor dr. és Hartmann Lajos dr. egyetemes orvosdoktorok; Berkovics S. állatorvos és egy szülésznő.

⋁ **A „Stefánia" pesti szegénygyermek-kórházegyesület** vasárnap, e hó 8-dikán tartotta évi rendes közgyülését. Az elnöki széket *Zichy Ágost* gróf v. b. t. t. foglalta el. Megnyitó beszéde után sorra kerültek az évi jelentések. Az igazgató főorvos, *Bókay János* tanár orvosi jelentéséből a következő adatok az érdekesebbek.

1901-dik év január hó 1-jétől deczember 31-dikéig a kórházban összesen 16,688 beteg gyermeket gyógykezeltek. Ezek közül 15,351 csak mint ambulans látogatta az intézetet, 1337 gyermek mint bent fekvő beteg részesült orvosi ápolásban. Az egyes kórcsoportok számszerinti adatai közül megemlítjük, hogy a jelzett időben a kórházban 1079 heveny fertőző kórban szenvedő gyermeket mutattak be. Ezek közül 366-ot a kórházban gyógykezeltek. Belőlük 192 diphtheriás beteg volt. Ezekből 72 tiszta torokdiphtheriában szenvedett. Roncsoló torok- és álhártyás gégelobbal 86-an vétettek fel, tiszta álhártyás gégelobbal pedig 23-an. A többi esetekben a szem, száj, vagy orr nyákhártyáján, illetve a bőrön volt a diphtheriás folyamat. Az 51 két éven aluli gyermek az esetek 26·56%-át tette ki. Ezeknek 37·25%-a halt el. A 2 éven felülieknél 7·8% volt a halálozási arányszám. Az összes diphtheriás betegekre vonatkoztatott gyógyulási arányszám 84·37%, a halálozási arányszám pedig 15·63%. A 24 órán belül elhalt 6 gyermek levonásával ezen arányszámok 87·09%-ra, illetve 12·91%-ra módosulnak. A diphtheriás betegek 59·77%-ában az álhártyás folyamat a gégére is kiterjedt. Ezen 109 beteg közül 70, azaz 64·22% megintubáltatott. Az intubáltak 67·14%-a meggyógyult, 32·86%-a pedig elhalt. Secundaer tracheotomiát csak 3-at végeztek. Kettőt sikerrel, a harmadik elhalt. A gyógyoltásokhoz jórészt a *Preisz* tanár gyártotta magyar serumot használták. 55 esetben a Behring-féle serumot. Egy betegbe átlag 3546 antitoxin egységű serumot oltottak be. Az első beoltás átlag a megbetegedés 3-dik napján történt.

A pénztári kimutatások szerint a kórházi kiadások 58,986 kor. 18 fillért tesznek ki. Egy beteg ellátása és gyógykezelése átlag 35 k. 30 fillért igényelt. Egy ápolási napra 1 k. 35 f. esik.

Helyszűke miatt nem közöljük a kórházban végzett műtétek érdekes összeállítását. Csak röviden említjük meg, hogy jelentékenyen megszaporodott a sebészeti és fülészeti műtétek száma. A kórház sebészfőorvosán, *Verebély László* egyetemi magántanáron kivül az év egész második felében *Winternitz Arnold* műtőorvos is élénk részt vett a műtétekben. A most megtartott közgyülés megerősítette őt a választmány által neki adott helyettes főorvosi állásban. Az év folyamán megnyilt a fülészeti osztály is. Ez osztály fekvő betegein számos nagyobb műtétet végzett ifj. *Klug Nándor* osztályos főorvos. A szemészeti osztályon *Leitner Vilmos* osztályos főorvos operálta a szembeteg gyermekeket. A gége- és orrbetegeket *Baumgarten Egmont* egyetemi magántanár, kórházi rendelő orvos látta el. A kórboncztani vizsgálatokat *Preisz Hugó* dr., az állatorvosi főiskola tanára és *Preisich Kornél* laboratoriumi főnök teljesitették. A kórház Röntgen-laboratoriumában *Deutsch E.* és *Faludi G.* segédorvosok végezték a vizsgálatokat. A kórházzal kapcsolatos országos központi védhimlőoltó-intézetben az oltóorvosi tisztet *Hainiss Géza* egyetemi magántanár töltötte be.

A kórházban tartott rendszeres gyermekgyógyászati előadásokat 93 orvosnövendék látogatta. A nyilvános rendeléseken az év folyamán 47 szigorló orvos és orvos vett részt.

-- **Megbizások.** A jelen havi tanártestületi ülésben tudományos kérdések megoldására megbizást nyertek: a *Gárdos alap* egy dijára *Kubinyi Pál* dr. tanársegéd, a *Balogh-féle alap* egyik díjára *Fenyvesi Béla* dr. tanársegéd, másik díjára *Reusz Frigyes* dr. elmekórtani gyakornok.

+| **Műtőnövendékek** lettek az 1902/903. tanévre: *A II. számú sebklinikán. a*) Díjazottak: Balázs Dezső dr., Bradách Emil dr., Pinsker Emil dr., Ziffer Hugó dr. *b*) Díjazatlanok: Bogdanovich Milos dr., Faykiss Ferencz dr., Goth Lajos dr., Doctor Károly dr., Kolozsváry István dr., Lutter Károly dr., Nagy Pál dr., Mészáros Béla dr., Müller Vilmos dr., Ofner Oszkár dr., Szabóki János dr., Verebélyi Tibor dr.

Az I. számú sebklinikán. a) Díjazottak: Holzwarth Jenő dr., Seligmann Hugó dr., Milkó Vilmos dr., Gerő Leó dr. *b*) Díjazatlanok: Berger Gyula dr., Brezovszky Nándor dr., Gergő Imre dr., Navratil Dezső dr., Pauncz Sándor dr., Schreiber Vilmos dr., Török Ervin dr., Veress Andor dr., Vragassy Lipót dr.

— **VIII. szünidei orvosi cursus.** A junius 2—14-dikéig tartott VIII. szünidei orvosi cursuson 13 előadó s 59 hallgató vett részt. A hallgatók közül hárman Horvát-Szlavonországban folytatnak gyakorlatot; egy harmadrészük diplomája osztrák s igy első izben van alkalmuk a budapesti egyetem intézeteivel megismerkedni, a magyar diplomájú orvosok nagy része is már régebben végzett s meglepetéssel látták klinikáink legnagyobb részének fejlődését. Vasárnap délelőtt az Erzsébet királyné sanatoriumot látogatták meg, hol személyesen győződhettek meg *Korányi Frigyes* tanár ezen legujabb alkotásának nagy jelentőségéről.

A cursus előadóinak önfeláldozó fáradozása, a hallgatók kitartó buzgalma arra utal, hogy a magyar orvosi rendnek nemcsak a közvetlen anyagi érdekek iránt van érzéke, hanem idealis törekvések is lelkesitik. S épen ezek fogják meghozni a tekintélyt s ennek kapcsán az anyagi függetlenséget.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Lipik*, május 28.: 821. *Budai Erzsébet-sósfürdő*, junius 3.: 235. *Tátrafüred*, junius 3.: 51.

± **A budapesti önkéntes mentő-egyesület segélyét** május hóban 909 esetben vették igénybe.

| **A szabadkai önkéntes mentők** segélyét május hóban 63 esetben vették igénybe.

> **A budapesti poliklinikán** május hóban 2835 betegnek 11,152 rendelés történt.

|– **Tauffer tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét 1902. május hóban 111 esetben vették igénybe. Évi folyó szám: 589.

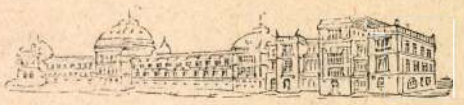
— **Tisztiorvosi vizsgák.** A tisztiorvosi vizsgák országos bizottsága által Kolozsvártt 1902. évi junius hó 1—4-dikéig tartott vizsgálatokon a következő orvosok képesittettek:

Bauer János körorvos, Mikeszásza; Deák Sándor körorvos, Mező-Rücs; Fodor Lajos magánorvos, Szabadka; Guth Menyhért körorvos, Munkács; Hirschfeld Jenő körorvos, Egerecs; Kis Vilmos kórházi segédorvos, Nagyvárad; Marton Jenő m. kir. honvéd ezredorvos. Kolozsvár; Nádasi László körorvos, Alsó-Kubin; Nagy Lajos klinikai gyakornok, Kolozsvár; Nesztor Kamill műtőnövendék, Kolozsvár; Pataky Albert h. járásorvos, Csáki-Gorbó; Rácz Miksa műtőnövendék, Kolozsvár; Silberfreund Lipót körorvos, B.-Baán; Sugár Bertalan magánorvos, Margitta; Szabó Endre körorvos, Málnás; Uray Miklós körorvos, Dézna.

Megjelent. Dr. *Corneille Chyzer*: La statistique des alienés. Budapest, 1902. — *Csapodi István* dr.: A szemészet kézikönyve. Második bővitett és átdolgozott kiadás. 50 ábrával. Budapest, Nagel O. kiadása. 1902. Ára 8 k., kötve 10 k. — *Sági János*: Keszthely és balatoni fürdőjének ismertetése. 1902. — *Kelen József* dr.: A diaetás konyha. Hogyan táplálkozzunk? Budapest. 1902. Ára 1 k. 50 f. — A budapesti poliklinikai egyesület évi jelentése 1901-ről. — Budapesti szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesületének IV. évi jelentése. 1901. — *Rille*: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Abth. Jena. G. Fischer. 1902. — Dr. *Fr. Luithlen*: Therapie der Hautkrankheiten. A. Hölder. Wien. 1902. — A „Stefánia" pesti szegénygyermek-kórházegylet évkönyve 1901-ről. Budapest, 1902.

† **Elhunyt.** *Simon Gáspár* dr. városi tisztiorvos Hajdu-Szoboszlón 58 éves korában.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (V. bemutató ülés 1902. márczius 5-dikén.) 403. l.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató ülés 1902. márczius 5-dikén.)

Elnök: **Schrodt Antal.** Jegyző: **Juba Adolf.**

(Folyt.)

Obliteratio ductus hepatici per echinococcum.

Minich Károly: Egy 26 éves nőben, a ki tuburc. miliaris acuta universalisban, a hörg közötti, továbbá a bélfodri nyirokmirigyek sajtos gümőkórjában szenvedett, a fennállott nagyfokú sárgaság a ductus hepaticus elzáródására volt visszavezethető. A májbeli elváltozások a következők voltak: a máj minden átmérőjében nagyobb: 29 × 19 × 10, illetőleg 5 cm., domborulatával a rekeszhez forrt, alsó felületén és szélein szabad. Metszéslapja zöldes-barna alapon olajzöld rajzolatot mutat, a májgerendák mindenütt 2—3 mm. szélesek, az összes epeutak tágultak, legtöbbjük akár kisujjnyi, valamennyi nyálkás savót tartalmaz. A jobb és bal lebeny közti határon a szabad szél közelében egy gyermekökölnyi tömlő van, a mely felerészben a máj szövetébe mélyed, felerészben pedig annak domború felszinén előemelkedik. Ezen tömlő rostos falán, belsejében tiszta savót tartalmazó chitinhólyagot tartalmaz, a melynek belső felületén igen apró fehér szemcsék láthatók. Az epehólyag pettyhüdten összelohadt, 3½ cm. hosszú, 3 cm. széles, nyomásra a duodenumból kevés nyálkás savó ömlik, nyálkahártyája vékony, sorvadt, kivezető csatornája (ductus cysticus) ép úgy, mint a choledochus szabadon átjárható. A máj alsó felszinének közepén, a lobulus quadratus hátsó fele része helyén egy kis ökölnyi feszes tömlő fekszik, a mely bal felé a lig. teresig, hátfelé a Spiegel-féle karélyig, jobb felé a vele kötőszövetesen összeforrt kicsi epehólyagig terjed és a máj alsó szélét 3 cm.-nyire közeliti meg. E hólyag félgömbszerűleg elődomborodik, harántul 8, antero-posterior irányban 9 cm. méretű, kivülről porczellánfehér kötőszöveti hártyával bevontnak tünik. Megnyitásakor űréből víztiszta, szintelen savó ömlik és belsejében az űrt teljesen kitöltve egy chitin-tömlő foglal helyet, melynek belső felületén apró fehér szemcsék (scolexek) látszanak. A tömlő rostos fala a lobulus quadratus állományába is bemélyed és pedig mellül egész 4 cm. mélységig, a mi által az egész tömlőnek tojásdad alakja van és hosszátmérője a máj haránt-átmérője irányában fut. A mellső felület a tömlő mellső felében és különösen a májba mélyedő részletben érdes intimához hasonlóan egyenetlen, hátul azonban sima kifeszitett nyálkahártyához vagy savós hártyához hasonlit. A tömlő hátsó kiemelkedő polusán, a Spiegel-féle karélylyal szomszédos falrészleten belül jobb- és baloldalt, egy-egy billentyűszerű ráncz látható, a mely mögött résszerűleg elhúzódott csatorna nyilik a tömlőbe. E csatorna mindenik oldalon két-két ágra oszlik és a kitágult ductus hepaticus májba mélyedő részletének felel meg. A tömlő csúcsának kiemelkedő részén egy hasonló kisebb ráncz észlelhető, a mely mögött a ductus hepaticus nyombél felé eső vége szájadzik az űrbe. További vizsgálatnál kiderül, hogy ez utóbbi ductus hepaticus részlet részint haránt a tömlő külső felületén halad végig és 3 cm.-nyi lefutás után az epehólyag kivezető csatornájával egyesül. A májütőér a zsák domború alsó felületén a ductus hepaticus szomszédságában található. A verőczeér törzse a zsák hátsó csúcsa és a Spiegel-féle karély mellső széle között hatol a májba és teljesen össze van nyomva. A májkapu szomszédságában levő mirigyek duzzadtak, festékesek. Esetünkben a sárgaság epepangásból eredt és ezt a ductus hepaticusnak echinococcus által okozott elzáródása hozta létre és e közben jött létre a ductus hepaticus zsákalakú kitágulása. Ha tekintetbe veszszük az eset előzményeit, akkor látjuk, hogy a sárgaság már fél évvel a halál előtt vette kezdetét és fellépése óta fokozatosan súlyosbodott, tiz hónapi fennállása után kiváltotta már a májbeli következményi elváltozásokat, a mennyiben a has ekkor már térfogatában megnagyobbodott és a májtájékon előmdomborodott. A halál a súlyos cholaemia daczára nem a sárgaság folytán, hanem mindenekszerint a mirigyek régi sajtos gümőkórjából eredt általános heveny kölesgümő következtében állott be. Az élősdieknek ilyen szereplése általában is ritka és kivételes, de különösen érdekessé teszi az esetet az, hogy az echinococcus-tömlő fokozatos növekedése közben a ductus hepaticust zsákalakban kitágitotta és ezáltal a ductus falának különben is ismeretes rendkivüli rugalmasságát igazolta. Természetes, hogy ilyfajta elváltozás további szövődményekre is adhatna okot, milyen például a cholangitis, májtályog, sőt elképzelhető, hogy az echinococcus-tömlő a ductus falát is megrepesztheti és ezáltal epés hashártyagyuladást indithat meg.

Carcinoma ureteris fornicem vaginae perforans.

Minich Károly: Egy 66 éves nőben az általános öregkori sorvadáson, mindkét tüdő felső lebenyében levő régi tüdővészes elváltozásokon kivül a húgyszervek is betegek voltak. Ez utóbbiakban talált elváltozások a következők: A bal vese kicsiny, 10 × 4 × 2½ cm.-nyi, tokja a kéregállománynyal összekapaszkodott, felülete szabálytalan szigetekben és haránt-sávokban besüppedt, finoman szemcsés, halványvörös, mig egyebütt halvány-vörhenyes alapon kölesnyi, akár lencsényi sárgás-szürke genygóczokkal márványzott. Ezen góczok alatt a kéregállományban sárgás sávok és pettyek láthatók, egyebütt a kéreg halvány, a gödrök helyén kártyapapirvastagságnyira sorvadt, sötétebb vörös. A velőállomány vérszegény és benne sárgás csikok csak elvétve mutatkoznak. A vesemedencze főleg a kelyhekben erősen kitágult, nyálkahártya sötét-vörös, duzzadt, lepedékes, a húgyvezér vastag, szabadon átjárható. A jobb vese 9½ × 4½ × 3 cm.-nyi, felülete halvány-szürkés-vörhenyes alapon elmosódott határú szürkés-sárga foltokkal tarkázott. Ezen foltok kissé előemelkednek, velősen lágyak, majdnem szétfolyók. A kéreg a metszéslapon egyenletesen sárgás-szürke, feltünően lágy, előduzzadó. A velőállomány halvány-rózsaszinű, durvábban csikolt. Vesemedencze gyermekökölnyi, kelyhei babnyiak, űrében genyes, eves, erősen ammoniakalis szagú büzös folyadék van, nyálkahártyája pirosan erezett, duzzadt. A bal húgyvezér kitágult, ujjnyi, 3½ cm. kerületű, falzata vastagodott, tömöttebb, halvány, nyálkahártyáján aprón gyűrűs festenyzettség van jelen. A vesemedenczétől 4 cm.-nyi távolban a bal húgyvezér szögletbe tört, 14 cm. nyi távolban pedig a jobb széles szalag magasságában az űrteret kitöltő daganat által teljesen elzárt. Innen kezdve a húgyvezér hüvelykujjnyi vastag, tömött köteget alkot. Felmetszésénél kitünik, hogy falzata szürkés-fehér daganattá alakult át, a melynek centralis része pépesen, törmelékesen málékony, peripherikus része pedig, a mely leöblítés után a húgyvezér falán tapadva maradt, szabálytalanul szemcsés, bolyhos felületű. A daganatosan átalakult részlet 4 cm. hosszú, a jobb hüvelyboltozattal, a hólyag falával összekapaszkodott és a húgyhólyagig terjed, folytatásában a húgyvezér a hólyag falán rézsútosan áthaladó 2 cm.-nyi szakaszában normális űrterű és ép nyálkahártyával van kibélelve. A húgyhólyag összehúzódott, kicsiny, kevés pelyhes, czafatos vizeletet tartalmaz, nyálkahártyája palásan festékes és helyenként lepedékes, egyes szigetekben fehéresen megvastagodott, hámréteggel bevont. A hólyagtető közepén egy mandolanagyságú, a jobb húgyvezér beszájadzása felett egy babnyi előemelkedő daganatcsomó van, mely széles alapon ül, a hólyagfal összes rétegeit infiltrálja, a metszéslapon szürkés-fehér, velős, tejfelszerű sűrű váladékot nyujt és felületén szürkés-fehér lepedékkel van fedve. A hüvely szűk, a külső méhszáj sorvadt, a méh feltünően kicsiny, tömött, előrehajlott, szűzies jellegű. A kürtök szabadok, a petefészkek sorvadtak; a hüvelyboltozat jobb fele megnyúlt és az ureterrel való összekapaszkodása helyén egy kis ujj számára átjárható csatorna nyilik, a mely a húgyvezér daganatosan átalakult részébe vezet és belső felületén a húgyvezérhez hasonlóan bolyhos növedékektől egyenetlen, de szomszédságában ép nyálkahártyától van szegélyezve. A húgyvezérbeli daganat mikroskopice typusos felhámráknak bizonyul. Világos hámsejtkötegek és nyújtványok hálozatosan egybefolynak és igen számos hámgyöngyöt fognak közre. A közti szövet feltünően laza, helyenként gömbsejtesen sejtdús, helyenként pedig savósan beszürődött, áttünő. A hólyagfalbeli csarnokban a szöveti kép csak annyiban változik, hogy a sejtek kisebbek és igen számos, néhol összefolyó vacuolát tartalmaznak, továbbá, hogy hámgyöngyök csak elvétve láthatók benne. A húgyvezérbeli daganatot kell jelen esetben a húgyhólyagbeli csomókkal és a hüvelyboltozati elváltozásokkal szemben az elsődleges daganatnak tekinteni. Erre vall azon körülmény, hogy a húgyvezér daganatos elváltozása nagyobb szakaszra terjed, az egész falat körkörösen illeti, mig a hólyagbeli csomók elszórtan feküsznek, minden nagyobb szétesési hajlam nélküliek és inkább másodlagos átoltás útján eredt áttételeknek imponálnak; a hüvelybeli áttörés pedig olyan tulajdonságokat mutat, a melyek a kivülről való (tehát a húgyvezér felőli) átterjedésnél szoktak fellépni; az áttörés szomszédságában a hüvelynyálkahártya teljesen ép, a fal nagyobb szakaszon beszűrődve nincs és a meglevő beszűrődés és a mély rétegekben, tehát a húgyvezér szomszédságában nagyobb terjedelmű, mint a hüvely felőli részleten. A daganat mikroskopos természete ugyan inkább arra utalna, hogy ez akár a hólyagból, akár a hüvelyből származott, de a húgyvezér hámboritéka (átmeneti hámsejtekkel) sem zárja ki, hogy e daganat onnét vette kiindulását; a felsorolt körülmények ezt valószinűvé is teszik. A talált pyelo-cysto-nephritis az újképlet szétesésével kifejlődött következményes bántalomnak tekinthető és ennek nagyobb terjedelme a jobb oldalon is támogatja azon felvételt, hogy a jobb húgyvezér elváltozása régi keletű. A hüvelybeli áttörés másodlagos és úgy látszik csak a halál előtti napokban keletkezett. Az eves vizeletcsurgás következményes változásainak hiánya a hüvelyben legalább ezt teszi valószinűvé.

Vitium cordis congenitum.

Minich Károly: Egy 24 éves, súlyos epilepsiában szenvedő férfi a régi Szt. János-kórházban hirtelenül elhalt. Miután a halál nem epilepsiás roham közben vagy éjjel, hanem minden előzetes heveny betegség nélkül nappal állott be és az elhalt testileg nyomorék is volt, a mennyiben gerinczoszlopa nagy fokban elferdült volt, valószinűnek látszott, hogy a halált a gerinczoszlop elferdülése által kiváltott szivhűdés okozta. A megejtett boncolat ezen felvételt részben igazolta is, a mennyiben a halál-okra negativ boncolati eredményből és a szív álla-

potából tényleg szivhűdéses halálra kellett következtetni. De egyúttal olyan elváltozások is voltak találhatók, a melyek különféle fejlődési rendellenességekből nyertek magyarázatot és a bemutatásra érdemesek. Ezek közül említést érdemelnek az agy elváltozásai, a melyek annak abnormis kicsiny voltában, a tekervényeknek a mikrogyriához hasonlatos kicsinységében, továbbá a corp. callosum teljes hiányában nyilvánultak és az agygyomrocsok kitágulásával (hydrocephalus internus) voltak kapcsolatosak. Mint abnormitás megemlitendő végül, hogy az oldalsó gyomrocsok mellső szarvában a tágulás daczára a gyomrocs oldalsó falai egymással sclerotikusan megkeményedett szövethidakkal voltak egybekötve, a mi némelyek szerint az epilepsia anatomikus jelének volna tekintendő. A fejlődési rendellenességek más csoportja a szivet illeti. A szív mindkét felében tágult, jobb felében aránytalanul megnagyobbodott, hosszátmérője a függőér eredésétől a szívcsúcsig 9 cm., a haránt 12, a vastagsági átmérője 8 cm., súlya 460 gm. A jobb pitvar kis ökölnyi, fülcséje vaskos, erősen kitágult, falai vastagabbak és tömöttebbek. A bal pitvar alig diónyi, fülcséje kisujjnyi hosszú és ugyanolyan vastag nyujtványos függeléket alkot. A jobb szívgyomor feltünő nagy, külső szélén 15 cm.-nyi, mig a bal szivgyomor a jobbnak csak függelékét képezi és a külső szélen 8 cm.-nyi. A szívcsúcsot kizárólag a jobb szivgyomor alkotja A szivgyomor üre különösen jobboldalt tágult és itt a mellső szivfal is erősen domború, sőt a szívsövény is balfelé domborodik elő, a mi által a tüdőütőér conusának megfelelő részlet lesz abnormisan tág űrterű. A szív fala mindkét szívgyomor mellső falán 1 cm.-nyi, barnavörös, tömött. A megnyitásnál kitünik, hogy a szívsövény középső harmada, tehát a vivőerek szájadékának magasságában fekvő részlete hiányzik; e helyütt egy harántul $4^1/_2$ cm.-nyi, hosszant 4 cm.-nyi szabálytalan ötszögletű nyilás van, a mely inkább a szívsövény hátsó részében található, a mennyiben a gyomorsövény hártyás részlete elül sértetlenül megvan. A nyilás szélei hátul-felül szabadok és 2—3 mm. szélességben fehér heges szövettel szegélyzettek, mellül és alul a széleket is vitorlás billentyük borítják, a mennyiben azok részben a hiány szélén erednek. A sövénydefectus tulajdonképen a két pitvart köti csak egybe, daczára annak, hogy úgy látszik, mintha a gyomorsövény legfelső részletének hátsó szakasza is hiányoznék, de ennek oka azon körülményben leli magyarázatát, hogy a vivőeres szájadékok billentyűi a hiány alsó szélén erednek és az ezáltal megkisebbedett szivgyomrok a billentyük által a defectus elől elzáratnak. További rendellenességek mutatkoznak a vivőeres szájadékok billentyüin is, a mennyiben jobboldalt 2, baloldalt 3 vitorlás a billentyű, daczára annak, hogy a szemölcsizmok elosztása a rendesnek felel meg. A vivőeres szájadék billentyűi a szokásos harántvonal helyett homorú síkban erednek, a mennyiben csak a szív külső faláról eredő vitorlák találhatók rendes helyükön, mig a többiek a hiány alsó concav széléről, tehát vagy 2 cm.-rel mélyebb helyről származnak. B. o. egy mellső, egy hátsó és egy külső vitorla van jelen és ezek közül egyedül a külső felel meg a bicuspidalis hátsó vitorlájának, tapad inhúrok segélyével a szokásos módon a két szemölcsizomhoz; a mellső vitorla, a mely a bicuspidalis aorticus leffentyűjének helyén van, a sövénydefectus mellső és alsó szélén ered, részben a gyomorsövény hártyás részéhez, részben pedig a mellső szemölcsizomhoz tapad; a hátsó vitorla részben a pitvargyomori határon, részben a sövényhiány alsó concav szélén ered és inhúrok segélyével a hátsó szemölcsizomhoz van rögzitve. (Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

61/902. szám.

Aradvármegye eleki járásához tartozó **Ottlaka** községben újonnan rendszeresített **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 1600 korona fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási dij, a halottkémlésért pedig 40 fillér. A vágatási biztosi teendők elvállalása esetén a szokott dijazás.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy kérvényöket, melyhez az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló, valamint eddigi alkalmaztatásukról és nyelvismereteikről szóló okmányok mellékelendők, hozzám **junius hó 24-dikéig** terjeszszék be.

A választás junius hó 26-dikán d. u. 4 órakor fog megejtetni.

Elek, 1902. junius 6-dikán.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

1507/1902. szám.

A nagykállói m. kir. állami elmegyógyintézetben egy **másodorvosi állás** megüresedvén, a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrnak f. évi junius hó 6-dikán 55,397—VI/a. sz. a. kelt magas rendelete értelmében ezen ideiglenes jellegü 2 évi időtartamra szóló 1200 korona fizetés, I-ső oszt. élelmezéssel, szabad lakással, fütéssel és világitással dijazott, eshetőleg további 2 évre hosszabbitható másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **f. évi junius hó 30-dikáig** hozzám nyujtsák be.

Nagy-Kálló, 1901. junius hó 10-dikén.

Borosnyói L. Béla dr., igazgató.

Békésvármegye közkórházának sebészeti osztályán újonnan rendszeresitett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona készpénzfizetés, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezés. — Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Dr. Lukács György Békésvármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám **folyó évi junius hó 24-dikéig** küldjék be. — Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A kineveztett állását legkésőbb folyó évi julius hó 1-én elfoglalni köteles.

Gyula, 1902. évi junius hó 1-jén.

3—2 *Dr. Berkes*, kórházi igazgató.

Csúz községben (Komárommegye, vasúti állomás Kürth a Budapest-bécsi fővonalon) a **magánorvosi állás** megüresedett. Jövedelem kezdetben 3200—4000 korona, melyből 1200 korona a földbirtokos uraktól évi házi fixum. Felkérem azon kollega urakat, kik ezen állást azonnal betölteni óhajtják, sziveskedjenek bővebb felvilágositás végett hozzám fordulni.

Budapesten, 1902. junius 10-dikén.

Kircz Zoltán dr.,
V., Sétatér-utcza 7. szám, II. 8.

A szombathelyi m. kir. bábaképezdénél f. é. október 1-étől két évre betöltendő, 1000 korona fizetéssel, szabad lakással és élelmezéssel javadalmazott **tanársegédi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázni kivánók orvosdoktori oklevelükkel, családi állapotukat, nyelvismereteiket, valamint eddigi netaláni klinikai vagy kórházi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt és a nagym. vallás és közoktatásügyi magy. kir. ministeriumhoz intézett folyamodványaikat **julius 20-dikáig** hozzám küldjék be.

Szombathely, 1902. junius 8-dikán.

Reismann Adolf dr., igazgató-tanár.

60/902. szám.

Aradvármegye eleki járásához tartozó **Sikló** községben újonnan rendszeresitett **községi orvosi** állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 1600 korona fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási dij, a halottkémlésért pedig 40 fillér. A vágatási biztosi teendők elvállalása esetén a szokott dijazás.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy kérvényöket, melyhez az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló, valamint eddigi alkalmaztatásukról és nyelvismereteikről szóló okmányok mellékelendők, hozzám **junius hó 24-dikéig** terjeszszék be.

A választás junius hó 27-dikén d. u. 4 órakor fog megejtetni.

Elek, 1902. junius 6-dikán.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

763/1902. szám.

Biharvármegye derecskei járásában levő **hajdu-bagosi közegészségi körben** — a mely körhöz Hajdu-Bagos és Sáránd községek tartoznak — a körorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére pályázat hirdettetik s a választás megtartására határidőül folyó évi junius hó 28-dik napjának d. e. 10 órája Hajdu-Bagos községbe, mint a kör székhelyére, kitüzetik.

A körorvos javadalmazása:

1. Biharvármegye pénztárából 800 korona évi fizetés és 160 korona lakbér, a mely évnegyedi részletekben fizettetik.

2. Hajdu-Bagos községben a halottkémi teendők teljesitéséért esetenként 80 fillér; látogatási dijak pedig nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér; vényirás az orvos lakásán 40 fillér.

3. Sáránd községben — hova a körorvos a község által kiállitandó előfogaton hetenként kétszer tartozik átmenni — a látogatási dijak ugyanazok, mint Hajdu-Bagos községben.

4. Esetleg kézi gyógyszertár tartásának joga.

Felhivom az ezen állásra pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában előirt, képességüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket alulirotthoz **folyó évi junius hó 26-dik napjáig** annyival inkább adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Derecske, 1902. évi május hó 27-dikén.

3—2 *Fráter Barnabás*, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Junius 16.	körorvos	Gyula-Varsánd	1600 k.	Mladin M. fszb., Elek
20.	„	Gyergyó-Remete	2336 k. és lak., 104 k. f.á.	Lázár I. fszb., Gy.-Szt.-Miklós
20.	„	Garam-Kükülló	1600 k., 162 k. fuv. á.	Ifj. Jakabffy fszb., Szob
25.	községi o.	Ondód	1200 k. és lakás	Kovács S. fszb., Moór
25.	„	Szemlak	1600 k.	Senk F. fszb., Pécska
Jul. 15.	járás o.	Hosszúaszó	1000 k., 400 k. u. á.	Csató Gábor alispán, Dicső-Sz.-Márton

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgycsara és köszvénybántalmak ellen, **vizeleti nehézségeknél**, továbbá a **légző** és **emésztési** szervek **hurutos** bántalmainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Van szerencsém a t. kartárs urak szives tudomására hozni, hogy több évi **bártfai** működésemmel felhagytam és ez idényben már

Franzensbadban

folytatom fürdőorvosi praxisomat.

Dr. Hasenfeld Oskar, fürdőorvos,
Franzensbadban, Hotel Kreutz.

Dr. FÜZESSY és Dr. BAZSÓ

nyilvános borjú-himlőnyirk intézete, a m. kir. államvasutak egyezm. szállítói

Hevesen.

Szállít **biztos fogamzású nyirket** következő árakon:

100 egyénre 6 korona, 50 egyénre 3 korona.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsöi és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

Dr. Fries-féle magán-gyógyintézet

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

INZERSDORF Bécs mellett.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

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

Prospectus kivánatra ingyen és bérmentve.

TÁTRA-SZÉPLAK (Westerheim).

Magaslati gyógyhely, vízgyógyintézet és nyaraló-telep, fekszik 1000 m. t.-f. magasságban, fenyvesek között, 3 kilométernyire Tátra-Füredtől. — Modern berendezés. Központilag fütött vízgyógyintézet. **Szénsavas fürdők.** — **Indicatiók:** idegbántalmak, **Basedowkór.** Maláriа. Chlorosis. A légzőszervek hurutos bántalmai és hűlésre való hajlam. Edzés és üdülés. Fürdőorvos: **Dr. Guhr Mihály.** Saison május 1-től október 20-ig. **Olcsó árak.** Bővebbet a

Fürdőigazgatóság

Tátra-Széplak, p. Tátra-Füred.

SEMMERING Vízgyógyintézet és magaslati kúra.

835 méter a tenger szine fölött.

(Télen Meran.) Prospektusok kivánatra.

Dr. Ballmann.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

Szt.-Margitszigeti gyógyfürdő

Budapesten,

nyári és téli gyógyhely.

43·3° C. kénes hév-forrás, thermal-, szap-, villámos-fény-, mesterséges szénsavas-, forrólúg-, mindennemű **gyógy-** és **edző-** (Kneipp) **fürdők. Svéd gyógyterem. Nap-fürdő.** 150 hold árnyékos park. **Csúz, köszvény, ischiás, izületi bántalmak, emésztőszervi bajok, szívbetegség, vesebántalmak, vérszegénység, ideggyengeség** ellen.

Szt.-Margitszigeti üdítővíz, elsőrangú szénsavval telített ásványvíz, mint **asztalvíz** legjobban ajánlva.

Marienbad Zander-intézet.

Modern berendezett intézet, **svéd gyógygymnastika, massage, vill. fényfürdők. Hőlég-fürdők; a marienbadi kúrák kitünő kiegészítése.**

Tulajdonos és orvosi vezető: **Med. Dr. Eduard Kraus.**

BAD HALL országos gyógyfürdő

Felső-Ausztriában.

Elsőrangú jodbromfürdő

a havasok közt.

Javalatok: **Valamennyi scrophulosus és nemi betegség.**

Legmodernebb gyógyeszközök. Értesitést küld

a fürdőigazgatóság.

Szliács

Dr. GRÜNWALD MÓR, kir. tanácsos, kiérd. első tanársegéd Tauffer tanárnak egyetemi nőgyógyászati kórodáján, e nyáron is (18-adszor) Szliácson mint fürdőorvos működik és szivesen ad e gyógyhelyet illető felvilágositásokat. (Budapesti sanatoriumában a saison alatt kellő helyettesitésről gondoskodva van.)

Prof. Dr. **Soxhlet**-féle

új gyermektápszer

„Nährzucker“ (tápczukor).

Tiszta dextrin-maltose emésztési sókkal **hashajtó hatás nélkül.**

A tehéntejnek **legczélszerűbb hozzátétele,** mely által **az anyatejjel teljesen hasonértékü lesz.**

Kiválik **elérhetetlen tápereje, könnyü** és **teljes emészthetősége által;** csecsemők és gyermekek **szivesen szedik.**

Kapható valamennyi gyógytárban és drogeriában. **Ára félkilós dobozonként kor. 2.40.** A hol véletlen nem kapható lenne, szivesen hajlandó a

Vezérképviselőség Ausztria-Magyarország részére:

PHILIPP RÖDER, BÉCS III/2

a legközelebbi lerakatot megjelölni. — NB. Kisérleti czélokra irodalom és minták az orvos uraknak szivesen állanak rendelkezésre.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A **dugulás** és annak következményei ellen, ú. m.: **aranyérbántalmak, vértódulás, fejfájás, étványhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.**

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyyel alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemü drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készitve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A **Tamar Indien Grillon** Franciaország első tekintélyei által javaltatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Fogászati kurzust

kezd junius elején az Irgalmas-kórház fogászati osztályán Dr. Antal János főorvos, az egyetemi fogászati klinika volt tanársegédje. Jelentkezni lehet levélileg vagy személyesen a kórházban vagy a magánlakáson: IV., Zsibáros-utcza 1.

Negyvenhatodik évfolyam. 25. szám. *Budapest, 1902. junius 22.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ferenczi Sándor: Közlemény a székesfővárosi „Erzsébet“ szegényház ideg- és elmebeteg-osztályáról. (Rendelőorvos Schaffer Károly egyet. rk. tanár.) Az agykéreg érző területéről. 405. lap.

Tóvölgyi Elemér: Az influenzás laryngitis kórképe egy syphilitikus betegnél. 407. lap.

Hudovernig Károly: Közlemény az elmekórtani klinikából. (Igazgató: Moravcsik Ernő Emil nyilvános rendes tanár.) Kimutatás a klinika nyilvános rendelésének 1901. évi működéséről, casuistikával kapcsolatban. 408. lap.

Tárcza. Than Károly negyvenéves tanári jubileuma. 936. lap.

Közegészségügy. Az ásványvíz-palaczkok dugaszolása. 414. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Szili Jenő**: A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben. 414. lap. — *Könyvismertetés. Max Kahane*: Die Chlorose. (M.) 415. lap. — *Csajághi Szőke Károly*: A ragályos vagy fertőző betegségek népszerű ismertetése. 415. lap. — *Jürgensen*: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. 415. lap. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Stursberg*: A garatreflex viselkedése hysteriásoknál. (Ifj. Elischer Gyula.) — *Schauman*: Az appendicitis és az általános functionalis neurosisok között fennálló összefüggés. (Benedict.) — *Brion és Kayser*: Paratyphus esete. (Ifj. Elischer Gyula.) — *M. Loeck*: Az öntudat az epilepsiás rohamban. (Reuter Camillo.) — *Húgyszervi betegségek. Hodgson*: Ondóhólyagcsa kiirtása elsődleges gümőkór miatt. (Ráskai.) — *Hallé és Motz*: Adatok a húgyhólyag kórbonczatanához (Ráskai.) — *Compain*: A hydrargyrum oxycyanatum használhatósága a húgyszervek megbetegedésénél. (Ráskai.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Ströll*: Carbunculus gyógyítása. — *Beck*: A Röntgen-fény okozta égések gyógyítása. — *Folyóiratok átnézete.* 415—417. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosi casino. — Az országos orvosi nyugalomdíjalap. — Fürdőorvosok. — A budapesti orvosi kör országos segélyegyesülete. — Fürdőink személyforgalma. — Az egyetemi I. sz. női klinika. — 417. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. 418. lap. — Közkórházi orvostársulat. 418. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi „Erzsébet“ szegényház ideg- és elmebeteg-osztályáról. (Rendelő orvos Schaffer Károly egyet. rk. tanár.)

Az agykéreg érző területéről.[1]

Ferenczi Sándor dr.-tól.

A mozgató idegek központi rostozatának ismerete befejezett épitmény, melynek úgyszólván csak belső berendezése hiányzik. Nincs már nézeteltérés a felett, hogy a mozgató mező pyramissejtjeiből kiinduló tengelyfonál vezeti az akaratlagos mozgás ingerületét a gerinczvelő elülső szarvába, a honnan új sejten és új tengelyfonálon keresztül halad az a környéki vegyes idegben a harántesikolt izomrost felé. Ellenben azon pályák ismerete, melyek a peripheriás ingerületeket a központhoz vezetik, még nagyon fogyatékos. Teljes bizonyossággal ma is, mint Charles *Bell* idejében, csak egyetlen olyan részletét ismerjük a központi idegrendszernek, a mely a törzs és a végtagok összes érzést-vezető rostjait, és csakis azokat tartalmazza. Ezen részlet: a hátulsó gyökér. És voltaképen ez nem is tartozik a centralis rostozathoz, hiszen bonctanánál és fejlődéstanánál fogva a spinalis dúczokkal egyetemben peripheriás képződmény. Mihelyt azonban az érzést keltő ingerület a tulajdonképeni gerinczvelőbe jutott, további pályája eltünik szemeink elől. Pedig bámulatos az a kitartás, a melylyel az elvesztett útat felkutatni, az az éles elméjüség, melylyel ezen törekvés sikerét biztositani igyekeznek. A hátsó gyökerek kisérleti vagy kórtani megszakítása után belálló le- és felhágó degenerationak, az azt kisérő kiesési tüneteknek, az embryonalis gerinczvelői rostfejlődés egymásutánjának tanulmányozásával, a haematoxylin-, osmiumsav-, ezüst- és methylenfestésekkel: mindezen fáradságos eljárásmódokkal megkisérelték a gerinczvelő centripetalis tevékenységét részleteiben kikutatni. De ha sok váratlan és érdekes eredményhez jutottak is, a főczélt, t. i. azon kérdés megoldását, mely pályán vagy pályákon halad a sensibilis ingerület, mind ez ideig nem közelitették meg.

Szokásos dolog a központi idegrendszert schematizáló rajzokon ezt a pályát egy hosszú-hosszú vonallal érzékeltetni, a mely egyenesen felfut a spinalis dúczból a Goll- és Burdach-féle kötelek nyúltvelői magvaihoz, onnan egy másik hosszú vonallal, a *hurokpályával*, mely az olajkák között kereszteződvén, a pes pedunculi és a sisak közt, majd az utóbbinak külső felén halad s végül a belső tok leghátulsó részén, a carrefour sensitif-en keresztül szétsugárzik az agykéreg szürkeállománya felé. (Lásd az 1. ábrát.)

Ám ennek a leirásnak minden részletével szemben egyre több oldalról merül fel ellentmondás és már ma is kénytelenek vagyunk az érző pályáról alkotott ezen egyszerü és kényelmes, de nem elég alapos felfogásunkat megváltoztatni. Kiderült, hogy a hátulsó gyökerekből nemcsak hosszú, hanem középhosszú és rövid rostok is erednek, a melyek a gerinczvelő szürkeállományának különböző magasságaiban arborizálnak. Kiderült, hogy a hosszú pályákat kórfolyamat vagy trauma kettészakíthatta, a hátulsó kötél néha teljesen degenerálva lehetett, a nélkül, hogy a sensibilitásban kiesés mutatkozott volna. Másrészt kivált syringomyeliánál az érzésben súlyos zavarok állhattak fenn, a nélkül, hogy a sensibilitás úgynevezett hosszú pályái szenvedtek volna és a laesio tulhágott volna a gerinczvelő szürkeállományán. Az a nézet is megingott, hogy az egyes érzésqualitásokat, pl. a tapintási, fájdalom-, hő- és izomérzést külön-külön rostok vezetik a centrumhoz, valaminthogy az újabb vizsgálatok a spinalis metameria tanát is megdöntötték és csak radicularis metameriát concedálnak.

Positiv tudásunkat a gerinczvelőről, különösen annak sensi-

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület ideg- és elmekórtani szakosztályának 1902. február 10-dikén tartott ülésén.

bilitásos szerepéről, *Long*, Déjérine egyik tanítványa, a következő concis mondatokban foglalja össze:

1. A gerinczvelő sajátlagos szerv, mely a peripheriáról jövő ingereket felveszi, átdolgozza és tovább adja és pedig olyan utakon, melyeknek pályája még hiányosan ismeretes.

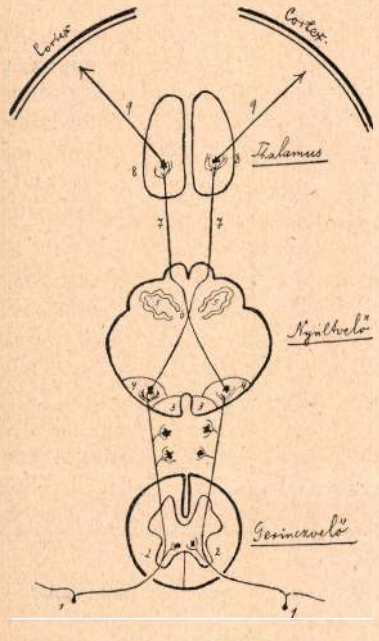
2. A gerinczvelő sajátos eleme a szürkeállomány.

3. A hátulsó kötél minden centripetalis rostja igen nagy terjedelemben érintkezésbe lép fel- és lehágó collateralisai utján a szürkeállomány azon oldali felével.

4. Commissuralis és associatio-rostok (az úgynevezett endogen rostok) kötik össze a szürkeállomány különböző magasságait.

5. Az érzést vezető rostok a gerinczvelőben seholsem kereszteződnek.

A hurokpályáról is számos adat bizonyítja, hogy az nem kizárólagos vezetője az érzésnek. A hátsókötélmagvak experimentalis roncsolása, a sisak hemisectioja nem okozott érzésbeli kiesést; magát a hurokpályát is degenerálva találták, még ha nem is hiányzott a sensibilitás. Ha kétségtelen is tehát, hogy fontos centripetalis pálya az, mégsem kizárólagos. Sőt nagyon valószinü, hogy kivüle a nyúltvelő és a sisak szürkeállománya (formatio reticularis), a mely a gerinczvelői szürkeállománynak (substant. gelatinosa Rolandi) egyenes folytatása: szintén tartalmaz rövid rostokat, melyek az érzés vezetésére szolgálnak.



1. ábra. A hosszú érzőpályák vázlata. 1 = ganglion spinale, 2 = hátsó szarv, 3 = nucl. funic. Goll, 4 = nucl. funic. Burdach, 5 = oliva, 6 = hurokkereszteződés, 7 = hurokpálya, 8 = nucl. extern. thalam. opt., 9 = thalamo-corticalis rostok.

A belső tok hátsó szárában az érző rostok számára rezervált „carrefour sensitif"-ről is, úgy lehet, le kell majd mondanunk, bárha talán fájdalmas is volna megválni ezen sokat koptatott képletes kifejezéstől. *Monakow* és *Déjérine* óta nagyon elfogadott nézet az, hogy a lemniscus rostjai nem haladnak megszakítás nélkül a kéreghez, hanem előbb a thalamus opticus külső magvában lévő sejteket fonják körül, melyekből új tengelyfonalak vezetnek a kéreghez. Ezek a thalamocorticalis rostok pedig — Déjérine szerint — nem alkotnak külön köteget, hanem a pyramis-pálya rostjaival mindenütt bensőleg vannak keveredve.

Míg így az érzés vezetését illetőleg a gerinczvelőben, a nyúltvelőben és az agytörzsben még sok körülmény ismeretlen előttünk, másrészt már is megindult a tevékenység abban az irányban, hogy a sensibilitas agykérgi localisatioja kiépíttessék.

Erről Whymper, híres angol tudós és turista emlékiratai jutnak eszembe, a melyekben meg van irva, hányszor kisérelte ő meg a Matterhorn megmászását új és új utakon, mindenütt áthághatatlan akadályokra találva, míg végre sikerült megmásznia a hegykolosszust, csak néhány órával előzvén meg egy vetélytársát, a ki más uton jutott fel ugyanoda. A sensibilis agyrostozat kutatása a gerinczvelő felől fennakadt egy bizonyos ponton: érthető tehát, ha megkisérlik a helyes utat az ellenkező oldalról, az agykéreg felől, felkeresni. Igaz ugyan, hogy így olyan épitmény jön létre, melynek egyelőre csak alapja és tetőzete van, falai pedig hiányzanak: de ezeknek kiépítése talán nem lesz olyan nehéz, ha egyszer a helyes irány meg van adva.

A kérgi lokalisatio megállapítására két mód van: a clinico-anatomiai megfigyelés és a kisérlet. Mint az rendesen történni szokott, a két methodus müvelői között bizonyos antagonismus fejlődött ki. Az experimentatorok arra hivatkoznak, hogy a boncztani és szövettani megfigyelés sohasem adhat biztos felvilágositást valamely pálya lefutásáról, mert nem tudni, hogy a bekövetkezett degeneratioból mennyi irható a primaer laesio rovására és mennyi a másodlagosra; a klinikai tünetek egy nagyrészét dynamikus és irritativ, szóval közvetett okok is létesíthették; végül constatálják, hogy *Frisch* és *Hitzig* eljárása, a kéreg izgatása villanyárammal, többet lendített a localisatio tanán, mint valamennyi anatomiai observálás együttvéve. Az anatomusok viszont kikelnek az ellen, hogy állatkisérletek eredményeit egyenesen átvigyék az ember boncz- és élettanába és ők számos így létesített tüneményt a hiányos vagy túlnagy operativ beavatkozásra, a műtét okozta általános behatásra stb. vezetnek vissza.

A németek és francziák ma nagyrészt anatomiai alapon dolgoznak e téren, míg az angolok, itt is „splendid isolation"-ben, conservative folytatják állatkisérleteiket.

Az anatomiai irány eddigi kutatási eredménye az, hogy a *mozgató mező egyúttal a centralis érző neuronok végállomása; érző és mozgató kéreg teljesen fedik egymást.*

Az állatkisérletek eredménye pedig inkább azt látszik bizonyítani, hogy a *mozgató és érző kéregrészletek külön területeket foglalnak el.*

Tupier volt az első, a ki a motilitás és sensibilitás mezejének agykérgi coincidentiáját állította és ehhez képest a gyrus centralis anteriort, posteriort és a lobulus parietalis superior egy részét együttvéve „zone sensitivomotrice"-nak, érző-mozgató mezőnek, nevezte el. Ezzel szemben *Bergmann* constatálta, hogy mikor Jackson-epilepsia gyógyítása czéljából egy ember kéz-centrumának megfelelő kéregrészletet kiirtott: a kéznek csupán hüdése állott be, minden sensibilis kiesés nélkül. Ugyancsak semmi, vagy kevés és hamar elmuló érzési kieséseket tapasztaltak hasonló mütétek után *Ferrier, Sherrington és Bidwell, Hale White, Diller és Buchanan* stb. A trepanálással lemeztelenített kéregmező galvános izgatása útján határozták meg a kiirtandó rész területét, és így kizárható, hogy tévedés történt volna ebben a tekintetben. Különben is a műtétet követő körülirt hüdések is bizonyították, hogy a motorikus központok lettek kiirtva, míg a sensibilitás épsége az érző központ épségben maradása mellett látszott bizonyítani. Az, hogy közvetlenül a műtét után mégis gyakran volt némi zavar az érzés vezetésében: *Ferrier* és *Turner* szerint kétféleképp magyarázható. Vagy úgy, hogy itt az operatio folytán közvetett, dynamikus hüdése állott be az érző központnak, vagy pedig úgy, hogy a motorikus mező kiirtásával kiesés állott be azon kétségtelenül fennálló associativ rostrendszerben, a mely a mozgatás és érzés müködés szempontjából összetartozó idegelemeit összeköti. *M. et Mme Déjérine* és *Long* viszont hivatkoznak anatomiai leleteikre, a melyekből kitünik, hogy a kéreg sérülésénél csak akkor áll be nagyobb fokú érzésbeli kiesés, ha a laesio nagyon kiterjedt; ellenben minél centralisabb, a thalamus opticushoz minél közelebb van a sérülés helye: annál kisebb megszakítás elegendő ahhoz, hogy a contralateralis testfélen súlyos érzési zavarok következzenek be. Az érző rostok ugyanis, miután a thalamus opticus külső magvába hatoltak, ott átadják az ingerületet a thalamusmag setjeinek; az ezekből kiinduló rostok pedig a belső tok hátulsó szárának külső részében bensőleg keverednek a pyramis-pálya lehágó rostjaival és szétsugároznak a corona radiataban a kéreg felé. Minél közelebb éri a laesio a sugárkoronát, ceteris paribus annál több rostot fog az megszakitani; innen van szerintük a corticalis sérülések okozta viszonylagosan csekély érzési kiesés.

Ferrier az érzést a corpus callosumot körülölelő lobus falciformis és gyrus uncinatus kérgébe helyezi; ezen tételének bizonyitására felhozza, hogy az ő és Turner kisérletei szerint *ezen kéregrészlet sérülése vagy kiirtása, ellentétben a központi tekervények sértésével, maradandó és súlyos anaesthesiát idéznek elő az ellenkező oldali testfélben minden mozgási zavar nélkül.*

Nothnagel, Bechterew és *Seeligmüller* szerint az egyes érzésformák külön-külön területen lehetnek képviselve; az egyik ilyen érzésqualitásról, az *izomérzésről* legalább egész határozottsággal azt mondják, hogy annak központi területe a *lobulus parietalis inferior.*

Átmeneti álláspontot foglalnak el a két ellentétes felfogás közt *Horsley* és *Beevor,* kik szerint az érzés a mozgató mezőn „to some extent", bizonyos mértékben, képviselve van, és *Bastian,* kinek véleménye szerint csupán az izomérzék (muscular sense) foglal ott helyet.

Egészen új szempontot hozott a vitába annak idején *Charcot*, a ki constatálta, hogy a hemiplegiát kisérő érzéskiesés gyakran hysteriás eredetü, vagyis functionalis idegbántalom superpositioja az organikusra. Az ilyen esetek biráló vizsgálatából *Long* azt a következtetést vonja le, hogy a hysteriás anaesthesia éles vonallal a mediansagittalis síkban határolódik, az összes érzésqualitásokra kiterjed és a hüdött oldalon egyúttal a látótér szükülésével, a hallás, látás, szaglás és izlés csökkenésével jár. A tisztán organikus érzéshiány ellenben sohasem absolut (nem terjed ki valamennyi érzésformára), nem határolódik szabályosan a középvonalban és nem kiséri azt a specialis érzékszervek müködésbeli csökkenése.

Nagy vonásokban rajzolva ez az a kép, a melyet az érzés központi vezetéséről és localisatiojáról magunknak alkothatunk. Lássuk most már: nyujt-e és milyen támpontokat nyujt a vitás kérdések megitéléséhez az elfogulatlan klinikai megfigyelés.

Az „Erzsébet-szegényház" idegbetegosztályán jelenleg 27 hemiplegiás beteg van ápolás alatt. Ezenkivül az osztály kórtörténet-lajstromában 24 olyan hemiplegiásról vannak feljegyzéseink, a kiknél a vizsgálat sensibilitasra is kiterjesztetett. Természetesen csak olyan féloldali hüdéseket vettem figyelembe, a melyeknél a kórtörténet adatai szerint a bántalom székhelye kétségtelenül corticalis, capsularis, illetve subcorticalis volt. Az általam vizsgált 27 beteg közül 15-nél az érzésben kiesést nem tudtam constatálni; a csupán kórtörténeteik alapján osztályozott 24 beteg közül pedig 18-nál nem volt kiesés a sensibilitásban. Ha az adatokat összegezzük: 51 beteg közül 33-nál a fennálló hemiplegia daczára a sensibilitás teljesen épnek bizonyult és csak 18-nál volt jelen az érzésnek maradandó és többé-kevésbbé súlyos zavara. Nem volna azonban helyes ezt a számot százalékban kifejezni és általánositani; valamint abból, hogy az általam vizsgált esetekben több férfinál volt hemianaesthesia mint nőnél, nem lehet arra következtetni, hogy érzésbeli zavarok a hemiplegiás nőknél általában ritkábban fordulnak elő, mint férfiaknál. De eltekintve minden statistikától, igen tanulságos már maga az a tény is, hogy *constatálható cerebralis hemiplegiák fennállása az érzési kör legkisebb alteratioja nélkül*. Ez a tény igen súlyos érv a sensibilis és motorius mezők coexistentiája ellen, annál is inkább, mert az én 15 negativ esetem közül 8 esetben, a kórtörténetből ismertek közül 12 esetben, igen súlyos, a felső és alsó végtagra, az arcz és nyelvizmokra kiterjedő hemiplegia áll fenn, a mely csak igen nagy kiterjedésü corticalis, vagy pedig capsularis laesioval magyarázható, de mindkét esetben súlyos sensibilis zavarokat kellene okoznia a belső tokban való rostkeveredés és az érző-mozgató mező coexistentiája értelmében. A hemiplegia centralis eredetét néhány esetben obductio igazolta; ezekre később még visszatérek; de különben is 6 esetben, melyekben az érzés hiánytalan volt, jobboldali hemiplegia és motorius aphasia volt jelen, és az ilyen hüdést a két ellentétes nézet képviselői egyaránt corticalis eredetünek ismerik el; vagy, hogy Ferrier kifejezésével éljek: jobboldali hemiplegia aphasiával bonczolat nélkül is baloldali corticalis sérülés mellett bizonyít. Ugyancsak biztosan corticalis hemiplegia anaesthesia nélkül két más eset, a melyekben a hüdést Jackson-epilepsia kisérte, míg két laesio, a mely athetosissal jár, a subcortexbe lokalizálható.

(Folytatása következik.)

Az influenzás laryngitis kórképe egy syphilitikus betegnél.

Közli: *Tóvölgyi Elemér* dr.

Az 1890-dik évben Berlinben lefolyt influenza epidemia folyamán B. Fränkel professor a gégeorvosok ülésén arra hivta fel a figyelmet, hogy az influenzához társuló gégehurutok egy nagy számában az e bajra jellegző elváltozások találhatók a hangszálagokon. B. Fränkel megfigyelése alapján ez elváltozások a valódi hangszálagok elülső avagy középső, ritkán a hátsó harmadában találhatók és egymással szemben fekvő félkör alakú, a domborulatukkal kifelé irányuló, fehér foltokból állanak. E foltok körül fennállásuk második-harmadik hetében egy többé-kevésbbé élénken kifejezett piros udvar képződik, a mire csakhamar a foltok elveszítik fehérségüket és a környezet piros színét öltik magukra. Fennállásuk kezdeti stadiumában e foltok fénylő felületüek és simák, utóbb opákszerüekké válnak és a felületükön kisfokú niveaukülönbségek észlelhetők. A hurut végső stadiumában, vagyis akkor, midőn a hurutus hangszálagok már előbbi fehérségüket visszanyerik, azon a helyen, hol a fehér foltok székeltek, még egy ideig élénkebb piros színeződés marad vissza.

Habár Fränkel professorral egyidejüleg és röviden utána többen is észlelték e jellegző tünetet, így le Noir, Lubinsky, Landgraf stb., mindazonáltal az elmult évtized alatt nem igen részesült nagyobb figyelemben, a minek oka egyrészt, úgy vélem, abban keresendő, hogy az influenzában szenvedők legnagyobb számánál gégevizsgálat sem történik, másrészt ritkán is kerül a beteg észlelésünk alá azon időben, midőn a foltok kifejezettek.

A néhány esetből itélve, melyeket B. Fränkel professor klinikáján Berlinben és idehaza az I-ső számú belklinika gégészeti osztályán láttam, a foltok alig egy-két napi fennállás után már elveszítik legjellemzőbb sajátságukat, a félköralakot, fehér színük gyorsan megy át a piszkos szürkésbe, majd a halványrózsaszínbe és végül a pirosba, a midőn is a hely, hol székeltek, már alig különböztethető meg a hangszálag egyéb részeitől.

A foltok kedvencz megjelenési helye a hangszálagok mellső és középső harmadának a felezési pontjára tehető; én mindamaz esetekben, a melyek észlelésem alá kerültek, e helyen találtam; de hogy a hangszálag, sőt a gége egyéb részein is előfordulhat, azt mások is bizonyítják, így Cartar, ki tudomásom szerint még Fränkel előtt az interarytaenoidealis tájékon észlelte, Glatzel, a a Fränkel-klinika egyik tanársegéde pedig csak a közel multban látta az álhangszálagok identikus részein.[1]

B. Fränkel észlelete szerint e fehér foltok az influenzán kivül más gégebántalmaknál is előfordulnak; hogy melyeknél, azt nem említi, az irodalomban sem találtam erre nézve felvilágositást, úgy hogy az elváltozást, daczára a most ismertetendő esetemnek, az influenzára meglehetősen jellegző tünetnek tartom, mint tartja Glatzel is, ki legutóbbi közleményében azt mondja: „hogy mielőtt a köpetben az influenza-bacillusok ki lettek volna mutathatók, már is az álhangszálagokon egymással szemben fekvő jellegző félköralakú foltokból a legnagyobb valószinüséggel influenzára tehette a diagnosist".

Ezelőtt körülbelül négy héttel első izben volt alkalmam ez elváltozást egy más bántalomnál és pedig egy syphilisben szenvedő betegnél észlelhetni.

K. József, 38 éves czipész, 1901. év julius hóban luest aquirált. A primaer jelenségeket követő egy hónap elmultával 24 adag szürke kenőcsöt kent fel a testére, de a száj nyálkahártyán levő fehér foltok állitása szerint e kezelésre sem multak el, mire rövidesen még tizenkét, 3—5 százalékos sublimatból álló befecskendezést kapott a gluteusokba. A befecskendezések folyamán a syphilis minden tünete megszünt, azonban két hó multán a herezacskóján támadtak jellegző kiütések, a minek következtében újból tizenkét sublimat-injectiot kapott. Ez időtől egész a mult év deczember haváig egészségesnek érezte magát, a midőn nagyfokú rekedtség lepte meg.

1902. január 8-dikán jelentkezett első izben a rendelésemen. A lelet a következő volt:

Az ajkak belső felületén, valamint a szájnyákhártya egyéb részein, néhány lencsemekkoraságú plaque. Erős pharyngitis és laryngitis subacuta. Az élénk piros és duzzadt hangszálagok mellső és középső harmada között, egymással szemben, fél lencsényi mekkoraságú, félkör alakú, domborulatukkal kifelé néző, egyenes oldalukkal egész a hangszálag szabad széléig terjedő, fénylő felületü fehér foltok láthatók.

A beteg testén egyébként kiütések nem találhatók, láza eddigelé nem volt, keveset köhög, kevés nyákos-genyes köpetet ürit, a melyben sem Koch-féle, sem influenza-bacillus nem található. Tüdők normálisok, az influenzának semmi tünete nem található.

A száj nyálkahártyáján székelő plaque-ok másodnaponként

[1] *Glatzel.* Ein bemerkenswerther Fall von Influenza-Laryngitis. (Berl. klin. Woch. 1901. 11. szám).

lapis pálczikával történt edzés után elmultak, a hangszálag foltjai azonban két hétig, daczára a minden második nap 50% phenolum-natrio-sculfo-ricinicummal végezett befecskendezéseknek, változatlanul fennállottak.

Január 25-dikén a betegnek jodkali rendeltetett, mire két nap elmultával a baloldali fehér folt szabad szélétől egészen visszahúzódott, inkább köralakot öltött magára, csipkézett szélekkel.

Január 29-dikén a jobboldali folt sem látható már, a még mindig élénk piros hangszálagokon a foltok előbbi helyét elmosódó halványság mutatja.

Mint e kórlefolyásból látható, az elváltozások kezdetben teljesen hasonlóak voltak az influenzás laryngitis kórképéhez, utóbb azonban, nevezetesen eltünésük alkalmával, a megszokott képtől eltértek, a mennyiben nem egyszerre szüntek meg, de két napi időközben. Azonkivül is fénylő felületüket, úgy szintén félköralakjukat, két héten át változatlanul megtartották és oszlásuk előtt sem képződött körülöttük influenzás foltokra jellemző piros udvar. Már ezen körülményeknél fogva és a fennebb elmondottak alapján, továbbá, hogy a jodkali adagolásra az addig változatlanul fennállott foltok gyorsan eltüntek, az influenza kizárása semmi nehézséget nem okozott.

A jelen esetnek az érdekességét főleg az képezi, hogy a luetikus plaque-oknak az influenzás foltokkal teljesen hasonnemü megjelenéséből, talán azt a sokat vitatott kérdést is eldönthetjük, hogy ez utóbbiak minő folyamatnak köszönhetik eredetüket.

B. Fränkel szerint ez az elváltozás nem egyéb, mint fibrinosus infiltratio. Véleményét a következő érvvel támogatja. Azon a helyen, hol a foltok fekszenek, a hangszálagok épen olyan vastagságúak, mint ott, a hol a hyperaemia következtében vannak megduzzadva, ennélfogva a hangszálagok a fehér színeződés helyén is megvastagodtak, a mely megvastagodást valami oly elváltozásnak kell tulajdonítani, a mely teljesen független a környezetbeli hyperaemiától. Miután az epithel sértetlen a foltok területén, fel kell vennünk, hogy egy más folyamat, a fibrinosus infiltratio okozza a foltok előállását.

E nézettel szemben M. Schmidt, Lublinsky, a fehér foltokat hámelhalásnak tulajdonítják. Glatzel legutóbb észlelt esetében biztosan eldönteni nem tudja, hogy a két folyamat közül melyik volt jelen, de a gyors lefolyást tekintetbe véve, ő is inkább a hámelhalást tartja valószinünek.

Meg kell még említenem, hogy az influenzánál tényleg fibrinosus infiltratumból álló foltokat is észleltek, így P. Heymann, Réthi, Koch, B. Fränkel a lágy szájpadon és annak ívezetén, az arytaenoid porczokon, Landgraf, a kemény szájpadon, de ezeknek sem színük, sem alakjuk, sem egész lefolyásuk nem hasonlított a hangszálag foltjaihoz.

A Faisans által influenzásoknál a nyelven észlelt és szerinte e bajra igen jellegző foltok mibenlétéről eddig mit sem tudunk; Raynaud ezeknek a színét a porczellán kékes-fehérségéhez hasonlítja.

Miután a luetikus plaque-ok nem fibrinosus infiltrationak, de hámelhalásnak köszönhetik előállásukat, ez esetből kifolyólag, hol a luetikus plaque-ok az influenzás foltok képében léptek fel, felvehető, hogy ez utóbbiak megjelenésénél szintén a hámelhalás játszsza a szerepet.

Irodalom. B. Fränkel: Ueber Erkrankungen der oberen Luftwege im Gefolge der Influenza. Deutsche med. Woch. 1890. 28. sz. — *P. le Noir*: Ulcerations des cordes vocales dans le cours de la grippe. Ann. des malad. de l'oreille etc. 1890. 3. sz. — *M. Rothmann*: Ulcerationsbildung im Larynx und der Trachea. Berl. klin. Woch. 1892. — *Ch. Fauvel et Saint Hilaire*: Über den Zustand des Larynx bei der Grippe. Allg. Wien. med. Ztg. 1890. 14. sz. — *Schäffer*: Kehlkopfentzündung mit Ausgang in Abscessbildung nach Influenza. Deutsche med. Woch. 1890. 10. szám. — *Paul Koch*: Manifestations laryngiennes et pharyngiennes de l'influenza. Ann. des malad. de l'oreille etc. 1890. május. — *Tschudi* és *Habart*: Larynxaffectionen nach Influenza. Wiener klin. W. 1891. május. — *Faisans*: La langue grippale. France méd. 1893. 22. sz. — *L. Raynaud*: De la langue grippale. Société méd. des hopitaux. 1894. február. — *Guément*: Un cas de paralysie post grippale du voile du palais du pharynx et du larynx. Ann. de la Policlinique de Bordeaux. 1896. február. — *Compaired*: Cas de laryngite hémorrhagique grippale. Ann. de malad. de l'oreille etc. 1896. május.

Közlemény az elmekórtani klinikából. (Igazgató: Moravcsik Ernő Emil nyilvános rendes tanár.)

Kimutatás a klinika nyilvános rendelésének 1901. évi működéséről, casuistikával kapcsolatban.

Közli: *Hudovernig Károly* dr. II. tanársegéd.

Az elmekórtani klinika ambulatoriumának 1901. évi anyaga — 13,928 főnyi összforgalom mellett — következőleg oszlik meg:

Újonnan jelentkező beteg . . .	2512
Ismételten „ „ . . .	2921
Kezelés (villamozás, hypnosis stb.)	8495.

Az összforgalom, s az új betegek is, a megelőző évhez képest nem nagyobb számú, de tényleges szaporodást mutatnak és az évek óta tapasztalható állandó emelkedés az elmult esztendőben is constatálható volt, a mennyiben az új betegek száma 2466-ról 2512-re és az összforgalom 13,852-ről 13,928-ra emelkedett; az utóbbinak az egyes hónapok szerinti elosztódását a következő táblázat tünteti fel:

Január	1449	= 10·40%.
Február	1282	= 9·20%.
Márczius	1240	= 8·90%.
Április	1076	= 7·72%.
Május	1294	= 9·40%.
Junius	1029	= 7·37%.
Julius	1094	= 7·84%.
Augusztus	885	= 6·34%.
Szeptember	1068	= 7·66%.
Október	1261	= 9·04%.
November	1173	= 8·41%.
Deczember	1077	= 7·72%.

Mint minden évben, úgy a lefolytban is a téli hónapok forgalma nagyobb mint a nyáriaké (augusztus havának tetemes hanyatlása okát leli az ekkor foganatosított tatarozási munkákban, mi által a rendelés csak a legszükségesebbre lett korlátozva).

Hogy a klinika tulajdonképeni szakműködése tisztán legyen látható, el kell tekintenünk ama betegektől, kik más, nem idegrendszeri betegségben szenvedtek; ezeknek száma 369, vagyis az újonnan jelentkező betegeknek 14·69%-a, kik közül a legnagyobb contingenst a belbetegek állitották, ideszámítva az összes rheumatikus bántalmakat, a rheumás eredetü fejfájás kivételével.

A szorosabb értelemben *elmebetegségek* 278 esettel, vagyis 11·07%-kal szerepelnek, míg ezek az elmult évben csak 7·98%-ot tettek ki (197 eset); az ambulantiánkon jelentkező elmebetegek száma tehát 79-czel (körülbelül 40%) emelkedett. Természetesen sokkal nagyobb számmal szerepelnének az elmebetegségek, ha ezekhez az átmeneti formákat (hysteria, neurasthenia és epilepsia mulékony zavartsággal, rövid ideig tartó érzékcsalódással, kedélyi változásokkal és egyéb más, a psychosis felé hajló jelenségekkel) is beszámitanók, míg ezeket az idegbetegségek közé soroltuk. S épen ezen átmeneti kórformák száma nem lehet csekély, mert csupán a hysteria 703 és a neurasthenia 297 esettel, összesen tehát 1000 esettel (39·8%) szerepelnek; s épen e két kórformánál elég bőven fordulnak elő oly egyének, kiknek betegsége az imént jelzett okoknál fogva nem nevezhető egyszerü idegbetegségnek, hanem már az elmebaj s neurosis közötti átmeneti kórképnek minősíthető. Az egyes elmebetegségek előfordulását a következő táblázat mutatja:

búskomorság . . .	4 eset	aggsági elmezavar .	14 eset
dühösség (mania) .	3 „	kóros elmegyengeség (imbecillitás) . .	2 „
circularis elmezavar	2 „	alkoholos elmegyengeség (idült alkoholismus, delirium tremens) . . .	73 „
heveny zavartság .	10 „		
tébolyodottság . .	10 „		
heveny butaság (stupor). . . .	2 „	másodlagos (szerzett) butaság. . . .	2 „
nehézkóros elmezav.	6 „	veleszületett butaság	14 „
hysteriás „	16 „		
neurastheniás „	5 „		
terjedő hűdéses „	115 „		

Csak két körülményre óhajtunk röviden utalni: az egyik az alkoholismusnak rendkivüli elterjedtsége, s az ezen alapon fejlődött elmebetegségek nagy száma (73 eset = 26·6%); a másik a terjedő hüdéses elmezavarnak óriási számaránya (115 eset = 41·3%). E két betegség az ambulanter észlelt elmebetegeknek 67·9%-át teszi ki. A mi a paralysis progressivát illeti, ez nemcsak tetemesen meghaladja a mult évi eseteket (90 : 115 = 27·3%-nyi emelkedés), hanem fájdalom, újra beigazolta az előbbeni esztendő tapasztalatait,[1] hogy t. i. a paralytikusok legnagyobb része már a betegségnek oly előrehaladott stadiumában lett psychiatriai rendelésre utasítva, azaz az elmebetegség csak oly későn lett mint ilyen felismerve, hogy gondos szakszerű kezelés még a javulás reményével sem kecsegtethetett.

Az *idegbetegségek* összesen 1865 esetben, vagyis az újonnan jelentkező betegek 74·24%-ában fordultak elő; az úgynevezett functionalis idegbetegségek ismét a legnagyobb contingenst képezték, egyedül a hysteria és nerasthenia 1000 esettel, vagyis 39·8%-kal szerepelnek, a mi az idegbetegségek 53·6%-ának felel meg. Az egyes kóralakok szerint az idegbetegségek következőleg oszlanak meg:

I. Peripherikus bántalmak.

Trigeminus zsába	62	eset	ulnaris hüdés	4	eset
occipitalgia	3	„	radialis hüdés	12	„
arczideghüdés	45	„	ischias	38	„
arczideggörcs (tic convulsif)	14	„	meralgia paraesthet.	1	„
abducens hüdés	1	„	peroneus lob	4	„
glossopharyng. hüdés	2	„	torticollis	1	„
oculomotorius hüdés	1	„	n. dors. scapulae hüdés	1	„
plexus brachialis neuritis	22	„	polyneuritis	8	„
Erb-féle plexus brach. hüdés	1	„	irógörcs	6	„
			akroparaesthesia	1	„
			(rheumás fejfájás	98	„)

II. Gerinczagy betegségek.

Meningitis	1	eset	sclerosis later. amyotrophica	3	eset
pachymening. cerv. hypertrophica	1	„	tabes dorsalis	75	„
myelitis	6	„	Friedreich-féle betegség	2	„
meningomyelitis	8	„	combinált rendszer megbetegedés	1	„
spinalis eredetü izomsorvadás	3	„	syringomyelia	2	„
poliomyelitis	1	„	paralysis spinalis spastica	1	„
Little-féle betegség	2	„			
sclerosis lateralis	1	„			

III. Agyvelő betegségei.

Meningitis basilaris	4	eset	kezményei	16	eset
meningocele	1	„	polioencephalitis	1	„
agyvérzés	5	„	hydrocephalus chronicus	2	„
hemiplegia	9	„	epilepsia	121	„
hemiplegia inf. spast.	2	„	epileps. Jacksoniana	10	„
diplegia cerebralis spastica	2	„	bulbaerparalysis	3	„
agyrázkódás	4	„	sclerosis multiplex	3	„
agydaganat	9	„	lueses fejfájás	2	„
endoarteritis cerebr.	30	„	lues system. nervos.	8	„
encephalitis s követ-			Menière-f. betegség	12	„

IV. Vasomotorikus és trophikus zavarok.

Hemicrania	54	eset	Basedow-f. betegség	5	eset
egyéb reflectorikus fejfájás	30	„	hyperidrosis	1	„
hemiatrophia facialis	1	„	Raynaud-f. betegség	2	„
			asphyxie locale	1	„

V. Intoxicatiós neurosisok.

Idült ólommérgezés	9	eset	Idült alkoholmérgezés (l. elmebajok is)	67	eset
Idült nicotinmérgezés	1	„			

[1] Orvosi Hetilap, 1901. 7. szám.

VI. Functionalis idegbetegségek.

Chorea minor	26	eset	villámcsapás következménye	1	eset
chorea chronica	2	„	hysteria simplex	647	„
refl.-epilepsia (taenia)	4	„	hysteria major	22	„
tremor essentialis	6	„	hysteria virilis	22	„
vertigo (kivéve v. auricularis)	10	„	chorea hysterica	12	„
tetania	8	„	neurosis traumatica	17	„
paralysis agitans	11	„	neurasthenia	297	„

* * *

Az 1901. év folyamán észlelt érdekesebb s egyebütt nem közölt esetek közül a következőket tartjuk rövid ismertetésre méltónak:

1. Ponsglioma. (Bonczlelettel.)[1]

B. L. 9 éves tanuló, nem terhelt egyén, szüleinél lues ki nem mutatható. 1901. május havában jelentkezett, előadván, hogy jelen bajáig teljesen egészséges volt; nervosus panaszai sohasem voltak. 1901. februárjában játszás közben egy pajtása könnyen fejbeütötte, mely ütés folytán eszméletlenül összeesett s fejével (bal falcsont) nekiesett egy padnak, de sérülést absolute nem szenvedett. Felocsudván eszméletlenségéből, maga volt képes hazamenni, de heves, occipitalis fejfájásai voltak; ezeknek állandósulása mellett rövid idő mulva jobb testfelének gyengülését érezte, mely néhány nap alatt teljes jobboldali hemiplegiába ment át. Ezzel párhuzamosan kettős látás s a bal szemgolyónak befelé való fordulása fejlődött ki. Ezen állapot május haváig nem változott. Áprilisban néhány perczig tartó hányinger után, nem Jackson-jellegü, epilepsiás roham mutatkozott, eszméletlenséggel, általános convulsiokkal, szájhabzással, 3—4 percznyi tartammal; roham után mulékony tarkómerevség mutatkozott, s május havában beszélési s nyelési nehézségek. A beteg panaszát főleg a heves fejfájás képezte.

Jelen állapot. A beteg egy normális fejlődésü gyermek, kinek koponyája deformatiot nem mutat. A bal külső hallójárattól 11 cm.-nyire fel- és 2 cm.-nyire előrefelé egy körülbelül 3 cm.-nyi keskeny, egyenes, sekély csonthorpadás tapintható, melyet ép, szabadon mozgatható bőr fed, s mely ütögetésre nem fájdalmas. Pupillái középtágak, egyenlőek, elég jól reagálnak. A bal abducens teljesen hüdött, bal szemgolyó a belső szemzugig fordult; a jobb abducens paretikus. A jobb facialis középső ága feltünően visszamarad, a nyelv jobbra deviál, lágy szájpad jól emelődik. A jobb felső végtagot a vállizületben a törzshöz addukálva, könyökben flectálva tartja; a kéz a keztőizületben erőtlenül lóg le, az ujjak erősen be vannak hajlítva; kéz és ujjak activ extensioja nem lehetséges; igen korlátolt activ mozgathatóság a könyökizületben, s teljesen hiányzó a vállizületben. A passiv mozgathatóság csak bizonyos tonus leküzdése után eszközölhető. Összes reflexek a jobb felső végtagon spastikus fokozódást mutatnak. Nem ily nagymérvü a jobb alsó végtag bénulása, hol főleg a láb extensorai hüdöttek; a láb a bokaizületben erőtlenül lóg le, járás spastikus. Térdreflex jobb oldalon spastikusan fokozott, lábclonus és Babinski-féle jel azonban nem mutathatók ki. Az érzőkörben zavarok nincsenek. Pulsus 96. Szemészeti lelet: látás jobb oldalon teljes, bal oldalt 1/3 (excentrikusan); mindkét papilla szürkésvörös, elmosódott határú, erősen kiemelkedő, a venák teltek, kanyargósak.

Minthogy betegnél közvetlenül egy — bár kisfokú — fejtrauma után jobboldali hemiplegia, a bal abducensnek s hypoglossusnak hüdése s paresis a jobb abducensben s jobb középső facialis ágban fejlődött ki; s miután az utóbbi időben nyelési nehézségekre, s később egyes basilaris meningitisre valló tünetek (hányás, mulékony tarkómerevség) mutatkoztak: anatomiai substratumként egy a bal hídfél táján székelő basilaris vérzést vettünk fel.

A betegnél az állandóan fokozódó agynyomás tünetei miatt trepanatiot tartottunk indokoltnak, miért is az I. számú sebészeti klinikára vétetett fel; május utolsó napjaiban gyakori hányás s heves fejfájás; junius 2-dikán és 3-dikán általános convulsiok-

[1] Bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályában, 1902. január hó 20-dikán.

kal járó epilepsiás rohamok, melyek 3-dikán különösen gyakran jelentkeztek; beteg comatosus, bal testfelét hirtelenül fellépő erythema lepi el; több órai vizeletretentio után incontinentia jelenségei. Junius 4-dikén az agynyomás csökkentése czéljából trepanatio (Prof. Dollinger): behatolás Wagner-féle osteoplastikus lebenynyel a bal halántéki tájon; a csontlebeny lehajtásakor a dura igen feszesnek bizonyult, átmetszésére a seb önmagától széttárul, s rajta az agyállomány előretódul. Bemetszés a legfeszesebb gyrusok egyikébe körülbelül 1½ cm.-nyire, nehezen csillapítható, elég bő (50—60 gm.) vérvesztés. Műtét alatt a feszülés tetemesen csökken, a bal egészen befelé fordult szemgolyó néhány millimeterrel kifelé zökken. Hogy az agynyomás újból ne fokozódjék, a seb nem lett bevarrva, csupán könnyen bekötve. Műtét után a pulsus 120-ra, s délután 180-ra emelkedik, beteg öntudatlan; éjjel Cheyne-Stokes-féle légzés, hajnalban exitus letalis.

A bonczolás, mely — minthogy sérülés ment előre — rendőri volt, csak junius 8-dikán lett megejtve. A bonczjegyzőkönyvből kiemeljük, hogy a koponya semmi sérülésnek nyomát sem mutatja, s szó szerint idézzük az agy leirását: „A lágy agyburkok igen vérszegények, a gyrusok igen szélesek, a barázdák keskenyek, az agyacssátor erősen megfeszült. A híd bal fele egy körülbelül 4 cm. széles, 5 cm. hosszú s ¾ cm.-nyire előemelkedő daganattá alakult, mely a baloldali agyacsszárakat teljesen fedi és az agyacs oldalsó részére is ráhajlik. Ezen daganat egyenetlen, dudorzatos felületü, részint velősen lágy, majdnem pépes, részint májtömött és felületén halvány szürkés-vörhenyes alapozás mellett egyes halvány kénsárga szigetek láthatók. Hátrafelé a daganat a bal olajkát majdnem teljesen befedi, a középvonal felé a rapheig, mellfelé az agyszárak hátsó végéig terjed. Jobbfelé a felület lebenyzettnek mutatkozik. Az agy igen vérszegény, gyomrocsai tágultak, tiszta savót tartalmaznak". . . Bonczolási diagnosis: Glioma pontis.

A klinikai diagnosis a bonczlelettel topographice teljesen megegyezett, a mennyiben klinikailag is egy a bal hídfél táján székelő vérzést vettünk fel és pedig egy nagyobb vérzést a kiterjedt laesio és a nagy agynyomás miatt; igaz ugyan, hogy az előrement kisfokú trauma csak nehezen magyarázhatna oly kiterjedt vérzést, de a bonczolás alkalmával kimutatott daganat nem volt felvehető, mivel a trauma megtörténtéig hiányzott minden agydaganatra vagy más agybeli folyamatra valló jel. S ez újból beigazolja ama, főleg a kórboncznokok által ismételten észlelt tapasztalatot, hogy agyglioma éveken át fennállhat, a nélkül, hogy bárminemű tünetet okozna, míg végül egy magában véve minimalis, alig számbajöhető fejtrauma a hüdési tünetek rohamos kibontakozását vonja maga után; ezen trauma az amúgy is edénydús és vérszegény tumorban vérzést idéz elő, s eme vérzés folytán lesznek az egész daganat okozta tünetek észlelhetők. Esetünket is úgy fogjuk fel, hogy a ponsglioma évek — talán születés — óta latensen létezett, s csak a kis fejtrauma volt a klinikai tünetek nyilvánulásának előidézője. Makroskopice ez esetben vérzést ugyan nem constatálhattunk, de talán kideríthető lett volna górcső alatt, azonban a nagyon is előrement rothadási folyamat miatt az agyvelő szövettani feldogozásra alkalmatlan volt. Esetünkben az epilepsiás rohamokat nem tudhatjuk be valamely corticalis laesionak, mert ilyen — legalább makroskopice — kimutatható nem volt, s mert a rohamok nem is birtak Jackson-typussal; csak az általános fokozott agynyomás következményének minősíthetjük, mi mellett az is szól, hogy az első roham két hónappal a fejtrauma s a hüdési tünetek teljes kibontakozása után csak akkor lépett fel, mikor az agynyomás már nagy fokban ki volt fejlődve.

2. Conjugalis tabes dorsalis.

Egy önálló közlemény[1] keretében alkalmunk volt három eset kapcsán a házastársaknak tabesével, s eme conjugalis megbetegedés összefüggésével, a férj vagy feleség syphilisével foglalkozhatni. Ama közlemény megjelenése óta egy új esetet észlelhettünk a klinika ambulatoriumában, melyet e helyütt röviden ismertetünk.

a) V. T. 43 éves, nős szobafestő, családjában ideg- és elmebajok gyakran fordultak elő; atyja két izben szenvedett apoplexiát. 26 éves korában luest aquirált, utána energikus schmier-kúrát kapott. Három évvel később megnősült, neje két izben lett gravida, de mindkét graviditas abortussal fejeződött be. Két év óta lancináló fájdalmai vannak alsó végtagjaiban, melyek huzamos járás után s időváltozáskor fokozódnak; talpaiban hangyamászás érzése s időnként fájdalmas zsibbadásai vannak; járása bizonytalan lett, lábait nehezeknek érzi, igen hamar izzad, egész testét verejték lepi el; látása gyengült, könnyen izgatott lesz. Övérzés, vizelési zavarok, kettős látás, feledékenység, beszédzavar nem mutatkozott. A jelen állapotból kiemelendő: pupillái kissé szabálytalan alakúak, a bal jól, a jobb igen renyhén reagál. Járásnál mérsékelt ataxia, csukott szemmel kissé inog. Térdreflex s Achillesínreflex jobb oldalt nehezen, s csak nyomokban váltható ki. Mindkét talpon hypaesthesia.

b) Neje, V. T.-né 34 éves, évek óta vitium cordisban szenved, mely azonban még nem lépett az incompensatio stadiumába. Egy év óta vannak lancináló fájdalmai az alsó végtagokban és vizelési nehézségei: sürű, fájdalmas inger, kiürítési képtelenséggel, mely órákig tart; fejfájásokon kivül talpparaesthesiákról panaszkodik. A jelen állapotból megemlítjük: bal pupilla tágabb, fénymerev, a jobb szük s fényre igen renyhén reagál; mérsékelt Romberg-féle jel; térdreflex bal oldalt fokozott, jobb oldalt alig váltható ki. (Ezenkivül tachycardia, systolikus zörej a szívcsúcs felett.)

Ezen házaspárnál úgy a férj, mint a nő tabese még nem nevezhető typikus kórképnek, s csak a kezdő tabes dorsalisnak felel meg, de mindkettőnél az evidens luetikus előzmény, a typikus subjectiv panaszok s az objectiv jelek (melyek főleg a férjnél mutatják a ritkább féloldali megjelenést) feljogosítanak a tabes diagnostizálására. A mi az infectio és az első tabestünetek fellépése közötti időt illeti, ez mindkét házastársnál egyenlőnek mondható: a férjnél s nőnél körülbelül 14 év.

Jelen esetet a már idézett közleményben foglaltakhoz számítva, összesen 28 tabeses házaspárból vonhatjuk következtetéseinket a lues szerepére vonatkozólag, s az akkor közölt adatok ezáltal csak annyiban módosulnak, hogy az esetek 96·8%-ában mutatható ki a lueses előzmény.

3. Psychosexualis hermaphrodisia.

Krafft-Ebing szerint az ellentétes nemi érzés („conträre Sexualempfindung" Westphal) klinikailag s anthropologiailag különféle fokozatot mutathat és pedig:

a) túlnyomó homosexualis nemi ösztön mellett heterosexualis ösztön nyomokban fennállhat (psychosexualis hermaphrodisia);

b) fennállhat kizárólagos vonzalom a saját nemhez (homosexualitás);

c) az egész lelki élet az ellentétes nemi érzésnek megfelelően átalakul (effeminatio, virginitas);

d) a testalkat ama nemnek megfelelően alakul, melynél a kóros érzés a tulajdonképen rendes ösztön lenne, a nélkül, hogy anatomiai hermaphrodisia léteznék, avagy átmenet ilyenhez (gynandria, androgynia).

Hogy ezen ellentétes nemi érzések csupán terhelt, beteg egyéneknél lépnek fel, az természetes, hisz eme érzés maga csupán beteg psychének nyilvánulása.

A leirandó eset Krafft-Ebing szerint teljesen megfelel a homosexualis hermaphrodisiának, mert a másik nemmel való érintkezés fennáll ugyan, de minden vágy és kéjérzet nélkül, ellenben teljes nemi kielégítést s lelki megnyugvást csak a saját nemmel való érintkezés eredményez.

B. G. 38 éves, baptista vallású, nős, jelenleg foglalkozás nélküli egyén; családjában idegbajosok és elmebetegek elég gyakran voltak, de eme részleteket legbehatóbb kikérdezés daczára sem akarja megmondani. A beteg maga egy degenerált egyén benyomását teszi; alacsony termetü, koponyája dudorzatos, homloka alacsony, erősen előredomborodó, járomívei szélesek, arcza assymetriás; fülei elállók, a hiányosan fejlett fülczimpa le van nőve; fogai szabálytalan állásúak, egyformán nagyok. Jobb facialisának gyengeségén és finom kéztremoron kivül physikalis eltérés nála nem található; nemi szervei deformatiot nem mutatnak, penise a rendesnél nagyobb méretü; végbele normális alkatú. Egész magaviselete tartózkodó és bár spontan jelentkezik rendelésünkön, betegségét csak beható s hosszadalmas kikérdezés után, s akkor

[1] A házastársak tabeséről. L. Orvosi Hetilap, 1901. 44. sz.

is vonakodva mondja el. Mozdulatlanul ül földre szegzett tekintettel, a vizsgáló tekintetét kikerüli, nem néz senkire és semmire; hangja monoton, beszédében semmi affectusnak nem ad kifejezést. Válogatott szavakkal beszél s az obscön kifejezéseket kerüli.

Előadását általános panaszokkal (fejfájások, szívtáji paraesthesiák, megőrüléstől való félelem) kezdi, s csupán energikus kérdezés után hajlandó kedélyállapotát feltárni. Ő kedélyileg beteg, baját bánatnak, sikertelenségnek tulajdonítja: szellemileg, anyagilag s szerelmileg eredménytelenül küzdött egész életén át, s ez törte meg akaraterejét. Szerény viszonyok között élt, apja szegény munkás volt; csak két évig járt falusi iskolába s ekkor már önmagára volt utalva, saját munkájával kellett magát fentartania. Kora gyermekkorától fogva a „nagyobb tudás“ vonzotta, s a mennyire viszonyai megengedték, olvasott, önmagát képezte: de az anyagi élet gondjai, a létért való küzdelem, lenyügözték szellemi törekvéseit s így nem érhette el az értelmi tökélynek ama fokát, melyet elérni óhajtott. Ebben áll szellemi törekvéseinek eredménytelensége. És a midőn az anyagi élet gondjai úgyis lefoglalták, legalább anyagi előnyökre törekedett, de itt is hajótörést szenvedett. Szorgalmas munkával szerzett magának kis pénzt, de ezt mindig elvesztette; végül sikerült egy nagyobb összeget megtakarítania, s ekkor egy kaucziószédelgőnek esett kezeibe s egy csapásra elveszté munkájának gyümölcsét. Ez az anyagilag eredménytelen küzdelme, mely végkép megtörte.

Szerelmileg eredménytelen küzdelme pedig abban áll, hogy ő neki „az érzelmi világban aberratioi“ vannak, melyek ellen évek óta sikertelen küzdelmet folytat. Már zsenge gyermekkorban csak fiúkhoz vonzódott; egy szép férfiarcz önkénytelenül belevésődött emlékzetébe s éjjel-nappal lebeg szemei előtt, végtelen szerelemmel gondol az illetőre s nem egyszer előfordult, hogy csak az illetőnek látása, messziről való követése lelki megnyugvást szerzett neki s a teljes boldogság érzetével töltötte el. Minthogy eme vonzalma mindinkább fokozódott és ő ennek visszás voltát csakhamar belátta, minden erejével szabadulni óhajtott: már 13 éves korában kezdte az önfertőzést s ezt azóta majdnem naponta üzi. Onania kéjérzettel jár ugyan, de utána nem érez semmi megnyugvást, söt undort önmaga iránt. De azért ezen szokásától nem bir szabadulni. Látva, hogy a férfiak iránti vonzalma az onania által nemcsak hogy nem csökken, de fokozódik s mivel az onania főleg akkor járt kéjérzettel, ha közben egy szép férfiarczra gondolt: azt remélte, hogy a rendes coitus cum femina eme „aberratiojától“ el fogja terelni. Első coitusát 19 éves korában végezte, de kéjérzet és megnyugvás nélkül. Ujból az onaniában keresett kielégítést, de ekkor már mindinkább felébredt benne ama vágy, hogy férfiúval lépjen nemi érintkezésbe. Ekkor egy kilenczéves fiúba lett szerelmes, de ezt még nem merte a nemi ösztön kielégítésére felhasználni; ha azonban a fiúcskát látta, heves nemi izgalom vett rajta erőt, s ha a fiút látva önfertőzést üzött, akkor igazi kéjt érzett. Nemsokára megismerkedett egy férfiúval, a ki hasonló érzelmű volt, mint ő, egymást csakhamar megértették; és eme barátja volt az első férfiú, kivel nemi érintkezésbe lépett. Ezt akként végezték, hogy ágyba feküdtek, s ő barátjának nemi részeit fogdosva, ejaculatioval egybekötött kéjérzetet érzett. Vajjon a másiknál is bekövetkezett-e az ejaculatio, azt nem tudja, ezzel nem is törődött. Nála ez volt az első, igazi, teljes nemi kielégítés. De ezt a barátját csakhamar megunta, másokat keresett, s elég bőven talált is. Egy barátjával csak egyszer, legfeljebb kétszer lépett érintkezésbe, mert „szégyenét eltakarandó“, idegen egyének ismeretségét kereste. Az érintkezés férfiakkal rendesen a leirt módon történt, volt azonban olyan is, hogy az immissio és frictio a másik czombjai között történt az ejaculatio bekövetkeztéig; paederastia csak egy izben történt, és pedig egy új barát csábítására ő a passiv szerepre vállalkozott. De ezen mód annyira megutáltatta vele a homosexualis érintkezést, hogy ezt végkép fel akarta hagyni. Megjegyzendő, hogy eme érintkezés hol naponként, hol hetenként történt, de e mellett naponként üzte az onaniát.

Beteg ekkor — 25 éves korában — nemi életének egy új phasisába lépett. Megnősült, hogy a rendes nemi életet folytassa. Nejével jól élt, azzal — különösen az első években — naponként közösült, s vele hat gyermeket nemzett; a coitusnál neje teljes nemi kielégítést érzett, de nem ő; az aktust minden kéjérzet nélkül végezte, s csakhamar újból visszatért az onaniához. De ez sem elégítette ki, emlékében éltek a homosexualis érintkezés gyönyörei, s új férfibarátokat keresett, kikkel az érintkezést a régi módja szerint üzte, e mellett azonban — „felesége kedvéért“ — a rendes coitust sem kerülte és az onaniát is folytatta. Ebben a hármas nemi életben beteg tulajdonképeni kielégítést csak a homosexualis érintkezésben tapasztalt, az onania kéjérzéssel járt ugyan, de nem elégítette ki; a rendes coitust utálta, ez nem nyujtott neki semmi élvezetet, az ejaculatio kéjérzet nélkül történt, s csak neje kedvéért folytatta.

Nemi életének eme stadiuma körülbelül 10 évig tartott. Ekkor az utczán meglátott egy férfiút, a ki iránt határtalan szerelmet érzett; nem beszélt vele sohasem, de megelégszik azzal, hogy azt lássa: ekkor is már eddig ismeretlen boldogság szállja meg. S ezen naptól fogva elhagyta a coitust cum uxore, homosexualisan csak szórványosan érintkezik; egyedüli élvezete csak az onania, melyet a szeretett férfiúra gondolva üz, s jelenleg ez nyujt neki teljes kielégítést.

TÁRCZA.

Than Károly negyvenéves tanári jubileuma.

A budapesti egyetem tanácsa május hó 31-dikén tartott ülésén elhatározta volt, hogy az egyetem egyik diszének, *Than Károlynak* rendes tanársága negyvenedik évfordulója alkalmából ünnepélyt rendez.

Az ünnepély, melyet különösen a külföldi főiskoláktól érkezett számos üdvözlő irat tesz emlékezetessé, junius hó 15-dikén folyt le a központi egyetem disztermében, a hol az egyetem négy karának tanárain és hallgatóin kivül nagyszámú előkelő közönség, élén a közoktatásügyi miniszterrel, jelent meg az ünnepelt tiszteletére.

Az ünnepély azzal kezdődött, hogy a tanács teljes díszben, az egyetem jelvényeivel bevonulván, *Vécsey Tamás* e. i. rector magnificus megnyitotta az ünnepélyes közgyülést; üdvözölvén a vallás- és közoktatásügyi minister, az egyetemi tanács és a közgyülés tagjait, valamint a megjelent vendégeket, felolvastatja az ülés napirendjét, majd a prorectorból és négy prodékánból álló küldöttséget menesztett az ünnepelthez azon kéréssel, hogy az ünnepélyes közgyülésen megjelenjék.

Ez megtörténvén, a rector röviden vázolta az ünnepelt 40 évi tanári működését, majd a négy dékánnal az ünnepelthez ment és az egyetem nevében átadta neki a tanács díszes kiállitású üdvözlő iratát, melynek szövege a következő:

Méltóságos Úr!
Szeretve Tisztelt Kartárs!

Több mint egy emberöltőn át kifejtett tevékenységed nagy jelentőségű a haza culturtörténetében, mert a szellemi kincseket, melyekkel a gondviselés megáldott, ihletett buzgalommal és fényes eredményekkel szentelted a magyar legfelsőbb oktatás fejlesztésére és a tudományos szinvonal emelésére, úgy hogy a művelt világ előtt ismert *Neved* a magyar vegytani tudomány elsőrendű képviseletét jelenti. Kutató szellemed megindította a *magyar vegyészeti búvárkodást;* nagybecsű műveid megteremtették a *magyar chemiai irodalmat;* szervező talentumod emelt *egy oly modern chemiai intézetet*, mely a művelt külföldnek is mintául szolgált, s a mely hajlékban *erős magyar chemiai iskolával* ajándékoztad meg nemzetedet.

Ez iskola az *általad* oly sokszor és annyi lelkesedéssel hirdetett tanitási és tanulási szabadság éltető levegőjén fejlődött és a chemiai tudományoknak számos buzgó hirdetői közt oly oszlopos művelőket is képezett, minő Lengyel Béla dr. s Ilosvay Lajos dr., a Te jeles tanítványaid.

A tanitási és tanulási szabadság iránti lelkesedésed a legszentebb meggyőződésből táplálkozik; az Akademia és az egyetem *Tőled* hallotta a legszebb magyarázatát és apologiáját az 1848. XIX. t.-cz.-ben szentesített tanitási és tanulási szabadságnak. Hogy is ne lelkesedtél volna *Te* az 1848 legbecsesebb szellemi ajándékáért, midőn a *hazaszeretet Téged* még mint alig felserdült ifjút a szabadságharcz csatamezőjére szólitott, a hol fegyverrel is védted a „Negyvennyolczat“. Ennek már ötvenhárom éve, s Te nyugodt lelkiismerettel, nemes büszkeséggel tekinthetsz vissza mindarra, a mit azóta végeztél, hatottál és alkottál. Mig Te *Bunsentől* tanultál, azalatt Bunsen is tanult *Tőled*; maga mondta Eötvösnek, hogy *Te* benned becsülni tanulta a magyar észt, jellemet és komoly törekvést.

Az Alma Mater már 40 évvel ezelőtt is méltányolta érdemeidet, midőn nyilvános rendes tanári székre hozott javaslatba. Érdemeidet méltányolta akkor is, a midőn a bölcsészettudománykari dékáni tisztséget és az Egyetem rectori méltóságát ruházta *Rád*. Érdemeidet méltányolja most is, a midőn ötödik tanári decenniumod küszöbén a Te tiszteletedre ünnepélyes közgyülést hivott egybe, melynek megnyilta előtt a Szentegyházban Te Deumon fejeztük ki hálánkat az Egek Urának nemcsak azért, hogy az 1901—1902. tanévet befejeztük, hanem azért is, hogy azt a *Te* közreműködésed mellett fejezhettük be.

A gondviselés kedvezését a jövőre is kérve kérjük, hogy *Téged*, a magyar vegyészeti tudomány teremtő atyját, számunkra őrizzen és sokáig

tartson meg, a ki Egyetemünk történetét örökké emlékezetes névvel ékesítetted fel.

A hálás Alma Mater örömünnepet ül, mert szaktudományod szeretetét az egyetem szeretetével párosítva, annyi ezer és ezer törekvő tanítvány hűségét, hálaját és szivét biztositád a facultásoknak. A szerető tanítványok *Nevedet* széles e világon ismertté tették; dicsőségedet az Alma Mater dicsőségével forrasztották össze.

Sok ily magyar tudós tanárt adjon a magyar hazának a magyarok Istene!

Ez örömünnepünkön együtt látod tisztelőidet, barátaidat, tanártársaidat, régi és új tanítványaidat, az államhatalom tanügyi letéteményeseit, szóval: mindenkit, kinek megjelenése *Előtted* kedves, mert hiszen meghivtuk mindazokat a kik az Alma Materrel szellemi rokonságban vannak.

Bőven reá szolgáltál, hogy a haladó idő kerekét egy pillanatra ily fényes ünnepséggel állitsuk meg, melyen nemcsak benső örömmel, hanem külső fénynyel is igazoljuk azt, hogy *Than Károly* dr. érdemeit a magyar közoktatásügy legfelső foruma és a magyar [társadalom őszinte méltatásban tudja részesiteni.

Fogadd tőlünk szivesen ez *üdvözlő iratot*, gazdag érdemeidnek e szerény apotheosisát. Elhoztuk *Neked* az Egyetem czimerének két ékességét is, melyet dicső emlékű Mária Terézia királynő adományozott az Alma Maternak: „et exornat hinc *Laurus*, ac inde *Oliva* utrinque virens". A *babérra* nemzeti szellemtől áthatott kiváló tudományos tevékenységed tesz méltóvá; az *olajágat* tanártársaid, barátaid és tisztelőid szeretete nyujtja.

Annak az örömére pedig, hogy az isteni gondviselés kegyelméből a négy decennium után is mint tudós és mint tanár vezérként állsz előttünk: meghajtjuk *Előtted* az Egyetem történeti multú *zászlaját*.

Isten éltessen, Isten tartson közöttünk soká, igen soká!

Kelt Budapesten, 1092. évi junius hó 15-dikén, a kir. magyar tudományos egyetem rendes közgyüléséből.

A kir. magyar tud.-egyetem rectora: Dr. *Vécsey Tamás* s. k. udvari tanácsos.

Az üdvözlő iratban emlitett babér- és olajágat az egyetem két nőhallgatója nyujtotta át az ünnepeltnek, a ki meghatottan köszönetet mondott a megtiszteltetésért, mire a rector felolvasta az érkezett üdvözlő iratokat és táviratokat. Ilyeneket küldtek külföldről a következő egyetemek: Bécs, Czernowitz, Grácz, Innsbruck, Krakó, Lemberg, Giessen, Halle, Jena, Lipcse, Strassburg, Páris, Lyon, London, Cambridge, Oxford, Brüssel, Amsterdam, Löwen, Bern, Freiburg, Genf, Lausanne, Catania, Messina, Padua, Pisa, Stockholm, Christiana, Charkow, Jurjew (ezelőtt Dorpat), Odessa, Jassy, Belgrád; a technikai főiskolák közül a bécsi, brünni, gráczi, mindkét (cseh és német) prágai, aacheni, braunschweigi, karlsruhei, stuttgarti; a cseh akademia és vegyészek, az osztrák vegyészek egylete, a göttingeni chemiai társulat, a bonni egyetem chemiai intézete; Beckmann, Gabba, Hantzsch, Güntl, Landolt, Ostwald, Wislicenus tanárok. Belföldről a zágrábi egyetem, a biharmegyei orvos-természettudományi egylet, a debreczeni és miskolczi gyógyszerésztestület, számos középiskola, továbbá Darányi Ignácz, Láng Lajos, Kállay Béni, Berzeviczy Albert, Zsilinszky Mihály és még sokak részéről érkeztek üdvözletek.

A rector ezután felkérte a kiküldötteket, hogy legyenek szivesek megbizatásuknak megfelelni. A kolozsvári egyetem nevében *Fabinyi Rudolf*, a műegyetem nevében *Ilosvay Lajos*, a Magyar tudományos akademia nevében *Szily Kálmán*, a természettudományi társulat nevében *Wartha Vincze*, az országos középiskolai tanáregyesület nevében *Beőthy Zsolt* üdvözölte. Ezután a budapesti kir. orvosegyesület nevében *Tauffer Vilmos* tanár a következő beszédet intézte az ünnepelthez:

Szeretett Tanártársunk! Mélyen Tisztelt Mesterünk!

A budapesti kir. orvosegyesület, hazánk ez első tudományos orvostestülete nevében üdvözöllek ez ünnepi alkalommal és úgy vagyok meggyőződve, hogy hazánk 4000 orvosának érzését fejezem ki, a mikor e perczben szavaimat Tehozzád intézem.

Orvosi képzettségünk, tudományos orvosgyakorlatunk egyik legfontosabb alapját azon vegytani ismeretek képezik, a melyeket a most élő magyar orvosi nemzedék legnagyobb részt a Te tanításodból meritett.

Az a szellemsugár, mely Tebelőled hatolt át mibelénk, a mikor természettudományi alapokon való gondolkozásra tanitottál, állandó szellemi kapcsot teremtett közöttünk és közötted az egész életre. Csodáljuk benned a nagy tudóst, bámuljuk kifogyhatatlan munkaerődet és szeretjük benned a tanárt és a jóakaró barátnak nemes mintaképét.

Tudjuk, hogy az orvostudományok művelése hazánkban 40 év előtt bölcsőjében volt; de tudjuk azt is, hogy ha ma Európa tiszteletét e téren is birjuk: úgy ezt nagy részben a Te szellemednek, a Te valódi tudós egyéniségednek, a Te nagy és tudományos eredményekben gazdag munkásságodnak köszönjük.

A kir. orvosegyesület büszke Tereád és hálás Teneked, mert tudja, hogy ethikai értéke tagjainak ethikai értékén alapszik és mert tudja, hogy a Te szellemi nagyságod 41 éven át folyton folyvást forrása volt a saját erkölcsi emelkedésének.

E hálás egyesület nevében és 4000 magyar orvos érzését fejezve ki, üdvözöllek szeretett mesterünk és kivánok neked: testi és szellemi frisseséget, munkaerőt és a munkában örömet még számos éven át, családod boldogságára, a tudomány hasznára, egyesületünk büszkeségére, barátaid és tanítványaid örömére.

Isten éltessen! sokáig, igen sokáig!

Ezután még a magyaróvári gazdasági akademia kiküldöttje, *Kosutány Tamás*, továbbá a régi tanítványok nevében *Nuricsán József*, a bölcsészetkari assistensek és jelenlegi tanítványok nevében *Buchböck Gusztáv*, az orvoskari adjunctusok és assistensek nevében *Vámossy Zoltán* mondották el üdvözlő beszédüket, mire az orvostudományi kar dékánja, *Bókay Árpád* szólott következőképen:

Mélyen tisztelt és őszintén szeretett Tanártársam!

Az orvosi facultás nevében és megbizásából szólok Te hozzád, hogy tolmácsoljam mindazt, a mit e ritka ünnepen a facultás minden tagja érez.

Nagy érdemeidet az orvosi oktatás körül a millenniumi ünnepnapok alkalmával a legnagyobb ajándékkal óhajtotta a kar megköszönni, a mit csak adhat, kari diszdoktorrá avatott fel Tégedet, mint egyetlent hazánkban, kit érdemesnek itélt, hogy külföldi diszdoctorai, egy Virchow, egy Lister, egy Baccelli és egy Retzius mellé állitson.

A mai napra egyebünk nem maradt, hogy ide hozzuk számodra ünnepi ajándékul, mint meleg szivünk. Fogadd el azt tőlünk s ha megnézed mi van benne, ott fogod találni az inductiv gondolkozás nagy mestere iránti mély hódolatot, a páratlan kötelesség-tudás iránti végtelen tiszteletet, mindnyájunkra mindig kisugárzott szeretreméltóságodat viszonzó meleg baráti szeretetet s a tanítványi forró hálát, mert hiszen kortársadat, Korányi Frigyest kivéve, 3 tanári generationk, mi mindnyájan ültünk előtted az iskolapadon.

Kérlek, tartsd meg szivünket. A benne levő érzelmek nem változtak soha 80 semesteren át, de nem változnak meg ezután sem, hacsak nem úgy, hogy ha lehet, még gyarapodnak. Csak egy kérésünk van Hozzád: maradj nekünk az, a ki eddig voltál. Az Ég áraszszon el Tégedet mindennel, a mi életedet be tudja aranyozni.

Végül még a bölcsészettudományi kar nevében *Medveczky Frigyes* dékán üdvözölte, mire az ünnepelt nagy figyelem közepette a következő nagyszabású, tartalmas beszéddel válaszolt az üdvözletekre:

Nagyméltóságú Minister Úr!
Méltóságos Egyetemi Rector úr!
Tekintetes Egyetemi Tanács!
Mélyen Tisztelt ünneplő Gyülekezet!

Jól tudom, hogy a mai fényes családi ünnep nem csupán személyemet, hanem koromat, állásomat, és főképen azt az ügyet illeti, melyet egy életen át hűségesen törekedtem szolgálni. De egyszersmind a legnagyobb megtiszteltetésnek tartom azt a kitüntetést, melyben az Önök jósága ma engemet részesit. Érdemeimet messze túlhaladja a fényes elismerés, melyre a négy évtizedre terjedő kötelességteljesitést kegyesek voltak ez alkalommal méltatni. Annyira meghat ez engem, hogy megilletődésemben nem találom meg a kellő szavakat érzelmeim, örömem és hálám méltó kifejezésére. Ez annyival nehezebb, mert az ilyen ünnep, bármennyire magasztos és felemelő rám nézve, egyszersmind az emberi törekvések mulandóságának elegikus érzetét ébreszti fel bennünk. Önkéntelenül emlékeztet azon időpont közeledésére, melyben együttes közreműködésünktől megválunk és földi hivatásunkat végleg befejezzük.

Hogy ez az ünnepélyes elismerés érdemeimet túlhaladja, nem álszerénységből mondom. Hosszú időn át egyszerűen kötelességemet iparkodtam a tanitás és tudomány művelése terén tőlem telhetőleg teljesiteni, és ez által hazámat tisztességesen szolgálni. Nem szégyenlem bevallani, hogy ezt az önzésnek egy nemével tettem. Mindig jobban szerettem, ha mások a lekötelezettjeim, mint megforditva. Természetemben rejlik, hogy a jónak és nemesnek felismert czélra irányzott kötelesség teljesitése, az erkölcsi megelégedés és megnyugvás jótékony érzetét varázsolta bennem mindig elő. Ebben találtam fáradozásaimnak mindenkor legkielégitőbb erkölcsi jutalmát. Ennek köszönhetem nagyrészt, hogy életem kevésbbé izgalmas és inkább higgadt volt, valamint részben talán azt is, hogy munkaképességem koromhoz képest elég jó.

Ha ezen psychologiai motivumok ellenére mélyen Tisztelt Barátaim, a rám bizott feladatok végzésében és a kötelesség egyszerű teljesitésében *a jó szándékot, a szellemi munka fenköltségének tiszteletét és az ebből eredő kitartást*, hazánk culturalis érdekei iránt való lelkesedést, kartársaim és a tanítványaim irányában mindenkor érzett nagyrabecsülésemet, továbbá a hiú nagyravágyás és az irigy féltékenység mellőzését, ha mindezeket, mondom, különös érdemnek tekintik: akkor a Rector úr Ő Méltóságától annyira ékes szavakban tolmácsolt kitüntető elismerésüket hálával és köszönettel elfogadom. Ezt annyival nagyobbra becsülöm, mert a legilletékesebb helyről, és tudom, hogy a legtisztább forrásból ered. Ennél megnyugtatóbb jutalom a tanitás és tudományművelés egyszerű munkását alig érheti.

Ezelőtt 42 évvel, 1860-ban, mikor Felséges Urunk legmagasabb elhatározásából édes anyanyelvünk tanintézetünkön jogaiba visszahelyeztetett, mint a bécsi egyetem akkori magántanára, 25 éves ifjú koromban léptem át először a tudomány e magasztos csarnokának küszöbét. Ez első lépés, miként a mai nap, örökké felejthetetlen marad rám nézve. Mert mindenkor hálaérzettel tölt el a visszaemlékezés azon szíves fogadtatásra, melyben akkor itt későbbi kartársaim részesitettek. E nagy idők eszményies hazaszeretetétől áthatva, a nagyérdemű bölcsészeti kar akkori tagjai engemet, a csaknem ismeretlen ifjút, boldog emlékezetű Wertheim Tivadar tanszéki elődömnek egyszerű szóbeli ajánlatára meleg szeretettel és buzdító támogatással fogadtak kebelükbe mint helyettes tanárt. Ez életem fordulópontját alkotta és további fejlődésemet döntőleg befolyásolta. Ebből indult ki az a feltétlen ragaszkodás és odaadás, melylyel e kar magasztos érdekeit, mint a tudomány legmagasabb regioinak megtestesülését több mint négy évtizeden át benső szeretettel és őszinte lelkesedéssel szolgáltam. Meg kell itt emlé-

keznem egyetemünk azon kiváló régibb tagjairól, kik nekem, az ifjú tanárnak első éveimben a kezdés nehézségeit igazi odaadással és őszinte barátsággal könnyítették meg. Elég legyen ezek közül Márffy, Virozsil, Pauler, Wenczel, Balassa, Semmelweis, Jedlik, Toldy és Petzwall neveit kiemelnem, kikhez méltán sorakozik egyetemünk legjobb barátja, Markusovszky Lajos. E nagyok és valamennyi akkori kedves kartársaim már mind, kivétel nélkül elköltöztek tőlünk. Egyetemünk e nagy időszakának egyetlen tanújaként egymagam állok még itt, mint a kidölésre szánt emlékkő.

Itteni pályám kezdetén az ifjúkor meleg lelkesedésével nagy ideálok megvalósítását tűztem ki egyetemi életem feladatául. Egyike volt ezeknek a chemia tanításának biztos alapokra fektetése hazánkban; másika az ezzel kapcsolatos tudományos búvárkodás és szakirodalom meghonosítása. Régebben szaktudományom tanítási módszere általában tökéletlen, hazánkban pedig kezdetleges állapotban volt és a tudomány ez ága nem egy tekintetben csaknem parlagon hevert. Hogy e tudomány iránt fontosságának megfelelőleg kedvet és érdeklődést kelthessek tanítványaimban, hazafiúi kötelességemnek tartottam a tudomány zilált anyagának rendszeres didactikai átdolgozását. Ez sok éven át tartó fáradságos és hosszas tapasztaláson alapuló munkát igényelt. E törekvés több tekintetben meddő maradt mindaddig, míg némely előítélet eloszlatásával és hosszadalmas utánjárással sikerült, alkotmányunk helyreállításának hajnalán, a kisérletező tudományszakomnak legfőbb taneszközét, az új chemiai laboratoriumot létesíteni. A nálunk első ilynemű tudományos intézet megvalósítását tudvalevőleg akkori nagyemlékű miniszterünk, báró Eötvös József jóindulatú intézkedésének köszönjük. Hogy mennyiben volt lehető a fentebb kitűzött czélok egyikének megközelítése, azt a szakmámhoz közelebb álló tisztelt kartársaim és tanítványaim ítélhetik meg.

Sokkal nagyobb küzdelemmel járt az önálló szakirodalom és a tudományos búvárkodás terén eredményeket elérni. Meggyőződésem szerint az ilyen irányú tevékenység nemcsak a magasabb culturalis haladásnak a főforrása és igazi mértéke, hanem magának az egyetemi tanításnak is alapja. Az ilyen téren való intensiv termeléshez nyugodt, contempláló, lehetőleg független életmód és szabad idő, a kisérletező szakokban pedig pénz és még több szabad idő kell. Hogy ezek nem állnak kellőleg rendelkezésünkre, annak egyik oka egy végzetes előítélet, mely sajnos, hogy társadalmi köreinkben még meglehetősen el van terjedve. Ez az előítélet nem más, mint hogy az önálló tudományos búvárkodást sokan akademiai fényüzésnek, legfeljebb szellemi sportnak tekintik. Csak a tudomány tanítását, elterjesztését és gyakorlati alkalmazását tekintik állami érdeknek. Azonban annak egyedül éltető magasztos forrását, a tudomány önálló művelését, államérdeknek nem tartják. Ebből érthető, hogy hivatott és tudós tanáraink jó része a tanítás, a vizsgálatok, colloquiumok és ülésezések sokasága, a szakvélemények, valamint az administratio nyomasztó terhei által épen e téren vannak megbénítva. Ha valahol, úgy itt van az a tér, melyen culturánk magasabb érdekeinek nagy szolgálatot tehetünk. Ez abban áll, hogy szaktudósainkat lehetőleg mentsük fel valahára az időt elforgácsoló mellékes mechanikai munkák terhe alól. Ez egyenesen a hivatottak szellemi munkájának oeconomiáját és hazai intensivebb tudományos termelésünk problémájának megoldását jelenti. Ez meggyőződésem szerint nemzetünk jövőjére nézve a legfontosabb életkérdés.

Saját szomorú tapasztalatomból állíthatom, hogy az a mérsékelt tevékenység, melyet az önálló kutatás és szakirodalom terén kifejthettem, az önmegtagadás és nehéz lemondás árán volt csak megvalósítható. Ilyen körülmények között hazánk culturájának úgy véltem a legjobb szolgálatot tenni, ha tehetségesebb tanítványaimat buzdítottam az önálló tudományos búvárkodásra és annak néha fáradságos útját tőlem telhető módon törekedtem részükre megkönnyíteni. Természetes, hogy ezt néha csak saját termelésem rovására tehettem meg.

Ha fiatalkori eszményeimet némileg megközelítenem sikerült, úgy ezt jó részben olyan tényezők hathatós támogatásának kell tulajdonitanom, melyek nélkül ennyit elérnem is lehetetlen lett volna. E tényezők a Tekintetes egyetemi Tanács és azon tudománykarok, melyeknek nagyérdemű tagjaival egész életemen át együtt működtem közre. Legtöbbet köszönök e tekintetben a nagyérdemű Tekintetes bölcsészeti karnak. Az emelkedett felfogás, mely közös hivatásunkról e karban mindenkor megnyilatkozott, a jó, szép és fenkölt eszmék sokasága, mely e karban felmerült: törekvéseimnek nemcsak új értékes lendületet adott, hanem azoknak megvalósítását az iránt mindenkor tanusított jóindulatú és szeretetre méltó collegialis támogatásával lehetővé is tette. Ugyanily hálás elismeréssel tartozom egyetemünk kitünő orvostanári Testületének, melynek kebelébe tartozott tanítványaimnak legnagyobb száma. Ezek érdekében e kar nagytudományú tagjaival hosszú tanári pályámon csaknem naponként együtt működtem közre, kik őszinte barátságukra is méltattak. Ez rám nézve annyival kedvesebb volt, mert több kiváló tagjának ifjúkori kiképeztetéséhez némileg hozzájárultam. E nagyra becsült benső viszony látókörömet növelte, a gyakorlati élet kivánalmaival közelebbről megismertetett és tevékenységem buzditásához lényegesen hozzájárult.

Törekvéseimnek kihatóbb érvényesülése azonban csak alkotmányos kormányunk, nagy ministereink hathatós támogatásával és a törvényhozás nagylelkű áldozatkészségével vált lehetővé. Szaktudományom tanításának az orvosnövendékekre és a tanárjelöltekre való kiterjesztését legújabb időben ugyanezen nagy tényezők áldásos hatásának, főképen pedig Nagyméltóságú Dr. Wlassics Gyula vallás- és közoktatási m. k. minister úr bölcs intézkedésének köszönjük.

E hosszú munkásságom alatt a kitartásra nélkülözhetlen erkölcsi erőt az általános elismerés eredményezte, melyben szerény tevékenységem részesült. E buzdító elismerés legmagasztosabb nyilvánulásai voltak azon nagy kitüntetések, melyekben Ő Felsége urunk és királyunk legmagasabb kegyelméből ismételten volt szerencsém részesülni.

Mélyen tisztelt ünneplő gyülekezet!

Korunkban a tudomány az emberiesség nagy eszményétől lelkesedve, az emberiség vezetője, jóltevője és megnemesítője egyszersmind. E magasztos hivatás megközelítésére a művelt világ tudósai solidarisan és vállvetve működnek közre. A napjainkat jellemző ezen emelkedett felfogásnak tulajdonitandó, hogy a különféle nemzetek egymásnak tudományos törekvéseit őszintén méltatják. Felemelő jelei e nemes közösségnek azon üdvözletek, melyekkel nagy traditiojú külföldi testületek tisztelték meg ünnepünket. Részemről ezt igen nagy kitüntetésnek tartom, s különösen azért becsülöm azokat nagyra, mert azt jelzik, hogy hazánk tudományos törekvéseit ma már a külföld leghivatottabb körei is méltányolják. Ezért az illető nagyérdemű tudományos testületeknek legforróbb köszönetemet fejezem ki.

A legmélyebb köszönettel tartozom a Nagyméltóságú Főrendiháznak, hogy küldöttének megjelenésével ez egyetemi ünnep fényét emelte, és egyszersmind egyik igénytelen tagját kiváló megtiszteltetésben részesitette.

Kimondhatatlan nagy örömet és valóban felemelő érzést kelt bennem, mikor hazánk legmagasabb művelődési intézetei, a Magyar Tudományos Akademia, a társ-egyetemek, a főiskolák, a kir. magy. orvosegyesület, a kir. magy. természettudományi társulat, az országos középiskolai tanáregylet és az országos gyógyszerész-egylet kiváló és nagyérdemű képviselőit látom ez egyetemi ünnepen körülöttem egybegyülve. Ez intézetek nagy czéljainak előmozditásához egész életemen át iparkodtam, a mennyire erőm, tehetségem és időm megengedte, hozzájárulni. E nagyérdemű testületeknek, különösen az Akademiának és a természettudományi társulatnak éltető atmosphaerájában nőttem fel. Ezek hathatós buzditásának a tudományos és más irányban való tevékenységemben is igen sokat köszönök. Ha nem tehettem mindenütt annyit, mint óhajtottam volna, kérem ne tudják ezt be jó szándékom hiányának, hanem inkább a fentebb vázolt külső viszonyoknak. Meleg üdvözleteik szivem mélyébe hatottak, megtisztelésük nagy hálára kötelez és azt fáradozásaim bő jutalmazásának tekintem. Fogadják ezért mindannyian legmelegebb köszönetemet.

Most önökhöz fordulok, nagyra becsült Kedves Tanítványaim. Kérkedés nélkül merem elmondani, hogy életemnek gyönyörűsége az önökkel való édes foglalkozás volt. Édes volt az, mert valahányszor önökkel érintkeztem, arczukról olvastam le, hogy hálás érzelemből fakadó őszinte szeretettel viseltettek mindenkor irántam. Gyönyörűség volt, mert napról napra, évről évre mindinkább tapasztaltam, hogy a fáradság, melyet önökre fordítottam, gyümölcsöző volt. Szavaim igazolására elég e diszes csarnokban körültekintenünk, a hol a kiváló tudósoknak és jeles férfiaknak egész serege van egybegyülve. Lehet-e a tanítónak nagyobb gyönyörűsége, mint az a tudat, hogy ilyen jelesek egynémelyikének kiképeztetéséhez és tudományos jellemének alakitásához némi sikerrel hozzájárulhatott. A hozzám legközelebb álló tanitványaimban azonban nemcsak fáradozásaim sikerét élveztem, hanem azok egy része oly munkatársammá vált, ki tevékenységemnek súlyosabb részében osztozott, abban odaadással segédkezett és ezzel lehetővé tette, hogy működésemet kifejthessem. Kell-e mondanom, hogy nekik sokkal tartozom.

Sokat köszönök tanítványaim nagy zöménak abból, hogy az élet legfőbb boldogságát, a megelégedést élvezhettem, melyet nem egyszer az öröm isteni eredetű szikrája még derültebbé varázsolt. Ezt azon kapcsolat bensőségének tulajdonítom, mely egész életemen át őszintén tanítványaimhoz fűzött. A lelkesedést és szeretetet, melylyel közös egyetemi feladatunkat velük megértetni törekedtem, tanítványaimnak nagy zöme nemcsak fokozottan viszonozta, hanem buzgóságukkal, ragaszkodásukkal és hálás elismerésükkel fáradozásaimat a siker örömével is gazdagon kárpótolták. Ezenfelül az ifjúság lelkesedésének, energiájának, nemes ambitiojának varázsát folyton és élénken átsugározták reám. E kedves viszony kölcsönhatásának köszönöm azt a kitartást, melynek folytán a hosszas tanításban a lankadás érzete rajtam erőt nem vehetett, valamint azt is, hogy a fiatal vidámságnak némi lehelete talán még ma is elevenít. Az öreg kornak legszebb és legvigasztalóbb jutalma ez. Mivel azt nagyobbrészt az önök buzgalmának és meleg szeretének tulajdoníthatom, fogadják kedves tanítványaim ez ünnepi alkalommal igaz barátjuknak őszinte elismerését.

Mikor e rám nézve nagy napon 42 évi működés után önök között épségben és munkaképesen jelenhettem meg, hálátlanságot követnék el, ha ki nem jelenteném, hogy ezt a szerencsét a gondviselés különös kegyelme után megboldogult szüleim végtelen jóságának, leginkább pedig azon őrangyal gyengéd gondosságának köszönöm, ki a családi élet örömeit és terheit velem hűségesen úgy osztotta meg, hogy az utóbbiak legnagyobb részét magára vállalta. Csak igy volt lehetséges, hogy teljesen hivatásomnak élhettem, és hogy annak súlyát megtörés nélkül elviselhettem.

Mélyen tisztelt ünnepi gyülekezet!

Fogadják ismételten e rám nézve mindenkor kedves ünnepért, azon kegyességükért, melylyel engem elhalmoztak és megje lenésükkel kitüntettek, mély tiszteletemből fakadó hálás köszönetemet. Mennyire érdemeltem meg e nagy kitüntetést, azt nem tudom; de azt tudom, hogy miként a multban, úgy ezentúl is arra fogok törekedni, hogy a mennyire

erőm még megengedi, hazámnak és a tudománynak szolgálatokat tegyek és ekként önök nagyrabecsült jóindulatú hajlamára és őszinte barátságára méltó maradhassak. Ha ezzel továbbra is megajándékoznak, az lesz jutalmazásomnak legértékesebb része. Ugy legyen.

A rector magnificus néhány zárószavával ért véget a lélekemelő ünnepély.

Közegészségügy.

Az ásványvíz-palaczkok dugaszolásáról a XII. magyar balneologiai congressuson tartott előadásában *Rigler* tanár felemlítette, hogy egyes hazai ásványvizek rendkivül nagy bakteriumtartalma a hibás kezelés által okoztatik. E tekintetben nagy fontosságot tulajdonit a parafadugóknak, mint a melyeknek felületén, sőt mélyében is mindig sok bakteriumot talált, a melyek a dugók átnedvesedése után a vizbe kerülnek s ott elszaporodnak. Felemliti azután a *Kristály-vízzel* végzett kisérleteit, a mely víz nem parafadugókkal, hanem porczellánból és kaucsukból álló fémszoritós zárakkal jő forgalomba, melyeknek előnye, hogy *légmentesen* zárnak, továbbá, hogy lyuknélküli és főleg szervetlen anyagokból készülvén, sem rajtuk nem találnak alkalmas helyet a bakteriumok a szaporodásra, sem a víz nem lúgozhat ki belőlük oly anyagokat, a melyek a mikrobáknak táplálékul szolgálva, azok életbenmaradását elősegitenék. És e tényeknek megfeleltek azok a vizsgálati eredmények, melyeket a *Kristály-víz*-nek 1 év előtt töltött 6 próbájával végzett: ezek szerint a *Kristály-víz* 1—1 cm^3-ében volt 5, 34, 51, 126, 17, 12 bakterium, a mi összehasonlitva egyes vizekben talált 1000—25,000 bakteriummal, nem kicsinylendő eredmény. Ez az egyetlen példa is igazolja a parafadugók használatának káros voltát és helyettük a lyukacstalan és szervetlen anyakokból készült zárak használatának szükségességét. Kimutatván, hogy az utóbbi zárak még relative sem mondhatók drágábbaknak, mint a parafadugók, mert hiszen többször használhatók, mig a parafadugók csak egyszer: ismerteti az eddig használatban levő zárakat és arra az eredményre jut, hogy valamennyi közt legjobb a *Lutze*-féle *szabadalmazott üvegzáró.*

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben.

Közli: **Szili Jenő** dr.

(Folytatás.)

Turró[23] két methodust ir le anaërob culturák számára, egyet kémcsőtenyészetek számára. Petri-csésze aljának falához három kis oszlopocska van ragasztva, melyekre jól lecsiszolt üveglemez fektethető, úgy hogy pontosan zárjon. A jól felfőzött agart vagy gelatinát kiöntjük e zárólemezre, hogy megalvadjon s a steril vízzel vagy bouillonnal kellőleg felhigitott cultura illetőleg vizsgálati anyag egy kis mennyiségét ráöntjük. Ezután a csészealjba egy darabka kalium- vagy natriumhydroxyd és pyrogallussavoldat jön, s a beoltott lemez (oltott oldalával lefelé) az oszlopocskákra helyeztetik, a szélét pedig készen tartott olvasztott parafinnal zárjuk el. Igy az egész kis készülék thermostatba jöhet (az esetben, ha agart használtunk) és mikroskoppal vizsgálható. Nagy egyszerűséggel e módszer nem dicsekedhetik, annyi bizonyos.

Másik methodusában Turró elmésen egyesitette az eredeti Buchner-féle eljárás két külön kémcsövét egy eszközzé, és pedig olyformán, hogy a táptalajt tartalmazó és beoltandó kémcsőnek egy kissé vékonyodó nyúlványa van, a mely lombikszerű tágulattal biró másik csőbe forrasztatik be, úgy hogy nyilt végével ebbe felnyúlik. Beoltás után a lombikszerű tágulatba pyrogallussav + Na OH jön s a cső kaucsukdugóval elzáratik; minthogy a két egybeforrasztott cső közlekedik, a keverék által a belső cső oxygenje is elnyeletik. Minthogy a kémcső táptalajt tartalmazó része szabadon fekszik előttünk, a fejlődő coloniák közvetlenül vizsgálhatók a nélkül, hogy (mint a Buchner-féle eljárásnál) a dugót el kellene távolitani. Egyedüli nehézség a valamivel nehezebb beoltásban áll, melyet a kémcső vékonyodó részén keresztül kell végezni.

Petri[24] nagyobb mennyiségű anaërob lemezt készit egyszerre; üveglapra jól becsiszolt bura alatt 9 csészepár fér el és a bura alatti űrt csaknem egészen kitölti. A legfelsőbb csészén edényke áll 8 vályúval, melyek sugárszerűleg elhelyezettek; e vályukba pyrogallussavval impregnált papiros jön, az edénybe pedig KOH. A légmentesen a csészék fölé borított bura alól a levegőt hydrogennel kiűzzük, s most a készüléket kissé oldalt billentjük, hogy a KOH érintse az egyik papirost; ha az megsárgul, vagy pláne megbarnul, akkor még van a bura alatt oxygen, s több hydrogent vezetünk be. Másnap újabb controll végett más oldalra billetjük a készüléket, s igy 8 napon át ellenőrizhetjük az oxygen kizárását. A készülék nem jár hydrogenpazarlással, mert a bura alig nagyobb a 9 egymásra helyezett csészénél.

Bulloch[25] készüléke is több cultura számára biztosit O-mentes légkört: a beoltott kémcsövek vagy csészék edénybe állittatnak, ez üveglapra helyeztetik, melyet üvegbura fed légzáróan. Az üvegbura fent két nyilással bir, melyek egyikén át üvegcső nyúlik a bura aljáig. A levegőt hydrogen vagy világitó gáz bevezetése által szoritjuk ki, a még esetleg visszamaradt vagy pedig beszivárgott O-t az előzőleg az edénybe tett acid. pyrogallicum és a fenékig érő üvegcsövön át hozzá bocsátott K_2CO_3 nyeli el.

Még mindig keresünk olyan gyors és könnyen kezelhető módszert, melynek segélyével a typhus bacillusát kétséget kizárólag és lehetőleg rövid idő alatt megkülönböztethessük és izolálhassuk a hozzája annyira hasonló colitól. Az akkora port felvert Vidal-féle reactio máris sokat vesztett jelentőségéből a typhus diagnostikájában, a roseolákból elég ritkán sikerül a bacillusokat kitenyészteni, s a legújabban nagy örömmel fogadott Piorkovski-féle húgygelatina-táptalaj megbizhatóságát is már úgy kikezdték az utánvizsgálatok, hogy a bizalom már itt sem feltétlen; e mellett folyton merülnek fel újabb módszerek a két rokonbakterium megkülönböztetésére, melyeknek jó része a kettőnek egymástól eltérő savképző és redukáló hatásán, illetőleg a táptalajnak általuk létrehozott aciditásával szemben való különböző ellenállásán alapul. Ilyen methodus már egész csomó van: Thoinot, Chantemesse-Vidal, Parietti, Holz-Elsner, Gaffky-féle burgonyamódszer s még mások. Hogy a typhus tejet nem alvaszt, a coli pedig alvaszt, attól van, hogy mind a kettő addig képez savat, mig a közeg savisága fejlődésüket meg nem gátolja, typhus-bacillusnál e fok pedig a casein coagulatioján alul esik, colinál felül. Sok különbség köztük csak quantitativ, a coli tulajdonságai legtöbbször erősebben kifejezettek: sav elleni resistentia, indolképzés, nitrátok és festékek reductioja stb. Legjobb differentia még a coli gázképzése (Rambousek).

Piorkovski már 1896-ban ajánlotta a húgygyal készült táptalajt a typhus és coli izolálására; az ilyen táptalajon a typhus-coloniák hosszú nyúlványokat bocsátanak, míg a coli coloniái vagy maradnak éles határúak, vagy rövid nyúlványúak. *Herford* szerint, a ki legújabban[26] utána vizsgálta e módszert, az inda- és nyúlványképzés oka a táptalaj csekély gelatina-tartalma, a mit az mutat, hogy mennél kisebb a táptalajban a gelatina százalékos mennyisége, annál több és annál hosszabb nyúlvány képződik. Hogy a reactionak oka nemcsak a húgy, mutatja az, hogy neki sikerült húgy nélkül is typikusnak mondott indás coloniákat létrehozni, igaz, hogy csak elvétve. Ellenben szoros a kapcsolat a faj mozgási képessége és a nyúlványbocsátás között; a csekélyebb mozgásképességű coli-bakteriumok nyúlványos coloniát nem képeznek, az erősebben mozgók igen. S a legnagyobb baj épen az, hogy a typhusbetegekből kitenyészthető coli-bakteriumok igen erősen mozognak és a Piorkovski-féle tenyésztő talajon a typhuséihoz egészen hasonló coloniákat képeznek. Maga *Piorkovski* egyébiránt összeállitott újabban[27] egy szerinte sokkal jobb táptalajt e czélra, melyet alkaliássá vált vizeletből, peptonból és gelatinából készit, melyen a typhus a colitól 24 óra alatt könnyen és biztosan volna megkülönböztethető és izolálható. Kisérleti vizsgálatait több klinikai esettel megerősiti.

Weil[28] a Piorkovski-féle húgygelatina helyett egy általa készitett táptalajt ajánl, melynek nagy előnye, hogy thermostatba helyezhető. Az ő táptalajának összetétele: 600 gramm hámozott burgonya szétdörzsöltetik és 12 óra hosszat áll 15°-nyi hőn, utána szűrőszöveten átpréselik; 300 gramm szüredékhez 200 gramm gyengén alkaliás bouillon jön, ezen mennyiségben 3·75 gramm agar-agar gőzfazékban oldandó; azután az egész filtrálandó és kémcsövekbe önthető. Ebből készült lemezeken a typhus-coloniák 12 órai thermostatban állás után ezüstszürkék, fénylők, finoman fonalasak, a coli-coloniák nagyobbak, kerekek vagy ovalisak, sárgás-barna színűek és fonalakat nem képeznek.

A *Macconkey*[29] előirása szerint elkészitett táptalajban az által volna a typhus biztosan elkülöníthető a colitól, hogy a coli benne zavarodást okoz, a typhus nem. Ezen mindenesetre elég szembeötlő különbség azon körülményen alapul, hogy a coli lactose jelenlétében savat produkál, mig a typhus nem; s minthogy az epe sói savak által kicsapatnak, azért a megfelelőleg készitett táptalajban a coli zavarodást fog okozni, mig a typhussal beoltott kémcső átlátszó marad. Legszebben látni a coli által előidézett felhős zavarodást szúrásculturákban. Ha lactose helyett glucoset keverünk a táptalajhoz, akkor zavarodás lép fel mind a két fajtánál, csakhogy colinál a zavarosodás jellegzően a kémcső alsó részében kezdődik, mig a typhusnál felül. Ez utóbbi jelenség okát Macconkey nem adja; még egy jó tulajdonsága az ő táptalajának az az eclectiv hatás, melylyel épen a typhusra és colira nézve bir, a mennyiben másféle bakteriumok fejlődését határozottan gátolja.

Mankowsky[30] épen ellenkező húrokat penget; ő a coli által alkalizálja, redukálja táptalaját s igy mutat ki „cardinalis“ különbségeket. Minthogy a lakmus-festék nem bizonyult elég megbizható indicatornak, azért ő kalilug, savanyú fuchsin és indigocarmin bizonyos arányban való keverése által olyan festéket állitott elő, melynek kékesibolya színét a typhus-bacillus zöldes-kékre változtatja vagy pedig teljesen elszinteleníti. Ezt a festékkeveréket vagy úgy használhatni e differential diagnosticai czélra, hogy előre a táptalajhoz keverjük, vagy pedig a meghatározandó culturára reácseppentjük.

Ugyancsak *Mankowsky*[31] leir még egy másik módszert is a typhus és coli megkülönböztetésére; az általa készitett táptalajon, melyet gombafőzetnek az agar-agarhoz adása által nyer, a két faj könnyen megkülönböztethető egymástól: a coli gyorsan fejlődik és fehér, száraz lepedéket képez, a typhus ellenben lassan nő és áttetsző, nedvesen fénylő csikot alkot; a coli 24 óra mulva már gázt fejleszt, a typhus

23. Ugyanott. 31. k. 175. l.
24. Ugyanott. 28. k. 196. l.
25. Ugyanott. 27. k. 140. l.
26. Zeitschr. f. Hyg. 34. k. 341. l.
27. Zeitschr. f. klin. Med. 38. k. 39. l.
28. Hyg. Rundschau. 1901. 10. sz.
29. Lancet. 1900. 2. k. 20. l.
30. Centralbl. f. Bact. etc. 27. k. 21. l.
31. Ugyanott. 27. k. 23. l.

nem. Ezt a módszert egyesíteni lehet az előbb leirttal, a mi azért is előnyös, mert a gombaagarban a festékreactio igen intensiv módon jelentkezik, a typhus-cultura élénkpiros lesz, a coli zöld szint ölt vagy teljesen elszíntelenedik. Még egy előnye a gombafőzetes agarnak, hogy az említett kettőn kivül a legtöbb más bakterium fejlődését gátolja.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Max Kahane: Die Chlorose. Wien, Urban und Schwarzenberg, 1901.

Szerző a chlorosisról irt jelen monographiájában mindenekelőtt azon theoriákról számol be, melyekkel a bajt anatomiai, infectiós, intoxicatiós, traumatikus vagy vasomotorikus alapon magyarázni szokták. *Kahane* saját felfogása szerint a chlorosis egy vegetationalis zavar, s azon alapszik, hogy a vérképző szervek már kezdettől fogva, tehát már a foetalis életben is, gyarlóbbak a normálisaknál. Minthogy a női vér haemoglobintartalma és az erythrocyták száma tekintetében is mintegy 10%-kal mögötte áll a férfi vérnek, minthogy továbbá a pubertas nőknél hirtelenül, revolutioszerűleg áll be, könyen magyarázható a nők praedispositioja chlorosisra. Ha a vérképző szervek már ab ovo gyarlóbbak a kelleténél, természetes, hogy nem tudnak megfelelni ama követeléseknek, melyeket a pubertas revolutioja velük szemben támaszt és beáll a chlorosis.

A baj aetiologiája után szerző a chlorosis symptomatologiájával és therapiájával foglalkozik, bőven tárgyalva a lefolyást és a prognosist is. A symptomatologiában leirja a bőrön, a vérkeringésben és az anyagforgalomban tapasztalható zavarokat, majd az idegrendszer, a pajzsmirigy, lép és az ovarium elváltozásait. A therapiával foglalkozó fejezet minden gyógymódról kritikailag számol be, kezdve a vaskezelésen és végezve a physikalis eljárásokon.

A 168 oldalra terjedő, világosan és alaposan megirt könyv árát nem tudjuk. *M.*

Csajághi Szőke Károly: A ragályos vagy fertőző betegségek népszerű ismertetése. Székesfehérvár, Szammer Imre könyvnyomtató intézete, 1902.

Szerző mint körorvos jól ismeri azon szomorú közegészségi viszonyokat, melyek a falusi nép között honolnak; ezen szomorú viszonyok javitása érdekében vélt cselekedni, mikor a fenti czímmel néhány hét előtt megjelent füzetet megirta és közrebocsátotta. A füzet 112 lapra terjed s egy meglehetős bő, a nép által is könnyen megérthető modorban tartott, nagyon ügyesen összeállított általános rész után sorra veszi a gyakrabban előforduló fertőző betegségeket, ide számitva az állatokról az emberre átszármazókat (száj- és körömfájás, lépfene, takonykór, veszettség) is. Röviden felsorolva a főbb tüneteket és a fertőzés útját-módját, leirja a védekezés, valamint a fertőzés módozatait, még pedig nem csak kielégitően, hanem határozottan jól, úgy hogy nem sok hely akad a kis munkában, mely kiegészitésre avagy helyesbitésre szorulna. Óhajtandó volna, hogy a könyv, melynek ára nagyon mérsékelt (1 korona 20 fillér), a nép között mennél jobban elterjedne. Mondható, hogy szerző tollát nem csupán a jóakarat és emberbaráti szeretet vezérelte, a mint azt előszavában szerényen megjegyzi, hanem a nagy tapasztalat és nagy olvasottság is.

Jürgensen: Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie. Vierte Auflage. Leipzig, Verlag von Veit und Comp. 1902.

Jürgensen belgyógyászati tankönyve régi jó ismerős. Vannak, még pedig arra hivatottak, a kik határozottan azon véleményben vannak, hogy a belgyógyászati tan- és kézikönyvek között Jürgensenét illeti meg az elsőség. Igaz, hogy újabban azon sok panasz alapján, mely az egy szerző által megirt belgyógyászati tankönyvek egyike-másika ellen felmerült egyes fejezetek nem kielégitő volta miatt, a mely fejezetekbe tartozó betegségekkel az illető szerző sohasem foglalkozott, irnia azonban tankönyvében kellett róluk: már a tankönyvekben is keresztülviendőnek vélik a munkafelosztás elvét, a több szerző által való megirást, a mint ez — még pedig elég sikeresen — a körülbelül egy évvel ezelőtt Mering szerkesztésében megjent s lapunkban is röviden ismertetett belgyógyászati tankönyvben már meg is valósult. Az egységesség azonban, bármilyen hozzáértő és gondos kezek végzik is az ilyen sokszerzőjű tankönyvek szerkesztését, még sem lehet olyan, mint ha egy szerzőtől való az egész munka. Természetesen manapság, a mikor a külön szakokban is már külön specialisták vannak, már alig akad olyan szerző, a ki például az egész belgyógyászatot oly alaposan ismeri, hogy ismereteit *sikeres* tanitás czéljából másokkal is közölhetné. Az ilyen ritka egyének közül való Jürgensen, a ki immár körülbelül 40 éves orvosi és tanitói működésre tekint vissza s a ki egyrészt szellemi képességei, másrészt azon, legalább tanitványaira nézve szerencsés helyzet folytán, hogy mint egy *kicsiny* város egyetemi belgyógyászati poliklinikájának igazgatója, a mindennapi élet szükségleteivel az orvosgyakorlat terén alaposan megismerkedhetett, nagyon alkalmas arra, hogy egyöntetű, a gyakorlat igényének megfelelő munkát adhasson kezébe a gyakorló orvosnak és annak, a ki azzá lenni akar. Az imént megjelent negyedik kiadásról nincs sok mondanivalónk. Az előző kiadás megjelenése óta elmúlt idő haladásának kellő tekintetbevételén kivül alig van változás, a mi érthető is, mert már az előző kiadások is úgyszólván a lehető legtökéletesebbek voltak. A sok jó tulajdonságot felsorolni teljesen felesleges s e soroknak is csak az a czélja, hogy egyrészt visszaidézzük emlékükbe Jürgensen munkáját azoknak, a kik a mai túltermelés és a felületes, mindent dicsérő könyvismertetések folytán talán megfeledkeztek volna róla; másrészt hogy a fiatal nemzedék figyelmét felhivjuk e munkára, mint a melyből alapos ismereteket meritheinek és megtanulhatják a kóros folyamatok fejlődésmenetén alapuló belgyógyászati helyes gondolkodásmódot, nemkülönben azt is, hogy mily nagy jelentőségű épen a belgyógyászatban a fontos dolgok éles megkülönböztetése a kevésbé fontosaktól. A majdnem 900 nagy lapra terjedő, nagyon jó nyomású könyv ára aránylag mérsékelt: 15 márka.

Uj könyvek. *Bussenius:* Mit- und Nachkrankheiten des Kehlkopfes bei akuten und chronischen Infectionen. Berlin, A. Hirschwald. — *Pawlinoff:* Der Sauerstoffmangel als Bedingung der Erkrankung und des Ablebens des Organismus. Berlin, A. Hirschwald. — *Cohn:* Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Zweite Auflage. Berlin, S. Karger. — *Ledermann* und *Blanck:* Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. Berlin, S. Karger. — *Michaelis:* Einführung in die Farbstoffchemie. Berlin, S. Karger. — *Peritz:* Pseudobulbaer- und Bulbaerparalysen des Kindesalters. Berlin, S. Karger. — *Storch:* Versuch einer psychophysiologischen Darstellung des Bewusstseins. Berlin, S. Karger. — *Petit* et *Borne:* Manuel pratique de bactériologie. Paris, C. Naud. — *Perez-Avendano:* Intubation du larynx. Paris, C. Naud. — *Lebon:* Les courants de haute fréquence en dermatologie. Paris, Société des éditions scientifiques et littéraires. — *Cayla:* Alimentation et hygiène des enfants. Paris, Vigot frères. — *Cayla:* Boissons et condiments. Paris, Vigot frères. — *W. T. Sedgwick:* Principles of sanitary science and the public health. London, Macmillan and Co. — *J. Hardesty:* Neurological technique. London, W. Wesley and Son.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A garatreflex viselkedéséről hysteriásoknál ir *Stursberg*. Henriot óta, ki először figyelmeztetett azon tünetre, hogy hysteriásoknál a garatba vezetett ujj öklendezést nem vált ki, számos vizsgálat történt ezen irányban, melyek igen eltérő eredményekhez vezettek. Igy Chairon ezen tünetet pathognostikusnak tartja, mig gyakran nélkülözik vagy csak az esetek egy csekély részében találták a reflex hiányát Lichtwitz, Thaon és más vizsgálók. Kattwinckel vizsgálatai, a ki 104 hysteriaesete közül 100-ban találta a garatreflex hiányát, és a ki ezen vizsgálatok alapján a garatreflex hiányát mint olyan stigmát állitja oda, mely a többi stigmával concurrentiában a diagnosist biztositani képes, inditották szerzőt hasonló vizsgálatok megejtésére, melyeket a bonni klinikának ilyen esetekben feltünően gazdag anyagán végzett. 123 eset kapcsán azon eredményre jut, hogy az ő eseteinek 67·4 százalékában a garat normalis reflexingerlékenységet mutat, mig 19·5 százalékban annak csökkent voltát és 11·3 százalékban annak teljes hiányát észlelte. Vizsgálati eredményei körülbelül olyan számarányt tüntetnek fel, mint Engelhardt arányai, ki egészséges idegzetű egyéneken végzett ilyen irányú vizsgálatokat. (Münch. med. Wochenschrift, 1902. 15. sz.)

Ifj. *Elischer Gyula* dr.

Az appendicitis és az általános functionalis neurosisok között fennálló összefüggésről értekezik *Schauman*. Szerinte familiaris előfordulás elég gyakori; 14 ilyen esetet gyüjthetett. 75 esetben, melyben csak egy családtag betegedett meg, neuropathiás alkat és terheltség volt kimutatható. A helsingforsi kórházban neurasthenia gravis 5 esetét észlelte, melyhez későbbi szövődményképen appendicitis társult. Az appendicitis kiséretében többnyire egy valószinűleg ideges eredetű entero-colitis muco-membranacea lép fel. Az általános neurotikus dispositionak megfelelőleg ptosis igen gyakori (78·4%), úgy hogy a féregnyúlvány fokozott megbetegedési hajlamát Schaumann szintén az abdominalis nyomás csökkenésére és a szerv lassankénti vagy hirtelen dislocatiojára hajlandó visszavezetni. Ilyen módon csökken a féregnyúlvány resistentiája és a fertőzés, vagy esetleges végbélretentio megkönnyittetik. (British med. Journal, 1902. április 19.) *Benedict.*

Paratyphus esetét közlik *Brion* és *Kayser*. Az eset egy tizenhat éves, azelőtt mindig egészséges leányt illet, kinél a betegség egy háromszor recidiváló typhoid megbetegedés alakjában folyt le. Ezen recidivák gyakorisága által különbözik szerzők esete a Schottmüller által leirt esetektől, a ki a recidivák ritkább előfordulását emeli ki, mint a paratyphusra jellemző tünetet. Roseolák és léptumor fennállottak, a vérvizsgálat typhusra jellegzetes leukopeniát mutatott. A vizeletben hiányzott a fokozott indicantartalom és a diazoreactio. A vérsavó typhusbacillusokat egyáltalában nem agglutinált, úgy hogy a vér és vizelet bakteriologikus vizsgálatát vették foganatba. Sikerült ezekből egy bakteriumot kitenyészteni, mely Gram szerint nem festődik, igen élénk mozgású, alakra és nagyságra a bakterium coli communéhez hasonlit. Már 37° C-nál igen jól tenyésző culturákat képez, a gelatinacolonia már 24 óra mulva gombostűfejnyi mekkoraságú, negyedik napon 3—4 mm. átmérőjű, szalonnásan fénylő, kissé szürkés, átlátszó irizáló, melyeken a colira jellemző erezett barázdáltság hiányzik. Neutral vörös agarban 36 óra mulva határozottan zöld fluorescentiát mutat, az agarhenger lassabban tisztul fel, mint colinál, mely reactio az eredeti Eberth-bacillustól való megkülönböztetésre nézve igen fontos. A Drigalski-Conradi agartalajon a bakterium a typhus-bacillustól nem mutat eltérést, szintúgy lakmussavón és burgonyatáptalajon. Bouillon is egyenletesen zavarodik, hártyaképződés nélkül, indol hetek mulva sem mutatható ki. A Löffler-bouillon nem lesz alkalikusabb, ellentétben a colival, tej nem alvad meg. A bakteriumok pathogenitása igen erős fehér egerekre és fiatal tengerimalaczokra nézve; nagyobb hőfok mellett mitigált bakteriumok helybeli genyedő folyamatot indítanak meg.

Az agglutinatiós tünemény a beteg saját serumával (1 : 1000)

makroskopice igen gyorsan következett be. Szerzőknek azon gyanúja, hogy a Schottmüller által kitenyésztett paratyphus bacillusfajok egyikét tartják kezükben, bizonyossá vált, midőn utóbbi által rendelkezésükre bocsátott „A“ törzsöt ugyanezen serum ép olyan intensitásban agglutinálta.

Gyakorlati fontosságot épen az agglutinatiós próba által nyer az eset oly esetek számára, melyek közönséges typhus-culturával a próbát nem adják és a mely lelet alapján talán gyakran lesz egy jobb híján felállított typhus abdominalis diagnosis kijavítható, annál is inkább, mert esetleg ez által a betegségnek netalán epidemikusan való előfordulása is ki lesz mutatható. (Münch. med. Wochenschrift, 1902. 15. sz.)

Ifj. *Elischer Gyula* dr.

Az öntudatról az epilepsiás rohamban ir *M. Loeck* (Inaug. Diss.) Eleinte az epilepsia fogalmával csak a görcsös állapot fogalma volt kapcsolatos. Ma már tudjuk, hogy az epilepsia lényeges jele az időszakosan mutatkozó öntudatzavar. Donath meg azt is elvetvén — szerző saját szavai szerint — „a józan gondolkodás számára a régi epilepsiának semmi lényeges jelét sem hagyta meg“. Szerző elsősorban tisztázza az „öntudat“ fogalmát, hogy azután az öntudat zavarairól szólhasson. Wundt, Stricker, Leibnitz, Herbart, Fechner, Dubois-Reymond meghatározásait elutasítva, még Weiss, Hoppe és Moeli magyarázatait sorolja fel mint legújabbakat. „Öntudat alatt — szerző definitioja — azon tehetséget értem, melynél fogva egyidejűleg helyesen appercipiálhatunk, logikusan gondolkodhatunk, valamint ezt megfelelően közölhetjük és a saját „én“-emnek akaratlagos részvételét ezen psychikai működésben.“ Ezen két működés egyikének megszünése vagy csökkenése az öntudat kisebb-nagyobb elhomályosulását vagy zavarát okozhatja. Epilepsiás roham alatt a szerző minden időszakosan jelentkező öntudatelhomályosulást ért, mely más előzmények vagy egyéb kisérő tünetek hiányában epilepsiás agyvelőelváltozásból eredettnek bizonyul. Tissot, Morel és Falret, Sander, Westphal, Griesinger, Samt, Granck, Pick, Fischer, Siemerling, Binswanger erre vonatkozó nézetei után még Moeli-ét említi, ki az epilepsiás elmezavaroknál az „én-érzet“ viselkedésére vet ügyet; ha ugyanis az izgalom csak annyira növekszik, hogy az „én“ közömbös marad, akkor ezen dolgokra öntudatelhomályosulás, emlékezésbeli korlátoltság, a gondolkodás lazulása áll fenn. Szerző saját nézete az, hogy epilepsiás roham alatt az öntudat különféle megszorítást szenved, melyeket mint az epilepsiára lényeges öntudatzavarokat illetőleg elváltozásokat kell tekintenünk.

Reuter Camillo dr.

Húgyszervi betegségek.

Ondóhólyagcsa kiirtása elsődleges gümőkór miatt czimén *Hodgson* igen tanulságos esetet ir le. A 32 éves férfi megbetegedése mintegy három év előtt vette kezdetét. A megbetegedés gyakori vizelési ingerrel és fájdalmas vizeléssel kezdődött. A vizelet időnként zavaros volt, háromszor véres. Beteg, midőn Hodgson kezelésébe került, gáttáji fájdalmakról panaszkodott, a melyek vizelésnél fokozódtak, néha székelésnél is. Tenesmus. Herék épek. Végbélen át végzett vizsgálat igen fájdalmas. Jobboldali ondóhólyagcsa mint dudorzatos, igen kemény daganat tapintható ki. Catheterismus igen nagy, görcsszerű fájdalmakat okoz, vérzéssel a húgycsőből. A vizelet csupán három napig véresen festenyzett. A vizelet górcsövi vizsgálata genysejteket és gümőbacillusokat mutat. Az ondóhólyagcsák kiirtása sarlóalakú harántmetszéssel gáton át. A seb három hét alatt gyógyult. Górcsövi vizsgálat gümőbacillust mutatott ki a submucosus és subserosus kötőszövetben. (Ref. Centralbl. f. Chir. 1902. 20. sz.)

Ráskai dr.

Adatok a húgyhólyag kórboncztanához czímén *Hallé* és *Motz* 100 idülten lobos, nem gümős húgyhólyag makroskopiai és mikroskopiai vizsgálatának eredményét közlik. Az elváltozások csak ritkán szövődmény nélküliek, nevezetesen oly esetekben, a midőn az idült lob egy mindaddig ép hólyagot támadott meg. Ha a hólyag már előzetesen beteg volt, az idült lobra jellemző elváltozások már nem találhatók a maguk tisztaságában. A kórképet zavaró elsődleges elváltozások a húgyutak alsóbb szakaszában létrejött akadályok által idéztetnek elő. Az elváltozások trophikus természetűek, ritkábbak a degenerativ jellegűek. Ezek alapján szerzők három kórképet különböztetnek meg: 1. tisztán az idült lob által létrehozott elváltozások, 2. a mechanikus akadályok által előidézett elváltozásokhoz társuló chronikus lobok, 3. a hólyagfalnak ismeretlen ok által létrejött, degenerativ elváltozásai.

A tisztán idülten lobos hólyag kicsi és összehúzódott, a hólyagfalak megvastagodottak, kemények, kevéssé vagy egyáltalán nem tágithatók. Súlyosabb esetekben a hólyagfal összes rétegei kórosan elváltozottak. A nyákhártyán következő állandó és jellegzetes elváltozások találhatók: az epithel teljes vagy részleges desquammatioja, az edények kitágulása, hajszáledények képződése, kissejtű beszűrődés, sclerotikus megvastagodás; valamivel hevenyebb esetekben szövetközti apró vérzések és kis, csak górcsövileg felismerhető tályogok találhatók a fentemlített elváltozásokon kivül. Néha az idülten lobos nyákhártyán szemölcsök, burjánzások és növedékek jönnek létre, dús edényképződéssel. Az epithel ezen kóros burjánzásban ritkán vesz részt, ilyenkor szemölcsszerű plaqueok, epithelialis cysták és leukoplaciák keletkeznek. Az álhártyás, hártyás és nekrotikus cystitis felületes nyákhártyaelhalás által jellemeztetik, a mi edényeltömődés és ez által létrejövő kiterjedt szövetközti vérzések által idéztetik elő. Ezen alak nevezetesen húgyköves, húgycsőszűkületes és prostatikus betegeknél található és súlyos, idült cystitiseknek heveny infectioja által jön létre. Ezen eleinte felületes és a nyákhártyára szoritkozó nekrosis a mélybe is terjedhet és a hólyag izomrétegeit egészben vagy részleteiben tönkre teheti. A submucosa megvastagodott és megkeményedett, mi által a nyákhártyának és izomrétegnek összetapadásai jönnek létre. Az izomréteg megvastagodott és pedig többnyire egész szélességében. Ezen elváltozásokban néha a külső hólyagfal is résztvesz. Az izomzat túltengése tisztán a fokozott munka következménye.

A már kórosan elváltozott hólyagfal mellett létrejövő cystitiseknél különválasztandók a húgycsőszűkülettel biró és prostatahypertrophiával biró betegeknél létrejövő cystitisek. Az első esetben keletkező cystitisek a tiszta, nem szövődött cystitisek kórszövettani képével nagyjában egyezők, csak az izomtúltengés nagyobb fokú. A prostatikusok idült cystitisénél a betegek korával együtt járó regressiv elváltozások is játszanak szerepet. A hólyag kitágulása a cystitistől függetlenül, a mechanikus akadály folytán jön létre. Jellemző a belső izomrétegnek túltengése, izomgerendáknak és tasakoknak létrejötte. Ritka az izomfalnak zsiros degeneratioja. (Annal. des malad. des org. gen.-urin. 1. és 2. füzet. 1902.)

Ráskai dr.

A hydrargyrum oxycyanatum használhatóságáról a húgyszervek megbetegedésénél értekezik *Compain*. Albarran e szert 7 év óta használja a kal. permanganat-oldatok helyett. Gonorrhoeanál 1 : 4000—1 : 1000 oldatokkal végeznek öblítéseket és pedig a baj minden stadiumában. Húgycsőszűkületeknél a tágítás után bóroldat helyett e szert használja mosásokra, mivel erélyesebb antiseptikus hatást fejt ki és a műszereket nem támadja meg. Más sókkal könnyen képez ártalmas vegyületeket, azért csak tisztán alkalmazandó. Nem gonorrhoeás húgycsőloboknál kevésbbé hatásos, mint az arg. nitr. Urethritissel párosult húgycsőszűkületeknél tehát hatásosabb az arg. nitr. és csak ha a vizelet feltisztult, ajánlható a hydr. oxycyanatum a váladékképződés teljes beszüntetésére. (La presse méd. 1901. 60. sz. Ref. Ctbl. f. Harn- u. Sexual-Org. 1902. 5. f.)

Ráskai dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Carbunculus gyógyitása. Olyan esetekben, melyekben vágni nem lehet, *Ströll* következő módot használ. Salicyl-kenőcscsel (Rp. Acidi salicylici 2·0; Mellis crud. 20·0; Extr. arnic. flor. 10·0; Farin. tritic. qu. s. ut fiat ungu. molle) vastagon bekent borlintet tesz a kóros helyre, e fölé ujjnyi vastag Bruns-vattát és guttaperchapapirt. A kenőcsöt naponként megujitja, a mig a carbunculus feltörik, a mikor is erősen kinyomja, 3%-os carbol oldattal megtisztítja és bekötözi, úgy mint előbb, azzal a különbséggel, hogy most a kenőcsös borlint alá még egy darabka olyan borlintet is helyez, melyet carbololdatba áztatott. Mihelyt a csap látható lesz, a kenőcsöt elhagyja és carbolkötést, majd jodoformgaze-kötést alkalmaz. Ha a sebüreg sarjadzásokkal már kitelődött, naponként 5% glycerint tartalmazó 10%-os xeroform-lanolint alkalmaz lintre felkenve, a mire gyorsan képződik sima és puha heg. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1901. 45. szám.)

A Röntgen-fény okozta égések gyógyitásáról értekezik *Beck*. Egyszerű dermatosisnál (elsőfokú égés) nagyon jótékonyan hat a Burow-oldat. Hólyagképződésnél (másodfokú égés) a hólyagok megnyitása után az első napokban xeroformgaze-kötést, majd 10%-os xeroform-lanolin-kenőcsöt használ; a kenőcs naponként változtatandó. A necrotikus alaknál (harmadfokú égés) az elhalt szövetrészek gyorsan eltávolítandók, az utókezelés pedig xeroformgaze-zal történik. Szerző a xeroform-kenőcsöt prophylactice is használja a Röntgen-fénynyel való kezelés közötti szünetekben. (Medical record, 1902. január 18.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 24. szám. *Aczél Károly*: Az első segélynyujtás. *Németh Ödön*: Az elmebetegség szinlelése.

Orvosok lapja, 1902. 24. szám. *Rottenbiller Ödön*: Adatok a csont- és izületi gümőkór kezeléséhez. *Plesch János*: A tüdővész tüneteinek kezelése.

Magyar orvosok lapja, 1902. 24. szám. *Weyner Emil*: Két eset a syphilis köréből. *Marschalkó Tamás*: Balneotherapia a dermatologiában. *Szana Sándor*: A csecsemőkórházak ügye, különös tekintettel Magyarországra. *Hoór Károly*: Tapasztalatok a szemészet körében. *Goldzieher Vilmos*: Adatok a szem kórboncztanához. *Vidéky Richárd*: A jequirity therapiai használatáról.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 23. és 24. szám. *Gersuny*: A humerus resectioja. *Herz*: Uterus unicornis sinister. *Kassowitz*: Myxoedema infantilis, mongolismus és mikromelia. *Kunz*: A vakság physiologiája. *Huber*: A Finsen-therapia jelen állása. *Crocq*: A reflexek életbiztositási szempontból. *Török* és *Schein*: A bőrbetegségek radio- és actino-therapiája. *Pollak*: A syphilis balneotherapiájának kritikája. *Burwinkel*: Az idült szív- és tüdőbajok kölcsönös vonatkozásukban.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 24. szám. *Riether*: Újszülöttek kulcscsonttörése spontan megszületés mellett. *Harmer*: A gége lymph- és haemangiomái és lobos folyamatok bennök. *Kokoris*: Hólyagkőmütét 130 esete. *Cominotti*: Ökölnyi basalis szivaneurysma.

Wiener medizinische Presse, 1902. 24. szám. *Fuchsig*: A sarokcsont typusos törései. *Alt*: Otitises sinus- és jugularis-thrombosis metastatikus tüdőtályoggal; gyógyulás. *Fritsch*: Hedonal. *Korczynski*: Az anyagcsere osteomalakiában.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 22. szám. *Scheib*: A nephritis typhosa ismeretéhez.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 24. szám. *Cramer*: Kóros önvonatkoztatás. *Ascoli* és *Figari:* Nephrolysinek. *Strassmann*: A tubaris terhesség műtevése a hüvely felől. *Thomalla*: Meningitis tuberculosa gyógyult esete. *Kugel*: Adamkiewicz-féle serum használata után meggyógyult rákbeteg. *Adamkiewicz:* Cancroinnal elért újabb gyógyeredmények rák eseteiben. *Feinberg*: Az egysejtű állati organismusok szerkezete és megkülönböztetésük szövet- és növénysejtektől.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 24. szám. *Strube*: Vér és fehérje kimutatása biologiai úton. *Minovici*: A vér megkülönböztetése serummal. *Askanazy*: Az agycysticercusok kórboncztani hatása. *Strubell*: A lépfene gyógyitása. *Putermann*: Tüdőembolia csonttörések után. *Aschoff*: Rák és malaria. *Scheube*: A malaria prophylaxisa chininnel. *Lewitt*: A protargol használata az újszülöttek blennorrhoeájánál.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 11. szám. *Meyer*: A katonák úgynevezett lábdaganata. *Gassmann*: Primula obconica okozta bőrbaj.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1902. 4. füzet. *Oppenheim*: Nevetési szédülés és önkivület. *Kaiser:* A hysteria viszonya az epilepsiához. *Foerster*: A tabeses krisisek néhány ritkább alakja. *Käs*: Adatok a dementia paralytica kórboncztanához. *Storch*: Az érzéki észrevevések psychophysiologiája.

Ziegler's Beiträge, 32. kötet, 1. füzet. *Sternberg*: Kisérletes vizsgálatok pathogen élesztőkkel. *Talke:* Nyirokedény-újképződés pleuritises lerakodásokban. *Kworostansky*: A méh chondrofibromája. *Jores*: A véredények viselkedése átmetszett vasomotorius idegek területén. *Merkel:* Casuistikus adat a férfi ivarszervek torzképződéséhez.

Le progrès médical, 1902. 23. szám. *Albert-Weil*: Multiplex exostosis. *Bourneville*: Vitiligo esete. 24. szám. *Narich:* A foetalis hydrocephalia kórismézése utánajövő fejnél.

Gazette hebdomadaire, 1902. 45. szám. *Villard*: Biliaris eredésű pylorus-stenosis. 46. szám. *Broca* és *Mouchet*: Scoliosis congenitalis. 47. szám. *Meige:* Irógörcs. 48. szám. *Carrière*: Izomgyengeségi krizisek paralysis generalis progressiva kezdeti szakában. *Le Roy des Barres*: Musculo-tendinosus anastomosis paralytikus dongalábnál.

La semaine médicale, 1902. 24. szám. *Bard*: A pleuritis acuta tuberculosa klinikai alakjai.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 24. szám. *Zunz:* Adat az albuminoid anyagok peptikus és gastrikus digestiojának tanához.

British medical journal, 1902. junius 7. *W. Camac Wilkinson*: A tüdővész gyógyitása tuberculinnal. *H. Cooper Pattin*: A gümős megbetegedések közigazgatási ellenőrzése. *Lauder Brunton*: Mintasanatorium tüdővészesek számára. *Colin Campbell*: A tüdővész intratrachealis kezelésének technikája. *J. F. Woodyatt*: Mérgezés arsent tartalmazó sörrel. *G. S. Keith*: Idegen testek a légcsőben. *Harry Campbell:* Az orrobstructio befolyása a fogak és a szájpadlás fejlődésére. *G. H. Brand*: Pemphigus foliaceus csecsemőben. *A. Maude*: Vidal-reactio húgysavkő esetében. *R. W. Innes Smith*: Gonorrhoeás synovitis ophthalmia neonatorumban szenvedő csecsemőnél. *Douglas Drew*: Anus praeternaturalis ventralis sérv kizáródása után; a vastagbél resectioja és az ileumnak a coecumba implantatioja; gyógyulás.

The lancet, 1902. I. 22. szám. *Stephen Mackenzie*: A természetes ellentálló képesség mikrobás eredésű betegségekben. *H. W. Page*: Bélelzáródás gyanuját keltett, vascularis eredésű, a gyomor és duodenum gangraenájához vezetett, gyors lefolyású halálos megbetegedés. *Hamilton Russel*: A congenitalis factor herniában. *J. Blumfeld*: A hasfalzat teljes relaxatioja anaesthesiában. *J. F. Dobson*: Urethralis haemorrhagia gonorrhoeában. *A. G. Auld*: A mellűri szervek physicalis diagnosisának néhány módszeréről. *C. O. Hawthorne*: Ophthalmia neonatorumhoz társult arthritis esete. *Ch. R. Keyser*: Előzetes tracheotomia és a carotis externa alákötése súlyos arczműtéteknél. *E. C. Bourfield*: Fekélyes toroklob két esete. *J. O'Conor*: A lágyéksérv gyökeres gyógyitása. *Frank Cole Madden*: Appendicitis általános hashártyalobbal; műtét után gyógyulás. *Harry Campbell*: Észleletek a diaetát illetőleg. *G. P. Newbolt*: Gyomorfekély-átfúródást utánzó epehólyag-átfúródás. *E. R. D. Fasken*: Többszörös májtályogok átfúródó gyomorfekély után.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. junius 20.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 23. hetében (1902. junius 1-dikától junius 8-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 751,171, katona 16,484, összesen 767,661. Élve született 438 gyermek, elhalt 315 egyén, a születések tehát 123-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 29·7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21·3, az egy éven felüli lakosságnál: 16·8 az öt éven felüli lakosságnál: 14·6 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 3, pertussis 1, morbili 15, scarlatina 7, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis ,0 febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 10, meningitis 15, apoplexia 6, eclampsia 9, szervi szivbaj 18, pneumonia 22, pleuritis 2, pneum. catarrh. 4, bronchitis 11, tuberculosis pulmonum 58, enteritis 26, carcinoma 13, ezek közül méhrák 1, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 12, veleszületett gyengeség 18, paedatrophia 0, marasmus senilis 8, erőszakos haláleset 15, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 11, baleset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2881 beteg, szaporodás e héten 965, csökkenés 978, maradt e hét végén 2868 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi junius 4-dikától junius 10-dikáig terjedő 23. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 42 (31), diphtheria, croup 16 (32) hagymáz (typhus) 3 (4), kanyaró (morbili) 291 (259), trachoma 0 (6), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 11 (19), orbáncz (erysipelas) 15 (12), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1, (0) járv. fültőmirigylob 9 (7), ezenfelül varicella 20 (17).

⚔ **A budapesti orvosi casino** e hó 18-dikán tágas és modern kényelemmel berendezett új helyiségébe, VI., Teréz-körút 24/b szám alá költözött. Az idény előhaladottsága miatt a casino vezetősége az ünnepies megnyitást a jövő őszre halasztotta.

✳ **Az országos orvosi nyugalomdijalap** javára rendezendő műkiállítás hölgybizottsága f. hó 12-dikén megalakult és működését megkezdette.

□ **Fürdőorvosok.** *Halász A. Andor* Balatonfüreden, *Balkányi Miksa* dr. Aussee-ban fürdőorvosi működésüket megkezdették.

○ **A budapesti orvosi kör országos segélyegyesület pénztárába befizettek**: Mankovics Rezső Bártfa, Faller Gusztáv Hegybánya, Olarin Valér Teregova, Csillag Gyula Dognicska, Patrubányi Antal Erzsébetváros, Kottler Sándor Gnézda, Kurczweil Hugó Resicza, Klein Jakab Lugos, Klein Eberhardt, Magyarevics Mladen, Dégen Árpád, Fejér Gyula, Czoniczer Márton Budapest, Engel Sándor Resicza, Hasenfeld Oszkár, Schwarczer Ottó, Sterk Gusztáv, Pap Samu, Weisz Géza Budapest, Ross István Sopron 1902. évre; Cavallár Vilmos Sopron 1901—1902; Áaron Sándor 1900—1901; Hegedűs Pál Debreczen 1899; Simonyi A. Esztergom 1899—1901; Hubsch Miksa Stomfa 1897; Berényi Ferencz Berhida 1899—1900; Terray Lajos Breznóbánya 1900—1901; Sáska László Dömsöd 1901; Bereczky Endre, Hasenfeld Arthur Budapest 1901-re, Tordai Ferencz 1901—1902, Magyari Károly Nagy-Enyed 1899—1902-re 4—4 koronát; tagdij hátralékra befizettek: Hurray István Balaton-Füred 6 koronát, Frank János Temesvár, Baret Ignácz Vadkert 10—10; Mutschenbacher Béla, Balogh Tihamér 20—20 korona alapitvány-részletet; Purjesz Zsigmond Kolozsvár 100 korona pártoló tagsági díjat, özv. Deutsch Józsefné lipiki fürdőtulajdonos mint alapitványt 300 koronát fizettek be.

Beléptek az orvosi kör országos segélyegyesület tagjai sorába a Zombori fiók orvosszövetség tagjai; a zombori orvosegyesület pedig mint ilyen alapító tagnak lépett be, s 80 korona díjat már be is fizetett.

Budapest, 1902. junius 7-dikén. *Katona József* dr. pénztáros. IX. ker. Soroksári-utcza 74.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Lipik*, junius 10.: 1084. *Tátrafüred*, junius 16: 222.

⋀ **Az egyetemi I. sz. női klinika** szülészeti poliklinikájának segélyét május hóban 76 esetben 44 műtéttel vették igénybe. Évi folyó szám: 424.

┼ **Jövő tanévi rector magnificus.** A budapesti kir. magyar tud.-egyetemen *Ajtai K. Sándor* tanár az 1902/3. tanévre ministeri döntéssel rector magnificussá választatott.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVI. rendes tudományos ülés 1902. május 3-dikán.) 418. l. — Közkórházi orvostársulat. (V. bemutató ülés 1902. márczius 5-dikén.) 418. l. — (VI. bemutató ülés 1902. márczius 26-dikán.) 419. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVI. rendes tudományos ülés 1902. május 3-dikán.)

Elnök: **Klug Nándor.** Jegyző: **Wenhardt János.**

Elnök: az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Kovács József, Korányi Sándor, Kövesi Géza tagtársakat.

Az oxygenbelégzések alkalmazása a therapiában.

Kovács József: Az élenyt felfedezése után csakhamar nagy lelkesedéssel átviszik a therapiába is, de részint a túlhajtások, részint a physiologia megindult vizsgálatai következtében hosszú időre egy bizonyos sceptikus felfogás következik be értéke iránt. A physiologusok felállítják a tételt, hogy a belégzett levegő oxygenjének szaporitása által nem lehet több oxygent bevinni a szervezetbe és igy az egész therapia elveszti a klinikus előtt jogosultságát. Ámde a vizsgálók elfelejtik, hogy e vizsgálatok egészséges állatokon és embereken végeztettek, kiknél oxygennel telitett, bennünket pedig therapeutikus szempontból az érdekel, hogy oxygenszegény vérbe lehet-e több oxygent bevinni az oxygenszaporitás által. Ezt bebizonyitandó, a következő vizsgálati eljárást vette előadó igénybe. Szív és légzési bántalmakban szenvedő betegeknek a vérét vizsgálva feltünt, hogy azoknak a normálisnál nagyobb fagypontsülyedésük (δ) és alacsonyabb Na Cl értékük van, mihelyt a légzési insufficientia, a hypercarbonisatio jelei fellépnek. Már most állatvért telitve CO_2-vel, a δ és Na Cl értékeknek ugyanilyen megváltozásait találta meg; most megint O-nel áramoltatva keresztül a CO_2-vel telített vért, ismét az eredeti értékeket kapta meg. Világos lett tehát, hogy a dyspnoikus cyanotikus betegek abnormis δ és Na Cl-ja a CO_2-vel van összefüggésben, de még ki kellett mutatnia, hogy a vérnek értékei is közelednek a normálishoz O-nel való átáramoltatás után in vitro. Ezek után az O-belégzések positiv hatásának bebizonyitására nézve gondolatmenete ez volt. Dyspnoikus és cyanotikus betegek nagy δ-ja és kicsiny Na Cl értéke a hypercarbonisatio jelei; ha már most O-belégzések után a vér emlitett adatai oly irányban változnak meg, mint megváltozott a CO_2 dús vér in vitro O-átáramoltatás után, úgy az a mellett fog bizonyitani, hogy a vér több O-t vett fel, mert csak igy képzelhető, hogy CO_2-a egy részétől megszabadult. Vizsgálatai szólónak tényleg igazolták, hogy a dyspnoikus betegek hypervenosus vére arteriosusabbá lesz O-belégzés után.

Ezen vizsgálatok mellett tekintetbe vette szóló a klinikai tüneteket is. Az O-szükségnek jól kifejezett jelei vannak úgy állatokon, mint embereken: a dyspnoë, cyanosis, szapora pulsus, nyugtalanság, oliguria, nagyobb fokainál pedig albuminuria és tejsav fellépése a vizeletben. O-belégzések után a dyspnoë, cyanosis csökkent, ütérlökés teltebb és ritkább lesz, euphoria lép fel, legtöbbször mérsékelt diuresis is; egy nagyfokú cyanosisnál pedig megszünik a cyanosis és a tejsavkiválasztás. Mindezek alapján az O-therapiát a szív és légzési szervek bántalmainál, mihelyt a hypercarbonisatio jelei fellépnek, nemcsak tudományosan jogosultnak, hanem therapeutikus irányelveink mai álláspontja szerint határozottan indikáltnak tartja.

Korányi Sándor: Az oxygenbelégzéseknek egyik elég sokszor sikeres alkalmazására a jobb szív gyöngeségéből eredő cyanosis kinálkozik. Az elégtelen lélegzés a vérnek igen sokoldalú megváltozásával jár, a melyeket különösen Penzoldt, Hamburger, Limbeck, az előadó és mások vizsgálataiból ismerünk. Ezen változások közül a vörös vérsejtek felszaporodása (Penzoldt), térfogatának jelentékeny nagyobbodása (Limbeck) azt eredményezik, hogy a vér plasmatartalma csökken. A megkevesbedett plasmának fehérje-, zsír- és czukortartalma pedig Hamburger szerint a szénsavfelhalmozódás hatása alatt felszaporodik. Mindezen változások egyenként azt eredményezik, hogy a vérnek viscositása, belső súrlódása nő. Poiseuille régi, Hürthle újabb és igen exact vizsgálataiból tudjuk, hogy a vérkeringés fentartására a szivnek annál nagyobb munkát kell végeznie, minél nagyobb a vér viscositása. Igy a jobb szív gyöngeségéből eredő elégtelen légzés a vér viscositását fokozva, növeli a kis vérkör munkaszükségletét és circulus vitiosus származik, melyben a jobb szív működési elégtelensége és a vér nagyobb viscositása, belső súrlódása, egymást növelik. E circulus megforditására az egyik mód a jobb szív erősítése, vagy a bal szív diastoles szivásának fokozása, a mi digitalis hatása alatt sokszor eredménynyel történhetik. A másik mód a vér viscositásának, tehát a gyönge jobb szív feladatának csökkentése. Ez, a hogy azt Jacoby bebizonyította, hatásosan idézhető elő érvágás útján és az érvágás ezen következménye fejti meg annak jó hatását a jobb szív gyöngeségének némely esetében. A viscositás csökkentésének másik módja a vérben feltorlódott szénsavnak eltávolitása, a mi a vörös vérsejtek számának és térfogatának, a plasma fehérje-, vér- és czukortartalmának csökkenésével járva együtt, a vér belső súrlódását nagy mértékben szállitja alá. Kovács vizsgálataiból kiderül, hogy cyanosisnál az oxygenbelégzések a vér osmosis-nyomásának csökkenését és a plasma chlortartalmának növekedését idézik elő. Ezek biztos jelei a szénsavtartalom csökkenésének, a mely viszont a felsorolt és a viscositás leszállitását eszközlő elváltozásokkal szoros kapcsolatban áll. Az oxygenbelégzések hatásának magyarázata nem a kissé fokozott oxygenfelvételben vagy szénsavkiadásban keresendő, hanem az ezekkel együtt járó és emlitett változásokban, a melyek, csökkentve a kis vérkör akadályát, javitják a jobb szív munkájának körülményeit és igy a légzés további javulásához vezetnek. Az eredmény exact módon kimutatható, egyszerüen értelmezhető, néha a therapia szempontjából igen feltünő, különösen mikor az addig hatástalan digitalis oxygenbelégzésekkel együtt alkalmazva, hatásossá válik, a haszon azonban többnyire mulékony és sokszor gyakorlati szempontból alig vagy nem is jön számba. Ennek egyik oka, hogy az alkalmazott oxygendosisok igen kicsinyek, a mi csak akkor változhatnék meg, ha az oxygen ára jelentékenyen leszállana és olyan belégző készülékeket, construálnának, a melyek kényelmesebbek lévén, a betegeket nem fárasztanák. Ha egyelőre nem is nagyon nagy, bár kétségtelen a gyakorlati haszon, értékessé teszi az oxygenbelégzések bevezetését a szivbajok therapiájába az a körülmény, hogy ez az első lépés a vér viscositásában tudatosan előidézett változások therapiai alkalmazására, a mi a felmerülő kérdések alapos tanulmányozásával talán hasznosan fog csatlakozni amaz eljárásokhoz, a melyek a szív munkaképességét javitják és munkáját az érmozgások szabályozása útján eredményesebbé teszik.

Id. *Glass Izor*: Kötelességet vél teljesiteni, ha ezen érdekes előadáshoz hozzászól, hogy 15 év alatt szerzett tapasztalatairól, közel 10,000 eszközölt oxygenbelélegzésről beszámoljon, nem a theoretikus, hanem a gyakorló orvos szempontjából, megszivlelvén Stricker tanár ama mondását, hogy a gyakorlati siker meggyőz minden elméleti raisonnement-t. Az előadó ép úgy, mint a hozzászóló Korányi, ugyanazon hibában leledzenek, melyben majd az összes búvárok 1774 óta, a mikor Priestley az oxygent felfedezte és egyúttal megállapitotta, hogy ez a tüdő által való anyagcserének egyik fő tényezője; ugyanis az oxygent fel akarták használni csakis oly betegségek gyógyitására, a melyeknek fő jellemző vonása az oxygen hiánya a szervezetben, tehát a légző- és vérkeringési szervek megbetegedéseinél. Ő pedig azt állitja, hogy az oxygen nemcsak az által hat, hogy a belélegzett levegőt teszi élenydúsabbá, hanem per se, toxikus úton, úgy mikép más orvosszerek. Például felhoz egy esetet, egy anaemia perniciosa beteget, kinél a rendkivül kihagyó gyenge pulsus az inhalatio után rendes és erősebb lett. Egy hónap mulva a beteg meghalt. Az obductio teljesen degenerált szivizmot mutatott és az oxygen még az ilyen, az izom jellegét teljesen elveszitett szivre is tudott hatni. Az emphysemán, asthma bronchiale et cardiacumon, valamint pneumonián kivül kitünően bevált az oxygeninhalatio hyperemesis gravidarumnál, széngáz- és morphium-mérgezésnél, valamint a betegségek utáni marasmusnál. Melegen ajánlja a chloroformnarkosis után, hogy annak kellemetlen utóhatásait csökkentsük. Végül humanistikus szempontból nagyon is megszivlelendőnek és fontosnak tartja az oxygenbelégzéseket az euthanasia érdekében.

Kovács József: Korányi felszólalására megjegyzi, hogy több esetben látták az O-belégzés kedvező hatását a diuresis megindítására, természetesen cardiacummal kapcsolatban. Megjegyzi még, hogy a fogyasztott napi mennyiség 60—90 liter volt.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató ülés 1902. márczius 5-dikén.)

Elnök: **Schrodt Antal.** Jegyző: **Juba Adolf.**

(Vége.)

Jobboldalt csupán két vitorla látszik: egy mellső nagyobb, mely a pitvargyomori határszélen és a sövényhiány mellső szélén ered, és egy hátsó, mely kizárólag a sövényhiány concav alsó széléről származik. Az összes vitorlák egyenetlenül rostosan vastagodottak, különösen széleiken és ugyanilyen vastagodás van a hozzájuk tartozó inhúrokon is. Az aortabillentyük kicsinyek, vékonyak, szájadék a billentyük alapján mérve $5\frac{1}{2}$ cm. kerületü, az aorta kezdeti része valamivel tágabb ugyan, de az ivben és leszálló részletekben abnormalisan szük; az intima mindenütt teljesen sima. Tüdőütőér rendellenesen tág, billentyüi nagyok, kerülete 9 cm. és tágultak a tüdőütőér összes ágai is. A petéded lék nyitott, a pitvarsövény mellső felső részében található. A szívbe ömlő vivőerek rendellenességet nem mutatnak.

Carcinoma oesophagi aortam perforans.

Minich Károly: 56 éves kőművessegéd, a ki bárzsingszükülete miatt már hosszasabban feküdt a kórházban, de a kinek szükülete sondával nem kezeltetett, deczember 15-dikén a hajnali órákban vérezni kezdett. Ez alkalommal főleg köhögés kiséretében vagy 3 dl. vért veszitett, vérzése folytán eszméletlenné is vált, de csakhamar magához tért és kijelentése szerint elég jól érezte magát. Ugyanazon napon délelőtt 10 óra tájban vérzése kiújult és általános vérszegénységre utaló tünetek között elhunyt. Boncolatnál: a bárzsing kezdeti része $9\frac{1}{2}$ cm. mélységig ren-

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25

des űrterű, sőt némileg tágult is; falzata és nyálkahártyája ép, csupán a submucosában ül nehány kölesnél nagyobb fehéres göbcse, a melyek a nyálkahártyát előboltosítják, de jól mozgathatók. A légcső oszlásának magasságától kezdve a cardiáig a bárzsing rákosan elfajult és pedig oly módon, hogy a felső 6 cm. hosszú szakaszon a bárzsing fala teljesen hiányzik, egy majdnem tyúktojásnyi orsóalakú üreg látszik, a melynek falait kis ujjnyi vastag rákos tömeg képezi és ez hátfelé a gerinczoszlop előtti laza kötőszövettel, jobbfelé a vele összekapaszkodott jobb tüdő gyöki részével, bal és mellfelé a vele összeforrt függőérrel áll érintkezésben; a belső felület egyenetlenül szemcsés, dudoros, friss véralvadékokkal bevont, az átmeneti helyen, a felhányt széleken a nyálkahártya is beszűrődött, fehéresen elszíneződött. A bárzsing alsó része, a mely a gyomornyitóig 9 cm. hosszú, egyenletesen szűkült, merev falú csővé alakult, a melynek belső felszinén, a nyálkahártya helyén ugyancsak dudorosan előemelkedő rákos beszűrődést találunk, izomrétegei megvastagodottak, néhol $^1/_2$ cm.-nél is vastagabbak, szürkésen áttünő szövetüket fehéres csíkok és szigetek tarkítják. Ezen szűkület területében a belső felület 3 cm. kerületű. A bárzsing körüli szövet mindenütt beszűrődött, merev és az izomrétegekkel összekapaszkodott. A gyomor kitágult és laza véralvadékkal kitöltött. A májban néhány borsónyi tömött rákos csomó van. A vérzés forrása után kutatva, kitünt, hogy a függőér hátsó falán a jobboldali 2. és 3. intercostalis ütőér eredési helye közt egy lencsénél valamivel kisebb, szennyes-zöldesen színeződött, czafatos szélű anyaghiány van, a melyen át a sonda a bárzsingnak középső részletébe, a rákos szétesése folytán tágult tasakba vezethető és annak baloldali felső részében jelenik meg. E helyen a rákos tömegben egy kölesnyi előemelkedés szélén résszerű nyilás látható. A többi szervekben nagyfokú vérszegénység az egyedüli kóros elváltozás. A szív tömötten összehúzódott, üres.

A halálos elvérzés, mely főleg a gyomor felé történt és bőséges haemoptoë alakjában nyilvánult, azáltal jött létre, hogy a bárzsing szétesö rákos daganata usurálta a függőér falát és azon egy majdnem lencsényi anyaghiányt hozott létre. Ilyen lelet bárzsingrák esetén kivételesnek mondható, mert rendszerint az inanitio és a tüdőmellhártya részéről fellépő szövődmények azok, a melyek ily esetekben az utolsó stadiumot jellegezni szokták.

Genersich Antal: Ezen esetek kétségkivül igen érdekesek és megérdemlik a megtekintést. A hozzáfüzött magyarázatok is érdekesek. Alig van mit hozzátenni. Csak az echinococcus-tömlönek a ductus hepaticussal völó összefüggésére nézve meg akarja jegyezni, hogy véleménye szerint nem a ductus hepaticusban fejlődött ki a tömlő, hanem szerinte a ductus hepaticusra nyomást gyakorolt a tömlő, a ductus e nyomás alatt elsorvadt, fala usuráltatott és eltünt és így jött létre a közlekedés a ductus hepaticussal. Ilyen szép esetet nem látott, de kisebbet igen, különösen analog ezzel a hörgöket usuráló és azokkal közlekedő echinococcus-tömlő.

Másik megjegyzése a szivet illeti. Előadó szépen és jól érthetően magyarázta és tette érthetővé a dolgokat. De egy dolgot kell megjegyeznie; azt a véleményét, hogy azt a likat a gyomor és pitvar közötti nyilásnak tekinti, nem osztaná, hanem úgy áll a dolog, hogy alulról fejlődik a gyomorsövény, a pitvarsövény felülről és ott, a hol majdan a billentyük fellépnek, a limbusok egymással érintkeznek, összenőnek. Ez az összenövés a gyomor és pitvar között van, a honnét a billentyük erednek. Véleménye szerint a lik a pitvarsövényhez tartozik és annak alsó részében van.

Kizárt üszkös szív miatt végzett bélresectio esetei.

Lipscher Mór: Négy év alatt, mely idő óta előadó mint segédorvos működött Herczel tanár osztályán, mintegy 40 kizárt sérvet operált, hét esetben végzett bélresectiot, két esetben bélsársipolyt létesített. Hogy mely esetekben végezzünk bélcsonkolást és mely esetekben szoritkozzunk anus praeternaturalis készitésére, ezen kérdésre általános érvényü szabálylyal nem lehet felelni. Általában azt tartják, hogy azon esetekben, melyekben már a sérvet fedő bőr is eves gyuladásban van, ne végezzünk bélresectiot, mert alig lennénk képesek a peritoneumot fertőzéstől megóvni. De latba kell vetnünk a beteg erőbeli állapotát is, mely elég gyakran már akkor igen rossz, mikor a sérvburkok még nem üszkösek. A sebésznek hosszú gyakorlat útján szerzett képessége, melylyel a beteg erőbeli állapotát meg tudja itélni, vajjon az egy hosszabb műtétet: bélresectiot megengedje vagy nem, dönti el adott esetben helyesen a kérdést. Előadó két esetben készitett bélsársipolyt. Egyik betegük öt nappal a műtét után inanitio következtében halt meg. A bonczolás kideritette, hogy a sipoly alig egy cm.-nyire volt a duodenum kibuvása alatt. Ezáltal a vékonybélnek mintegy négyötöde ki volt rekesztve. Sajnos, a műtét alatt nem tudhatjuk meg, hogy a vékonybélnek milyen részlete fekszik előttünk, mert a kifolyó bélsár, minthogy az incarceratio folytán sokáig pangott, még abban az esetben is bűzös, ha a kizárt bélkacs közel esik a pylorushoz. Másik betegük meggyógyult, sőt sipolya magától záródott.

Ha a bél csonkolására határoztuk el magunkat, felmerül a kérdés, hogy Murphy-gombbal vagy varrással egyesitsük-e a belet. A Murphy-gomb előnye, hogy vele a bélvégek egyesitése gyorsan és biztosan végezhető és hogy helyes alkalmazását már kis gyakorlattal is el lehet sajátitani. Árnyoldala, hogy szűkiti a bél űrterét, mindaddig, mig le nem válik a bélfalról, hogy keményebb bélsárrögök és gyümölcsmagvak nyilását elzárhatják és hogy decubitust okozhat a bélfalon. Nem, vagy csak tökéletlenül alkalmazható a gyűrű akkor, ha az egyesitendő bélvégek átmérője vagy falának vastagsága között nagy a különbség. Előadó úgy véli, hogy helyesen itéli meg e kérdést, midőn azt mondja, hogy főleg a fiatal és a kevésbbé gyakorlott sebészek kardoskodnak a Murphy-gomb mellett, mig az idősebb és gyakorlottabb sebészek a varrás hivei, mely eljárás mindenesetre tökéletesebb, de nagyobb gyakorlatot igényel. A 7 resectio közül 5-öt Murphy-gombbal, 2-t varrással végzett. Amazok közül kettő meghalt. Az egyik néhány órával a műtét után az incarceratio okozta intoxicatio következtében, a másik öt nappal a műtét után genyes hashártyagyuladás következtében. Bonczolásnál kitünt, hogy a bélnek fala, a mesenterium tapadásával szemben, a gyűrű körül féllencsényi területen elhalt. Ámbátor még nyomással sem lehetett béltartalmat ezen elhalt, de még nem lyukadt bélfalon át szorítani, vagyis a gyűrű még a hullában is jól zárta a belet, mindazonáltal ezen hely képezte a hashártya fertőzésének kapuját. A többi három, valamint a varrással kezelt két beteg meggyógyult. A bemutatott öt beteg közül három közel van a 70. életévhez.

Gümős bélszűkület miatt végzett bélresectio esete.

Lipscher Mór: L. Gyula, 19 éves lakatos, egy év óta szenved igen heves bélkólikákban, melyek majdnem minden étkezés után jelentkeznek, székelés után sem szünnek meg. A coecum táján ujjnyi vastag, fájdalmas, tömött köteget lehetett tapintani. Az 1902. február 10-dikén végzett műtétnél kitünt, hogy az ileum mintegy 10 cm.-re a vakbélbe való beszájadzása előtt nagy fokban szűkült. A szűkült bélrészlet kiirtása után bélvarrat Czerny-Lambert szerint. Gyógyulás. A szűkület Genersich tanár vizsgálata szerint gümős eredésü.

Herczel tanár szivességét a műtétek átengedéséért köszöni.

(VI. bemutató ülés 1902. márczius 26-dikán.)

Elnök: **Hirschler Ágoston.** Jegyző: **Juba Adolf.**

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Gebhardt és Donáth tagtársakat.

Polyneuritis alcoholica paralytica.

Gebhardt Ferencz: Sch. F. 59 éves tűzilegény. Neuropathikus terheltség nem mutatható ki. 11 éves korában hideglelése, 20 éves korában penisén ulcusa volt. Nehéz, fárasztó, éjjelezéssel járó foglalkozása közben naponként 1—2 deciliter pálinkát, 1—2 liter sört, kevés bort fogyasztott. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1900. őszén meghült s lábaiban, karjaiban gyengülést, majd fájdalmat vett észre. Járása nehéz lett, izületei mozgás közben fájdalmasak lettek, úgy hogy ágyba feküdt. 1901. januártól fogva több kórházban kezelték, valamit javult is. 1901. májusban a szent János-kórház vegyes osztályára hozták. 1901. november óta van szóló észlelése alatt. Májnagyobbodás, kinyujtott kezek reszketése. Egyéb mozgási eltérések: Ülő helyzetéből a beteg felállani, lépcsőn felmenni nem volt képes, czomb hátrafelé nem mozgott (gluteus maximus bénulása). Mindkét lába lelógott, azokat hajlitani be, fel, ki nem volt képes (peroneus bénulás), azonkivül nem tudta a lábujjait hajlitani (tibialis bénulás), az Achilles-in ellazult: *kaszaláb* volt jelen (interosseus bénulás). Alszárakon itt-ott fibrillaris rángások. Kézizmain: thenar, hypothenar, interosseusok mindkét kézen sorvadtak, feszitő izmok gyengültek. Ataxia, hólyag- és bélzavarok nincsenek. Stepper-járása van. Érzési eltérések: subjectiv-érzései főleg az alszárak hajlitó oldalán fellépő tűszúrásszerű fájdalmak, melyek járáskor fokozódnak, de időnként máskor is jelentkeznek. Alszárak hajlitó oldalán kis nyomásra is nagy fájdalmak, talpakon is hyperalgesia. Tapintásban, meleg, hideg érzésben nincs eltérés; localisatioban téved itt-ott 5 cm.-t (lábon, alszár hajlitó oldalán). Szemeken pupillák középtágak, egyenlők, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. Scotoma nincs. Papillák elmosódtak, belső felük szürkés, külső decolorált, arteriák szükebbek = neuritis optica chronica (Prof. Grósz E.). Jobb füle időnként zúg, benne kisfokú retractio (Török Béla). Hallás, szaglás, ízlés normális. Inreflexek nem válthatók ki, has-, talp-, cremaster-reflexek élénkek, biceps- és triceps-reflex alig váltható ki. Villamos vizsgálatot csak az utóbbi napokban ejtették meg, mikor már javult. Farados, galvanos idegingerlékenység végtagokban csökkent; részleges elfajulási reactio.

Bénulásos mozgási zavarok, alszárak és talpak hyperalgesiája, izületek fájdalmassága mozgatáskor, tüszúrásszerű fájdalmak, elfajulási reactio a végtagokon, ép szembogár-reactioval, vizelési zavarok nélkül: oly tünetek, melyek az idegek gyuladására engednek következtetni, mely az alsó végtagokon bénulást, a felsőkön atrophiát hagyott vissza. Az előidéző ok a meghülés mellett itt bizonyára az alkoholmérgezés.

Teljes alkoholmegvonás mellett jodkalit, később bőr alá strychnint, majd 0·001 gm.-os strychnin-pilulákat naponta 1—4-et kapott, mire feltünően javult. Tűszúrásszerű fájdalmak megszüntek, bénulások javultak, beteg mankóval Stepper-járásban elég jól megy.

Mivel nálunk az alkohol okozta bénulásuk ritkák, azért mutatta be.

Tabes arthropathica két esete.

Donáth Gyula: 1. N. S., 39 éves napszámosnak 1884-ben ulcusa volt, mely 32 befecskendéssel kezeltetett. Kiütései nem voltak. Pálinkával mérsékelten élt. Egy gyermeke egészséges, egy korai szülött meghalt, egy éretten született csak pár óráig élt. Három év előtt alvégtagjai bizseregni és gyengülni kezdettek; úgy érezte, mintha gummitalpon járna. E mellett villámló fájdalmai voltak. 1901. május havában jobb térde nagyobbodni és állás s járásban hátranyomódni kezdett.

A középtermetű, elég jól fejlett egyénnél a jobb pupilla tágabb mint a bal, szabálytalanok, fénymerevek, accomodatiora és convergentiára reagálnak. Szemmozgások, facialisok, nyelv mozgása rendben. Nyelv és kezek nem reszketnek. Szemfenék ép.

A tapintásérzés csökkent elül a második bordától kezdve lefelé, különösen a lábtalpakon, hol a puha érintést egyáltalában nem érzi, hátul a törzsön és az alvégtagokon a tapintásérzés kevésbbé csökkent

mint elül. A fájdalomérzés elég jól megtartott az egész testen és a fájdalomvezetésnek lassubbodása sem mutatható ki. Szaglás, ízlés, valamint a magasabb érzékek jól működnek.

Talpreflexek mindkét oldalt gyengék, különösen jobboldalt; Babinski nincs jelen. Cremaster-reflex jobboldalt elég élénk, baloldalt gyenge. Westphal, hypogastrikus-, has-, epigastrikus-, tricepsreflexek nem válthatók ki; periostreflexek az alkarokon és kéztőfeletti inreflexek gyengék.

Különösen figyelemreméltó a jobb térd crős csontos duzzanata, melynek legnagyobb kerülete (43·5 cm.) 9 cm.-rel mulja felül a balét. A duzzanat különösen a femur belső condylusát illeti, kevésbbé a tibia felső végét. A femur külső condylusán nagyobbodást kitapintani nem lehet; a fibula semmi elváltozást nem mutat. Feltünő továbbá a patella nagy mozgathatósága, különösen oldalirányban. Még kifejezettebb ezen hypotonia a térdizület mozgatásánál, úgy hogy az alszárat körülbelül 1·5°-ra lehet előre hajlítani; ezen térdizület még egészen abnormis mozgékonyságot mutat be- és különösen kifelé is, úgy hogy a czomb és alszár kifelé talán 160°-nyi szöget képeznek. Állásban és járásban a térd ilyképen nemcsak hátra, hanem kifelé is nyomatik. Az izület teljesen fájdalmatlan. A végtag hosszirányának ily megrövidülése a betegnek erősen biczegő járását okozza. *Különösen kiemelendő azonban az alszár terjedelmesebb és tömöttebb tapintatú izomzata*, úgy hogy a jobb lábikra legnagyobb átfogata (35 cm.) 5 cm.-rel nagyobb a balénál. Alsó végtagokban erős, felső végtagokon mérsékelt fokú ataxia van. Romberg. Alvégtagok goromba ereje elég jól megtartott, kéznyomás mindkét oldalt erős. Szék rendetlen, vizelés erőltetéssel jár. Potentia pár év óta megszünt.

Szóló ezen esetben hajlandó a lábikrában tapintható fibrosus terimenagyobbodását az izomzatnak parallelizálni a szomszédos térdizület csontduzzanatával és mindkettőre nézve ugyanazon eredetü táplálkozási zavart felvenni. Maradéka ez valószinűleg azon serosus ömlenynek és pastosus infiltrationak, melyek arthropathiás izületben, illetőleg annak környezetében fellépni szoktak. Az oldalról felvett Röntgen-photographia nagyon szépen mutatja a condylus nagyobbodását és rareficatioját.

2. O. A. 52 éves napszámosnak családi előzményeiből kiemeli, hogy atyja scrophulosisban és csonthártyagyuladásokban szenvedett; három testvére közül kettő kiskorban, egy hatéves korában sérülés következtében halt meg; egy fia egészséges, három gyermeke korán halt meg, az egyiknek közülök nyakán kelései voltak.

Betegnek 28 éves korában ulcusa volt és leirása szerint — úgy látszik — széles condylomai voltak ad anum. Az ulcust maga kezelte, mely állitólag többször kiújult. Három évvel utána arcza is több helyen kifakadt. 1895-ben fülfolyása volt, mely miatt a proc. mastoideuson operálták; azóta baloldali facialis paresise van.

Beteg már tavaly márczius 9 dikén fordult meg a rókus-kórházi idegbeteg ambulatoriumon. Már akkor panaszkodott hasogató fájdalmakról és hangyamászásról az alvégtagokon, továbbá nehéz vizelésről. A bal pupilla tágabb volt mint a jobb, fényre nem reagáltak; a térdphaenomenek hiányoztak; az alvégtagok tapintás- és fájdalomérzése erősen csökkent volt, járásnál bal alvégtagját maga után vonszolta.

A beteg minap ismét előadó szt. István-kórházi osztályára került, tetemesen rosszabbodott állapotban. Kiterjedt érzészavarai vannak.

A tapintásérzés teljesen hiányzik, a hajzatos fejen és arczon csak a száj magasságától lefelé van hypaesthesia (kemény érintést érez, de nem puhát), úgyszintén a nyakon és a mellen a negyedik borda magasságáig. Innen lefelé az egész törzsön elül, úgyszintén az egész alvégtagokon — úgy elül, mint hátul — a tapintásérzés ismét teljesen hiányzik. A felvégtagok szintén hypaesthesiások. Hiányzik továbbá a tapintásérzés a glutaealis tájakon is, körülbelül az os sacrum felső széléig, mig a háton és torkon hypaesthesia van jelen.

A fájdalomérzés hiányzik a fejen, mig a nyakon és mellen a második borda magasságáig hypalgesia van jelen. Innen alul ismét erősen csökkent a fájdalomérzés a mellen, hason és czombokon. Teljesen analgetikusok a lábtalpak, valamint a jobb láb háta. A beteg maga észrevette, hogy a hideg szél csapását a jobb alszáron kevésbbé érzi, mint a jobb czombon vagy a bal alvégtagon. Hátul a jobb alvégtagon csökkent a fájdalomérzés, kevésbbé a bal alvégtagon, csökkent továbbá a glutaealis tájakon, mig a lumbalis tájon élénkebb, e felett a hát többi részén ismét csökkentnek mutatkozik. A felvégtagokon a fájdalomérzés megvan, kivéve a bal fel- és alkarnak háti felületén, különösen könyöki részén — megfelelőleg az itteni arthropathiának —, hol teljes analgesia van. *Izlés* a jobb nyelvfélen teljesen hiányzik; a bal nyelvfélen a sóst és az édeset jól percipiálja, a savanyút majd sósnak, majd keserűsnek, a keserűt pedig sósnak mondja. A *szaglás* jobboldalt megtartott, baloldalt quantitative csökkent. *Hallás:* A zsebóra ketyegését csak közvetlenül a jobb fül mellett hallja, baloldalt közvetlenül a fülön sem. A hangvillát a koponyán sem hallja, csak közvetlenül a fül előtt, hanem itt is a bal fülén gyengébben. Bal pupilla tágabb mint jobb, fénymerevek, szabálytalanok, accomodatiora és convergentiára sem reagálnak. Szemfenék rendes, csekély astigmatismussal.

Talpreflex jobboldalt hiányzik, baloldalt gyenge. A végtagok és has többi in-, periost- és bőrreflexei hiányzanak. (Folyt. köv.)

PÁLYÁZATOK.

63/902. szám.

A sepréssi körorvosi állásra pályázatot nyitok. A körorvosi állás javadalmazása: 1700 korona évi fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási és 40 fillér halottkémlési díj.

Az 1876. évi XIV. t.-cz. 142. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvények **folyó évi julius hó 10-dikéig** adandók be hozzám.

Kisjenő, 1902. évi junius hó 18-dikán.

3—1 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

Békésvármegye közkórházának sebészeti osztályán újonnan rendszeresitett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona készpénzfizetés, lakás, fütés, világitás és I. oszt. élelmezés. — Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Dr. Lukács György Békésvármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám **folyó évi junius hó 24-dikéig** küldjék be. — Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A kinevezett állását legkésőbb folyó évi julius hó 1-én elfoglalni köteles.

Gyula, 1902. évi junius hó 1-jén.

3—3 *Dr. Berkes*, kórházi igazgató.

763/1902. szám.

Biharvármegye derecskei járásában levő hajdu-bagosi közegészségi körben — a mely körhöz Hajdu-Bagos és Sáránd községek tartoznak — a körorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére pályázat hirdettetik s a választás megtartására határidőül folyó évi junius hó 28-dik napjának d. e. 10 órája Hajdu-Bagos községbe, mint a kör székhelyére, kitüzetik.

A körorvos javadalmazása:

1. Biharvármegye pénztárából 800 korona évi fizetés és 160 korona lakbér, a mely évnegyedi részletekben fizettetik.

2. Hajdu-Bagos községben a halottkémi teendők teljesitéseért esetenként 80 fillér; látogatási díjak pedig nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér; vényirás az orvos lakásán 40 fillér.

3. Sáránd községben — hova a körorvos a község által kiállitandó előfogaton hetenként kétszer tartozik átmenni — a látogatási díjak ugyanazok, mint Hajdu-Bagos községben.

4. Esetleg kézi gyógyszertár tartásának joga.

Felhivom az ezen állásra pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ában előirt, képességüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket alulirotthoz **folyó évi junius hó 26-dik napjáig** annyival inkább adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Derecske, 1902. évi május hó 27-dikén.

3—3 *Fráter Barnabás*, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Junius 23.	főorvos	Budapest Rókus	4000 k.	Márkus főpolgármester
24.	községi o.	Sikló	1600 k.	Mladin M. fszb., Elek
24.	„	Ottlaka	1600 k.	Mladin M. fszb., Elek
25.	„	Ondód	1200 k. és lakás	Kovács S. fszb., Moór
25.	„	Szemlak	1600 k.	Senk F. fszb., Pécska
26.	körorvos	Felső-Bánya	800 k., 400 k. fuv. á.	DienesD.fszb.,N.-Bánya
30.	másodo.	Nagy-Kálló	1200 k. és telj. ellátás	Borosnyói L. Béla ig., Nagy-Kálló
Jul. 15.	járás o.	Hosszúaszó	1000 k., 400 k. u. á.	Csató Gábor alispán, Dicső-Sz.-Márton
„ 20.	tnrsegéd	Szombathely	1000 k. és telj. ellátás	Reismann Ad. ig.-tnr. Szombathely
—	magáno.	Csúz	3200—4000 k. jövedel. (1200 k. fixum)	Dr. Kirez Zolt., Budapest, V., Sétatér-u. 7.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

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

Idény május 1-től szeptember végéig. Javallatok: **A légzőszervek hurutos betegségei, az emésztő-csatorna bajai, továbbá vérszegénység stb.** Ellenjavallat: **Tüdővész.**

GLEICHENBERG GYÓGYHELY.

Gyógyeszközök: Alkalikus-muriat. források: **Constantin-** és **Emma-forrás;** alkalikus-muriat. vasasforrás: **Johannisbrunnen;** tiszta vasasviz: **Klausenquelle, savó, sterilizált tej** (szárazlakarmányozás), **Kefyr, forrásso-belégzés;** fenyőgőzök belehelése (mindkettő külön kabinban), **belégző-készülék, pneumatikus kamarák. Édes-ásványvizek és pezsgő calorisator-fürdők, fenyő- és aczélfürdők. Nagy hydro-therapeutikus intézet, terrain-kúra. Enyhe, langy-nedves, parmentes, szélcsendes levegő, erdős-lankás vidék 300 méterrel a tengerszin fölött.**

Felvilágositás és prospektus ingyen.

Lakásmegrendelések a gyógyhely-igazgatóságnál Gleichenbergben.

Negyvenhatodik évfolyam. 26. szám. *Budapest, 1902. junius 29.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Körmöczi Emil: Közlemény a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly egyet. m. tanár.) Streptococcus-infectio által okozott polymyositis. (Polymyositis streptomycotica.) 421. lap.

Ferenczi Sándor: Közlemény a székesfővárosi „Erzsébet“ szegényház ideg- és elmebeteg-osztályáról. (Rendelőorvos Schaffer Károly egyet. rk. tanár.) Az agykéreg érző területéről. 422. lap.

Szana Sándor: Közlemény a temesvári „Fehér-kereszt“ lelenczház gyermekkórosztályáról. A varicella egy ritkább lefolyású esete. 424. lap.

Tárcza. Megemlékezés id. Lengyel Endre dr.-ról. 426. lap. — **Huber Alfréd**: A Finsen-féle gyógymód mai állása. 426. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Szili Jenő**: A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben. 428. lap. — *Könyvismertetés. Maximilian v. Zeissl*: Lehrbuch der venerischen Krankheiten. (Tripper, venerisches Geschwür, Syphilis.) (Selle i.) 429. lap. — *Albert Moll*: Gesundbeten. Medicin und Okkultismus. (Reuter Camillo.) 430. lap. — *Lapszemle. Húgyszervi betegségek. Colombo*: Gonorrhoeás herelob után massage. (R—i.) — *R. Kaufmann*: A stypticin mint helybeli vérzéscsillapító szer. — *W. Mintz*: Technikai észrevételek a Winkelmann-féle hydrocele-műtéthez. (Picker Rezső.) — *Bőrkórtan. Salomon*: A bőrnek Röntgen-sugarak behatására keletkező sclerodermiaszerű elváltozásai. (Guszmann J.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Lewinger*: A tertiaer garat-syphilis gyógykezelése. (Tóvölgyi Elemér.) — *Damianos* és *Hermann*: Halálos utóvérzés mandolametszés után. Körülirt gáztályog képződése gelatina-befecskendezés következtében. (Tóvölgyi E.) — *Réthi*: A Krammer-féle orrtükör kicsúszásának megakadályozása. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Hoppe*: A status epilepticus kezelése dormiollal. — *Pouchet*: A vichy-i források legújabb vizsgálatáról bakteriologiai szempontból. — *Folyóiratok átnézete.* 430—432. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A IV. nemzetközi gynaekologiai congressus. — Fürdőorvos. — Fürdőink személyforgalma. — Hőgyes tanár Pasteur-intézete. — Magyar Riviera. — Pályázatok. — Hirdetések 432. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 433. lap. — A budapesti kir. orvosegyesület otologiai szakosztálya. 434. lap. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 435. lap.

Melléklet. Szemészet, 3. szám. Szerkeszti: Schulek Vilmos egyetemi tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly egyet. m. tanár.)

Streptococcus-infectio által okozott polymyositis. (Polymyositis streptomycotica.)

Irta: *Körmöczi Emil* dr.

A pyaemia azon eseteit, melyeknél szabad szemmel látható elváltozások kizárólag az izmokra terjednek, az újabb irodalomban polymyositis infectiosa neve alatt foglalják össze és ezt ép oly jogosan teszik, mint a hogy jogosan beszélnek osteomyelitis infectiosáról, midőn a folyamat a csontokra terjed.

Egészben véve nem sok ilyen esetet irtak le, még kevesebb pedig azon esetek száma, melyekben a kórokozó mikrobát kimutatni sikerült.

A mult év folyamán egy typusos esetét észleltük osztályunkon az infectiosus polymyositisnek és miután ennél a fertőző mikroorganismust sikerült biztosan kimutatnunk, Hochhalt főorvos úr megbizásából az esetet nyilvánosságra hozom.

D. István 23 éves, mindenes. Felvétetett 1901. VII/18-dikán; meghalt 1901. VII/21-dikén.

Jelen bajáig egészséges volt. Hat nap óta lázas és lábai fájnak. Eleinte otthon gyógyitották, majd állapota rosszabbodván, a kórházba hozták.

A középtermetű, elég jól táplált *beteg testén semmi külsérelmi nyom sem lelhető.*

Az arcz kipirult, az ajkak cserepesek. A pupillák középtágak, reagálnak. Az orr nyákhártyája halvány, sehol sem fekélyes, az ajkak körül herpes nincs. A nyelv száraz, repedezett. A garat száraz, sűrű nyákkal fedett. A mandolák rendes nagyságúak, a fogazat ép.

A mellkas jól fejlett, szervei épek. A hasűrben semmi rendellenes nem tapintható.

Hőmérsék 39·5C°. Érlökés perczenként 130, puha, szabályos. Légzés: 42.

Vizeletben: fehérje, geny, czukor nincs.

Az arcz, nyak, mellkas és karok izomzata eltérést nem mutat.

A bal czomb izomzata mozgásra és érintésre fájdalmas. A belső oldalon fekvő izmok duzzadtak, kemények, a bőr felettük feszes, halvány, a térdizület felett a belső oldalon körülirt, piros, ujjnyomásra elhalványuló gyermektenyérnyi folt van.

VII/19. Hőmérsék d. e. 39·5C°, d. u. 40·3C°. A beteg folyton delirál.

VII/20. Hőmérsék 38·5—39·0C°, *a bal czomb izomzatának beszüremkedéséhez az alszár izmainak megbetegedése is hozzájárult. Az egész alszár duzzadt, keményebb taipintatú, nyomásra, mozgatásra fájdalmas, a bőr megfeszült. A j. o. triceps brachii alsó harmada és a flexor carpi ulnaris szintén duzzadt, és tapadási helyeik közelében piros foltok vannak, melyek ujjnyomásra eltünnek.*

VII/21. A tegnap constatálható izomelváltozásokhoz még a bal alkar hajlító izmainak duzzanata is járult és a jobb sternocleidomastoideus duzzadt és fájdalmas.

VII/22. A beteg hajnalban meghalt.

A betegnél *Hochhalt* tanár úr mindjárt az első észlelési napon polymyositisre tette a diagnosist és miután a malleus gyanuját sem a kórelőzmények, sem a nyákhártyák állapota nem erősitette meg, egyéb kórok után kutattunk.

Ezen czélból VII/20-dikán a vena medianából steril fecskendővel 5 cm³ vért vettünk és azt 300 gm. húslevesbe oltottuk. 24 óra mulva a zavaros húslevesben typikus elrendeződésü, Gram szerint festődő *streptococcus pyogenest* találtunk.

A talált mikrobát aztán tovább tenyésztettük (agar, leves, gelatina) és az minden táptalajon jellemzően fejlődött.

Az agarculturából egy-két platinkacsnyit fehér egér böre alá vittünk, és az egér 18 óra alatt elpusztult; szivének véréből ugyancsak streptococcusok nőttek, és festett készitményen is csak ezek voltak láthatók.

A klinikai diagnosist tehát ezek után egy strepococcus-infectio által okozott polymyositisre (polymyositis streptomycotica) tettük, mely diagnosisunkat a VII/23-dikán megejtett (Genersich tanár) bonczolás beigazolta.

A belső szervekben a lép és vese zavaros duzzadásán kivül

egyéb nem találtatott, csak a bal felső tűdőlebenyben volt egy borsónyi, fehéres-sárgás részlet, melyet esetleg kezdődő metastatikus tályognak is lehetett tartani, a kórszövettani vizsgálat azonban kimutatta, hogy az egy régi sajtos gócz. (Lásd alább). Makroskopikus vizsgálat egyáltalában csak az izmokat mutatta betegnek, a mennyiben azok a beteg helyeknek megfelelőleg (bal czomb, két kar, jobboldali sternocleido-mastoideus) kisebb-nagyobb kiterjedésben lágyak, elhalványultak, néhol majdnem szétfolyók voltak és fakó, zavaros, híg nedvvel voltak beszüremkedve. Kifejezett genyes góczok seholsem voltak találhatók.

A bőr előzetes eltávolítása után a kihevített késsel kettészelt izomzat kipréselt nedvéből részint oltásokat eszközöltünk (leves, agar); részint tárgylemezre kenve, górcső alatt megvizsgáltuk. Mindkét vizsgálat azt mutatta, hogy a lobos izomzatban egyedül *streptococcus pyogenes* lelhető.

A kórosan megváltozott izmok egy-egy részletét és a tüdő fenntebb említett fakó góczát szövettanilag is megvizsgáltam és az elkészített metszeteken, melyeket *Feldmann* kórboncztani tanársegéd is szíves volt átvizsgálni, a következőket leltük.

Az izomrost-pamatok közötti kötőszövet bővérű, oedemásan beszűrődött, rostjai szétziláltak, benne hol kisebb, hol nagyobb halmazokat képező *streptococcus*-telepek láthatók, melyek néhol hálózatos elrendeződésű űrrendszerben (nyirk-erekben) foglalnak helyet.

A coccusok néhol közvetlen az izomrostok között vékony csíkok alakjában helyezkednek el. Ilyen helyeken az izomrostok harántcsikolatukat elvesztették, egyenlőtlenül megduzzadtak és hol kivágott szélűek, hol űrök képződtek benne, hol pedig kisebb-nagyobb darabokra, sőt apró rögökre is szétestek. Néhol a sarcolemma egy része üres, összeesett, míg másik része a mondott módok egyike vagy másika szerint megváltozott rostdarabot tartalmaz. Ilyen erősen megváltozott izompamatokban a rostok egy része hiányzik, kiesett és a rostok között kisebb-nagyobb mennyiségben kerek, halvány, szemcsés sejtek láthatók, melyek magfestést legnagyobbrészt nem mutatnak. E sejtek egy része fehér vérsejtekhez hasonló nagyságú, de nagyobbak is vannak köztük. E nekrotikus sejttömegek közé vörös vérsejtek és szemcsés törmelékek is vannak keverve. Megjegyzendő, hogy a coccushalmazok ily területeken a legnagyobbak és legsűrűbbek.

A *tüdőben* levő tömött, fakó górcz központi része magfestést nem mutató szemcsés anyagból áll, mely körül hosszúkás és lapos nagy sejtekből álló zóna, majd pedig gömbsejtes udvar következik. Néhol egy-egy Langhans-féle óriássejt látható. A górcz között a tüdő szövete vérbő és benne számos *streptococcus-embolia* látható. Magában az elhalt részben coccusok nincsenek. Koch-bacillust nem találtunk.

Észlelt esetünkben a klinikai, kórboncztani és bakteriologiai vizsgálatok eredményét ezek után a következőkben foglalhatom össze.

Egy fiatal ember minden előrement trauma nélkül pyaemiában megbetegszik és abban el is hal.

A pyaemia kiindulási helyét nem sikerült sem az élőben, sem a hullában feltalálni, de azt biztosan meg lehetett állapitani, hogy a streptococcusok a vérben is keringtek és egyéb szervekben is megtelepedtek (lásd a tüdő szövettani leirását), habár makroskopice észrevehető eltérést csak az izmokban okoztak.

Az izomzat megbetegedésénél szokatlan, hogy a betegség 14 napi tartama daczára kifejezett genyedést nem leltünk, és az izmoknak inkább lobos, savós átivódása, mintsem genyedése volt jelen.

Mindeme folyamatokkal azonban egyébként is elégszer találkozunk a pathologiában.

Az infectio behatolási helyét ki tudja példának okáért kimutatni typhusnál, vagy osteomyelitisnél, vagy ki lelheti meg néha erysipelasnál és egyéb infectiosus bajoknál?

Azt is mindgyakrabban tapasztalják újabban, hogy valóságos bakteriaemia daczára csak egyes szervekben jönnek létre szabad szemmel észrevehető elváltozások. Például pneumonia crouposánál mi is elégszer leltünk a vérben pneumococcust, pedig csak a tüdő volt beteg, vagy pl. typhusnál újabban mind több vizsgálat bizonyítja, hogy a vérben is kering a typhus mikrobája, pedig a betegség leginkább csak a nyirokrendszerben hoz létre szabad szemmel látható elváltozásokat.

Az izmok sajátságos elváltozásában nem lehet egyebet látnunk, mint a lobosodás egy phasisát, mely legfelebb annyiban érdekes, mert világosan bizonyítja, hogy nemcsak az úgynevezett „dermatomyositisnél“, hanem a valóságos infectiosus myositisnél is létezik ilyen kifejezett genyedés nélküli lobos folyamat az izomzatban.

Irodalom. Hochhalt: A belgyógyászat kézikönyve. — *Lorenz:* Die Muskelerkrankungen. 1898. Wien. — *Kader:* Klinische Beiträge zur Aetiologie und Pathologie der sogenannten primären Muskelentzündungen. Mittheil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chir. 1897. II. 617. lap.

Közlemény a székesfővárosi „Erzsébet“ szegényház ideg- és elmebeteg-osztályáról. (Rendelő orvos Schaffer Károly egyet. rk. tanár.)

Az agykéreg érző területéről.[1]

Ferenczi Sándor dr.-tól.

(Vége.)

A positiv esetekben a hűdés és az érzéketlenség kiterjedésének egymáshoz való viszonyát kutatván, ugyanarra az eredményre jutottam, a melyre már sokan mások, hogy tudniillik a kettő között nincs meg a parallelismus. Némely esetemben pl. az arcz anaesthesiás, holott a facialis nincsen hűdve; a nyelv hűdve van, holott a nyákhártyája érzékeny; még gyakoribb eset az, hogy a hemianaesthesia csak a törzsre és a végtagokra terjed ki, ellenben a szintén hűdött arczra nem. Kivételképen azonban olyan eset is fordult elő, a hol a hűdés és az érzéketlenség foka tökéletesen lépést tartott egymással.

Sajátságos egy körülmény ötlött a szemembe, miközben a féloldalt hüdöttek érzőképességét vizsgáltam, és ez az, hogy a legsúlyosabb hemianaesthesiák azoknál fordulnak elő, a kiknél a hűdés jobboldali, vagyis a gócz baloldali; két ilyen súlyos esetet az előadás végén demonstrálni is alkalmam lesz. És bár ezt még további kutatások fogják csak eldönthetni, hypothesis gyanánt elfogadható az a feltevés, hogy a bal agyféltekében nemcsak a legszövevényesebbb mozgási coordinatioknak, pl. a beszédnek, hanem az érzési ingerek perceptiojának is egy magasabb centrumát kereshetjük.

Az érzésbeli eltérések cerebralis hemianaesthesiánál annál könnyebben restituálódnak, minél fiatalabb a beteg egyén. Erre a körülményre vizsgálataimat nem terjeszthettem ki, mert a szegényház kórosztályán többnyire csak idősebb embereket ápolnak. (Az általam eddig vizsgált hemiplegia spastica infantilis esetekben súlyosabb érzésbeli kiesés nem volt található.)

Organikus hemianaesthesiánál igen gyakori az egyes qualitások dissociatoja, sőt *Long* véleménye szerint ez minden esetben fennáll. A mi hemianaesthesiás betegeink nagy része a hüdött testfélen az érintést és felületes tüszúrást nem percipiálja, a hőérzésben is zavarok állnak fenn, de a mély tüszúrást és a nagyon hideg tárgy érintését észreveszi. A tapintási érzés hiánya rendesen legkifejezettebb volt a végtagok distalis részein, míg az arcz érzése többnyire nem volt alterálva; a törzsön az érzésbeli kiesés nem szokott egészen a középvonalig terjedni. A hőérzésnél sajátságos eltérések voltak gyakoriak: míg forró tárgy érintését fel sem veszi és egyáltalán nem percipiálja a beteg, addig a hidegre rögtön felszisszen. Ezt a tüneményt, a mit *psychro-hyperaesthesiának* kell nevezni, 12 hemianaesthesiás beteg közül 5-nél észleltem. Egyiküknél plane a hőérzés perversioja áll fenn; tenyerén és talpán a jéggel telt eprouvetta érintését kiállhatatlanul égetőnek és fájdalmasnak mondja. Az érintések projectioját, vagyis azt a képességet, hogy az ember a percipiált érzéki benyomásokat a behatás helyére vetíti, 4 esetben találtam hiányosnak. Kettőnél közülük sajátságos módon nyilatkozott ez meg. Mind a kettő jól tudta jelezni, hogy mikor szúrták meg, de hogy a test melyik helyén, azt nem. Ám ha kezemmel szemüket lefödve szúrtam meg pl. a lábukat, kezüket vagy arczukat: mindig azt mondták hogy a *szemüket* szúrtam meg; ha viszont szemük láttára szúrtam meg őket a kézen, és azután bekötött szemmel másutt, ez utóbbi és következő szúrásokat mind a kezükbe projiciálták. Ennek a tüneménynek, a mely *sensibilis perseverantia* névvel volna jelölhető, csak psychologiai úton adhatjuk magyarázatát. Valószinü, hogy a beteg, kinél a projiciáló képesség hiányzik, de a perceptio képessége megmaradt, a tüszúrást associative összekapcsolja egy azt megelőző vagy egyidejü olyan érzéki benyomással, a melyet Wundt kifejezése szerint „Localzeichen“ kisért.

Bizonyítja ezt a kisérlet azon modificatioja, mikor a vizsgálatban rövid pihenőt tartottam s e közben a beteg szeme be

volt kötve. Ha azután hirtelen tüt szúrtam a hüdött területre, felsziszszent; megérezte, de egyáltalán sehová sem localizálta az érzést, hiányozván olyan simultán vagy antecedens benyomás, a melylyel azt összefüggésbe hozhatta volna.

Hyperalgesiát a hüdött oldalon több esetben észleltem, de kivált nagyon sokszor spontan fellépő fájdalmakat, *paralgesiákat.* Egyik ma bemutatandó betegnél heves neuralgiformis fájdalmak állanak fel az anaesthesiás testfélen, különösen a fejtető és az arcz idegeiben. De a többi hemiplegiások is nagyon gyakran panaszkodnak húzó fájdalmakról a hüdött testfélben. Minden arra vall, hogy ilyen esetekben a sensibilis központ izgalmi állapotáról van szó.

A passiv mozgatás érzése számos esetben hiányzik, kivált a kéz- és lábujjak izületeiben.

Külön elbirálás tárgyát kellett hogy képezze az úgynevezett *stereognostikus érzék,* vagyis az a képesség, a melynek segítségével az egészséges ember a kézbe vett tárgyak alakját, nagyságát és mivoltát felismeri. Vannak, a kik ezen képességet az agykéreg egy körülirt részének functiojára vezetik vissza és legújabban kivált a lobulus parietalis tekervényeit emlegetik, mint ezen érzék centrumát. De a legegyszerübb elmélkedés is meggyözi az embert arról, hogy a kézbevett tárgy felismerése nem olyan egyszerü dolog, a mi egyszeri sensibilis behatás észrevevéséből magyarázható volna. Kiterjedt associatiós folyamatoknak kell itt müködésbe jönni, a melyek tapintási és látási emlékképeket ébresztenek fel és ezen emlékképeknek az actualis érzékbehatással való összehasonlítása és attól való megkülönböztetése hozza létre azon lélekállapotot, a melyet valamely tárgy felismerésének nevezünk. Természetes, hogy ha a érzékenység vagy az úgynevezett mély sensibilitás hiányzik, akkor hiányzik ezen complikált lelki folyamat alapfeltétele, az érzéki ingerület is. Ám ilyenkor nem jogosult dolog stereoanaesthesiáról beszélni, hanem csak ott, a hol a centrumhoz való vezetés teljesen ép és csupán a sensibilis összrendezés hiányos. Hemiplegiásaink közt csak egy olyat találtam, ki a kézujjak passiv mozgatását megérezte és mégsem tudta a kézbe adott tárgyak mivoltát felismerni. Ebben és az ehhez hasonló esetekben az ujj hajlító izmainak hüdésében keresendő a magyarázat; a hüdött ujj képtelen az activ tapintásra és igy hiányoznak azok a centripetalis ingerületek, a melyek rendes viszonyok közt az *akaratlagos* tapintást kisérik. Ennek a felfogásnak a helyességét kisérletileg bizonyithattam két olyan hemiplegiásnál, a kiknél passiv mozgatás érzése az ujjakban megvan; mind a kettőnél az ujjak *paresise* és contracturája áll fenn. Ha szemüket bekötve ugyanazon tárgyat pl. kémcsövet felváltva jobb és bal kezükbe adtam: következetesen vastagabbnak mondották azt a hüdött oldalon. Ugyanis a bénult ujjak izmainak nagyobb erőt kellett kifejteni, hogy a tárgyat körülmarkolják és behunyt szemmel a tárgy dimensioinak megitélésére nem volt más mértékük, mint az extensorok azon erőfeszitése, a mely szükséges volt ahhoz, hogy a tárgyat megmarkolják.

Makro-aesthesiának lehetne nevezni az ilyen érzékcsalódást, a mely tehát lényegében azonos a mikropsiával, azon tüneménynyel, hogy az alkalmazkodási izom hüdésekor a tárgyak a valóságosnál kisebbeknek látszanak.

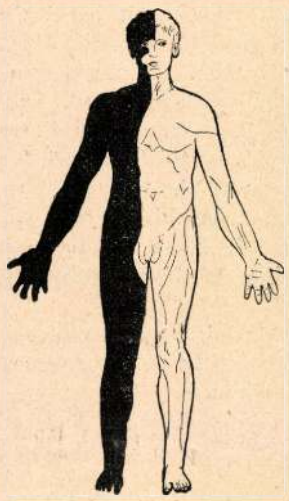
A mi eseteink vizsgálata is azt a felfogást támogatja tehát, hogy a hemiplegiához oly gyakran társuló *astereognosis* nem a magasabbrendü associatiok és az érzésbeli összrendezés hiányosságából, hanem egyes a felismeréshez nélkülözhetetlen centripetalis ingerek kieséséből magyarázandó.

Ámde, ha a kéz érzékenységéről van szó, nem szabad megfeledkeznünk még egy körülményről, s ez az, hogy a hemiplegiához társuló táplálkozási zavarok, a melyeket én nem „ideg-trophismusra", hanem a véredény-beidegzés zavarára vezetnék vissza, legnagyobb mértékben a végtagok distalis részleteit, a kezeket és lábakat támadják meg. A hüdött kéz és láb igen gyakran hideg, cyanotikus, oedemás, a bőre atrophiás, és nagyon valószinü, hogy ezek a helyi elváltozások, a melyek nem kimélik a sensibilis idegvégződéseket, minden centralis elváltozásoktól függetlenül is okozhatják vagy fokozhatják az érzésbeli s kivált a thermalis érzést illető zavarokat.

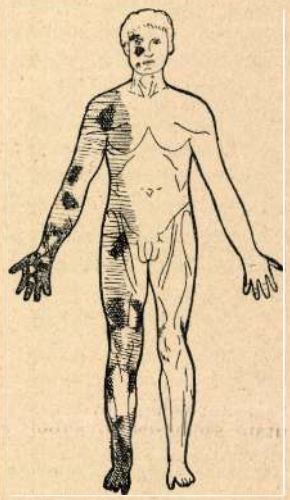
Egyébiránt csak megerősithetem *Long*-nak azon tételét, hogy mindezek az érzésbeli elváltozások a legnagyobb változatosságot tüntetik fel; az átlagosan fennálló hemianaesthesiát itt egy hőérző, ott egy hyperalgesiás terület tarkithatja, úgy hogy itt a pontos érzésvizsgálat nagyon fárasztó munka, még hozzá sokszor czéltalan is, mert az érző foltok alakja és terjedelme aránylag rövid idő alatt megváltozhatik.

Alkalmam van azonban egy olyan esetet is demonstrálni, a mely nem illik bele az általános rendszertelenség ezen rendszerébe. (Lásd a második ábrát.)

W. 50 éves pompes funèbres-kocsist ezelőtt 4 évvel a szél érte. Azóta jobb fele hüdött és érzéketlen, beszélni nem tud (motorius aphasia). A vizsgálat totalis jobboldali hemiplegiát mutat ki, a könyök mérsékelt feszitő, az ujjak kisfokú hajlító contracturában vannak, a térdben feszitő contractura. Activ mozgásnak nyoma sincs. *A jobb testfélen az összes érzésqualitások hiányoznak;* a tapintási, fájdalom, hőmérséki behatásokat, a tagok helyzetváltoztatását nem érzi. Csupán a középső és alsó trigeminus területének belső része, a scrotum jobb fele és a czomb belfelületének egy körülirt területe érzi meg a tüszúrást; de a hőbehatások közül innen is csak a hideget percipiálja. Láttérszükület, hallási, látási, izlési, szaglási zavar nincs. A nyákhártyák nem vesznek részt az anaesthesiában.



2. ábra. A fekete rész teljes anaesthesia és analgesia.



3. ábra. A világos csikos rész anaesthesia, a sötét csikos hypalgesia.

A hemianaesthesiának ilyen foka cerebralis bántalomnál rendkivüli ritkaság. Long az ő kitünő monografiájában egyetlen hasonló esetről sem tud referálni, úgy hogy első pillanatra az ember hysteriás superpositiora gondol. De kizárja ez utóbbit a sensorius zavarok hiánya; hogy a nyákhártyák, valamint a jobb oldalon két körülirt bőrterület megkimélvék az anaesthesiától; hogy psychikus behatással, a Janet-féle fogással stb. a functionalis eredet támogatására semmi adatot sem lehet felhozni. Ez az észlelet lényegesen eltér az általam észlelt többi cerebralis hemianaesthesiáktól, a mely utóbbiaknak egy typikus, bár szintén súlyos példáját van módomban a másik betegen demonstrálni. (Lásd a harmadik ábrát.)

L. F. 53 éves esztergályost két év előtt érte jobboldali szélhüdés és motorius aphasia. A nála fennálló hemianaesthesia dextra igen hiányos. Az arcz egyes körülirt foltjain finomabb érintést nem vesz észre; hasonlóképen a törzs jobb felén, de nem egészen a középvonalig; a jobb kar középső harmadán tenyérnyi érző folt, az alkar érintésre érzéketlen, a tenyérben kisebb érző foltok, a jobb alsó végtagon egyes finoman érző foltok, különösen az alszáron. Csiklandást, erősebb nyomást a hypaesthesiás terület is észrevesz. A jobb testfél felületes szúrást foltonként nem, mély szúrást mindenütt jelez. Meleget, hideget egyáltalán nem ismer meg a jobb oldalán. A jobb kézen ejtett tüszúrást hibásan lokalizálja, pl. a lábába. Passiv mozgatás érzése a jobb felső végtagon hiányzik, az alsón hiányos, legjobb még a lábujjakban. A kezébe adott tárgyakat nem ismeri meg a felületes és mély érzékenység kiesése miatt. A bőr atrophiás. Jobb fülén nagyot hall a hüdés óta. Heves, spontan fellépő fájdalmai vannak és órák hosszat makacsul eltartanak a jobb arczán, törzsén és jobb végtagjaiban.

Az érzékszervek közül a hallás az egyedüli, a mely 3 hemiplegiásunknál állítólag az apoplexia óta rosszabbodott. De az egyik betegünknél mindkétoldali süketség állott be, a másik kettőnél, pl. a most bemutatottak egyikénél ellenben csak a hűdés oldalán. A consequentiát alaposabb fülészi vizsgálat hijján egyelőre nem merem az esetekből levonni.

Vizsgálataim is megerősítik tehát azt a tapasztalatot, hogy a cerebralis eredetü féloldali érzészavarok az esetek tulnyomó számában dissociáltak, foltosak, a nyákhártyákat és érzékszerveket kimélik. De a bemutatott egyik eset példa arra, hogy igen súlyos és teljes hemianalgesiák is előfordulhatnak kivételképen organikus alapon, a mit a szerzők nagy része tagad. Ezen utóbbi esetnek analogonját tavaly észleltem egy 19 éves fiún, a kinél épen ily tökéletes hemiplegia és hemianaesthesia állott fenn. A két esetnek van azonban még egy közös vonása, a mely úgy lehet egy kis világosságot vet a sensibilis localisatio kérdésére. Mind a két betegnél endocarditis és súlyos, rosszul kompenzált aorta-insufficientia van, illetve volt jelen, a mely a másik patienst azután sírba is vitte. Mind a két betegnél embolia és nem vérzés volt tehát a hemiplegia oka, és mi sem valószinübb, mint az, hogy az embolia nagyobb kéregterületet zárhat el a véráramtól és tehet véglegesen müködés-képtelenné, mint a vérkiömlés; mert olyan nagy kiterjedésü vérömlést, a milyen egy emboliás lágyulás területe lehet, a beteg nem élhetne túl. Mi több, az embolia nemcsak egy, hanem két edényt is eldugaszolhat egyszerre, pl. az art. cerebri anticát és mediát. Ebben az esetben azután a collateralis vérellátás egészen hiányzik, és nemcsak a convexitáson levő, hanem a különben oly jól védett medialis gyrusok is degenerálhatnak, a mi, úgylehet, oki összefüggésben van a sensibilitás súlyos sérelmével. Ezt a két esetet azonban csak finomabb szövetboncztani vizsgálat után lehet majd a localisatio kérdése szempontjából felhasználni.

Egy másik esetben a klinikai tünetek ezek voltak: jobboldali hemiplegia és aphasia, érzési kiesés nélkül. Az agy boncztani vizsgálata kimutatta, hogy a nucleus lentiformis egészben roncsolva volt, hasonlóképen a capsula interna elülső szára; a hurokpálya ép volt. Szóval subcorticalis sértés volt jelen a motilitás súlyos sértésével minden érzési kiesés nélkül.

Egy másik készítmény[1] igen nagy kiterjedésü kéreg alatti lágyulást mutat fel, a melynek in vivo súlyos hemiplegia és hypaesthesia felelt meg. Az ugyanezen agyvelőből származó nyúltvelői metszet itt is mutatja a hurokpálya épségben maradását.

A harmadik készítmény esetében a klinikai tünetek voltak: baloldali hemiplegia érzési zavar *nélkül*. Az igen kiterjedt sérülés helye a jobboldali nucleus lentiformis, a melyből súlyos felhágó degeneratio terjed a motorikus tekervények felé; *súlyosan elfajulva látható az ezen oldali capsula interna*. A rostkeveredés és közös érző-mozgató mező theoriája értelmében ezen esetben súlyos hemianaesthesiának kellett volna fennállania.

Ezek a klinikai és részben bonczolástani adatok azt bizonyítják:

1. hogy a cerebralis hemianaesthesia többnyire dissociált, szabálytalan érző foltoktól tarkított, de kivételképen az összes érzésqualitásokra és úgyszólván az egész féloldalra kiterjedhet;

2. hogy az agy olyan sérülései mellett, a melyeknek, ha a közös kéregmező igaz, sensibilis kiesést kellene okozniok, számos esetben ilyen kiesés nem volt kimutatható, és

3. hogy hemiplegiánál általában hiányzik a párhuzamosság a mozgatási és érzési tünetek súlyossága között.

Hogyan értékesítsük az így összegyüjtött vizsgálati anyagot az agykérgi localisatio kérdésében? Egybeesik-e tehát a sensibilitás mezeje a motilitásével?

Véleményem szerint ismereteink mai állása nem jogosit fel senkit arra, hogy ezen kérdésre teljes positivitással igenlőleg feleljen. Valamint, hogy az általam megejtett vizsgálatok eredménye sem bátorit fel engem arra, hogy annak ellenkezőjét vitassam. Legfeljebb annyit állithatok, hogy *a klinikai és anatomiai megfigyelés számos olyan adatot is szolgáltat, a melyek a sensibilitás és motilitás kéregmezejének különállása mellett látszanak szólni.*

[1] A boncztani készítményeket Schaffer Károly tanár gyüjteményéből válogattam ki, kinek azok szives átengedéséért köszönetet mondok.

Közlemény a temesvári „Fehér-kereszt" lelenczház gyermekkórosztályából.

A varicella egy ritkább lefolyású esete.*

Irta: *Szana Sándor* dr., igazgató-orvos.

Kovács Mihály, két hónapos. Atyja a közkórházban fekszik. Anyja betegeskedik, de gyermekét szoptatja. Magát és két gyermekét eltartani képtelen. A nő két gyermekével az intézetbe felvétetett 1901. deczember 15-dikén. A gyermek folyton sír, hasmenése van, ezért anyjával együtt még az nap az intézet *kórosztályába* vétetik fel.

Gyermek súlya 4340 gramm, tehát az e kornak megfelelő átlagnál 400 grammal könnyebb. Hossza 40 centimeter. Hajának szine szőke, szemei kékek. Fej körfogata 40 centimeter, mellkas 38 centimeter. Lesoványodott, halvány gyermek. Kutacsok tágak, be nem süppedtek, craniotabes nincs. Epiphysisek nem duzzadtak. Bőr redőbe emelve elastikus. Arczban redők ki nem fejezettek. Nyirkmirigyek nem tapinthatók, az axillaris nyirokmirigyek sem. Mellkasi szervek elváltozást nem mutatnak. Has a mellkas niveaujában van, mérsékelten feszes. Lép és máj nem tapinthatók. Anus körül nincs elváltozás. Intertrigo nincs. Székelése naponta négyszer, vizenyős, kevés nyák, savi vegyhatású, sárga szinü. Gyermek sokat sír. *Diagnosis*: Dyspepsia intestinalis acuta. *Therapia*: A szoptatás restringálása. Ötször naponta szopik.

Deczember 20. Az anaemikus anya foggyökérlobban, majd heveny gyomorhurutban betegszik meg. Teje kevesbbedik, gyermek háromszor naponta 100 gramm steril Soxhlet-Heubner-féle tejkeveréket kap még.

Deczember 25. A székelés kemény, sárgás, nedves udvar körülötte nincs, idegen alkatrészek nincsenek.

Deczember 29. A némely ingadozással eredeti súlyában maradt gyermek a steril Soxhlet-Heubner-tejkeveréket kihányja.

Deczember 30. Csak szopik, hétszer naponta.

Deczember 31. Hányás ritkább.

Január 3. A nyugtalan, sokat síró gyermek hőmérséklete reggel 38·5, este 38.

Január 4. Az egész testen szétszórtan körülbelül 50 köles usque lencsenagyságú hólyagcsa, melyeknek benneke egyeseknél tiszta, a legtöbbnél zavaros. A hólyagcsák vörös udvarral vannak körülvéve.

Január 5. Hőmérséklet reggel 37·7, este 36·5. A legtöbb hólyagcsa helyén sárgás-barna pörköcskék. Egyes helyeken újabb hólyagcsák. Vizeletben fehérje nincs.

Január 6. Az alszárak feszitő oldalán egyes hólyagcsák felfakadása és confluálása után éles szélü, ezüstforintnyi fekélyek, melyeknek alapja genyes. A fekélyek körül egy centimeternyi piros udvar. A mellkason szintén gyermektenyérnyi hámfosztott piros helyek, melyek közepén krajczárnyi, genyes alapú fekélyek. A többi helyen a bőr ép. Nyirokmirigyek nem duzzadtak. Fehérje a vizeletben nincs.

Január 7. Láztalan. Vizeletben fehérje nincsen. A czombokon hasonló confluáló fekélyek (fényképeztetik).

Január 8. A bal alsó végtag feszitő oldalán 10 újabb kölesnyi hólyagcsa piros udvarral. A mellkas alsó felén három darab ezüstforintnagyságú, nagy, laza, csekélyen feszült, zavaros bennékü hólyag. Gyermek erősen köhög. Érdes végü vesicularis légzés. Rhonchi sicci.

Január 9. Reggel 37.6, este 36. Mellén újabb babnyi, vörös udvarral körülvett, laza falú hólyag zavaros bennékkel. A fején három typikus kölesnyi varicella. A nagy hólyagok megpattantak, s a hólyag fala száraz lamellákban lóg, a bőr alatta piros, de nem nedvezik, pörk nincs. Vizeletben fehérje nincs.

Január 10. Láztalan. A fekélyek helyén vastag pörkök.

Január 16. A láztalan, de súlyban folyton fogyó gyermek sebei vastag pörkök alatt gyógyulnak minden heg nélkül, csekély pigmentatio hátrahagyásával. Érdes vesicularis légzés, rhonchi sicci.

A gyermek további kórtörténetéből csak felemlítem, hogy otitis med. suppurativa, majd furunculosis lépett fel. Midőn a

* Felolvastatott a délmagyarországi természettudományi társulat orvos-gyógyszerészeti szakosztályának 1902. április 26-diki ülésén.

súly 3000 grammra fogyott, a gyermek görcsök között mortuált. Az anya is állandóan betegeskedett, sőt hysteroepileptikus rohama is volt.

A leirt esetben a varicella typikus képét két tünet zavarja meg. Először, hogy a harmadik napon a hólyagcsák egy része nem szárad kemény, sárgás, könnyen leválasztható pörkké, hanem confluálva, genyes alapú fekélylyé lesz; másodszor zavarják a typikus képet az ötödik napon fellépő, három centimeter átmérőjü hólyagok, melyek nem pörkkel, hanem hámló lamellákban száradnak le.

Hogy itt egyáltalában varicellával van dolgunk, azt nemcsak a nagyszámú jellegzetes varicellaküteg bizonyitja, de az is, hogy ugyanazon időben az osztályon még hét gyermek kapta meg a varicellát, azonkivül pedig városrészünkben ugyanekkor igen számos varicella-beteg volt. Hogy tehát a betegnél egy napi hőemelkedés után fellépett kölesnyi, egész borsónyi, az egész testen szétszórt, tiszta, majd zavaros bennékü hólyagcsák, melyeket piros udvar vesz körül, varicellák voltak, kétségtelen. Ép úgy bizonyos, hogy a hasonló efflorescentiák, melyek később mintegy „schubweise“ léptek fel, varicellák voltak, hisz ezen „schubweise“ fellépést a varicellánál megszoktuk.

Varicellán kivül hólyagcsás küteg létezik még *a)* variola, *b)* pemphigus ac. és vulgaris, *c)* impetigo contagiosa, *d)* herpes és *e)* eczema vesiculosum.

Variolát kizár a kórlefolyás; az igen ritka pemphigus acutus sokkal súlyosabb lefolyású, sokkal magasabb lázakkal jár, de azonkivül rendszerint sokkal nagyobbak is lesznek a hólyagcsák, mint a mi kölesnyi, borsó nagyságú hólyagcsáink, végre pedig nem tart a pemphigus csak hat napig, hanem hosszabb tartamú. Pemphigus vulgaris először is nem contagiosus és azután a legenyhébb esetekben is hosszabb időn át húzódik, mint a mi esetünk. Az impetigo contagiosa ellen szól a praedilectionalis helyek hiánya. Esetünkben épen az impetigo kedvencz helye, az arcz volt leginkább mentes; azonkivül impetigonál hiányzik a hólyagcsát körülvevő udvar, mely varicellánál és a mi esetünkben is megvolt, végre pedig az impetigo mindig nagyobb hólyagcsákkal jár, mint a mi hólyagcsáink. Herpes és eczema vesiculosum szintén kizárható.

Az eset varicella lévén minden kétséget kizárólag, nézzük már most, hogy az irodalomban vannak-e leirva varicellák, melyek nem pörkkel száradnak be, hanem melyekből confluálás után genyes alapú fekélyek keletkeznek.

Jürgensen[1] azt mondja: „Es ist nicht gerade häufig, dass bei gesunden Kindern an den von den Varicellen eingenommenen Hautstellen durch das Kratzen länger dauernde Verschwürungen oder Gangrän sich entwickeln. Bei scrophulösen mag es eher geschehen, indess ist es auch da keinerwegs etwas alltägliches. Nach eigenen Wahrnehmungen — mondja Jürgensen — glaube ich, dass es sich *auch bei den leichteren* Vorgängen dieser Art immer um Folgen des Kratzens handelt“. Jürgenser magyarázata ezen ritka ulceratiok keletkezését illetőleg a mi esetünkben legalább feltétlenül hamis, mert bepólyázott négy hónapos gyermekről lévén szó, a vakarás mint aetiologiai momentum feltétlenül elesik.

Bókay[2] Hutchinson és Demme varicella gangraenosa eseteit ismerteti.

Cohn[3] Casselt és Bresgent idézi, kik varicellának kráterszerü mély ulceratiokká való átváltozását látták.

Biedert[4] tankönyvében a varicellahólyagcsák után fellépő ulcerativ folyamatokról egyáltalán nem tesz említést.

Baginsky[5] tankönyvében felemlíti, hogy három olyan esetet látott, hol a varicella mélyebb ulcerativ, sőt phlegmonosus folyamatokkal járt. Ő is idézi Cassel esetét.

Uffelmann[6] tankönyvében Demme esetét idézi, hol varicellapustulák után tuberculotikus ulceratio lépett fel.

Henoch[7] classikus tankönyvében azt mondja, hogy a nephritis varicellosán kivül más complicatiot nem ismer.

Thomas[8] alapvető munkájában felemlíti, hogy ulceratiot sohasem látott, de Hesset és Löwenhardot idézi, kik ilyent láttak.

Vierordt[9] felemlíti, hogy néhány ily esetet látott s Trousseaut is idézi.

Netter[10] legújabb keletü tanulmányában a varicelláról saját észleletei és 75 irodalmi közlemény alapján a varicella után fellépő ulcerativ folyamatot accidentalis infectionak tartja. Három ily esetet látott, ezen esetek egyikében a vérből streptococcust sikerült agaron tenyészteni.

Friedmann[11] a „Deutsche med. Wochenschrift“-ben 1900-ból ir le egy varicella-esetet, hol a hólyagcsák ötmárkás nagyságú plaquekká confluáltak és még azonkivül nephritist is okoztak.

Mindezek alapján kétségtelen, hogy ritka esetekben a varicella nem szárad be pörkkel, hanem a hólyagcsák confluálnak és fekélyekké lesznek. Az ok a praedisponáló dyscrasia mellett valószinüleg accidentalis infectio, de Jürgensen magyarázata, hogy ezen infectio a vakarás által történik, a mi esetünkben legalább feltétlenül ki van zárva.

Esetünkben a 3½ centimeter átmérőjü hólyagokat illetőleg már most tisztázandó, vajjon a varicella-hólyagok lettek ily nagyok, vagy a varicellához pemphigus-hólyagok csatlakoztak-e.

Az előbb idézett tankönyvek és az azokban ismertetett autorok mind felemlítik, hogy kivételesen egyes varicella-hólyagcsák több centimeternyi átmérőjü hólyagcsákká lesznek.

Abban mind megegyeznek, hogy ezen varicella-bullák laza teltségüek, ellentétben a feszes falú pemphigus-hólyaggal. Angol autorok (Morgan és Stephenson) varicella bullosáról szólanak. Ezek szerint a mi esetünkben fellépő hólyagok a varicellának nem egész szokatlan variatioja. Nem egyezik azonban a varicella bullosa képével a hólyagok visszafejlődése.“

A varicella visszafejlődésének jellegzetes tulajdonsága a pörk képződése. „Stets erscheint wenigsten bei Blasen von irgend erheblicher Grösse“ — mondja *Thomas* — „im Centrum der erkrankten Hautfläche an der Stelle des ursprünglichen Bläschens eine kleine Kruste, gemäss der an dieser Stelle allein sich in einige Tiefe erstreckende Hautaffection.“

Esetünkben azonban ezen hólyagok megrepedése után pörk nem képződött, hanem csak piros, nem nedvező felület maradt vissza. Ebben hasonlítanak csak hólyagjaink a pemphigus-hólyagokhoz.[12] Különböznek tehát a pemphigustól a hólyagok csekély, laza teltsége által; a varicellától pedig a folyamat felületessége által, mely abban nyilvánul, hogy a visszafejlődés lehámlás, és nem beszáradás, pörkképződés alakjában történik.

A mellen keletkezett felhámhiányok, melyek közepén kis fekélyek voltak, lehetséges, hogy nagyobb bullák eredményei, melyek fejlődtek és visszafejlődtek, mielőtt őket észleltük volna.

Legjobban emlékeztettek ezen nagy hólyagok a némelykor kanyarónál fellépő pemphigus symptomaticus hólyagokhoz.[13]

Az irodalomban azonban varicellához csatlatkozó pemphigus leirva nincs s így eldöntetlenül kell hagynom, vajjon az esetemben fellépett hólyagok varicella bullosa vagy complicativ pemphigus symptomiticus voltak-e.

Az esetemből levonhatókat a következőkben összegezem:

1. A varicella hólyagcsák helyén némelykor confluatio után fellépő ulceratiok nem mindig vakarás eredményei.

2. A varicellánál több centimeter átmérőjü laza teltségü hólyagok is fellépnek, melyek nem pörkkel száradnak.

3. Ulcerativ és nagyobb átmérőjü hólyagok egy és ugyanazon esetben is fellépnek.

Ezzel esetem klinikai ismertetését befejeztem. Nem zárhatom azonban e sorokat a nélkül, hogy leirjam azon impressiot, melyet

[1] Nothnagel: Specielle Pathologie, IV. kötet. Akute Exantheme.
[2] Bókay. A belgyógyászat kézikönyve, I. 200.
[3] Eulenburg. Realencyclopädie, XXV. k. Varicella.
[4] Biedert. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. II. Auflage, 1894.
[5] Baginsky. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. V. Auflage, 1896.
[6] Uffelmann. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 1893.
[7] Henoch. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. VI. Auflage, 1892.
[8] Thomas. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. II. k., 14. oldal.
[9] Vierordt, in Penzoldt und Stintzing's Handbuch, I. k. 187. oldal.
[10] Netter. Beitrag zur Pathologie der Varicellen. Archiv für Kinderkrankheiten. XXX.
[11] Friedmann. Deutsche med. Wochenschrift, 1900. 47. szám.
[12] L. Bauer. Gyermekgyógyászati diagnostica. 50. oldal.
[13] Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bohn. Hautkrankheiten. 203. lap.

*

a varicella irodalmának tanulmányozása alkalmából nyertem. 1874-ben *Thomas* alapvető nagy munkájában azt irja, hogy a varicella nem vezet sohasem halálhoz, s így kórboncztana nincs.

Nemsokára rá Henoch felfedezi a varicellához csatlakozó nephritist, de hozzáteszi, hogy más complicatiot nem ismer, jelenleg pedig már gangraenák, phlegmonek, abscessusok, izületi roncsolások irattak le, söt 1896-ban Löhr a Heubner-féle klinikáról leir két halálesetet varicellában, melyek a bőr oly roncsolásával jártak, hogy a boncoló, Virchow, variolának nézte s a klinikusok csak az egyidejüleg fellépett többi eset kapcsán tudták a diagnosist fentartani. Habent sua fata libelli, a betegségeknek is megvan a maguk története. A XIV. század elején a vörhenyt jóindulatú betegségnek nézték.[14] Csak nem lesz a varicellának is ily sorsa?

TÁRCZA.

Megemlékezés id. Lengyel Endre dr.-ról.

Eltemettek megint egy öreg magyar orvost, az utolsók egyikét azok közül, a kik már meglett korban élő tanui és a maguk körében munkás részesei is voltak ama fellendülésnek, a melyen a magyar orvosi közszellem és szakirodalom a mult század hatvanas éveiben ezen korszak erős vezéralakjainak nyomán megindult. Ez év május 13-dikán meghalt Sárospatakon id. Lengyel Endre dr.

Szilárd jellem, törhetlen és intransigens magyar hazafiság, erős kötelességérzet, meleg emberszeretet a közéletben; hivatásának szeretete, idealis felfogása és megtántoríthatlan tisztességérzet orvosi pályáján voltak jellemvonásai a megboldogultnak.

Sárospatakon született, itt végezte a középiskolát, a pesti egyetemen orvosi tanulmányait; mindezt oly korszakban, a midőn a természeti tudományok tanítása és művelése itt is, ott is nagyon alárendelt szerepet játszott. A középiskolákban, különösen a reformátusokéiban az abstract hegelianus philosophiai irány volt az uralkodó, az orvosi egyetemen pedig még a természetbölcseleti.

Ez a nevelési irány nyomokat hagyott Lengyelnek gondolkozásán is, mely mindig hajlott többé-kevésbbé a speculativ bölcselkedés felé, a mi meglátszik nyomtatásban jórészt az Orvosi Hetilapban megjelent és kéziratban visszamaradt dolgozatain is. Az egyetem padjain szoros és mindvégig gondosan ápolt barátságot kötött Markusovszkyval, s ez a baráti viszony gyakori érintkezésbe hozta őt ennek társaival, Balassával és a többiekkel, kik mind nagyon becsülték őt. Ez az érintkezés hozta-e magával, vagy későbbi önképző olvasmányai, tanulmányai? de bizonyos, hogy recipiálta utóbb orvosi felfogásában és nézeteiben az új, tiszta természettudományi felfogást és irányt.

Lengyelnek hosszú, 82 esztendőre terjedő élete zajtalanul és harmonikusan folyt le, viharok, küzdelmek alig háborgatták élete folyamát; családja, környezete szerette, tisztelte s a ki ismerte, mind megsiratta.

Mindvégig szilárd egészsége megtartotta szellemének épségét, üdeségét, fentartotta derűs kedélyét, világnézetét; halála sem volt úgyszólván halál, hanem szenvedés nélküli közvetlen átlépés az életből a megsemmisülésbe.

Nyolczvankét esztendőt derűsen, mondhatni boldogan végig élni, e hosszú, szép életre, a híven teljesitett kötelességek tudatával tekinthetni vissza, s azután sinylés és szenvedés nélkül észrevétlenül elmulni: oly sors, mely csak keveseknek jut osztályrészül. Nem is érdemli meg mindenki, de Lengyel Endre megérdemelte; és megérdemelte azt is, hogy megemlékezzünk róla. *R.*

A Finsen-féle gyógymód mai állása.[1]

(Folytatás.)

A historiai igazság kedvéért meg kell említenem, hogy *Finsen* előtt már mások is próbálták (persze más elméleti okoskodástól vezéreltetve) a lupus vulgarist fénynyel kezelni; *Thayer* a fénysugarakat gyüjtőlencsével concentrálván, kiégette a lupusos területet; ugyanezt tette egy laikus *(Maxmilian Mehl)* is; még legközelebb járt *Lahmann*, a ki egy 12 ampère erejű ivlámpa fényét egy parabolás tükör gyujtópontjába helyezvén, az igy nyert párhuzamos (tehát nem concentrált!) sugarakat a fénytől mintegy egy meternyire levő beteg területre irányitotta és ekként 10 percznyi, majd később 30 percznyi expositiot foganatositott. Annak bizonyitására, hogy a lupusnak ekként való gyógyitása már a *priori* eredménytelennek igérkezett, *Finsen* csak annyit emlit, hogy ily viszonyok között tulajdonképen nem volna szabad az arczban — a melyre a nap oly bőségesen süt — lupust észlelni, mert *Lahmann* fénye, úgy a hogyan ő azt alkalmazta, tulajdonképen alig volt erősebb, mint a nap fénye.

Láttuk tehát mindeddig, hogy *Finsen* a fény chemiai sugaraiban úgy az irodalom áttanulmányozása, mint a saját kisérletei útján olyan természeti erőt ismert fel, a mely a therapiában is hatásosnak igérkezett, főleg azon sajátságainál fogva, hogy a bakteriumokat megölni képes. Mivel azonban a deletaer hatás elérésére, mint láttuk, több órára volt szükség, ezért közelfekvő volt a gondolat, hogy a fénynek, vagy helyesebben mondva csupán az ultraviolett sugaraknak *concentrálása* által a fény erősittessék, illetőleg az expositio ideje megrövidittessék. Igy született meg *Finsen* első és legprimitivebb concentratora, a közönséges gyüjtőlencse, a melynek hősugarait vizen át való vezetés által nyelette el.

És igy a dán tudós mindig szükebbre és szükebbre vonta a fénynyel való kezelés ható zónáját. Míg eleinte az egész testet tette ki a chemiai sugarak hatásának, addig most csak a concentrator hatózónája nagyságának megfelelő testrészlet képezte a behatás tárgyát. Mielőtt a concentratorral végzett műveletekre térnék át, meg kell még részletesebben emlékeznem *Finsen* azon eljárásáról, a midőn ő *az egész testet* tette ki a chemiai sugarak hatásának. Ezen úgynevezett „fényfürdők" kezdetben igen egyszerű módon készültek akként, hogy a teljesen mezitelen beteg vizzel benedvesitve a napon sétált olyan udvaron, a hol a levegőt hűsen tartották. Utóbbi czélból úgy az udvart, mint a beteget friss vizzel gyakran meglocsolták. Később a villamos ivlámpa fénye — a mely mint később látni fogjuk, relative sokkal több ultraviolett sugarat tartalmaz, mint a nap fénye — is használtatott e czélra akként, hogy *Finsen* egy nagy terem közepére két, egyenként 100 ampère erejű ivlámpát akasztott fel és e körül circus alakban és deszkákból cellákat, illetve 45° alatt fektetett nyugvóhelyeket rendezett be úgy, hogy egyszerre nagyobb számú, de egymástól mégis separált beteget lehetett a fény hatásának kitenni. Epen Kopenhágában való tartózkodásom idejében rendezték be e fényfürdőket még erősebb, 140 ampère erejű ivlámpák számára. A beteg e fény hatására, a melynél kizárólag csak a chemiai sugarak szerepelnek, kellemes bizsergést és melegséget érez a bőrben, a mi onnan van, hogy a bőr capillarisai kitágulnak, ez által nagyobb a fluxio és fokozottabb a bőr táplálkozása. Még alább látni fogjuk, hogy ezen bőrbeli elváltozások nem acut jellegűek, hanem még hetek és hónapok mulva is felismerhetők; ez az a lényeges pont, a melyben e bőrbeli elváltozások a hasonló, de más okból keletkezett bőrbeli elváltozásoktól lényegesen különböznek; ez az, a mi különösen nagy fontosságot kölcsönöz e „fényfürdőknek" és a vele elérhető eredményeket — tekintettel arra, hogy a fény erejét még mindig lehet fokozni — valóban kiszámithatatlanokká teszi. Hangsúlyoznom kell azonban, hogy e villamos fényfürdők össze nem téveszthendők a hasonló nevű *Kellogg*-féle fürdőkkel, a melyek kizárólag csak az izzólámpák útján kilövelt *hősugarak* segélyével fejtik ki hatásukat, tehát egyszerű izzasztó fürdők. Hangsúlyoznom kell ezt annál is inkább, mivel újabban mindig sűrűbben találkozunk az efféle fürdőkről szóló, és *Finsen* nevét is emlitő, vagy legalább is gyanittató hirdetésekkel, a melyek csak a beteg zsebére czéloznak és a valódi *Finsen*-féle therapiát discreditálják.

Ezen csekély kitérés után visszatérhetek ismét a concentratorokra; emlitettem, miből állott *Finsen* első gyüjtő-készüléke; mivel azonban e berendezés mellett a bőrt még mindig sok hősugár érte, ezért előállott annak szüksége, hogy a vörös sugarakon kivül még a szomszédos narancssziníi, esetleg sárga sugarak is kizárassanak alkalmas módon. Ezt *Finsen* úgy érte el, hogy fémkeret által összetartott és két kerek, síkdomború üveglap által alkotott szekrénybe, illetőleg üveges „lencsébe" kék folyadékot — eleinte rézgáliczot, később methylenkéket — öntött, és az igy készitett „lencse" segélyével gyüjtötte össze a nap sugarait, a melyekből tehát a műszeren áthatolni csak a kék és ultraviolett sugarak voltak képesek.[28] A használt fény természetesen első sorban a nap fénye volt, a mely a rendelkezésünkre álló összes fényforrások közül a legerősebb. Minthogy azonban a nap fénye nem állt mindig *Finsen* rendelkezésére, ezért oly fényről kellett gondoskodnia, a melylyel bármikor, vagyis függetlenül az időjárástól kisérletezhetett. Mint ilyen elsősorban a villamos fény jöhetett számitásba, a mely az alábbi táblázat[29] tanusága szerint a napfény után a legintensivebb.

	A spectrum egyes szineinek megfelelő fényerősség				Teljes fényerősség normalmértékben kifejezve
	C (vörös)	D (sárga)	b'	F 1/29 (kék)	
Normal gyertyafény	73	100	104	134	1
Gázláng	74	100	103	125	16
Mészfény	59	100	113	285	96
Holdfény	87	100	155	363	204
Magnesiumfény	50	100	223	1129	215
Villanyfény	61	100	121	735	362
Napfény	45	100	250	2971	70,000

A villamos fénynyel való kisérletezésnek a nap fényével szemben még azon megbecsülhetetlen előnye is volt és van, hogy az ivlámpa kisebb ingadozásoktól eltekintve mindig egyenlő intensitású, ereje pedig bármikor pontosan megállapitható. A *Finsen*-féle intézet épen ezen indokból — therapeutikus czélból — ma már kizárólag csak a villamos ivfénynyel dolgozik. A fenn leirt műszer természetesen nem volt már alkalmas a villamos sugarak gyüjtésére, mert az ivlámpa a nap pár-

[14] Netter. L. c. 139.

huzamos sugaraitól eltérően, divergáló sugarakat lövel: ezeket tehát elébb párhuzamosakká kellett tenni. A készüléket, melyet *Finsen* ily czélra szerkesztett, nem irom le részletesebben, mert az lényegében véve megegyezik a ma is általánosan használt gyüjtőkészülékkel, a melyről később még úgy is lesz szó. E készülék hatását ismét csak bakteriumokon végzett kisérletekkel tanulmányozta. Kisérleteihez téglaalakú lapos üvegeket használt (minőket legelőször *Buchner*[30] ajánlott), a melyek belső felülete valamely tápanyaggal és valamely bakteriumnak egyenlően elosztott tiszta tenyészetével volt bevonva. A kisérlet tárgyát mikr. prodigiosus, typhus- és anthrax-bacillus képezte.[31] *Az ekként végzett számos kisérletből arról győződött meg, hogy a műszerei által összegyüjtött napfény tizenötször gyorsabban öli meg a bakteriumokat, mint a közvetlen fény; a concentrált villamos fény pedig még sokkal intensivebben hat, a mennyiben hatása mintegy húszszorta erősebb a közönséges napfénynél.* Természetes, hogy ezen számok csakis *ezen* műszerekre vonatkoznak és nem érvényesek a jövőben használandó műszerekre, annál is kevésbbé, mivel a kisérletekből az a tény is kiderült, *hogy a fény bakteriumölő képessége a concentratiojával arányosan növekedik.* Kiderült továbbá e kisérletekből az is, hogy a hatás elérésére igen fontos, hogy a bakterium-cultura síkja a concentrált fénykévével, utóbbi pedig a fényforrással mily szöget képez; *Finsen* azt tapasztalta ugyanis, hogy a *hatás akkor a legintensivebb, a midőn a cultura a fénykévére derékszögben áll, utóbbi pedig a szénpolusok tengelyével 30—50 fokú szöget zár be;* ezen tény ismerete a concentrált fény *therapeutikus alkalmazásánál* érthető okoknál fogva elsőrendű fontosságú volt.

További igen fontos kérdés volt annak az eldöntése, hogy az említett módok valamelyikével nyert chemiai sugarak képesek-e a bőrön áthatolni. A bőr, a csont, a porcz, ín, izom tudvalevőleg átjárható a közönséges fény számára, *a pigment azonban a fény áthatolása elé nagy akadályokat gördít.* A bekezdésben jelzett kérdés tisztázására *Godneff*[32] troikar segélyével chlorezüsttel megtöltött és beforrasztott apró üvegcsövecskéket helyezett el kutyák és macskák bőre alá, a midőn is az derült ki, hogy a chemiai sugarak rövidebb-hosszabb idő alatt tényleg áthatolnak a bőrön. Ezek után *Finsen* a fentebb említett kisérletekre támaszkodva, a melyek szerint ahhoz, hogy a fény a bakteriumokat megölni képes legyen, oxygenre is van szüksége, másfelől pedig tudván, hogy a szervezetben legtöbb oxygent a vér tartalmaz, akként okoskodott, hogy a kivánt therapeutikus czél érdekében mindenesetre csak előnyös lesz, ha a kezelendő börterületen minél nagyobb hyperaemiát létesít. E hitben élt mindaddig, mig 1896. márczius 26-dikán egy kisérletet végzett ember fülén, a mely ezen hitébe vetett eddigi bizalmát jelentékenyen megingatta. A fülczimpa egyik felületére ugyanis fényérzékeny albuminpapirt helyezett, a másik oldalra pedig a nap fényének concentrált chemiai sugarait irányította: 5 percz mulva a papir teljesen változatlan volt; a kisérletet a fülnek két üveglemez között való előzetes összenyomása (vértelenitése) után megismételvén, újabb 5 percz mulva a fényérzékeny papir teljesen megfeketedett. *Nyilvánvaló lett tehát, hogy a vér jelentékeny akadályt gördít a chemiai sugarak áthatolása elé.* Csak mellesleg említem, hogy ez is egy fontos pont, a melyben a Röntgen-sugarak a chemiai sugarak maguktartásától különböznek. *Finsen* ekként 1896-ban el volt már látva a mások és a saját kisérletei által approbált tudományos felszerelések gazdag tárházával, a melyekkel sok sikert igérő felfedező utazását — a lupus therapiáját — megkezdhette. Hogy előkészületei és a tudományos kisérletekből levont következtetései helyesek voltak, azt legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy 1896-ban a concentrált chemiai sugarakkal *már egy lupus-beteget sikerült meggyógyítania.*

Ezen idő óta rohamos menetben fejlődött a phototherapia tana és technikája, a miben nagy része volt a dán állam munificentiájának is, a mely valóban páratlan lelkesedéssel áldozott nagyobb összegeket, hogy a czél minél tökéletesebben megvalósulhasson. Nincs itt helye annak, hogy ezen a dán nemzet dicsőitését szolgáló culturtörténeti adatokat részletezzem, de mulasztást követnék el, ha nem mutatnék rá *már itt* azon statistikailag igazolt sikerekre, a melyeket a phototherapia rövid néhány év alatt elért. *Finsen* ezen idő alatt egy pillanatra sem tért le a szigorúan tudományos ösvényről; az intézetet mint eddig, úgy ezentúl is állandóan támogatta a laboratoriuma, a mely eleinte szerényebb eszközökkel, de ma már minden igényeknek megfelelő berendezésével ellenőrzi, magyarázza a klinikán tett megfigyeléseket és főleg a technika egyszerűsitésén fáradozik.

A gyógykezelés 1896-ban még jóval tovább tartott, mint most, a minek oka főleg az volt, hogy a lámpa, a mely a therapia rendelkezésére állott, gyenge volt: mindössze csak egy 25 ampère erejű lámpával rendelkezett *Finsen*, a mely világitási czélokra mindenesetre már igen erősnek volt nevezhető, bakteriumok elpusztitására azonban meglehetősen gyengének bizonyult. Ezért legfőbb törekvése volt, hogy erősebb lámpát kaphasson. Hogy a dán nemzet mennyire lelkesedett *Finsen* felfedezése iránt, azt legjobban bizonyitja, hogy 1896. április havában még csak papiron létezett a *Finsen*-féle intézet, ugyanezen év deczember havában pedig már nemcsak az intézet létezett, hanem az már egy igen erős (80 ampère erejű) lámpával is fel volt szerelve. Az intézet czélja az alapszabályok 1. §-a értelmében az volt, „hogy a fénynek az élő szervezetekre való hatását illetőleg vizsgálatokat eszközöljön és ily vizsgálatokat előmozditson oly czélból, hogy a fénysugarak az orvosi gyakorlatban is nyerhessenek alkalmazást". Az intézet eleinte Kopenhága közkórháza tőszomszédságában épült, 1897-ben kibővittetett, 1900 óta pedig a dán főváros villatelepén egészen modernül berendezett igen csinos és nagyméretű épületben kapott végleges otthont. Mielőtt a mai intézet beléletét vázolnám, említést kell még tennem az eddig előadott kisérletek eredményeinek kibővitése és kiegészitése érdekében még azon experimentumról is, a melyet *Finsen* 1897. május 11-dikén végzett a 80 ampère erejű ivlámpa fényével. Alkarjára, a melynek bőre teljesen fehér, halenyv segélyével egy vörös, egy sárga, egy zöld, egy kék, egy színtelen üveglemezt és egy kvarczlemezt ragasztott, azonkivül pedig nevének kezdőbetűit tussal festette fel. Az ekként felszerelt alkart a fénytől 50 cm.-re a legelőnyösebb helyzetben (l. fenntebb) 20 perczen át tette ki a fény hatásának. Mivel a fény ily távolságból még elég meleget sugárzott és igy a kisérlet e miatt meghiúsulhatott volna, ezért 10 percz mulva a fénytől való távolságot 75 cm.-re fokozta, és ily helyzetben újabb 10 perczig vesztegelt. A kisérlet befejezése után az üveglemezek levétetvén és a tus lemosatván, az egész alkar még a befedett részeken is mérsékelt pirt mutatott. Három óra mulva a pirosság fokozódott, de csakis azon helyeken, a melyek előzetesen befedve nem voltak. Másnap azonban az eredmény már igen eclatans volt. Az egész alkar bőre haragospirosnak mutatkozott, kivéve azon helyeket, a melyek üveglemezekkel és tussal fedve voltak, a hol a bőr teljesen fehér maradt. *Az a bőrrészlet ellenben, a melyet a kvarczlemez fedett, époly haragosvörös volt, mint az alkar többi, be nem fedett részlete.* A bőr pirossága néhány napig állott fenn és ezután fokozatosan csökkent; a folyamat végül hámlással és pigmentképződéssel záródott le. *Igen érdekes, hogy a tussal bemázolt két betű (N F) még 2½ hó mulva is jól volt látható az alkaron; fél év mulva a betűk már teljesen eltüntek.* Finsen ezen kisérlete tehát teljesen beigazolta *Widmarknak* egy már korábban említett[33] kisérleti eredményét, hogy t. i. *a fényerythemát az ultraviolett sugarak idézik elő; bizonyitották továbbá azt is, hogy a kvarczlemez mily jól átereszti a chemiai sugarakat, holott az üveg a legtöbb eféle sugarakat elnyeli.* Ha *Finsen* ezen kisérleteinek eredményeit korábbi (1893-ban), a nap fényével végzett szintén igen fontos kisérletével[34] párhuzamosan taglaljuk, akkor kiderül az a fontos különbség is, a mely a hősugarak és a chemiai sugarak között létezik. A különbség a következő: *a hősugarak azonnal provocálnak kisebb-nagyobb fokú erythemát, a mely legerősebb mindjárt kezdetben, a chemiai sugarak hatása ellenben kezdetben többnyire absolute nem látható, maximumát ellenben a behatás után csak 12—24 órával éri el.* A chemiai sugaraknak ezen utóbb említett magatartását magamon is volt alkalmam észlelni, a midőn is teljesen hasonló, sőt részben talán még kifejezettebb eredményt tapasztaltam. A kisérletet nem végeztem ugyan az eredeti *Finsen*-féle concentratorral, hanem egy más készülékkel — a *Bang*-féle lámpával —, a melyről később lesz szó. Az expositio november 19-dikén d. u. ½4-kor történt bal alkaromon és 15 perczig tartott. Ugyanaz nap, sőt éjjel egyszer felébredve sem láttam még alkaromon semmit; 20-dikán mérsékelt fokú viszketés közben haragosvörös lett az exponált terület, de csak 21-dikén érte el a hatás maximumát, vagyis mintegy 48 óra mulva, a midőn erős viszketés és csekély fájdalom kiséretében mintegy koronányi bulla is képződött az exponált területen. Ezentúl a folyamat mindinkább csökkent, hámlás és végül pigmentatio jelentkezett. A behatás helye alkaromon most, tehát több mint két hó mulva is még igen jól látható. *A hatás tehát esetemben még a Finsen által jelzett időnél is később érte el a maximumát, tehát még eclatansabban bizonyitja a chemiai sugaraknak egészen appart természetét.* (Ujból megjegyzem, hogy a kisérlet a *Bang*-lámpával történt.) *Ezen kisérletek eredményei közül különösen kiemelendőnek tartom a chemiai sugaraknak azon magatartását, hogy csak rövid idei (15—20 percznyi) behatás után olyan elváltozásokat képesek létrehozni, a melyeknek jelenléte még egy fél év mulva is kimutatható. Finsen* a behatás helyét még egy fél év *mulva* (a pigmentatio eltünése után) *is* az által volt képes feltüntetni, hogy az illető helyet erősen megdörzsölte; *az üveglemezektől fedve volt helyek kivételével az egész alkar intensiv vörös lett. Ezt akként magyarázza, hogy a hajszáledényeknek a chemiai sugarak hatása folytán beállott tágulása még később is (legalább részben) fennállott.*

Finsennek a 80 ampère erejű ivlámpával végzett ezen kisérleteiből[35] tehát a következő nagyfontosságú és a jövőre nézve irányadóul szolgáló tények derültek ki:

1. *Be lőn bizonyitva Widmark kisérleti eredményeinek helyessége, hogy t. i. a chemiai sugarak jelentékeny hatást fejtenek ki a bőrre.* (*Finsen* kisérleteiből kiderült azonban az is, hogy ily értelemben a látható sugarak sem teljesen hatástalanok.)

2. *Kiderült, hogy a villamos fény sugarai közül a bakteriumoknak legnagyobb ellenségei az ultraviolett sugarak* (*l. V. Bie kisérleteit is*)[36] *és hogy ezen sugarak kvarczlencséken kitünően áthatolnak, az üveg által azonban elnyeletnek.*

3. *Bebizonyosodott, hogy a chemiai sugarak által előidézett fényhatás* (a hajszáledények tágulása) *hosszú ideig áll fenn és makroskopice még egy fél év mulva is kimutatható.*

4. *A fedetlen bőr normális pirosas színét első sorban* (ha nem is kizárólag) *a napfény chemiai sugarainak köszönheti; a piros szín jelentkezését úgy látszik a meleg hátráltatja és a hideg elősegíti.*

Előadván ekként főbb vonásokban azon kisérletek eredményeit, a melyeknek ismerete a továbbiak megértéséhez feltétlenül szükséges, áttérhetek előadásom legfontosabb részére, a *Finsen*-féle therapia gyakorlati alkalmazására.

Huber Alfréd dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben.

Közli: **Szili Jenő** dr.

(Folytatás.)

Hesse[32] egy új összetételű táptalajt ajánl *tuberculosis-bacillus* tenyésztésére, a mely áll: 5 gm. Heyden-féle tápanyagból, 5 gm. konyhasóból, 30 gm. glycerinből, 10 gm. agar-agarból, és 1000 cm³ vízből (az egészhez körülbelül 5 cm³ normal szódaoldat). Ezen táptalajt Hesse Petricsészékbe önti ki, melyeken directe a beteg köpetéből oltott tuberculosis-bacillusok már 5—6 óra mulva a szaporodásnak látható jelét adják.

Ficker[33] kitünő tenyésztő mediumra akadt a tuberculosis-bacillus számára az állati agyvelőben; végigpróbálva az összes táptalajokat, melyeket eddig a tuberculosis-bacillus tenyésztésére ajánlottak, milyenek a Hesse-féle táptalaj, Heyden-agar, sputum-agar, glycerines burgonya, burgonyás agar, burgonya-serum, glycerin-bouillon, Proskauer-féle sók és egyéb fehérjementes táptalajok, valamennyit messze felülmulja a savanyú kémhatású agyvelő, melyet Ficker részint egyszerűen szeletekre metszve használt, mint a burgonyát szokás, részint pedig az összemorzsolt agyvelőből készített agaros táptalajt, melyen, főleg ha meghagyta savanyú kémhatását, a tuberculosis-bacillusok kitünően tenyésztek.

Jochmann[34] szaporitó módszert (Anreicherungsverfahren) közöl a tuberculosis-bacillus számára; a Hesse-féle agar receptjéből kihagyta az agart, s ezen folyadék (mely áll: Heyden-féle tápanyag 5 gm., Na Cl 5 gm., glycerin 30 gm., normal szódaoldat 5 cm³, destillált víz 1 l.) 20 cm³-éhez adott 10 cm³ sputumot; 24 órai thermostatban állás után a tuberculosis-bacillusok óriási mértékben elszaporodtak. A vízben úszkáló sputumpelyhek könnyebb vizsgálása czéljából sedimentáló eljárást alkalmazhatunk.

Deycke és *Voigtländer*[35] a Deycke-féle alkalialbuminattal készült agar értékét vizsgálták; electiv hatást tapasztaltak a diphtheria-bacillusra nézve, de csak relative, a mennyiben ez jól tenyészik rajta, mig a többiek csak satnyán; főleg kitünően tenyészett rajta friss, directe betegről oltott diphtheria, mig régi laboratoriumi culturák nem igen nőttek; ezen körülmény mindenesetre biztosit neki diagnostikus értéket. Még a diphtheriánál is bujábban tenyészett ezen alkalialbuminatos agaron a choleravibrio, melynek coloniái sehol ily gyorsasággal nem nőnek.

Ügyes, egyszerű és gyors diagnostikai eljárást közöl a diphtheriára nézve:

Concetti,[36] ki a következőképen jár el: készletben tart üvegbotra csavart, glucose-agarral impregnált vattapamatokat, melyeket vattadugóval elzárt kémcsövekben sterilizál. Ha torokdiphtheriát akar diagnostizálni, a vattapamattal lesimitja a diphtheriás nyálkahártyát s rögtön visszadugva a kémcsőbe, thermostatba teszi. 4 óra mulva a diphtheria-bacillusok már erősen elszaporodtak, mig másféle microorganismusok csak minimalis mértékben. A vattával most tárgyüvegeket ken be, és Neisser-féle diphtheria-festést alkalmaz, hogy a pseudodiphtheriát is kizárhassa. A valódi diphtheria sárga testet mutat kék polusokkal, mig a pseudodiphtheria egészen sárgás-barna szint mutat, szemcsefestődés nélkül.

Thalmann[37] figyelmessé téve Ficker sikerei által, a kinek savanyú kémhatású agyvelő táptalaja a tuberculosis-bacillusnál annyira bevált, a kényes gonococcusokkal próbálkozott meg ugyancsak savanyú tenyésztő talajokon; vezette őt még az a meggondolás is, hogy hiszen a gonococcusok az urethrában is savanyú közeggel, a vizelettel érintkeznek folyton. Gonococcus tenyészetei savanyú agyvelőn igen jól sikerültek, valamint kitünően nőttek a gonococcusok savanyú bouillonban és az ebből készült agaron. Thalmann a bouillon természetes savanyúságának 70 százalékát közömbösitette s ebből készítette agar táptalaját, melyen a rákent gonorrhoeás genyből a gonococcusok már 15 óra mulva kitenyésztek; ezen coloniákat tovább oltania is sikerült, de nem sokszor, ellenben kitünően sikerültek a továbboltások gyengén savi kémhatású állati vérsavón (disznó és ló), ezen úgyszólván határ nélkül. Igen fontos a gonococcusok tenyésztésénél a közeg hőmérsékének állandó volta, mert a coccusok a hőváltozások iránt rendkivül érzékenyek.

Rendkivül érdekes és igazán az ujság ingerével ható észleletekről, illetőleg kisérletekről számol be:

Holub,[38] a ki egy új élő, sőt mi több, repülő tenyésztő talajt hajt a bakteriologia szolgálatába: a *rovarokat*. Észleletei, ha végig beválnak, határozottan új perspectivát látszanak nyitni a bakteriologia terén s ha már sok keserű csalódás révén le is szoktunk róla, hogy túlvérmes reményekkel legyünk eltelve bármi új dolgot illetőleg, mégis olyan jól esik reményleni, hogy az újolag elért siker kiterjeszthető lesz azon — sajnos — nagyszámú sötét pontokra is, melyeket bakteriologiai tudásunkban egyes fertőző betegségek képeznek. Holub „ulcus molle"-ból oltott a legkülönbféle rovarokba és pedig azok mellgyűrűi közé, légcsöveikbe s valamennyi esetben (1000 kisérletnél többet végzett) a Ducrey-Unna-féle strepto-bacillus tiszta és virulens culturáját kapta, még azokban a nagyszámú esetekben is, midőn a lágy sankerben igen sok más bakterium is volt található. A Ducrey-Unna-féle bacillusnak ez a selectioja mindig bámulatra méltó precizitással történt, a bacillus elterjedt a beoltott rovar egész testében, tekintet nélkül arra, hogy hol történt a fertőzés; fertőzés jött létre akkor is, ha a rovarokat ulcus molle váladékával etette. A fertőzött rovar, ha más neművel zárták egybe, azt genitalis úton fertőzte, sőt fertőzte a többit is puszta érintkezés által. A rovarpassage által a bacillusok virulentiájukban erősen fokozódtak. Tekintve, hogy a végzett 1000-nél több kisérlet közül egyetlenegy sem volt sikertelen, a Ducrey-Unna-féle bacillusok specificitása immár bebizonyitottnak tekinthető.

Holub syphilisnek rovarokba oltásával is tett kisérleteket és pedig mint irja, positiv eredménynyel, ezen vizsgálatai azonban még befejezve nincsenek.

Kedrowsky[39] lepra-bacillusokat tenyésztett sikeresen emberi placentával készült agaron. Friss emberi placentát felaprózva, 2—3-szoros mennyiségű destillált vízzel állni hagyjuk 24 óráig, azután filtráljuk; igen nedv- illetőleg vérdús placentához kevesebb viz kell, nedvszegényebbhez több. A piros folyadékot aztán bouillonhoz vagy agarhoz keverjük, a mely ugyan piros árnyulatú lesz, de azért átlátszó marad. Ezen placenta-agaron a leprabeteg véréből és leprás csomóiból oltott kémcsövekben tiszta tenyészete fejlődött egy a lepra-bacillushoz morphologiailag teljesen hasonló bacillusnak, a mely csak abban különbözött az előbbitől, hogy nem volt olyan mértékben savalló, mint a szövetekben festettek, a mely körülmény azonban más savalló bacillusoknál is előfordul. A vérből oltott kémcsövek már a második napon igen buja tenyészetet mutattak, a csomókból oltottak pedig a 4—5-dik napon. Érdekes volt, hogy mig magából a betegből egyszerű vagy glycerines agarra az oltás nem sikerült, addig a placenta-agaron tenyésztett elsődleges cultura arra is átoltható volt.

A placenta-agar jó táptalajt képez az influenza-bacillus és a gonococcus számára is.

Ügyes methodust eszelt ki *Schouten*,[40] hogy egyetlen bakterium individuumot izolálva, azt fejlődésében és szaporodásában észlelhesse. Fedőlemezt igen vékony vaselinréteggel borit be s egy cseppecske igen higitott culturát visz reá, melléje pedig egy csepp steril bouillont. A fedőlemezt nedves kamarába helyezi, a mely két oldalt átfúrt, a kis lyukakon át pedig rendkivül finom üvegkampók nyúlnak be, melyek mikrometercsavar segélyével mozgathatók, az egész beállitható immersioval s a látótérbe hozott culturacseppből a kampó segélyével egyetlen bakteriumot ragad ki, melyet az időközben a vaselinrétegre lecsapódott igen apró vizcseppek egyikébe tesz bele, innen a másik kampóval kiveszi s a bouilloncseppbe viszi át, a hol meggyőződhetik, hogy csak egy individuumot izolált-e. A bouilloncseppben igen jól észlelhetni aztán a fejlődés és szaporodás minden mozzanatát.

Midőn felvettük a küzdelmet apró, de veszedelmes ellenségeinkkel, a bakteriumokkal, csakhamar fontos szerep jutott a különböző desinficiáló anyagoknak; ezeknek hatásából láthattuk ugyan és megközelitőleg meg is itélhettük bakteriumölő képességüket, mégis hiányzott a megbizható mértékegység, melyben azt kifejezhettük volna. Az azelőtt állandó tulajdonságokkal birónak hitt anthrax-spóráról kitünt, hogy ellentálló képessége legkevésbbé sem stabilis; magának a bacillusnak egyes individuumai néha szivósabbak, káros hatányokkal szemben ellentállóbbak, máskor gyengébb resistentiájúak, s igy a belőlük készitett spóra-anyag resistentiája is nagyon labil. Legérzékenyebbek a spórák a csirázás stadiumában. Az osmosisos-zavarokkal szemben való ezen különböző változó viselkedését a spóráknak Fischer *„osmosisos selectio"*-nak nevezi (Zeitschrift f. Hyg. XXXV. 54 l.). A desinficiáló anyagok értékének vizsgálatához szükséges állandó resistentiájú bakterium-, illetőleg spóra-anyag mesterséges előállitását már többen megkisérelték; igy Vogel a bacillus mesentericus ruber spóráit mitigálta, és pedig 65°-os vizfürdőben félóráig való hevitése és a még nedves spóráknak napfényre helyezése által olyan spórákat kapott, melyek 10 percznyi áramló gőzt még kibirtak, és csak 11 percznyi gőz után mentek tönkre; e spóráknak száraz állapotban való 8 hónapi tartása azok csiraképességét legkevésbbé sem alterálta.

Weil[41] hasonló eljárással gyengitett mesentericus spórákat, de nem kapott egységes eredményt, a mennyiben olyanok mellett, melyek 8—10 percznyi áramló gőzt birtak ki, olyanok is voltak, melyek óránál tovább is ellentállottak. Azért Weil más eljáráshoz fordult. Siker nélkül kisérlette meg a salicylsav, carbolsav, chloroform, kénsav általi mitigálást, s igy ismét a hevitéshez tért vissza, kikerülve azonban a napfénynek, mint igen változó tényezőnek az alkalmazását. A bac. mesentericus ruber 5 napos tenyészetéből indult ki, melynek spórái áramló gőz 2 órai behatása után még csirázásra képesek voltak. Az e culturákból készitett vizes emulsiokat kémcsövekben 100°-os vizfürdőn hevitette és az egyes kémcsöveket különböző idők mulva véve ki, gyors lehűtés után selyemfonalakat impregnált a mesentericus emulsioval. Az igy mitigált spóra-anyag resistentiáját áramló gőzzel vizsgálta meg, és körülbelül 1 órai 100°-os vizfürdő után kapott olyan spórákat, melyek megfeleltek a kivánt resistentiának (8—10 percz áramló gőz); a megfelelő kémcsőből azután tetszés szerint impregnálh atunk selyemfonalakat, melyeket hosszabb ideig hátrány nélkül el is tarthatunk, mert az igy gyengitett

32. Zeitschrift f. Hyg. 31. k. 502. l.
33. Centralbl. f. Bact. etc. 27. k. 504. l.
34. Münch. med. Woch. 1900. 22. sz.
35. Centralbl. f. Bact. etc. 29. k. 617. l.
36. Wiener med. Wochenschr. 1900. 462. l.
37. Centralblatt f. Bact. etc. 27. k. 828. l.
38. Ugyanott. 30. k. 284. l.
39. Zeitschrift f. Hyg. 37. k. 56. l.
40. Verslagen van heft Geneesk. Congres. 1899.
41. Centralblatt f. Bact. etc. 30. k. 500. l.

spórák e tulajdonságukat 7 hónapig is megtartották; sőt Weil azt állítja, hogy az ilyen 10 percznyi gőzre „beállított“ mesentericus spórák utódai is megtartják a mesterségesen praeparált első generatio ezen tulajdonságát, persze nem hosszabb ideig és nem sok nemzedéken át.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Maximilian v. Zeissl: Lehrbuch der venerischen Krankheiten. (Tripper venerisches Geschwür, Syphilis.) Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart. 1902.

Már maga a könyv czime és a tárgyalandó betegségek ilyenemű csoportosítása nem fog minden körben rokonszenvet kelteni. A mióta az urologia *Thompson*, *Guyon* és iskolája, *Posner*, *Israel*, *Oberländer* stb. jeles munkálkodása folytán mindinkább nagyobb teret hódított és mint önálló szakma polgárjogot szerzett az orvosi tudomány specialis szakmái között, s mióta főleg franczia, de angol részről is a „blennorrhoea“ művelése úgy tudományos, mint gyakorlati téren a dermatologiától külön választatott, azóta a blennorrhoea és complicatioinak tárgyalása az „urologia“ dominiumába ment át.

Tény az, hogy *tudományos* szempontból, de csakis tudományosból, a blennorrhoeát a dermatologiához számítani, vagy dermatologiai, illetve az úgynevezett venereás bántalmakat tárgyaló munkákba beilleszteni nem lehet. Más azonban a kérdés gyakorlati oldala.

Gyakorlati szempontból ugyanis a blennorrhoea *első* sorban azt a szakorvost érdekli, ki a többi venereás bajok gyógykezelésével foglalkozik és gyakorlati szempontból a blennorrhoeát a többi venereás betegségektől elkülöníteni *nem* lehet. Messzire vezetne engem, hogy ha e recensio keretében már most a tulajdonképeni „urologia“ feladatait tárgyalnám, itt csupán újból hangsúlyozni kívánom azt, hogy a blennorrhoeával foglalkozó orvosnak urologiai szakképzettséggel kell birnia, a mit tagadni egyébiránt teljes képtelenség lenne. Habár *theoretikus* szempontból aggályok is merülhetnek fel az iránt, hogy a blennorrhoeát a többi venereás betegségekkel tárgyalni lehessen, Zeissl könyve a gyakorlat számára íródván, ily szempontból indokolt és helyes könyvének már a traditio megerősbitette beosztása.

Az első rész tárgyalja a blennorrhoeát. A gonococcusok kimutatása, oltása után áttér a gonococcus okozta specialis elváltozásokra. Mielőtt ezeknek fejtegetésébe belemenne, tárgyalja a felfogásokat és nézeteket, melyek a férfi urogenitalis apparatusának élettanára, nevezetesen a vizelés mechanismusára vonatkoznak. Míg ugyanis azelőtt a m. sphincter externusnak és m. compressor urethraenak főszerepet tulajdonítottak a hólyag vizelési functiojánál, addig épen Zeissl M. mutatta ki kisérleti úton azt, a mi már *Zuckerkandl*, *Rehfisch* stb. experimentalis vizsgálatai alapján nyilvánvaló lett, hogy t. i. a húgyhólyagot a *sphincter vesicae internus* zárja el, miért is a vizelés a hólyag *belső* záró izmainak elernyedése folytán jön létre a nélkül, hogy ebben a detrusor-nak valami szerep jutna. A musc. compressor urethraenek sok ideig vitatott fontos szerepét Zeissl teljesen elveti és ez alapján azon meggyőződésre jut, hogy 1. a második vizelet-portio zavarossága az urethritis posterior diagnosisánál nem értékesíthető, 2. az urethritis post. diagnosisát egyes-egyedül a húgycső (Jadasson) előzetes kiöblítése, az endoskopia és egyéb klinikai jelek által állapithatjuk meg. Helytelennek tartja a kankót a húgycső elülső és hátsó része szerint felosztani. Szerinte inkább helyes a régi felfogás, mely azt tartja, hogy ha a vizeletet 2 pohárban fogjuk fel és a második zavaros, akkor hólyaghurut van jelen. A pars membranaceaban vagy pars prostaticában összegyült váladék a húgycsőn át kifolyik és nem regurgital a hólyag felé. Hogy a m. compressor urethrae sem a váladékok kifolyását az elülső rész felé nem tudja megakadályozni, sem pedig gátat nem képezhet a blennorrhoikus folyamat hátraterjedésére, azt Zeissl már régebbi vizsgálatok alapján mondotta ki, s e nézet megerősítésre talált.

A váladéknak mikroskopikus vizsgálata után — a mit Zeissl is természetesnek talál — a húgycsövet a bulbusig kiöblitteti 2%-os bórvízzel s azután vizelteti a beteget. Ily módon felállitván a diagnosist, megkülönböztet, a legtöbb szerzőtől eltérőleg, akkor, a midőn az első portio zavaros, a második tiszta, azonban a vizelés végén néhány vércsepp mutatkozik, úgynevezett *urethritis prostaticát*, mely kóralakot nálunk *Róna* megerősített. E kóralaknál a mondott objectiv tünetekhez társul fájdalmasság a perineum táján és a pars prostaticában, gyakori vizelési inger és pollutiok. A *chronikus kankó* diagnosisánál az endoskopikus vizsgálatot elengedhetetlen kelléknek tartja. A *gyógykezelést* illetőleg Zeissl az *abortiv* kezeléstől nem látott jó eredményt, azonban, ha egyéb complicatiok nincsenek jelen, rögtön befecskendéseket ajánl; az első időkben mindenkor baktericid szereket alkalmaz. Első sorban kalium hypermangan.-ot (0·03 : 200·0), majd protargolt, albargint rendel. Kezdetben nagyobb s a végén olivával ellátott sebfecskendővel kiirrigálja a húgycsövet. A kiöblítésre szolgál eleinte a kalium hypermangan. Belsőleg balsamicákat rendel. Ha 5 hét mulva nem lát eredményt, akkor mély befecskendezéseket alkalmaz. Ha ez sem vezet eredményre, akkor sondákat alkalmaz. Az Oberländer-féle tágitókat sohasem használja, nem hive a Janet-féle öblítéseknek. Joggal óva int a polypragmasiától, mert sokszor a hosszú időn át legkülönbözőbb módszerekkel agyongyötört húgycsönyákhártya csak midőn békén lesz hagyva, bir meggyógyulni.

Ezután következnek a *phimosis*, *paraphimosis*, *Cowper-mirigy lobja*, *cavernitis*, *periurethralis infiltratio* czimű fejezetek.

Prostatitis. Mindazon esetekben, a midőn a blenorrh. folyamat a pars prostaticát eléri, Zeissl szerint a prostata is mindig a bántalom körébe vonatik. A prostatitiseknek már *Segond* által ajánlott hármas beosztását Zeissl is betartja. Az egyes alakoknak klinikai méltatása és gyógykezelése után áttér a *chronikus prostatitis* tárgyalására. Zeissl a chronikus prostatitist is az idült kankó igen gyakori tünetének tartja *Guyon*-nal és *Fürbringer*-rel szemben, kik tudvalevőleg nincsenek hasonló nézeten. Gyógykezelésre a *Feleki*-féle prostata-massatort és a fémsondákat alkalmazza. A *caput gallinaginis* és *ondóhólyagok* lobjánál az elsőt illetőleg osztja *Finger* és *Grünfeld* nézetét, kik endoscopice mint elsők irták le az ondódomb lobos elváltozásait; az ondóhólyagok lobos elváltozásainak leirásánál szorosan *Horovitz* leirásához tartja magát, megemlítvén Róna észleletét, ki blennorrhoikus spermatocystitis után a vas deferensnek consecutiv lobját észlelte teljesen intact mellékhere mellett. Gyógykezelésre ajánlja az ismert Leiter, Arzberger vagy a Feleki ajánlotta végbélhűsitőket.

A *funiculitis*, *epididymitis és orchitis gonorrhoica* tárgyalása után áttér szerző a *cystitis* kór- és gyógytanára. A fentebb mondottak után kiviláglik, hogy Zeissl nem vesz fel egy külön urethro-cystitist. A *cystitis* fejezetét egyébként szerző igen rövidre szabta, az újabban főleg svéd és dán szerzők által szélesebb alapokra fektetett tanról, a cystitisnél található különböző bakteriumokról és azok szerepéről Zeissl vajmi keveset mond.

A gonococcus-metastasisokról, mint az izületek, inak, idegek stb. gonorrhoeás megbetegedéséről irt fejezetek rövidek, de azért a lényegest tartalmazzák.

A blennorrhoea a nőnél czimű fejezetet *Heymann* (Berlin) irta meg és szintén haszonnal tanulmányozható.

A második rész a venereás fekélyt és complicatioit tárgyalja. Bizonyos, hogy már *Ducrey* felfedezése előtt Zeissl úgy, mint már apja, *H. v. Zeissl* a venereás fekélyről azt állította, hogy az specifikus contagium által jön létre és a későbbi bacillaris leletek (Ducrey, Krefting, Unna) e felfogást megerősitették. Csakhogy míg a venereás fekélyben a Ducrey-féle bakterium mindig megtalálható, ugyanez a fekélyhez társuló mirigyduzzanatban, a buboban nem mindenkor lelhető fel, s igy felmerülhetne a kérdés, vajjon a Ducrey-féle bacillus tényleg okozója-e a bubonak. Zeissl az e tárgygyal foglalkozó nézetek ismertetése után még mindig jogosultnak tartja a buboknak virulens és avirulens beosztását, a szerint a mint bizonyos esetekben a bubo genyc, váladéka tartalmazza a Ducrey-féle bacillusokat vagy sem, azonban szintén azt hiszi, hogy *Bezançon*, *V. Griffon*, *le Sourd*, valamint *Lenglet* oltási vizsgálatai alapján e tétel utánvizsgálatokra szorul.

A venereás fekély varietásai közül *serpiginosus*, *phagedaeniás* fekélyt különböztet meg, és ez utóbbit, bár erre nézve elismeri a depravált constitutio befolyását, identikusnak tartja a gangraenával, melynek *Vincent* után tudvalevőleg *Matzenauer* megtalálta kórokozóját. Csakhogy, ha constitutionalis okok bizonyos rosszindulatúságot teremtenek egyes venereás fekélyeknél és azt phagedaeniássá teszik, úgy viszont a gangraenás fekély, melyet bizonyos bacillusok, nevezetesen a Vincent-Matzenauer-féle bacillusok hoznak létre, csak akkor mondható *identikusnak* a phagedaeniás fekélylyel, ha ennél is hasonló kórok, vagyis a specifikus Vincent-Matzenauer-féle bacillus találtatnék. Csakhogy erről szó sincsen. S ezért e két kóralak — szerény véleményem szerint — egymástól elkülönitendő.

A gyógyszerek közül ő is a már *Davenport* után *H. v. Zeissl* által alkalmazott jodoformnak nagy hive. Csakhogy tudvalevőleg a jodoform penetrans szaga a legtöbb esetben alkalmazását teljesen lehetetlenné teszi. A többi gyógyszerre és eljárásra vonatkozólag az ismert dolgokat tárgyalja. A bubokat nem kezeli a *Welander*, *Lang* által ajánlott methodusok szerint, hanem megnyitja és kezeli az ismert sebészi eljárások szerint.

A könyvnek legtekintélyesebb részét a *syphilis* tárgyalása foglalja magában. Zeissl a bőrön és nyákhártyákon jelentkező tüneteket a syphilis-mikroorganismus direct hatásának, nem pedig a toxinok hatásának tulajdonítja. Még a gummák létrejöttében sem tulajdonítja a toxinoknak a főszerepet, mint azt ezelőtt hitték. Hogy miért genyednek el az egyik egyénnél papulás syphilidek és miért nem fejlődnek pustulás syphilidek a másiknál, arra nézve legplausibilisebbnek tartja azon magyarázatot, hogy ennek okát a syphilises efflorescentiák által megváltozott bőrön a szövetek véredényelváltozásában kell keresni. Figyelmeztet arra, hogy a pustulosus syphilidek az infectiotól számított 8—10 hónap mulva szoktak fellépni. A *Leloir* és *Mauriac* által felállított tételnek hive, hogy *nem* a syphilises termény nyilvánulási alakja (papulák, pustulák, gummák) a mérvadó, hogy a syphilis egyik egyénről a másikra átvihető legyen, hanem egyes-egyedül *csakis az idő*, vagyis a syphilis annál infectiosusabb, minél frissebb keletű. A syphilis átörökléséről szóló következő fejezetben is Zeissl igen sok érdekes megfigyelést közöl.

A syphilisnek első nyilvánulását, *a sclerosist* Zeissl már az *általános infectio localis nyilvánulásának tartja*. A sclerosissal és a mirigyek syphilises megbetegedésével foglalkozó fejezet után áttér Zeissl a *syphilises diathesis* tárgyalására, a vérelváltozások leirására.

A syphilis lefolyására nézve hangoztatott nézetekkel, melyek szerint a *korán* kezelt syphilisnél a betegség legsúlyosabb alakjai mutatkoznának, egyáltalában nem tudunk egyetérteni.

Következnek a *bőrsyphilidek* (roseola, papula, lichen syph. stb.). E fejezetek nagy gonddal vannak megirva, mindenütt a klinikai leirás domborodik ki és nagy súly van helyezve arra is, hogy a differentialis momentumok megismertetésével az észlelőt helyes úton vezesse. Hasonlóképen kitünően vannak megirva a syphilises nyákhártyabántalmak és a zsigerek syphilis okozta elváltozásairól szóló fejezetek, melyeknek részletezésébe azonban belemennünk e helyen teljesen lehetetlen.

A syphilis gyógykezelését illetőleg a *késői* kezelésnek hive, vagyis a higanykezelést szerinte csak akkor kell megkezdenünk, midőn a lues általános tünetei nyilvánultak. Bármennyire is meghajlunk bárkinek meggyőződése előtt, e tant semmiképen sem fogadhatjuk el. Távol áll tőlünk mindazon argumentumoknak felsorolása, melyek — évtizedek óta a syphilidologusokat két táborra osztva — a korai vagy késői antilueses kezelés hiveitől felhangzottak. Csak egyet legyen szabad felemlítenem; ha t. i. helyes Zeissl fenti állítása, hogy a sclerosis is már az *általános* megbetegedés egyik tünete, vajjon miért kell *akkor* még a *többi* általános tüneteket megvárni és csak azután a gyógykezeléshez fogni. Analogiát az ilyen várakozó eljárásra egy bacillaris megbetegedésnél sem találunk, s épen a syphilisnél várjunk tétlenül mindaddig, míg a betegség teljesen kifejlődött? Hogy a korai kezelés következtében súlyosabb tüneteket észlelnénk az idegrendszer részéről, a mire szintén Zeissl hivatkozik, annak helytelenségét már *Schwimmer* kifejtette. Azon kérdésre, vajjon mennyi ideig kezelendő a lues, Zeissl a *symptomatikus* kezelés hive. A syphilist csak akkor kezeli higanynyal, ha a betegen a lues jelei mutatkoznak. Csakhogy, ha a bőrön vagy látható nyákhártyákon nincsenek is lueses tünetek jelen, de azért a szervezetben valahol ilyen productumok vannak, akkor nem kell-e a *Neisser-Fournier*-féle intermittáló kezelési methodust a symptomatikus kezelésnél helyesebbnek tartani? A higany alkalmazását illetőleg az inunctiós kúrát elsősorban használja.

E rövid vázlatból is látható, hogy Zeissl könyve a tárgyat *objective*, minden legapróbb részletében *magas tudományos niveaun* ismerteti. Vitás kérdésekben minden egyes nézetet és felfogást felemlit, azonban mindenütt saját tapasztalatait és nézeteit is tolmácsolja. *Sellei* dr.

Albert Moll: Gesundbeten. Medicin und Okkultismus. Berlin, H. Walther. 1902.

Alig hogy a gyakorlati spiritismus egy nagyobb hulláma végig söpört a kontinensen, s hazánk társadalmát is eléggé felkavarta, Amerika szabad földjéről új hullám indult meg. Ez is túlcsapott már az európai partokon s szerző most a németországi állapotokat ismerteti. A Christian Science hangzatos neve alatt szereplő kuruzslásról van szó. A napilapok hasábjaiból már ismeretes részben ezen psychikai epidemia főbb vonásaiban. Szerző közelebbről annak orvosi vonatkozásaival ismertet meg. A Christian Science az emberek között bizonyos szellemi kapcsolatot tételez fel erőáramok útján. Ezekkel azután csudákat lehet művelni, már annak, a ki ért hozzá; többek között minden betegséget is meg lehet gyógyitani. Ezt persze az új tan papnői — mert mostanáig csak ilyenek vannak — nagyban gyakorolják s meg is fizettetik maguknak. A hullámot bizonyos Eddy asszony indította útnak, ki saját gyógyulásán okulva állapította meg az új tan tételeit. Alaptétele, hogy minden baj a bűnből ered; nem az egyén saját bűnéből, hanem az egész emberiség bűnéből. S valamint a bűn sem az Istentől ered, úgy a betegség sem ilyen eredetű. A gondolatoknak a bűnre való terelésével és magábaszállással a betegség meggyógyul. Persze, ezt a beteg egyedül nem végezheti, hanem megfelelő jutalom fejében a papnőt hivja segitségül. A beteg és a papnő a bűnre és a bajra concentrálják gondolataikat. Ilyen ülés rövidebb-hosszabb ideig tart, s legtöbbször ismételt ülésre van szükség, a betegség makacssága szerint. Igen jellemző azonban, hogy csonttöréseket ezen módon nem képesek gyógyitani, s ez épen a bökkenő. A „Christian" jelző ellen már a theologusok tiltakoztak, a „Science" név ellen pedig a józan ész tiltakozik. Azt hiszem, az ilyen szemenszedett butitás ellen máskép kell harczolni, mint azt szerző mindenkit kimélő modorával teszi. Itt a kiméletnek nincs helye.

Reuter Camillo dr.

Uj könyvek. *Benda*: Die Schwachbegabten auf den höheren Schulen. Leipzig, Teubner. — *Middendorp*: Die Beziehung zwischen Ursache, Wesen und Behandlung der Tuberculose. Groningen, Noording. — *Weber*: Die Beziehungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Geistesstörungen. Halle a. S., C. Marhold. — *Sahli*: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Dritte Auflage. Wien, F. Deuticke. — *Bresgen*: Lebensversicherung und Krankheiten der Nasen- und Rachenhöhle. Halle a. S., C. Marhold. — *Weismann*: Vorträge über die Descendenztheorie. Jena, G. Fischer. — *Leser*: Specielle Chirurgie. Fünfte Auflage. Jena, G. Fischer. — *Rauber*: Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Sechste Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Wullstein*: Die Skoliose in ihrer Entstehung und Behandlung. Stuttgart, F. Enke. — *Zuckerkandl*: Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. IV. Heft: Becken. Wien, W. Braumüller.

Lapszemle.

Húgyszervi betegségek.

Gonorrhoeás mellékherelob után massaget ajánl *Colombo*. A heveny tünetek lezajlása után a vas deferens hosszabb ideig még izzadmány által megduzzasztott. Ezen izzadmány eloszlását és felszivódását érte el szerző az ondózsinór massálása által. A felszivódási folyamat a mellékherében visszamaradt beszüremkedett helyeket is feloszlatta. (Ref. Ctbl. f. H. u. S. Org. 1902. 5. füzet.) *R—i*,

A stypticinről mint helybeli vérzéscsillapító szerről ir *R. Kaufmann*. A stypticint a régebben használt absolut alkohol, a Penghawar-Yambee, a maró ferrumsesquichlorid és az igen mérges mellékherekivonat fölé helyezi.

A stypticint Freund állitotta elő synthetice, mint a sokkal drágább hydrastinin pótszerét; a nögyógyászatban belsőleg uterinalis vérzések ellen használják szivesen, Friedländer gonorrhoikus húgyhólyagvérzéseknél dicséri. Helybeli vérzéscsillapító hatását a fogászatban tapasztalták legelőször. Szerző a 2%-os stypticinvattát húgycsőtükrözés alatt előforduló kisebb-nagyobb vérzések biztos és gyors elállításánál próbálta ki. Nehéz kutaszolásokat, erősebb tágitásokat és vulnerabilis nyálkahártya mellett minden beavatkozást kisérő vérzések ellen gelatinával készült 3—4%-os stypticin-bacillusokat vezet a húgycsőbe, melyek a vérzést igen pontosan csillapitották, míg tiszta gelatinával vagy cacaovajjal készült pálczikák hatástalanok. A bacillusokat nem szabad talcummal vagy lycopodiumporral behinteni. Sondáknak stypticinnel való bevonása prophylactikus czélból nem vált be. Kisebb daganatok, condylomák stb. kiirtásánál, phimotomiák stb. végzésénél a parenchymás vérzések ellen igen jól bevált. A hatást egyrészt a szer narcotikus hatása által véli létrejöttnek, másrészt a haemoglobinra is hat, ennek színét élénkpirosra változtatván.

Ajánlja a szer kipróbálását prostata hypertrophiánál és hólyagdaganatoknál előforduló vérzések ellen, cystoscopiai és egyéb vizsgálatok alkalmával. (Monatshefte für praktische Dermatologie, 34. kötet, 1902.)

Technikai észrevételek a Winkelmann-féle hydrocele-műtéthez czimen *W. Mintz* moszkvai sebész egy ügyesnek látszó egyszerűsitett módositást közöl, azon több izben leirt recidivák műtéti autopsiáiból kiindulva, hol az eredeti eljárás szerint a visszahajtott tunica propria testis azon zsákba helyeztetett vissza, melyet a tunica communis testis et funiculi üregе képez. Ezen utóbbi burok azonban nem alkalmas minden esetben a tunica propria által tovább is termelt savót felszívni, s igy keletkeznek a recidivák. Ezeknek meggátlása czéljából Mintz mindkét burkot jó darabon felhasitván, együttesen hátracsapja, úgy hogy a here és másrészt a visszahajtott saját savós burka a borék laza bőre alatt fekszenek, mely kiválóan alkalmas a tunica propria által termelt izzadmány felszivására. Négy esetében igy járt el és az eredménynyel nagyon meg van elégedve. A két visszacsapott burok rögzitésére szolgáló benmaradó selyemfonalak használatát elkerülendő, a két sebszéllel párhuzamosan vezetett metszéssel minden oldalról keskeny szalagpárt készit, melyet az ellenoldalon ejtett nyiláson áthúzva és megcsomózva, rövidre levág. Egy schematikus ábra érzékiti az egyszerű eljárást. (Centralblatt f. Chirurgie, 1902. 20. sz.) *Picker Rezső* dr.

Bőrkórtan.

A bőrnek Röngten-sugarak behatására keletkező sclerodermiaszerű elváltozásáról értekezik *Salomon*. Nőről van szó, a ki 4 éves kora óta lupus vulgarisban szenved s a kit körülbelül fél éven át naponként 1/2—1 óráig kezeltek Röntgen-sugarakkal (a részletek nem voltak kideríthetők). A beteg ezen kezelés után egy esztendőre került szerző kezelése alá, a mikor a következő elváltozás volt található. A fejbőr csaknem teljesen kopasz, szintúgy hiányzanak a pillaszőrök is. Az arcz s fej bőre a legtöbb helyen vékony, sima, fénylő fehér s alapjáról el nem tolható. A bőr, mely feszülés érzetét kelti, azonkivül bőven teleszórt teleangiektásiákkal s különösen a halántékok táján alabástrom tapintatú. Az orczák bőre előbb emlitett tulajdonságai mellett pikkelyező s számos lupusgöbcsét tartalmaz; ugyanez áll az orr bőrére is. Az arcz mimikája megszünt s merev, maszkszerű. Száj csak nehezen nyitható. A homlok közepén nagy ovalis Röntgen-fekély, mely jellemzően gyógyulási hajlamot csaknem nélkülözött. Szemhéjakon ectropium. Az x-sugarak ez esetben tehát nyilván az egész fejre s arczra terjedő fekélyfelületet produkáltak, a mely később partialisan súlyos hegképződéssel s atrophiákkal gyógyult. Szerző előtt ily esetet még csak Barthélemy s Behrend közöltek, a kik azonban szövettanilag nem vizsgálták meg eseteiket. Szerző a ki betegének bőrét ez irányban is vizsgálta, szövettanilag is nagyjában sclerodermiaszerű elváltozást talált. (Archiv Dermatol. u. Syph. LX. kötet. 2. füzet.) *Guszman J.* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A tertiaer garat-syphilis igen gyakori jelenség és könnyen kórismézhető. *Lewinger* szerint azonban előfordulnak mégis oly esetek, hol a folyamat rejtett voltánál vagy a felületesen megejtett vizsgálatnál fogva félreismertetik. Ily eset leggyakoribb az orrgaratüreg gummosus folyamatainál, a hol az elváltozás csupán az arcus palato-pharyngeus félrevonása után látható. Ha a lues egyéb tünetei is fenállanak a szájban vagy garatban, úgy a kórisme könnyű, de a csupán az orrgaratüregre localizált luetikus elváltozásoknál postrhinoscopikus vizsgálat nélkül helyes kórismét nem tehetünk. Az izolált orr-garat-üreg lues tünetei között első helyet foglal el a nagy dysphagia, azután szúró jellegű fájdalmak a fej hátsó részében, esetleg kisugárzó fájdalmak a fülbe (az orr-garat-üreg gyuladásából kiinduló otitis media), néha teljes süketség, rhinolalia aperta, szédülés stb.; a váladék bő, nyákosgenyes, esetleg nagy foetor ex ore. A kezelés főrésze, mint más luetikus elváltozásoknál, itt is jodkali és higany alkalmazásából áll. Helybelileg orrmosás, calomel-orthoform aa insufflatiora, Lugol-oldattal ecsetelés a legczélszerűbbek. Közleményében Lewinger több esetet is közöl, igy többek között a jobboldali mandola egy syphilitikus daganatát ismerteti, a mely elváltozás szerinte még eddig egy izben sem észleltetett. (Deutsche med. Wochenschrift, 1902. 6. szám.)

Tövölgyi Elemér dr.

Halálos utóvérzés mandolametszés után. Körülirt gáztályog képződése gelatina-befecskendezés következtében. *Damianos* és *Hermann* esetében egy különben is vérzékeny természetű egyénnél másfél órával a tonsillotomia után heves vérzés állott elő. A szokásos vérzéscsillapító eljárások (jég, vaschlorid, digital compressio, Péan-fogó stb.) sikerre

nem vezettek, a mint csak időleges eredményt tudtak elérni a bécsi sebészeti klinikán alkalmazott ferripyrinnal behintett jodoformgaze-zel végezett nyomással és külső ellennyomással, valamint a Mikulicz-Störk-féle fogó compressoriummal. Száz gramm két perczentes gelatinát is fecskendeztek be a beteg jobb czombjába, szintén sikertelenül. A második befecskendezés után három napra a beteg heves fájdalmakat érzett a befecskendezés helyén, hol a bőr meggyuladt, majd két nap mulva ugyanott egy tályog is képződött. A beteg a vérzés kezdetétől két hétre nagyfokú és gyakori vérzések folytán exitált, daczára hogy előzőleg két nappal a jobboldali arteria carotis communist is lekötözték. Mint a sectionál kiderült, a vérzést az arteria maxillaris externa egyik ágának a megsértése okozta. A gelatina okozta tályogból sikerült a Lindenthal-Hitschmann, Fränkel által ismertetett, gázphlegmonét (gangrène foudroyante) okozó bacillusokat kitenyészteni. A továbbiakban a szerzők körülményesen ismertetik, a tonsillotomiák után beálló nagyfokú vérzések irodalmát az utóbbi negyven évből. Szólanak a vérzések okairól, a melyek között a haemorrhagikus diathesis a ritkább, egy-egy nagyobb véredény megsértése a gyakoribb eset. A vérzést csillapító eljárások közül a fennebbiek mellett számba jöhetnek a véredény-torsio, alákötés, carotis compressio stb. Óva intenek a mandola lehetőleg teljes eltávolításától, mi leggyakrabban vezethet a véredények megsértéséhez. A mi a gelatinát illeti, miután a bolti gelatina igen sok pathogen csirát rejt magában, igen alaposan kell sterilizálni, legczélszerűbb a fractionált sterilizálás.

(Én saját részemről, miután az utóbbi évek vizsgálatai semmivel sem járultak hozzá, hogy más véleményre téritsenek, a gelatinát veszélyes volta mellett még csak vérzéscsillapitónak sem tartom. Bizonyitják ezt a mások által és általam is végezett állatkisérletek. Ref.) (Wien. klin. Woch. 1902. 9. szám.) *Tóvölgyi Elemér* dr.

A Krammer-féle orrtükör kicsúszásának megakadályozására *Réthi* a következő változtatásokat végezte rajta. A tükör orrba illeszkedő karjai laposak és mint az eredeti Fränkel-féle speculumnál, kissé kifelé hajolnak, azonkivül közvetlen a végződésük mögött valamivel vékonyabbak és behúzódottak, a minek folytán az orszárnyakba szinte belé kapaszkodnak. Hogy kis orrnyilásoknál is alkalmazható legyen, a tükör karjainak elülső vége többé-kevésbbé tölcsér alakú. (Wien. med. Woch. 1902. 12. szám.) *Tóvölgyi Elemér* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A status epilepticus kezelése dormiollal. *Hoppe* az uchtspringei intézetből több esetet közöl, melyekben status epilepticus ellen a dormiolt nagyon jó eredménynyel használták. Az alkalmazás a végbélen át történt oly módon, hogy a készentartott 10·0 : 150·0 oldatból 2—3 evőkanálnyit $^1/_4$—$^1/_3$ liter langyos vizhez keverve, befecskendeztek a végbélbe. Helybeli izgalmi tünetek nem jelentkeznek és általában kellemetlen melléktüneteket sem észleltek soha. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1902. 17. szám.)

A vichy-i források legújabb vizsgálatáról bakteriologiai szempontból számol be *Pouchet* párisi egyetemi tanár. Hasonló vizsgálatok már régebben is végeztettek, még pedig nagyon kedvező eredménynyel. Az azóta létesített mintaszerű újítások a források foglalását, a palaczkok mosását, töltését stb. illetőleg már eleve valószinűvé tették, hogy a mostani vizsgálatok a vichy-i források vizének még nagyobb tisztaságát fogják feltüntetni. És tényleg a „Grand Grille", a „Hopital", a „Lucas", a „Du Parc", a „Mesdames", a „Chomel" és a „Hauterive" források vize nemcsak az eredésnél, hanem palaczkozva is köbcentimeterenként csak néhány mikroorganismust, még pedig teljesen ártalmatlan fajtájuakat (penicillium glaucum, mucor mucedo, aspergillus niger) tartalmazott. Csak a „Célestins" forrás vizében volt aránylag több bakterium, de ezek száma is oly csekély volt (köbcentimeterenként legfeljebb 18), hogy tekintetbe sem jöhet; a talált bakteriumok szintén a teljesen ártalmatlanok közé tartoztak. A „Célestins" vizének ezen valamivel nagyobb bakteriumtartalma onnan ered, hogy ezen forrásból külső körülmények miatt lehetetlen aseptikusan vizpróbákat venni.

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1902. 3. füzet. *Reusz Frigyes*: A Golgi-féle methodus használhatóságának határai az idegsejt physiologiájában és pathologiájában. *Pólya Jenő Sándor* és *Navratil Dezső*: Vizsgálatok a pofa nyálkahártyájának nyirokereiről. *Hasenfeld Arthur* és *Wenhard János*: A pestis elleni serum és a Haffkine-féle oltóanyag hatása a vérkeringési rendszerre. *Linsbauer Rezső*: Az álhártyás gégelob mint a kanyaró szövődménye. *Chudovszky Móricz*: Gyomorbélműtétek.

Gyógyászat. 1902. 25. szám. *Lévy Lajos*: Lueses eredetű Jackson-epilepsia. *Németh Ödön*: Az elmebetegség szinlelése. *Lévai Dezső*: Esetek a gyakorlatból.

Orvosok lapja, 1902. 25. szám. *Rottenbiller Ödön*: Adatok a csont- és izületi gümőkór kezeléséhez. *Juba Adolf*: A szegény tanulók otthonai.

Magyar orvosok lapja, 1902. 25. szám. *Rigler Gusztáv*: A szifonkupakokról. *Szana Sándor*: A csecsemőkórházak ügye, különös tekintettel Magyarországra. *Deutsch Ernő*: Megjegyzések az előző czikre.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 25. szám. *Drasche*: A gümőkór. *Pollak*: A syphilis balneotherapiájának kritikája. *Kassowitz*: Infantilis myxoedema, mongolismus és mikromelia. *Huber*: A Finsen-therapia mai állása. *Kunz*: A vakság physiologiája. *Herz*: Uterus unicornis sinister. *Crocq*: A reflexek életbiztositási szempontból.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 25. szám. *Schmidt*: A veseinfarctus diagnosisa. *Büdinger*: Szemhéjhiány pótlása. *Scheidl*: A koponyasérülések casuistikájához. *Wagner v. Jauregg*: Az endemiás cretinismus kezelése. *Harmer*: A gége lymph- és haemangiomái és lobos folyamatok bennünk.

Wiener medizinische Presse, 1902. 25. szám. *Hofbauer*: A resorptio mechanismusa. *Fuchsig*: A sarokcsont typusos törései. *Korczynski*: Az anyagcsere osteomalakiában. *Silberstein*: A gümökór gyógyitása glandulennel.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 23. szám. *Cohn*: Az állati szervezet glykokoll készlete. *Hönig*: Baleset-sérültek kezelése és véleményezése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 24. szám. *Pfeiffer* és *Friedberger*: A bakteriumok virulentiájának lényege. *Ehrlich* és *Marshall*: Az amboceptorok complementophil csoportjai. *Bruining*: Májbajosok alimentaris glycosuriája. *Strassmann*: A tubaris terhesség műtevése a hüvely felől. *Cahn*: Kussmaul.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 25. szám. *Riegler*: A gyomornedv sósavtartalmának új gasometrius meghatározásmódja. *Lämmerhirt*: Az angina Vincenti casiustikájához. *Büsing*: Typhus-bacillusoknak hosszú időn át kiválasztása a vizelettel. *Rosenbaum*: A gyomoratonia és viszonya a motorius insufficientiához. *Muskat*: Új módszer láblenyomatok készitésére. *Schönwerth*: Subcutan léprepedések. *Stood*: A szürke hályog mesterségesen éretté tevése zárt tokban Förster szerint. *Silberstein*: A diphtheria serumtherapiája. *Schenk*: Poralakú gyógyszerek belégzése.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 23. szám. *Nicoladoni*: Horizontális gastroduodenostomia. 24. szám. *Springer*: Új fedőkötés.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 11. szám. *Piltz*: Centralis szemizomidegpályák. *Cohn*: Spinalneuritises avagy myopathiás izomatrophia? *Goldflamm*: Az astheniás hűdésről, bonczlelet kapcsán.

Archiv für klinische Chirurgie, 67. kötet, 3. füzet. *Frommer*: Az utóvérzések casuistikájához. *Israel*: A rákaetiologia problemái. *Jaffé*: A gerinczvelődaganatok tünettanához. *Kümmell*: Az eredményes vesekiirtás határai és a nephritis diagnosisa kryoskopiai tapasztalatok alapján. *Albrecht*: Gázképző bakteriumok okozta fertőzések. *Sprengel*: A mesenterialis edények területén előforduló vérkeringési zavarok kórtana. *Perthes*: A chinai nők művileg elkorcsositott lába. *Bum*: A csontcallus fejlődése pangás befolyása alatt. *Krönlein*: A gyomorrák műtéti és nem műtéti kezelésének összehasonlitása. *Bruns*: Az első kötés a csatatéren. *Honsell*: Aseptikus és antiseptikus pasta- és kenőcskötések. *Quervain*: Heveny, nem genyes thyreoiditis. *Vulpius*: Intramuscularis csontképződés trauma után. *Roux*: Szövődmények és nehézségek az appendicitis nyugalmi szakában végzett féregnyújtvány-kiirtáskor. *Jaffé*: A m. quadratus menti izolált hűdése az anastomosis collo-mandibularis sérülése folytán.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1902. 11. kötet. 5. füzet. *Muratow*: Klinikai és kórboncztani adatok a primaer nem genyes encephalitis tanához. *Kohlbrugge*: Néhány állat nagy agybarázdái. *Storch*: Az érzéki észrevevések psychophysiologiája. *Käs*: A dementia paralytica kórboncztanához. *Ziehen*: Újabb dolgozatok a kóros beszámithatlanságról.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 6. kötet, 3. füzet. *Schottelius*: A bélbakteriumok jelentősége a táplálkozásban. *Ruge*: Physiologiai adatok az izommassage-t illetőleg és néhány therapiai megjegyzés. *Marcuse*: A fénytherapia jelen állása. *Roth*: Új forró levegőkészülék.

Die Therapie der Gegenwart, 1902. 5. füzet. *Mering*: Különböző testhelyzetek befolyása a gyomor motorius működésére. *Cohn*: A „roborat" nevű növényi fehérje használata gümökórosak táplálására. *Feilchenfeld*: Diphtheria-statistika és serumkezelés. *Vámossy*: Egy új hashajtószer (purgo). *Unterberg*: Adatok a purgo hashajtó hatásához. *Hammerschlag*: Klinikai és anatomiai adatok az atmokausis uterihez. *Jaenicke*: Egy gyakorló orvos diphtheria-statistikája. *Pieper*: Rheumatin, a salicyl új pótszere.

Therapeutische Monatshefte, 1902. 5. füzet. *Kassowitz*: A diphtheriaserum eredményei. *Nahm*: A gyógyintézetekről tüdővészesek számára. *Bourget*: A perityphlitis gyógyitása. *Ottuszewski*: A hiányos psychikus fejlődés viszonya a beszédzavarokhoz. *Goldmann*: Az alcarnose nevű tápkészitmény diaetetico-therapeutikus jelentősége. *Neumann*: A rák malaria-kezelésének kérdéséhez. *Hollaender*: A nyákhártyamegbetegedésre való mechanikai dispositio lupus vulgarisban.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 63. kötet, 3. és 4. füzet. *Wolkowitsch*: A nagy végtacsontok töréseinél és az izületi resectióknál általam használt módszerek. *Vogel*: Klinikai és kisérletes adatok a laparotomiák után keletkező peritonealis adhaesiok kérdéséhez. *Bender*: Periostalis kereksejtes sarcoma; myeloma mészmetastasisokkal. *Grekow*: Adat a máj szúrt-metszett sebzéseinek casuistikájához. *Finkelstein*: Adat a májrepedések kérdéséhez.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 21. kötet, 5. és 6. füzet. *Starck*: Psychogen pseudomeningitis. *Rolly*: Periependymaer burjánzás, csatornaképződés és abnormis fejlődésfolyamatok gyermekek gerinczvelőcsatornájában. *Strohmayer*: A subcorticalis sensorius aphasia kritikájához. *Mingazzini*: Klinikai és kórboncztani adatok az aphasiák ismeretéhez. *Nonne*: Az egész központi idegrendszer pia materének diffus sarcomatosisa. *Zahn*: Az öröklött gerinczvelőbetegségeknek és a mellső-

oldalsó kötélmaradványok elfajulásának ismeretéhez. *Finkelnburg*: Az agydaganatok és az idült hydrocephalus symptomatologiája és diagnostikája.

Virchow's Archiv, 168. kötet, 1. füzet. *Browicz:* A májsejt szerkezete. *Schönemann*: Az emberi orrüreg hengerhámjának átváltozása laphámmá és ennek jelentősége az ozaena aetiologiájában. *Herzog*: A pankreas kórszövettana diabetes mellitusban. *Ssobolew:* A pankreas belső secretiojának normális és kóros morphologiája. *Hausmann:* A mellső bárzsingfal diverticulumainak boncztana és pathogenesise.

Zeitschrift für Heilkunde, 1902. 5. füzet. *Raimann:* Glycosuria és alimentaris glycosuria elmebajosoknál. *Burke*: Veleszületett pulmonalstenosis. *Ganghofner*: A gyermekkori tetania diagnosisa.

Gazette hebdomadaire, 1902. 49. szám. *Dufour:* A pupillák, a syphilis és némely idegbaj között fennálló viszony. *Follet* és *Sacquepée*: Leptothrix okozta herpes zoster érdekes esete (zona métamérique).

La semaine médicale, 1902. 25. szám. *Milian:* A lumbaris punctio kedvezőtlen esélyei és azoknak megakadályozása.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 25. szám. *Dietz*: A mindennapi gyakorlatból (higany okozta buccalis fekélyek, spermatorrhoea, lichen syphiliticum, scrofulo-tuberculosus gummák). *Stordeur*: Az aorta descendens legfelsőbb részének aneurysmája.

Bulletin général de thérapeutique, 143. kötet, 18. füzet. *Soulier*: A kimélő gyógyszerek (médicaments d'épargne). *Rodet:* A heroinnak mint demorphinizáló szernek veszélyei. *Bouloumié*: Az arterio-capillaris tensio módosulása a Vittel-féle gyógymód alatt és után. *Patein* és *Brouaut*: Gyógyszerek okozta bélkövek. *Laumonier*: A dajkák megválasztása és tejük emészthetősége. 19. füzet. *Amat*: A yohimbin. *Soulier*: A kimélő gyógyszerek (médicaments d'épargne). *Regnier* és *Didsbury*: Új módszer a fogak érzéstelenítésére villamossággal.

British medical journal, 1902. junius 14. *J. Walker Hall:* A purin-testek viszonya egyes metaboliás zavarokhoz. *Th. Houston*: Az anaemia okozta oedema. *F. A. Bainbridge*: Nyirokképződés a májban. *T. Wardrop Griffith*: Hereditarius lokalizált oedema esete, mely gégeelzáródás folytán halálosan végződött. *G. C. Low*: Malaria és filariasis Barbadosban. *A. Grunbaum*: Módszer a typhus- és coli-bacillus megkülönböztetésére. *S. W. Carruthers*: Glucose alacsony fajsúlyú vizeletben. *T. R. Smith*: Bélelzáródás műtett esete. Junius 21. *G. B. Ferguson*: Megjegyzések az általános sebészet körébe vágó néhány esetre. *W. Whitehead*: Septikus térdizületi lob némely esetének nyilt kezelése. *A. Ogston*: Dongaláb gyógyítása a gyermekkorban. *Ch. A. Morton:* Genu valgum. *J. H. Nicoll*: A spina bifida műtéti kezelése. *W. Allan Jamieson*: Adrenalin használata mint a lupus fénytherapiájának kiegészítése. *Wm. Frew*: Menstruatio újszülött leánygyermeknél. *B. Morris*: Epekő esete rákra valló tünetekkel. *Henton White*: Parotitis epidemica anyában és gyermekében. *J. M. Day*: A varicella incubatioja. *G. L. St. George*: Spina bifida két gyógyult esete.

The lancet, 1902. I. 23. szám. *A. Pearce Gould*: A véredények némely megbetegedése. *F. Marsch*: A torok lymphoid vagy adenoid szöveteinek idült túltengése. *Lauder Brunton* és *F. W. Tunnicliffe:* A whisky ártalmas alkatrészei és összefüggésük az izzel. *Th. Fisher:* Csúz okozta szivtágulás és a szív gyengülésének más manifestatioja. *W. E. Home:* A szellőztetés hajókon, kapcsolatban egy új módszer leirásával. *W. M. Young:* A himlő diagnosisához. *R. Fullerton:* A tonsillák elsődleges gangraenája. *Walker Overend:* Tabes mesenterica esete intensiv bőrpigmentatioval. *Harry J. Cooper:* Cotoneaster microphylla okozta acut dermatitis. *J. Milner:* Conceptio paraecox. *W. Murrel:* Májcirrhosis sebészileg kezelt esete. *G. R. Murray:* Pneumococcus okozta arthritis esete. 24. szám. *A. L. Galabin:* A gyermekágyi lázesetek évi változása. *C. Th. Williams:* A tüdőgümőkór hygienikus gyógyítása. *Th. Oliver:* Aranybányászok phthisise. *W. H. Battle:* A peritonitis kezdő szaka. *N. Raw:* A mentalis tünetek viszonya a testi betegséghez. *J. W Springthorpe:* Kezdeti szakban levő elmebetegségek gyógyítása közkórházakban. *H. Freeborn:* Régen elfelejtett nyelvre való temporaer visszaemlékezés bronchopneumoniás deliriumban. *H. Douglas Singer:* A kor szerepe a neuritis optica keletkezésében intracranialis daganatok esetiben. *H. Campbell:* Megfigyelések a diaetát illetőleg. *W. Benton:* Sternalis fissura és foramen esete. *E. A. Cloete Smith*: Új módszer helyi érzéstelenítésre felületes műtevéseknél. *W. Essex Winter*: Typhus-eset typhus-bacillussal a vérben és negativ Vidal-reactioval. *J. Rutherford Morison*: Intussusceptio két ritka esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. junius 27.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 24. hetében (1902. junius 8-dikától junius 14-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 431 gyermek, elhalt 297egyén, a születések tehát 134-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra 29·2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·1, az egy éven felüli lakosságnál: 16·3 az öt éven felüli lakosságnál: 14·7 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbili 7, scarlatina 6, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 4, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 6, meningitis 15, apoplexia 8, eclampsia 9, szervi szívbaj 22, pneumonia 18, pleuritis 3, pneum. catarrh. 3, bronchitis 4, tuberculosis pulmonum 59, enteritis 21, carcinoma 18, ezek közül méhrák 3, egyéb újképletek 5, morbus Brightii et nephritis 4, veleszületett gyengeség 10, paedatrophia 0, marasmus senilis 7, erőszakos haláleset 21, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 10, baleset 9, kétséges 1 (0). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2868 beteg, szaporodás e héten 879, csökkenés 887, maradt e hét végén 2860 beteg. *B*) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi junius 4-dikától junius 10-dikáig terjedő 24. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 37 (42), diphtheria, croup 27 (16) hagymáz (typhus) 3 (3), kanyaró (morbili) 256 (291), trachoma 6 (0), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 11 (11), orbáncz (erysipelas) 14 (15), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1, (1) járv. fültőmirigylob 3 (9), ezenfelül varicella 21 (20).

⊕ **A IV. nemzetközi gynaekologiai congressust** tudvalevőleg f. évi szeptember hó 15—21-dikéig fogják megtartani Rómában. A végrehajtó bizottság magyarországi titkárának kérésére a nagyméltóságú m. kir. kereskedelemügyi minister úr engedélyezte, hogy „a congressusra utazó magyarországi orvosok, illetve congressusi tagok és azok családtagjai a m. kir. államvasutak vonalain úgy az oda-, mint a visszautazás alkalmával személy- és gyorsvonatokon az I. és II. kocsiosztályban az illető vonatnemnek megfelelő közvetlen olcsóbb osztályú egész menet jegygyel utazhassanak".

Az olasz vasutak szintén körülbelül 50% díjkedvezményt fognak nyujtani.

A congressusra eddig is már számos magyar orvos jelentkezett. Temesváry Rezső dr. titkár (VII. Erzsébet-körút 32) felkéri a még résztvenni óhajtókat, hogy ebbeli szándékukat a tagsági díj beküldésével (congressusi tag 25 koronát, családtag 10 koronát fizet) nála junius hó végéig bejelenteni szíveskedjenek

□ **Fürdőorvos.** *Nagy Albert* dr. fürdőorvosi gyakorlatát Korondfürdőn megkezdette.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Tarcsa*, junius 15.: 85. *Budai Erzsébet-sósfürdő*, junius 20.: 338. *Tátrafüred*, junius 22: 326. *Lipik*, junius 20.: 1356. *Uj-Tátrafüred*, junius 20.: 365.

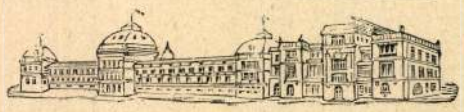
× **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** az 1902. év május havában 212 veszett vagy veszettségre gyanus állat marta egyén (201 magyarországi, 5 horvát és szlavon, 4 boszniai, 1 szerbiai és 1 galicziai) nyert antirabikus védőoltást. 196 egyént eb, 13-at macska, 1-et ló, 1-et sertés és 1-et tehén mart meg. Évi folyó szám: 1108, egyetemes folyó szám: 18,165. Haláleset e hóban 1 fordult elő.

✳ **Magyar Riviera.** *Cirkvenica közvetlen* közelében van a bájos és urias berendezésü *tengeri gyógyintézet „Therapia"*, melyet *Ebers* dr. kir. tanácsos nagy bőkezűséggel fejleszt *europai* szinvonalra.

Kitünő hely ez *sovány, halvány betegek, vagy üdülő gyermekek* számára. Két jeles magyar orvos rendel.

Naponként három hajó indul Fiuméból és 1½ óra alatt ér a *„Therapia"* elé.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VI. bemutató ülés 1902. márczius 26-dikán.) 433. l. — (VII. bemutató ülés 1902. április 9-dikén.) 433. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztálya. (1902. február hó 21-dikén tartott szakülés.) 434. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (Szakülés 1902. január hó 25-dikén.) 435. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1902. márczius 26-dikán.)

Elnök: **Hirschler Ágoston.** Jegyző: **Juba Adolf.**

(Vége.)

Az alvégtagok goromba ereje erősen csökkent, különösen a balé. Alvégtagjait nehezen emeli, miközben azok szakadozott, rendetlen mozgásokat végeznek. Az alvégtagok jelentékeny spasmust tanusitanak, különösen a bal térd mozgatásánál, miáltal a térdek kinyujtása nehezen megy. A járás nehézkes, a mellett a bal alvégtagot mereven utána emeli; e miatt botot használ. Testtartása ennek következtében bal felé hajlott. A bordaiven elül mindkét oldalt erős csontdudorok. *Nevezetes a bal könyöknek nagy almanagyságú duzzanata*, mely az ulnával egy egészet képez és annak úgyszólván folytatása hátrafelé; felette megvastagodott, szederjes bőr, mely a duzzanat magaslatán kifekélyesedett és genyed. A jobb mutatónjj pedig középső phalanxizületében jelentékenyen megvastagodott és erős flexioállásban van, mig a körömphalanx abnormis dorsalis és palmaris, valamint oldalsó hajlíthatóságot mutat. Mindeme kóros izületek teljesen fájdalmatlanok. A felvégtagok goromba ereje szintén erősen csökkent. A Röntgen-kép a könyökizületben különösen az olecranon, a középső phalanxizületben pedig a capitulum megnagyobbodását mutatja.

Kiemeli ezen esetben az arthropathia ritkább localisatioját a könyökizületben, de még inkább annak felette ritka localisatioját oly kis izületben, minő a mutatóujj középső phalanxizülete, valamint a körömphalanx rendellenes mozgékonyságát, mely valószinűleg szintén hypotonia által van feltételezve.

A kórkép ezen esetben kissé homályos: semmi esetre sincs itt dolgunk a tabes classikus képével, a mennyiben spastikus tünetek is vannak, különösen a bal alvégtag részéről, tehát a hátsó kötegeken kivül az oldalkötegek is afficiálva vannak. Tekintve a fejet is elfoglaló anaesthesiát, az izlés kiesését a jobb oldalon, a szaglás csökkenését a bal oldalon, talán cerebrospinalis luessel van dolgunk.

Genersich Antal: Ezen súlyos elváltozások, melyek tabes következtében léptek fel, szóló véleménye szerint és a szerint, a mit látott, különösen traumás eredetűek, nem külső erőszaki, hanem olyan traumáktól eredők, melyeket az illető egyén maga visz véghez, az incoordinált, esetlen mozgások által és melyek következtében megtörténik, hogy a sorvadásos csont törik. Hogy ezek nem úgy kezelhetők és nem úgy gyógyulnak, mint mások csonttörései, annak magyarázatát adja az érzéketlenség, melyben az izületek szenvednek. Ép embereket a csekély érzékenység is arra visz, hogy kezeltessék magukat, de a tabeses az érzéketlenség folytán nem kezelteti magát és nem nyugszik és igy jönnek létre a törések. Hogy itt is trauma szerepel, valószinű, bár a beteg nem emlékszik reá, hogy elesett volna, mert egyszerű mozgás által is eltörhet a csont.

Donáth Gyula: Szintén azon véleményen van, hogy ezek a törések traumás eredetűek. Feltünő, hogy ezek a törések gyorsan gyógyulnak, talán a serosus exsudatum, vérömleny szervülése következtében. Franciák részéről közöltettek megfigyelések, melyek szerint paraplegiás állapotoknál, a hol ágyban feküsznek a betegek, is előfordulnak ilyen arthritisek és törések. Szólónak nincs ilyen tapasztalata, de azt hiszi, hogy a traumán kivül kell még valami ismeretlen ágensnek lenni. Az anyagcsereváltozásnak szerepet kell játszania, mert symmetrice lépnek fel és trauma nélkül is támadnak.

Carcinoma coli, resectio, gyógyulás.

Fischer Aladár: H. Gy. 37 éves napszámos, mindig egészséges volt egész a mult év nyaráig, mikor a hasában, főleg nehéz munka után, fájdalmakat kezdett érezni. Bajával kezdetben nem sokat törődött, bár a fájdalmak mind gyakrabban és hevesebben léptek fel; folyó évi január havában azonban már daganatot is vett észre hasában, a mi erősen nyugtalanítván őt, a szt. Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló II. sebészeti osztályra vétette fel magát, a hol nála a következők találtattak:

Jól fejlett csontrendszerű, lesoványodott, kissé cachectikus külemü férfibeteg. Mellkasi szervek épek. A has mérsékelten puffadt; a jobb regio mesogastricában közel kétökölnyi, kerekded, tömött, könynyen mozgatható, a légzési mozgásokat nem követő tumor, mely felett a kopogtatási hang tompult dobos. A gyomor és vastagbél felfúvása a tumor viselkedését nem befolyásolja. Gyomor, vesék, máj, epehólyag betegségei ki lévén zárhatók, béltumorra, vagy a mesenteriumban vagy a csepleszben ülő tumorra kellett gondolni. Székletét zavartalan, véres székre, vagy hogy széke fekete lett volna, nem emlékszik.

Bemutató betegnél folyó évi február hó 18-dikán laparotomiát végzett a jobb rectus külső szélének megfelelő metszéssel. Kiderült ekkor, hogy a jobb flexura colin ülő tumor van jelen, mely mintegy $1^1/_2$ ökölnyi és néhány vékonybélkacscsal, nemkülönben a nagy csepleszszel több helyen össze van növe. A vastagbéltumorok radicalis operatiojánál manapság két mód szerint járhatunk el. Egyik, mely a bél rögtöni resectioját és egyesítését végzi, a másik a Mikulicz-féle eljárás. Az első eljárásnak Thiersch, Schede és Gussenbauer voltak úttörői és legutóbb Körte tette közzé eseteit, melyek alapján ő is ezen eljárást ajánlja. Ezzel szemben Mikulicz anus praeternaturalist etabliroz, ezt fistulává alakitja át és secundaer zárja. Hogy ezen utóbbi eljárás hosszadalmas, a beteget több operatio veszélyének teszi ki stb., azt felesleges hangsúlyozni. Bemutató tehát a tumort az adhaesiok közül kiszabaditotta, előhúzta és azután a colon resectioját végezte, a bélvégeket pedig circularis varratokkal 3 étageban egyesitette. A colon resectioja és egyesitése, tekintettel az anatomiai viszonyokra, sokkal nehezebb, mint a vékonybélé. A Murphy-gomb alkalmazhatósága ilyen esetekben, mint azt Körte is hangsúlyozza, nehézségekbe ütközik és jobb és biztosabb a gomb nélkül való egyesités, mint azt bemutató is tette. Különös gondot kell fordítani a bélnek a mesocolon felé eső részére, miután itt a peritonealis burok elég széles alapon hiányzik. A mesocolon össze- és a csupasz, peritoneum nélküli bélrészletre való reáhúzásával segithetünk magunkon. Bemutató a bél egyesítése után két kisebb Mikulicz-tampont helyezett a bélvarrat helyére, a hasseb többi részét zárta. A lefolyás zavartalan volt, a Mikulicz-tamponok a 6-dik napon távolittattak el.

(VII. bemutató ülés 1902. április 9-dikén.)

Elnök: **Schrodt Antal.** Jegyző: **Juba Adolf.**

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Chudovszky Móricz és Körmöczi Emil tagtársakat.

Lues maligna mercurral kezelt újabb két esete.

Steiner Gyula: I. W. J. 27 éves férfi, április 1-jén vétetett fel Róna tanár osztályára. Szülei nem élnek. Apja tüdőgyuladásban, anyja több hétig tartó tüdőbajban halt meg; 7 testvére közül 5 él és egészséges. Mult év juniusban infectio, szeptemberben göbös syphilidek léptek fel a nyelven, mely azóta nem gyógyult meg. Felvételkor a mellen, háton, hajzatos fejbőrön számos tizfillérnyi, egész koronányi kifekélyesedett göbös syphilid. A jobb felkar condylus internusa nyomásra érzékeny. A bal bokaizület duzzadt, fájdalmas, periostalis duzzanat a jobb tibia közepén. A nyelv közepén a hátsó félen diónyi fekélyes gödör, melynek feneke sárgás detritussal fedett, széle karélyozott sarjtömegből áll, a melynek a nyelv jobb szélén folytatása egy mogyorónyi, sárgás detritussal fedett mély fekély. A laesio a nyelv egész szélességét elfoglalja. A garat hátsó falán baloldalt egy borsónyi kifoszlott göb, közelében tuberculosis-bacillus nem találtatott. Felvételkor nagyon lesoványodott, vérszegény. Mercurral és KJ-dal orvosoltatik. Máig 2 injectiot kapott.

II. H. J. 26 éves férfinál mult év szeptemberében infectio. 50 inunctiot használt à 3·0. Mult hó 3-dikán vétetett fel Róna tanár osztályára. Kifekélyesedett göb mindkét arcuson, köztakarón borsónyi, forintnyi syphilidek. Elszórtan hasonlók a hajzatos fejbőrön, rupiás varakkal fedve, számszerint 27. Beteg decrepid állapotban volt, nagyfokú anaemia. Csak localisan kezeltetett mercurral s 3 hétre, mikor összeszedte magát, kapta az első intramuscularis injectiot 1 ctgm. 3%-os sublimatból. Eddig 3-at. A beteg a kórházban jelentékenyen meghizott, megerősödött.

Mindkét beteg lues malignában szenved, mindkettő mercurral kezeltetik, s a mint utóbbi javul, az óvatos Hg-kezelés mellett az előbbinek javulása is várható.

Lupus erythematosus és manifest tuberculosis esete.

Steiner Gyula: M. O. 24 éves hajadon, f. hó 6-dikán vétetett fel Róna tanár osztályára. Atyja tüdőbajban halt el, 14 testvére közül 2 él, a többi 12 csecsemő és serdülő korban tüdőbajban halt el. Gyermekkora óta nyaki mirigyduzzanatai és ezek elgenyedése után visszamaradt hegei vannak. 3 év óta typikus lupus erythematosus az orron.

Lupus erythematosus és familiaris tuberculosis (?).

Steiner Gyula: F. E. 25 éves hajadon, márczius 27-én vétetett fel Róna tanár osztályára. Atyjának jobboldali csúcsinfiltratioja van, de annak köpetében tuberculosis-bacillus nem találtatott. Beteg tengéleti szervei épek. Egy év óta lupus erythematosus az orron, arczon és kezeken. Az első esetben tehát manifest egyéni, a második esetben valószinűleg familiaris tuberculosis van jelen. Ezen momentumokat nem azért emliti fel, mintha a lupus erythematodes aetiologiáját illetőleg e között és a tuberculosis között a nexust már felvenné, hanem egyelőre újból demonstrálni akarta az összetalálkozás tényét. Mindkét beteg házi leány, tehát az idő viszontagságainak nem igen vannak kitéve. A therapiát illetőleg már a második esetben 10% nod. pp. alb. kenőcsöt alkalmaztak eredménytelenül, localisan 5% salicyl-alkoholt és subcutan natr. kakodylicumot 3 ctgm.-os adagokban.

Transplantatioval gyógyult lupus vulgaris esete.

Steiner Gyula: G. A. 21 éves nőbeteg, 4 év előtt vétetett fel először Róna tanár osztályára a jobb kéz és ujjak háti felületén, valamint a kéztőizület belső részén levő lupus vulgaris miatt. A kéztő felett levő területet Róna tanár annak idején exstirpálta és transplantálta, az ujjak felettit és a kézháton levőt kikanalazta és paquelinezte. Míg az előbbi 4 év alatt absolute nem recidivált, az utóbbi négyszer újult ki, a mi a mellett bizonyít, hogy a radicalis exstirpatioval sokkal jobb eredményeket érünk el, mint vegyi vagy paquelinkezeléssel.

Genitalis és extragenitalis primaer sklerosis esete.

Steiner Gyula: K. R. 26 éves férfi, április 3-dikán vétetett fel Róna osztályára, 3 hét óta az ajak jobb szélén húszfillérnyi erodált primaer sclerosisa van, valamivel nagyobb a fityma belső lemezén a sulcus coronariusra átterjedőleg; általános foltos syphilid a törzsön, scleroadenitis a legnagyobb mértékben az áll alatt jobboldalt és a bal inguinalis tájon, mely helyeken több nagybabnyi, egész mogyorónyi porczkemény mirigy tapintható. Ámbár a beteg a két laesiot egy időre vezeti vissza, a törzsön levő exanthema a mellett bizonyít, hogy a genitalis laesio előbb keletkezett s az ajkon levő sclerosis valószinüleg autoinfectio következménye.

Cholelithiasis, hepatico-choledochotomia.

Fischer Aladár: S. A. 47 éves házaló. Gyermekkorában állitólag typhust állott ki, azóta mindig egészséges volt egész 2 év előttig, mikor a gyomortájon és a jobb borda alatti tájékban erős fájdalmak léptek fel a betegnél. Mintegy 3/4 év előtt icterikus lett, majd pedig acholikus szék lépett fel nála. Beteg először Székács osztályára vétette fel magát, honnan cholelithiasis diagnosissal műtét végett a Szt. Rókus-kórház Navratil vezetése alatt álló II. sebészeti osztályára tétetett át.

Jól fejlett csont- és izomrendszerrel biró, lesoványodott férfi, bőrszine erősen icterikus, mellkasi szervek épek, májtája kissé előre domborodó, érzékeny; máj megnagyobbodott, alsó széle 3 cm-nyire a bordaiv alatt tapintható és kopogtatható ki. Az epehólyagnak megfelelő resistentia nem érezhető a betegnél. Székletét acholikus. Rendkivül heves, félóránként ismétlődő fájdalmak. Pulsus gyér (60), hőmérsék este 38·5—39°. Tekintettel a lázra, mely az infectiosus cholangoitis kezdődésére engedett következtetni, bemutató betegnél sürgősen laparotomiát végzett és pedig a Kehr által ajánlott, a jobb rectus külső szélének megfelelő metszéssel a Kelling-féle fekvésben. Az adhaesiok szétválasztása után kiderült, hogy az epehólyag cseresznyemekkoraságra van összezsugorodva, fala erősen megvastagodott és lumene borsómekkoraságú epekővel van kitöltve. A ductus cysticus egészen össze van zsugorodva. A ductus hepaticusban pedig ugyancsak borsó nagyságú epekő foglal helyet, mely annak lumenét egészen obturálta úgy, hogy ezen utóbbi kő okozta a totalis epepangást.

Bemutató először a zsugorodott epehólyagból távolitotta el a követ és miután annak nyálkahártyája nem volt, egy pár öltéssel a készitett nyilást bevarrva, az epehólyag residuumot a teljes obliteratiora bizta, azután a ductus hepaticusból távolította el a követ. Hogy pedig a choledochus szabad voltáról meggyőződjék, ezt is megnyitotta, miután a hepaticus felől a sondázás teljesen nem sikerült. A choledochusból azután az út úgy a hepaticus, mint a duodenum felé szabadnak találtatott. Erre bemutató a choledochust ismét varratokkal zárta, a ductus hepaticusba pedig vékony draint illesztett, melyet, miután az egész környezetet Mikulicz szerint tamponálta, a has felületére vezetett ki. A hasfal, kivéve a tampon helyét, záratik. Lefolyás idealis, a kólikaszerű fájdalmak megszüntek, az epe lefolyása a természetes úton indult meg úgy, hogy már az első székletét a műtét után, a mely különben elég későn, mintegy 8 nap mulva következett be, festenyes volt. A drain már a 6. napon el volt távolitható. Jelenleg a beteg fájdalmaitól teljesen megszabadult, icterusa teljesen eltünt, kitünő étvágynak örvend és jelentékenyen meghizott.

Gümőbacillusokkal fertőzött thrombusok az aorta és art. pulmonalis belhártyáján.

Feldmann Ignácz: Egy a szt. István-kórházban elhalt 68 éves napszámos boncolásánál a bal koszorús ütőér szájadékának elzáródásával szövődött, súlyos arteriosclerosis mellett a tágult *felhágó függőér felső részében és az aorta ívének kezdetén* az egyenetlenül megvastagodott belhártyának körülbelül ezüstforintos nagyságú területén több, vagy 10 kölesnyi, fött borsónyi félgömbszerű, sima, genytömlőhöz hasonló, puha kiemelkedést talált, melyeknek megszúrásakor tejfelsűrűségű, fehér, genyszerű, nem csillogó anyag ürült. Az art. pulmonalis tágult, 8 cm. kerületű, törzsének sima belhártyáján 4 köles-kendermagnyi, fehéres csomócska volt elszórva. Ezenkivül a tüdők, lép, hashártya miliaris tuberculosisa, az egész kiterjedésében odanőtt jobb tüdő csúcsában kérges palaszürke szövettől környezett, diónyi, régi caverna, alsó lebenyében mogyorónyi conglomerált sajtos gümő és a vesében idült szövetközti gyuladás volt jelen. Az aortán levő csomók genyszerű anyaga, minden előzetes kezelés nélkül, mikroskopos vizsgálatnál szemcsés törmelékből és fehér vérsejtekből állónak bizonyult; cholestearin jegeczeket nem tartalmazott. Az aorta metszeteiben a súlyos asteriosclerosis szokott szövettani képe mellett a csomóknak megfelelőleg legnagyobbrészt egynemű, néhol inkább szemcsés, másutt hálózatot képező rostos alapanyagba ágyazva, apró mono- és polynuclearis sejtek láthatók, melyek legsűrűbben a csomók basisa és közepe táján csoportosultak, a felület felé ellenben gyérülnek úgy, hogy itt sejtmag már alig van. Helyenként, főleg a basison apró hézagokba zárt vörös vérsejtek vannak, de valóságos vérerek hiányoznak. Az intima felületes rostjai közt néhány apró sejtdús gócz. A Ziehl-Neelsen szerint festett metszetekben igen nagy mennyiségű gümőbacillus mutatható ki, legsűrűbben a csomók közepe táján, a felületes rétegben jóformán közt is fellelhányzanak, a basis felé gyérülnek, de néhány még az intima rostrétegei hető. A tárgylemezre kent genyszerű anyagban a gümőbacillusok rengeteg mennyiségben, többnyire nem egyenként, hanem kisebbnagyobb, sűrűn elhintett halmazokban, néhol fonatszerűen csoportosulva vannak jelen.

Az art. pulmonalis csomócskái lényegükben hasonló szöveti szerkezettel birnak, mint az aortán levők, csakhogy jóval kevesebb bacillust tartalmaznak. Bemutató úgy az aortán, mint az art. pulmonalison levő csomókat Langhans-féle óriási és epitheloid-sejtek hiányában nem szorosan vett gümőknek, hanem vagy a tüdőbeli, vagy a csigolyában levő sajtos góczból a véráramba került gümőbacillusokkal fertőzött thrombusoknak tekinti, melyeknek, mint a bacillusok kiváló táptalajának, szerepe az acut miliaris tuberculosis előidézésében a szorosan vett intima tuberculosiséval egyenértékű.

Tuberculum solitare ganglii Gasseri et n. trigemini dextri.

Feldmann Ignácz: A szt. István-kórházban Hochhalt főorvos osztályáról bonczolásra került K. J. 51 éves napszámos hullájában közvetlenül a fossa juguli felett egy a mellső gátorűrbe vezető és ott kérges szövetbe foglalt, borsónyi sajtos góczban végződő sipoly volt. A sajtos csomóhoz a bal tüdő felső lebenyének mellső széle odaforrt, de maga a tüdő a csúcsban levő fillérnyi felületes hegen és az apróbb hörgökre is kiterjedő huruton kivül egyéb változást nem mutatott. A jobb tüdő csúcsában fillérnyi felületes heg, alsó lebenyében apró, hurutos bronchopneumoniás góczok voltak. A koponyaűr vizsgálatánál meningitis basilaris tuberculosát és mérsékelt hydrocephalus internust talált. Ezenkivül a jobb trigeminusnak a kemény burkon való áthatolása helyén egy 1·5 cm. hosszú, 0·8 cm. széles s vagy 0·5 cm.-nyire a koponyaűr felé kidomborodó, tömött, szabálytalan alakú, szürkés-fehéres daganat látszott, mely a kemény burok által nem volt eltakarva. A vékony és elszürkült trigeminus csaknem mindjárt az agyból való kilépése után a daganatba tér úgy, hogy ez a trigeminus direct folytatását képezi s mint ilyen közvetlenül a Gasser-dúczba megy át. Az utóbbi szembetünően megnagyobbodott, 2·5 cm. széles (a bal Gasser-dúcz csak 1·8 cm. átmérőjű) és körülbelül 2 mm.-rel vastagabb a balnál, tömött, szürkés-fehéres, metszéslapja legnagyobbrészt, különösen a csont felé, fakó, fehéres-sárga, sajtos küllemet mutat. A trigeminus ágai duzzadtak és szürkék. A jobb n. abducens is elszürkült. A jobb szaruhártya hámtól fosztott, kiszáradt, sárgás-barna, átlátszatlan. A szem háttere ép, lencse, üvegtest átlátszó. A szövettani vizsgálatnál a Gasser-dúcz széli részleteiben ép, beljebb különböző fokban degenerált ganglionsejtek találhatók, mely utóbbiak már gömbsejtesen beszűrődött területen feküsznek. E mellett számos, sűrűn elhintett, typikus gümő, Langhans-féle óriás- és epitheloid-sejtekkel és nagy kiterjedésű sajtosodás constatálható. Gümőbacillus csak igen kevés és hosszas keresés után mutatható ki. A lágy burok bővérű, gömbsejtekkel és fibrinnel áthatott szövetében számos typikus óriássejtű gümő. Bacillus itt is gyéren, de csaknem minden metszetben található.

A jobb szemen a cornea hámja hiányzik; szaruhártya saját állományának rostkötegei helyenként szétziláltak, mélyebb rétegei a hámhiányos terület egész kiterjedésében, felületes rétegei pedig inkább a hámhiány szélei mellett gömbsejtesen beszűrődtek és itt-ott Gram szerint festődő mikrococcus-halmazokat tartalmaznak. A cornea hátsó falát fedő (endothel) sejtréteg ki nem vehető. A mellső csarnok reczés rostonyával és nagyszámú mono- és polynuclearis leukocytával teljesen ki van töltve, néhol coccus-halmazokat is tartalmaz.

Az iris bővérű, helyenként kissé gömbsejtesen beszűrődött.

Ezek szerint a Gasser-dúczban levő gümős változás volt jelen, mely a n. trigeminus mentén a lágyburokra terjedt át.

Az iritissel szövődött keratitis nyilván a trigeminus hűdése következtében fejlődött ki.

A budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztálya.

(1902. február hó 21-dikén tartott szakülés.)

Elnök: **Böke Gyula.** Jegyző: **Váli Ernő.**

1. Fülkagylótömlő operált esete.

Böke Gyula: A 46 éves férfibeteg folyó hó 14-dikén jelentkezett bemutatónál azon panaszszal, hogy a mult év augusztus havában jobb fülkagylójának felső karimája barázdájában borsónyi daganat támadt, mely fájdalmas égési érzést okozott. A daganat növekedvén, orvos által megnyittatta, s bár azóta kisebbedett, de nem gyógyult. A fossa navicularisban levő kis diónyi daganat alsó felületén még látható szúrási nyilásából vizenyős genyes váladék ürül; a daganat fluctuál. Diagnosis: tömlő a fülkagylón. Hasonló helyen fellépő daganat még az othaematoma, melynek benneke vér és gyors növekedése által különbözik a tömlőtől. A gyógyitás, az othaematomától eltérőleg, melynél felmetszés után nyomókötés alkalmaztatik, a tömlő falazatának életképtelenné tételéből állt, a tömlőt ugyanis egész hosszában felnyitva, belső felülete curettel való kikaparás után lapissal égettetett. Jelenleg erős sarjképződés van és a gyógyulás hegesedés útján várható.

2. Fülkagylótömlő esete.

Neubauer Adolf: A 42 éves hivatalszolga két hét előtt minden ismert ok nélkül a jobb fülkagyló fossa scaphoideájában lob és láz nélkül fejlődött fájdalmatlan, lágy tapintatú képződményt vett észre, mely maig diónyira növekedett. A képződmény lehet othaematoma vagy cysta. Az othaematoma inkább a lobuluson fordul elő.

A kifejlődési hely és a próbapunctio, melyre sárgás-fehér nyúlós savó kapható, mutatják, hogy a daganat cysta. A kezelésre nézve a tapasztalat mutatja, hogy sem az egyszerű, sem a jodglycerinnel combinált punctio, sem a bemetszés eredményre nem vezet, miért is, ellentétben *Bökével*, a ki által előbb ajánlott műtét nem radicalis és sebészileg sem idealis, mivel a cysta benneke steril, s így elvárható, hogy a gyógyulás per primam történjék: a cysta zacskójának és a felső vagy mindkét porcz egy részének eltávolítását ajánlja, már a recidiva elkerülése czéljából is.

Szenes Zsigmond: Újabban az a nézet kezd túlsúlyra vergődni, hogy az othaematoma létrejöttéhez nem elég a trauma, hanem szükséges, hogy előbb a fülporczban álljanak elő pathologikus elváltozások. Neubauer téved, ha azt állítja, hogy a lobuluson fordulnak elő az othaematomák; ellenkezőleg: a felső részén a kagylónak, hol a porczbeli elváltozások is gyakoriabbak.

Váli Ernő: Az irodalom, de saját vizsgálatai is, melyeket elmebetegek, idioták, bűnösök fülkagylóján végzett és a szakirodalomban közzétett, mutatják, hogy az othaematoma sokkal gyakrabban a porczos felső részen fordul elő.

Schvarcz Ede: Az othaematoma a kagyló felső részén és inkább trauma által jön létre. Utal az irodalomban leirt esetekre, melyek rendesen a *bal* fülkagylóra és oly egyénekre vonatkoznak, kik fellebvalóik részéről megtámadtatásoknak vannak kitéve, s így még az idiopathikusnak állított esetek is trauma útján létrejötteknek tekintendők, mivel rendesen a katona, tanuló stb. betegek nem merik bevallani a fellebvalóktól származó traumát. Az othaematoma későbbi stadiumban, midőn a vérfesteny már felszivódott, nem különböztethető meg a perichondritistől, mivel a benneke ugyanaz, mint emennek. Bár az irodalomban erről említés nem tétetik, úgy látszik, hogy a kettő között fokozati összefüggés van. A cysta-műtétre nézve elegendőnek tartja a burok műtéti eltávolítását, mivel a porczeltávolítás, ha az előbbi tökéletes, feleslegessé válik, sőt a mennyiben a gyógyulás nem per primam menne végbe, perichondritishez és így kagyló difformitáshoz vezethet.

Neubauer fentartja állítását, hogy az othaematoma inkább a lobulus megbetegedése. Jelen esetben porcz-resectiot fog végezni.

Böke Gyula szintén állítja, hogy az othaematoma inkább a kagyló felső, porczos részének megbetegedése. Nem helyesli a porcz-resectiot, mert difformitáshoz vezethet.

3. A külső hangvezető kötőszöveti elzáródásának elektrolysis útján gyógyult esete.

Schvarz Ede: A szakosztály ülésein az atresiáknak különböző formáit különböző mód szerint operálva már bemutatta; ezúttal a kötőszöveti atresiának elektrolysis útján operált és gyógyult esetét mutatja be.

A beteg F. H. 30 éves nő, jelen bajára nézve előadja, hogy jobb fülében viszketést érezve azt hajtűvel megpiszkálta, midőn hirtelen nagy fájdalmak, majd később fülfolyás jelentkezett. Bajának gyógyítása végett több szakorvost keresett fel s legutóbb „kaparás"-sal kezeltetett, a mire azonban füle szintén nem javult. Bemutatóhoz 1897. évi nyarán fordult, a midőn a bal fül normálisnak találtatott, a jobb külső hangvezető középső és belső harmadának érintkezési helyén homorú felület által elzáródott. A zárófelület peripherikus része igen kis terjedelemben csontkemény, míg nagyobb része rugalmas tapintatú, a középpontban hártyaszerű, pirosan elszínesedett. A középponti rész átmetszetvén, a dobüreg felől geny ürül, mire beteg megkönnyebbülést érez. Másnap a zárófelület körkörösen kimetszetvén, a nyert nyilás erősebb tágítása czéljából e czélra készült 1·5 mm. vastag laminaria pálczika alkalmaztatott, a jelenlevő genyes dobüri lobra való tekintettel a beteg felügyelete mellett. A pálczika 2 óra mulva eltávolíttatván, a támadt nyilás körülbelül 4·5 mm. átmérőjű. Ezen nyilás rövid nehány nap alatt összehúzódott s így a procedura több izben ismételtetett, legutóbb 1897. szeptemberében, a midőn a laminaria pálczika bevezettetvén, 1 óra mulva az eltávolítás nem sikerül. A mintegy egy órát igénybevevő eltávolítási kisérlet a laminaria medialis megduzzadt részének beletörésével végződött. A kellemetlen incidens a fülkagyló hátulról való leválasztását tette szükségessé, midőn a hártyás külső hangvezető a csontfalról leválasztatván, lehető mélyen az atresiás részen túl átvágatott s így a laminaria letört része mint idegen test kiemelhető volt. A fül mögötti barázdában nyert ezen nyiláson át, mely folytonos kitöméssel tágan tartatott, kezeltetett és gyógyult körülbelül négy hó alatt a jelenlevő genyes dobüri lob, teljesen magára hagyatván a külső hangvezetőben készitett nyilás, mely újból a legrövidebb idő alatt összehúzódott és ismét az előbbi atresia jött létre. E sikertelen beavatkozások kétségtelenné tették, hogy a Schwartze által ajánlott ezen műtéti modor egyáltalán nem czélra vezető, sőt tekintve a laminaria beékelődését és letörését, határozottan veszedelmes is.

A nemrégiben Ostman által stricturánál sikerrel alkalmazott elektrolysis késztette bemutatót hasonló eljárásra s ezt a betegnél 1898 nyarán négy ülésben 8—10 napi időközökben végezve, feltünően szép eredményt ért el, a mennyiben a gyógyulás minden reactio nélkül folyt le s a támadt nyilás körülbelül 4·5 mm. átmérőjű, mely azóta is (csaknem négy éve) hasonló állapotban van, tehát a gyógyulás véglegesnek s újabb összehúzódás kizártnak mondható.

4. Nagy fülhabarcz operált esete.

Neubauer Adolf: Az 50 éves férfinak 18 év előtt egy képződmény nőtt ki füléből, mely annak idején eltávolíttatott. Három év óta e képződmény újra nő, s ezt a beteg fél év előtt ollóval levágta. Azóta a daganat folyton nő s a fülkagyló bemenetét is elfedi. A daganat galvanocaustikus kacscsal metszetett le s ekkor kiderült, hogy kiindulási helye a dobüreg. Szövettani vizsgálat polypus fibromatosust állapított meg.

Szenes, Schvarcz és *Böke* a polypust nem tartják túlságos nagynak. Általában itt a fővárosban, hol annyi rendelés áll a fülbetegek rendelkezésére, ritkábban fordulnak elő az ily elhanyagolt esetek és azok rendesen vidékről kerülnek fel.

Neubauer A. megjegyzi, hogy az esetet nem nagysága, hanem a gyors recidiva miatt mutatta be.

5. Szenes Zsigmond: Heveny középfülgyuladás kapcsán keletkezett hysteria esetéről számol be.

Sugár K. Márton: Az esetet nem hysteriának, hanem neuralgia tympanicának tartja. Kérdi, hogy bemutató, a mennyiben hysteriának tartotta az esetet, miért nem kisérelte meg a suggestioval való kezelést?

Böke Gyula: A fájdalmak periodikus megjelenése neuralgia mellett szólna, tekintettel azonban a consultáló szakember hysteria diagnosisára, ezt elfogadja. Helyesli, hogy Szenes a művi beavatkozással késlekedett.

Schvarcz Ede: Úgy véli, ha már évekkel ezelőtt is volt hysteriája a betegnek, úgy ez nem fejlődhetett a mostani fülbaja után; legfeljebb az esetleg lappangó régi hysteriát megújíthatta a jelentkezett fülbántalom.

Szenes Zs.: Viszonválaszában kifejti, hogy ő a diagnosist függetlenül állította fel, csakis a betegség vége felé jutott tudomására, hogy a beteg már régóta kezelteti idegbaját családja tudta nélkül.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(Szakülés 1902. január hó 25-dikén.)

Elnök: **Brandt József.** Jegyző: **Filep Gyula.**

1. A fejet érő igen erős villamos csapás gyógyult esete.

Strobl Willibald: A villamosság okozta balesetek annyira sűrűn fordulnak elő, hogy lényegükben nem is érdemesek közlésre, mindazonáltal az alább leirandó eset a ritkaságok közé tartozik, mely körülmény indít arra, hogy nyilvánosságra hozzam. Általában ismert dolog, hogy igen erős villamáram az ideg- és izomrendszer tönkremenését eredményezi; ezen esetben pedig majdnem gyógyulásról beszélhetünk, holott oly erős áramcsapás érte az illetőt, a minő más esetben halált szokott okozni. Miután az eset a ritkaságok közé tartozik: legyen megengedve kissé részletekben leirnom.

R. J. 37 éves, villamos szerelő huzamosabb idő óta a tordai cellulosegyárban van alkalmazva; 1901. évi október 31-dikén a villamos vezetékek megcserélése közben váratlanul rövid zárt (Kurzschluss) hozott létre, mi által 5000 voltnyi áramcsapást szenvedett el. A rövid zár az által keletkezett, hogy erős feszítés közben elvesztette egyensúlyát és váratlanul a felső két vezetékbe ütközött olyformán, hogy egyik vezeték a fejét, a másik a vállát érte. Ebben a pillanatban eszméletlenül rogyott le az állványról s öntudatlan volt másnapig, midőn a kórházban tért magához. Az esetnél jelen volt egy másik szerelő azonnal felvette s bevitte az igazgatósági irodába, hol az ottani alkalmazottak bemondása szerint járkált, felszólításra engedelmeskedett, mindenféle mozgást végzett, az elibe tett akadályokat kikerülte, de nem beszélt s az ottan történtekre nem emlékezett. Hanem másnap, midőn magához tért, úgy tünt fel neki, mintha álmában érte volna a villamütés és nagyot aludott volna utána. E mellett igen fájt a feje és a válla, de jól látott, jól hallott, tudott beszélni, nyugodni azonban sehogysem volt képes, hanem folyton mozognia kellett, éjjel sem aludt. Étvágya nem volt, sőt undorodott az evéstől, miután mindent, a mit evett, azonnal kihányt, mihez hasmenés is csatlakozott. Később fejfájása s vállán a fájdalmak mind fokozódtak, úgyszintén nyugtalansága is, mi igen elgyengítette, úgy annyira, hogy járni sem tudott. Nehány hét mulva hányingere, hasmenése, álmatlansága elmult, csupán lábait érezte gyengének, melyek néha igen reszkettek. Ezen idő alatt a villamosvezeték által érintett helyek igen erős égést szenvedve, genyedtek; egyes részek nekrotizálódva, spontan távoztak el, a koponya nekrotizált része pedig 1901. évi április 8-dikán (?) távolíttatott el, mely 6 cm. széles és 7 cm. hosszúságú csontléczből állott. A dura mater megmaradt, miután a lobosodáson kivül eltérést nem mutatott. A koponyaseb csakhamar és simán gyógyult s a beteg úgyannyira helyre jött, hogy 1901. év nyár végén újból dolgozni tudott s azóta állandóan dolgozik a gyárban.

Utóbbi időben észrevette, hogy ha szemeit megerőlteti, minden a mire néz, remegni kezd, majd szédül és megfájul a feje, végül úgy érzi magát, mintha részeg lenne s nehány óráig dolgozni nem tud, mi miatt a kolozsvári tudomány-egyetem elmegyógyászati klinikájára jött. Vizsgálatnál kitünik, hogy a középtermetü, erős csont- és izomrendszerrel biró, jól táplált férfi koponyáján a bal falnyakszirtcsont-

varraton, nagyobb részben a falcsontot érintő, a nyilvarratig felfelé, a protub. occip. extern. ig lefelé, majdnem a csecsnyujtványig terjedő, részben pirosan elszinesedett, részben még genynyel és pörkkel borított, sugaras, egyenetlen felületű heggel kitöltött behorpadás látható. A horpadás mélysége legkifejezettebb helyén 2 cm. Az alakja mindenütt kemény, csontos, nyomásra nem fájdalmas.

A behorpadás okozta koponyaváltozás méretei a következők: vízszintes körzet 55 cm., melyből a jobb oldalra esik 28·5, a bal oldalra 26·5 cm., haránkörzet a fal- és nyakszirtcsont érintkezési helyén jobboldalt 18 cm., baloldalt 13 cm.; a többi körzet eltérést nem mutat.

A bal vállon tenyérnyi kiterjedésű, nagyobb részben a delta izmot fedő s annak működését akadályozó sugaras heg van. A somatikus viszonyo kegyébként jók. A szem mozgásai, valamint együttmozgásai rendesek, de a szemizmok a szemgolyók nagyobb mérvű mozgatásánál kifáradnak s a beteg ezzel egyidejűleg szemeiben és fejében heves nyilalásokat érez. A jobb láta egyenletesen szűkebb a balnál s úgy direct fényre, mint együttérzésre alig reagál. A látásélesség jobb szemen kissé gyengébb, bal szemen normális. A szemfenék elváltozást nem mutat. A peripheriás látás mindkét szemen, de főleg jobboldalt szűkült. A színérzés jó. A szemműködés részéről sensorikus vagy motorikus zavarok nincsenek.

A szaglás annyiban mutat elváltozást, hogy néha igen erős szagokat cserél fel egymással. Egyáltalán nem mondható kielégítőnek, miután az asa foetida szagát és az opiumnak a szagát egyformának mondja és nem tartja kellemetlennek. A parfümök szagait egymástól megkülönböztetni nem tudja; igy a rózsaszagot összetéveszti az ibolyaszaggal stb. Inkább azon szagokat ismeri fel, a melyeket sűrűn volt alkalma érezni, főleg a carbol, a denaturált szesz, a creosot szagát azonnal felismeri, ha még olyan csekély mennyiségben kapja is. Az ételszagokat s azokban használt fűszerek szagát is összecseréli egymással; igy a czitrom, naranes, fahéj szagát egyformának itéli s mindannyit kellemesnek mondja. Az ammoniákszagot és a döghúst azonban azonnal felismeri s hányingert kap azoktól. Ha pedig hosszabb időn át kell a két utóbbit szagolnia, izgatott lesz. Feje megfájul s végül hány.

A hallás gyengült; a halk beszédet csak úgy érti meg, ha az illető szájára is figyel. A zsebóra ketyegését bal fülén 20 cm., jobb fülén 32 cm. távolságban már nem hallja. A feje mögött levő, majdnem a fejet érintő zsebóra ketyegését nem hallja.

Az ízérzés is csökkent, a mennyiben az ételek ízét csak úgy érzi, ha azok igen fűszeresen vannak készítve. Általában véve csak a keserű, a savanyú és édes izt különbözteti meg egymástól. Gyakran téveszti össze az egyes izeket, igy a fahéj és a szekfűszeg izét is egyformának mondja. A maró anyagokra nézve azt állítja, hogy azoknak nincs izök, hanem fájdalmat okoznak. Igy a savakat és lúgokat egyformán fájdalmat okozónak és iznélkülinek tartja.

A tapintásérzés jó.

A ösztönök körül a nemi érzés ösztön mutat eltérést, a mennyiben a villamos csapás elszenvedése óta nemi vágya és himtagmerevedése nem volt. E tekintetben a merevencs izmok reflexei is igen csökkentek, úgy annyira, hogy villamos áramra is csak enyhén reagálnak. Ezen nemi tehetetlenség azonban nem bántja kedélyét, sőt, mint mondja, sohasem jut eszébe, holott régebben mindig volt szeretője.

(Folyt. következik.)

Felhivás előfizetésre!

Az Orvosi Hetilap kiadóhivatala tisztelettel kéri azon előfizetőket, kiknek előfizetésük junius végével lejár, előfizetésük mihamarább való megújítására, hogy a lap tovább küldésében zavarok ne támadjanak.

Az előfizetés ára: egész évre 20 kor., fél évre 10 kor., negyed évre 5 kor.

PÁLYÁZATOK.

63/902. szám.

A seprősi körorvosi állásra pályázatot nyitok. A körorvosi állás javadalmazása: 1700 korona évi fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási és 40 fillér halottkémlési díj.

Az 1876. évi XIV. t.-cz. 142. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvények **folyó évi julius hó 10-dikéig** adandók be hozzám.

Kisjenő, 1902. évi junius hó 18-dikán.

3—2 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

502/1901/2.

Pályázat a **kolozsvári Ferencz József m. kir. tud.-egyetem ideg- és elmegyógyászati klinikájánál első tanársegédi állásra**, melylyel 1600 korona fizetés és természetbeni lakás jár. Orvos-doktorok felszerelt kérvényeiket a kolozsvári orvosi kar dékáni hivatalában **f. évi julius hó 15-ig** nyujtsák be.

Dr. Szabó Dénes, e. i. dékán.

Egyéb üresedésben levő állasok.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
Junius 30.	második	Nagy-Kálló	1200 k. és telj. ellátás	Borosnyói L. Béla ig., Nagy-Kálló
Julius 15.	járás o.	Hosszúaszó	1000 k., 400 k. u. á.	Csató Gábor alispán, Dicső-Sz.-Márton
15.	körorvos	Eszlény	1200 k. és lakás	Nagy Lajos főszb., Szamosujvár.
„ 20.	tmrsegéd	Szombathely	1000 k. és telj. ellátás	Reismann Ad. ig.-tnr. Szombathely
—	magáno.	Csúz	3200—4000 k. jövedel. (1200 k. fixum)	Dr. Kircz Zolt., Budapest, V., Sétatér-u. 7.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók.** — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diaetetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell gyógymód, diabetes kezelés, soványitó gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.

Telefon. — Prospektus. — Egész éven át nyitva.

Verlag von Georg Thieme, Leipzig.

Éppen most jelent meg:

Lehrbuch

der

Anatomie des Menschen

irta

Prof. D. A. Rauber

(Dorpat).

Hatodik kiadás.

Első kötet.

(Csontok, szalagok, izmok és belek.)

1143 részben szines képpel.

Ára 17 márka, kötve 19 márka.

A 2. kötet 1903. év elején jelenik meg.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 26. számához. 3. szám. Budapest, 1902. évi junius 29.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Hoor Károly* dr.: A glaukoma különböző orvoslási módjairól. — *Leitner Vilmos* dr.: Közlemény a „Stefánia“-gyermekkórházból. A veleszületett szembajokról. — *Siklóssy Gyula* dr.: Csüngő szemhéj felnyitása izomképezéssel (Operatio ptoseos myoplastica.) — *Blaskovics F. László* dr.: Uj eszköz jodoform-pornak a szem belsejébe való vitelére. — *Erdélyi Jenő* és *Hermann Emil*: A mydriaticumok élettani hatása. — *Összefoglaló-szemle:* A glaucoma gyógyitása. — *Irodalom-szemle.* — *Folyóiratok átnézete.* — *Vegyesek.*

A glaukoma különböző orvoslási módjairól.

Irta *Hoor Károly* dr., a kolozsvári tudomány-egyetemen a szemészet ny. r. tanára.

Ziehe és *Axenfeld*[1] a glaukoma ellen eddig végzett sympathicus-ideg resectiók eredményeiből, valamint az egyes eseteknél tett megfigyelésekből, felállitották ennek a műtétnek indicatioit. Az ezekre vonatkozó észrevételeimet az „*Archiv für Augenheilkunde*“-ban megtettem.[2] Ismétlések elkerülése végett csak azt jegyzem meg, hogy az ismertetett esetekből levonható következtetéseket egybevetve a glaukoma orvoslásánál szerzett tapasztalatainkkal, a sympathicus ideg resecálását *mint első műtétet* az inflammatorium acutum és chronicum glaukománál egyáltalában contraindicáltnak tartom, kivéve azt a bizonyára ritka eshetőséget, hogy a beteg az iridektomiát semmi szin alatt meg nem engedi, vagy ha az esetleg előzően megbetegedett másik szemen végzett iridektomia után a glaukomás folyamat határozottan súlyosabb lett és rohamos megvakulás következett be. A sympathektomia továbbá akkor végezhető, ha teljesen sikerült iridektomia daczára a glaukoma vagy tovább tart, vagy recidivál, de ezekben az esetekben is inkább még egy második iridektomiát, vagy egy sklerotomiát kell megkisérleni. Ha az iridektomia azonban nem sikerült, akkor miosisos szerek segitségével, esetleg narkosisban egy második iridektomia végzendő.

Glaukoma simplex eseteiben csökkent centralis látás és szűk látótér mellett a sympathicus resectio indicált, főleg akkor, ha egy előzetes sklerotomia az állapoton vagy nem segitett, vagy a műtét hatása véget ért és a látás újabb, gyors csökkenése jelentkezett.

Épen ezt az utóbbi indicatiót tartottam szem előtt, midőn nemrég oly betegünknek ajánlottam a ganglion cervicale supremum kimetszését, ki nálunk először 1900. évi május hó 9-én jelentkezett simplex glaukomával. A jobb szem látása akkor már annyira csökkent, hogy csak kézmozgásokat látott közvetlen közelből. A bal szemen $V^{6}/_{60}$; 1·5 D convex üveggel $^{6}/_{18}$? A látótér kevéssé és a glaukománál többnyire észlelhető szűküléstől eltérőleg kifelé (50°-ra) és lefelé (35°-ra) szűkült. A betegnél 1900. május hó 11-én kétoldali sklerotomiát csináltunk, mely után a látás a jobb szemen nem változott ugyan, de a bal szemen $^{6}/_{36}$-ra, illetőleg 1·5 D. convex-üveggel $^{6}/_{12}$-re emelkedett. Egy hónappal később $V^{6}/_{12}$, sőt $^{6}/_{8}$-ból egyes betűk. 1902. januárius végeig ismételten láttuk a beteget és ezalatt az idő alatt a látás állandóan $^{6}/_{18}$ és $^{6}/_{12}$ között váltakozott. Az 1901. februárius havában végzett vizsgálat alkalmával azonban, midőn a középponti látás $^{6}/_{12}$ volt, a látótér az előző év (május havi) látóteréhez viszonyitva szűkültnek bizonyult.

Ezekből az adatokból kiderül, hogy a sklerotomia után a bal szem centralis látása valamennyire javult, azután pedig kb. *21 hónapon át* egyáltalában nem változott, nem csökkent. Ez az eredmény is megerősiti ismételten tett tapasztalatainkat, hogy a *sklerotomia, simplex glaukománál a látás apadását hosszabb-rövidebb időre, évekre is, képes feltartóztatni.*

[1] Sympathicus-Resection beim Glaukom. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde 1901. IV. Band Heft 1 und 2.

[2] Zur Indicationsfrage der Sympathicus-Resection gegen Glaukom. 1902. XLV. Band, 2. Heft.

Én tehát a sklerotomiát a glaukoma ellen üdvös, jóhatású — bár gyakran nem állandó eredményű — operationak ismerem és nem tartanám kivánatosnak, ha az tényleg kiveszőbe kerülne, a mint azt *Schulek* állitja, kinek tapasztalatai erről a műtétről bizonyára nem kedvezők. Kétségtelen, hogy gyuladásos glaukománál az iridektomia felette áll a sklerotomiának, bárha bizonyára mindnyájunknak lesznek oly irányú tapasztalatai is, hogy acutum glaukománál végzett iridektomiánál csak egy kis darabka irist sikerült kimetszeni és az eredmény mégis kifogástalan és jóformán állandónak mondható, úgy hogy ezeknél az eseteknél tényleg úgy látszik, mintha inkább a skleralis metszés, semmint az iris kimetszése hat gyógyitólag, a mint azt *Stellwag* állitja, ki *Wecker*, *Stilling* és másokkal az iris kimetszését a skleralis metszés mellett teljesen alárendelt értékűnek mondja.

A glaukoma simplex therapiájában tehát, a sklerotomiát nézetem szerint feltétlenül meg kell tartani, mert a glaukoma eme alakjánál az iridektomia igen gyakran befolyás nélkül van, sőt nem is oly ritkán károsan hat, főleg pedig az olyan esetekben, melyekben a látótér megszűkülése már közeledik a fixatiós pont felé, mert ilyenkor nem épen ritka dolog, hogy közvetlenül az iridektomia után a látótér gyorsan szűkül, a fixatiós pont elvész és a beteg, ki az operatio előtt járt, kelt, mindjárt az operatio után nem képes többé eligazodni és saját magát vezetni. Ezt a sklerotomia után sohasem láttuk, bár tény, hogy az előbb röviden vázolt esetnél, a sklerotomia után is, annak daczára, hogy a centrális látás 21 hónapon át nem fogyott, a látótér szűkült, de lassan.

Ennél a betegnél 1902. februárius havában, a látás újból rohamosan apadt, a mikor azután helyén valónak láttuk neki a sympathicus ideg nyaki részének resecálását ajánlani; az operatio mindkét oldalon megtörtént (Operateur: Dr. *Hevesi*). Az eredmény az volt, hogy a februárius hóban a bal szemen $^{4}/_{60}$-ra, illetőleg 1·5 D. convex üveggel $^{6}/_{36}$?-ra csökkent látás $^{6}/_{36}$-ra, illetőleg 1·5 D.-val $^{6}/_{18}$-ra javult és jelenleg négy hónappal a műtét után ugyanaz. A jobb szem a resectio előtt is csak kézmozgásokat látott épen úgy, mint 1900. május havában a sklerotomia előtt és után; a sympathicus resectioja után a látás nem javult.

Ez az eset (melyet más helyen kimeritően ismertetek)[1] tehát azt mutatja, hogy a sympathicus-ideg felső ganglionának resecálása megjavitotta a látást és hogy az eredmény négy hónappal később még változatlanul megvan, oly szemen, melynél a régebben végzett sklerotomia után is javult látás 21 hónapon át nem változott, azután pedig újból csökkent. Meg kell jegyeznem továbbá azt, hogy a sympathicus ideg resecálása után is azt tapasztaltuk, hogy a látótér a négy hónap alatt, bár nagyon keveset, de tovább szűkült; *az operatio tehát a centralis látás fogyásának gátat vetett, de a látótér haladó megszűkülését nem akadályozta meg.*

A látótér megszűkülése glaukománál a reczehártyai ischaemiából magyarázható,[2] melyet a vérereknek a fokozódott szem belnyomással járó összenyomása hoz létre, és hogy rendesen az orr felől kezd a látótér szűkülni, annak az az oka, hogy az arteriák összenyomása az arteriás érrendszernek azon

[1] Wiener klinische Wochenschrift.

[2] Ez csak a baj kezdeti stadiumában jelentkező látási zavarokra vonatkozik; később a látóidegrostok sorvadása okozza a rossz látást, majd azután a megvakulást.

a helyén következik be természetszerűleg legelőször, melyben a vérnyomás a legcsekélyebb, tehát a szivtől legtávolabb, miután pedig a látóideg a retina centralis ütőerével együtt a szem hátsó polusától medialiter lép a szembe, a retina halántéki oldalát ellátó ütérágak távolabb esnek a centrumtól; tehát az ideghártya halántéki részén jő létre első sorban az ischaemia, itt tompul a látás legelőbb és igy az orr felől szükül mindenekelőtt a látótér.

A legtisztább látás táját ellátó ütőerek közelebb fekszenek a centrumhoz, azért az összenyomást könnyebben leküzdik, illetőleg erősebb nyomásra van szükség, hogy comprimáltassanak és igy ha sikerült bármely operatióval a szem belnyomását annyira leküzdeni, hogy az a vizsgáló ujjaknak Tn-nak tetszik, ez már elegendő lehet ahhoz, hogy a középpont körül ischaemia ne fejlődjék, de nem elegendő, hogy az a kerületben ne jelentkezzék; ebben találom annak a magyarázatát, hogy bár a centrális látás nem apad, a látótér azért mégis szűkülhet.

* * *

A glaukoma gyógyitásának sok érdekes és tanulságos adatait találjuk *Schulek*-nek: „A glaukoma gyógyitása pilocarpin-cseppekkel“ czimű közlésében.[1] Kétségtelenül érdemes kisérlet volna, a glaukomát pilocarpin-oldat becsepegtetésével praeventive orvosolni és iridektomiát csak akkor végezni, mikor a mioticumok mint gyógyszerek már cserben hagynak. Miután ez azonban csakis olyan esetekben történhetnék, melyekben a beteg állandó megfigyelésünk alatt áll és nem tesszük ki őt annak, hogy esetleg kevéssé csökkenő középponti látás mellett látótere mind jobban megszükül, a mikor azután a később végzett iridektomiától bizonyára nem várható az az eredmény, melylyel egy korai iridektomia biztat, erre a kisérletre csak ritkán lesz alkalmunk.

Egyébként azonban a miosisos szerek a glaukoma therapiájában nélkülözhetlenek. Szükségesek első sorban azoknál az eseteknél, melyekben az iridektomia, a sklerotomia és a sympathicus resecálása daczára a látás tovább fogy, mert ilyenker az elkerülhetlennek látszó végzetes kimenetelt, többször legalább késleltetik, ha nem is tartóztatják fel. Hasznukat látjuk továbbá a glaukoma inflammatorium acutum roham mérséklésére és igy az operatiohoz kedvezőbb viszonyok teremtésére; végül palliativ hatásukban is bizunk, a midőn az egészséges vagy látszólag egészséges szembe csepegtetjük akkor, mikor a másik, glaukomában megbetegedett szemet operáljuk.

Kérdés tárgyát képezi azonban az, hogy a legelterjedtebb két miosisos szer melyikét használjuk ilyenkor, a pilocarpint, vagy pedig az eserint. *Schulek* feltétlenül a pilocarpint ajánlja, mely az ő véleménye szerint a szem belnyomását biztosan lecsökkenti, alkalmazkodási fájást nem okoz, a mit pedig — ugyancsak ő szerinte — az eserin tesz. Ezzel szemben mindenesetre kissé gondolkodóba ejthet *Bock*[2] következő kijelentése: „A pupillaszűkitő szerek között eddig a pilocarpinnak adtam előnyt. De épen úgy mint több szaktárs, úgy én is, különösen az utóbbi években arra a tapasztalatra jutottam, hogy a pilocarpin nem csak hogy tágitja a pupillát, hanem egyenesen teljesen hatástalan, a miért is csak eserint vagy arecolint alkalmazok.“

A pilocarpinnak pupilla-tágitó hatását én egyetlen egyszer sem tapasztaltam ugyan, de az iritis glaukomatosa egy nem rég észlelt esetében[3] minden kétségen kivül meggyőződtem arról, hogy az ennél az esetnél *Goldzieher*-től rendelt 1%-os eserin-oldatnak, 2%-os pilocarpin-oldattal való keveréke aránytalanul gyorsabban és tartósabban szükitette meg a pupillát és csökkentette a szem belnyomását, mint a tisztán 2%-os pilocarpin-oldat. Azóta oly esetekben, melyekben előbb tisztán pilocarpin-oldatot használtam volna, eserin és pilocarpin keveréket csepegtetek be. Az arecolin megbizhatóságáról kevés a tapasztalatunk, bár klinikánkon azzal is kisérletezünk.

* * *

[1] Szemészet XL. évfolyam 1896. 4—5. szám.

[2] Das erste Jahrzehnt der Abtheilung für Augenkranke im Landesspitale zu Laibach. 1902. pag. 41.

[3] Szemészeti lapok 1902. 2. sz.

A sklerotomia postica, aequatorialis, meridionalis, interna, a myotomia intraocularis és még más hasonló glaukoma-elleni operatiók értékéről itéletet nem mondhatok; azokat sem nem csináltam, sem nem láttam. Azt hiszem azonban, hogy azok a glaukoma therapiájában polgárjogot nem vivtak ki és alig is fognak kivivni; ellenben a nervus sympathicus resecálása, az eddigi tapasztalatok után itélve nem fog leszorulni, hanem megmarad az iridektomiával, a miosisos szerekkel és a *Wecker*-féle sklerotomiával együtt.

A glaukoma különböző alakjainak orvoslásánál, figyelembe véve a baj stadiumát és a megbetegedést kisérő valamennyi körülményt, a következő eljárás mellett foglalok állást.

A glaukoma prodromális szakában (mely különben nem más, mint teljesen ki nem fejlődött, gyenge roham), kiséreljük meg miosisos szerekkel a glaukoma kifejlődését megakadályozni.

Acutum inflammatorium glaukománál, mikor a látás még kielégitő és a látótér nem szük, a roham erejének apasztása és az operatiora kedvezőbb viszonyok teremtése czéljából, csepegtessünk be sürün miosisos szereket, azután pedig csináljuk meg haladéktalanul az iridektomiát. Ha az ilyen esetekben a glaukoma tovább tart, vagy csakhamar recidiva következik be, egy második iridektomia lefelé, ezt megelőzőleg esetleg egy sklerotomia indicált. Ha ez czélhoz nem vezet, a sympathicus ideg resecálása kerül sorra, sikertelenül végzett resecálás után pedig miosisos szerek.

Chronicum inflammatorium glaukománál kielégitő centralis látás és nem szükült látótér mellett: iridektomia, recidivánál az iridektomia megismétlése, vagy sklerotomia, végül a sympathicus resecálása és miosisos szerek.

Úgy az acut, mint a chronikus glaukoma eseteiben, előrehaladt látótéri szükülettel: sklerotomia; ha a folyamat nem állapodik meg vagy recidivál, a sklerotomiát meg kell ismételni és ha ez is hasztalannak bizonyul, végezzük a nervus sympathicus resecálását.

Simplex glaukománál sklerotomia, mely recidivánál megismételhető; újabb recidiva nervus sympathicus nyaki részének kimetszését teszi indokolttá.

Fájdalmas absolutum glaukoma ellen eredmény nélkül végzett iridektomia után, enucleatio. Ezt megelőzőleg megkisérelhető volna ugyan a neurektomia optico-ciliaris is; ennek értékéről azonban személyes tapasztalatok alapján nem nyilatkozhatom.

Miosisos szereket a glaukoma valamennyi alakjánál csakis akkor kisérelhetünk meg, ha a beteg állandó megfigyelésünk alatt van, úgy hogy biztosan meggyőződhetünk arról, hogy újabb roham nem jelentkezik, a középponti látás nem fogy, a látótér nem szükül stb.

Mioticumnak az eserin 1%-os oldatát keverve a pilocarpin 2%-os oldatával használjuk.

Közlemény a „Stefánia“-gyermekkórházból.

A veleszületett szembajokról.

Irta *Leitner Vilmos* dr., a „Stefánia“-gyermekkórház szemész-főorvosa.

A veleszületett szembajok keletkezésére vonatkozó ismereteink ez idő szerint még elég homályosak s a magyarázatok, melyek a származás módját illetőleg az egyes búvárok és észlelők részéről adattak, sok tekintetben elütnek, sőt nem egyszer ellentmondanak egymásnak. S e nézeteltérések nemcsak a részletkérdésekben, hanem lényeges pontokban is nyilvánulnak. Leszámítva azon kevés bántalmat, melyek nyilván a fejlődésben történt zavarnak tudhatók be, a legtöbbnél vita tárgyát képezi, vajjon hibás fejlődés, vagy intrauterin betegség következménye-e. A nehézség a dolog természetében rejlik s nem utolsó oka az, hogy a méhen belül lefolyt gyuladások termékei a születésig már eltünhettek s mi csak az okozatot látjuk, melyről az esetek nagy részében alig lehet eldönteni, hogy volt-e s mennyi része volt benne az intrauterin gyuladásnak, avagy az eredmény, mely előttünk áll, tisztán a hibás vagy hiányos fejlődés rovására irandó-e.

Miután pedig a veleszületett bajoknak azon alakjait, melyek a fejlődésben beállott valamely akadálynak köszönik létüket, nehéz pusztán belső, azaz a csirára vonatkozó okokból értelmezni, sok valószinüsége van Leber azon közvetítő magyarázatának, mely szerint a hibás fejlődést betegség, gyuladás idézte elő. E magyarázat szerint, mely az ellentéteket bizonyos fokig kiegyenlíteni képes, az okozat előidézésében tulajdonképen kétféle ok szerepel, melyek közül azonban a gyuladás az elsődleges s az általa feltételezett hibás fejlődés csak másodlagos ok. Természetszerüen e feltevés sem zárja ki, hogy maga a betegség, mely a fejlődési hibát előidézte, születéskor már megszünt lehet s így a kórképben az elsődleges ok, mint olyan többé fel nem ismerhető. Az iris, chorioidea s a látóideg colobomái példának okáért tudvalevőleg a szem ébrényi hasadékának hiányos záródásából származnak. Ez tehát nyilván fejlődési rendellenesség, melyet azonban a búvárok egy része csak másodlagosnak tart s felveszi, hogy a záródást megelőzőleg a hasadék körül gyuladás folyt le s ennek termékei szolgáltak a hasadék normális záródásának akadályául. A magyarázat elég valószinü, bizonyítani azonban alig lehet, mert a feltételezett gyuladás a születés után már nem mutatható ki. Nem szabad azonban felednünk, hogy a kérdéses intrauterin gyuladás nem mérlegelhető egészen azon mértékkel, mint az extrauterin életben lefolyó, mert míg egyrészt a szövetek alkotása ama korai időszakban eltérő a későbbi, kifejlett szövetekétől, másrészt pedig az anyagcsere s a felszivódási viszonyok sokkalta intensivebbek, mint a születés után.

Figyelmet érdemel az a magyarázat is, melyet többen a szem egyes képleteinek akadályozott fejlődésére alkalmaznak. A fejlődés akadályát ezek szerint traumás behatások képeznék, melyeket az amnion kórosan feszes volta, vagy a fejlődő szervvel való kötegszerü összetapadása gyakorolnak. Bebizonyítottnak ez sem tekinthető, de tagadhatatlanul tetszetős magyarázatnak látszik s könnyen elképzelhető, hogy a magzatburok kóros állapota hosszas nyomás, strangulálás útján, miként egyéb szerveken, úgy a szem egyes képletein is akadályt támaszthat a rendes fejlődéssel szemben.

A veleszületett szembajokat a mondottak alapján származásuk szerint 3 csoportba sorolhatjuk ; az egyiket azon bántalmak teszik ki, melyek tisztán hibás, illetve hiányos fejlődésből magyarázhatók (art. hyaloid. persist., cyclopia, kryptophthalmus, ptosis, epicanthus, stb.) ; a második csoportba tartoznának azon hibás fejlődések, a melyek keletkezésénél valószinüleg gyuladások vagy az amnion részéről támasztott traumás behatások is jelentékeny szerepet játszottak (colobomák, irideremia, mikrophthalmus, anophthalmus, hydrophthalmus stb.), míg végül a harmadik csoportot azon bántalmak alkotnák, melyek a hiánytalanul és jól fejlődött szemtekén intrauterin gyuladás következtében jöttek létre (cornea hegei, staphyloma, iridochorioiditis, ectasia bulbi, atrophia bulbi stb.).

A gyuladás, melyből ez utóbbi csoport bántalmai származnak, a méhen belüli élet egy későbbi szakában, rendszerint már a szem teljes kifejlődése után keletkezik s úgy folyik le és oly következményekkel jár, mint az extrauterinális életben. Születéskor maga a gyuladás az esetek legnagyobb részében már lezajlott s csak a roncsolás nyomai, hegek, izzadmánytömegek, szövetsorvadás és más következményes elváltozások vallanak a lefolyt bajra. A ritkább jelenségek közé tartozik, hogy még a születésnél is florid gyuladás tüneteivel találkoznánk, eltekintve azon esetektől, melyekben a gyuladás a protrahált szülésnél történt infectio következménye.

Az intrauterinális gyuladások okozta szembajok nagy változatosságot mutató sorozata mellett is két alapbántalmat ismerhetünk fel, mint olyant, melyből a többi könnyen kimagyarázható, nevezetesen a cornea genyes gyuladását s az uvea plastikus vagy genyes izzadmánynyal járó megbetegedését. A genyes keratitisekből a roncsolás foka szerint származnak a szarúhártya homályai, illetve hegei, az irisbenövéses hegek, a staphylomák különböző alakjai s a később ezek következtében kifejlődött szemteketágulás, míg az uvea plastikus gyuladása a keratitis parenchymatosát, a pupilla szélének lenövéseit, occlusio pupillaet, cataracta accretát, üvegtesti izzadmány-tömegeket, retinaleválást, glaucomás tensioemelkedést s a szem sorvadását adja eredményül. Az iridochorioiditis suppurativa okozza a veleszületett phthisis bulbit.

Az összes említett elváltozások tehát, mint látjuk vagy a cornean, a szemnek ezen külső, ellentállásra legkevésbbé képes burkán vagy pedig az uveán, a szem tápláló, véredényekben dús készülékén veszik kezdetüket. Az okot, mely e képletek megbetegedésére vezet, csak úgy foghatjuk fel, hogy vagy kivülről, a magzatvíz útján érte sérelem a szemet vagy a vérkeringés révén jutott a szembe a kórt előidéző tényező. Ectogen sérelmekből származtatjuk a cornea genyes gyuladását, míg az iridochorioiditist s a keratitis parenchymatosát endogen infectiora vezetjük vissza E magyarázatra ily általánosságban a bonctani és élettani viszonyok elégséges alapot nyujtanak ugyan, a részletkérdések azonban még korántsem mondhatók tisztázottaknak.

Mielőtt az ectogen eredetü megbetegedések módját fejtegetnők, egy idevágó esetet óhajtok röviden ismertetni.

Gy. J. 8 napos, jól fejlett és idejében született csecsemőt azon panaszszal mutatott be anyja a Stefánia-kórház rendelésén, hogy a gyermek jobb szemén születése után rögtön egy fehér foltot vett észre, mely azóta változatlanul megvan. Kérdésemre előadja, hogy a szemek a születés óta tiszták, sohasem voltak vörösek vagy váladékosak. A bemutatott csecsemő első gyermeke, abortusa nem volt. Az anya, állítása szerint nem szenved blennorrhoeában.

Az objectiv vizsgálat azt mutatja, hogy a jobb szem segéd- és védőszervei épek, tarsalis conjunctivái a bal szeméhez hasonlóan kis fokban belöveltek, de sima felszinüek, vékonyak és nem váladékosak ; a szemtekei kötőhártya halvány. A mindenütt csillogó felszinü cornea alsó-belső negyedében jókora kölesnyi szürke, átlátszatlan homály van, mely a limbustól majdnem a cornea közepéig terjed. A cornea felső, mintegy 2 mm. magas szelete heges, leköszörültnek látszik s e területre a kissé erezett conjunctiva reáhúzódik s a tiszta cornea felé éles határral végződik. Csarnok rendes mélységü ; a kevéssé elmosódott szálazatú irisben felül coloboma van, melynek könyökei fenn a cornea hegébe benőttek. Pupilla és a coloboma területe tiszta, fekete, valamint a szem többi részei is rendes viszonyokat tüntetnek fel. A bal szem teljesen ép.

Mint e leirásból látható, a csecsemő jobb szemén két corneaheg van jelen, melyek közül az egyik szabad, az irissel összefüggésben nincs, míg a másik, felső hegbe az iris belenőtt. Az irisben felül látható hiányt az iris előeséséből kell származtatnunk, mely laposan hegedt el ; e hiány, miután egészen a cornea széléig terjed, colobomát utánoz, attól azonban a szokatlan helyzete (veleszületett colobomák rendszerint alul szoktak lenni), az iris szálazatának lefutása s mindenek felett a jelenlevő heg a corneában, élesen megkülönböztetik.

A cornea felszinének csillogása, mindennemü izgalmi tüneteknek, valamint a váladékképződésnek teljes hiánya kétségtelenül arra vallanak, hogy az állapot egy régebben lefolyt gyuladásnak végeredménye s nem tekinthető a születés óta, vagyis 8 nap alatt keletkezettnek. Határozottan állítható, hogy a baj még az intrauterinális életben lefolyt gyuladásból származik, mely a jelen állapotból itélve, nem lehetett más, mint keratitis suppurativa. A genyedő folyamat a cornea két pontján lépett fel s az egyiken perforatiora s az iris előesésére vezetett, míg a másikon átfúródás nélkül gyógyult. Ennyi tény s ezt minden hypothesis nélkül elfogadhatjuk.

Sokkal nehezebb feladat azonban ama kérdés megoldása, hogy mi okozta ezen intrauterinális genyes keratitist. Miután a cornea felszinéről kiindult genyedésről van szó s a hibátlanul fejlődött szem egyéb részein lefolyt gyuladásnak semmi nyoma sincs, a priori valószinütlennek kell tartanunk az endogen infectio lehetőségét s csak a szemet kivülről ért ártalomra gondolhatunk. Biztos tudomásunk azonban ez ártalom mibenlétéről nincs. Az észlelők egy része az amnion-folyadéknak tulajdonítja a káros hatást, s úgy magyarázza a cornea genyedését, hogy a szemrésnek idő előtti megnyilása következtében a cornea érintkezésbe jön a magzatvízzel s ily módon keletkeznek hámkikopások, melyekből fertőzés folytán a genyes góczok származnak. E felfogásnak ellene szól azonban az, hogy a magzatvíz normális körülmények közt indifferens folyadék, minek bizonyságául szolgálhatnak a veleszületett szemhéjcolobomák azon számos esetei, melyekben a corneán, szabadon fekvésének daczára sem volt semmiféle elváltozás jelen. Ha tehát a magzatvizet okoljuk a felszinen kezdődő

keratitis suppurativáért, akkor hozzá kell vennünk, hogy az indifferens voltát elvesztette s valamiképen fertőzőképes lett. A tapasztalatok tényleg arra engednek következtetni, hogy sértetlen magzatburkokon át is, diffusio útján juthatnak kórokozó csírok vagy toxinok a magzatvízbe. Igaz ugyan, hogy e csírok a magzatvíz nagy tömegénél fogva erősen felhígulnak s talán a legtöbb esetben nem is fertőznek, de nem elképzelhetetlen, hogy adott körülmények közt ezen infectio mégis megtörténhetik. E lehetőséget nem zárhatjuk ki, annál kevésbbé, mert tudjuk, hogy sértetlen burokban született magzaton is észleltek már a születésnél jelenlevő florid ophthalmoblennorrhoeát. S ha ez így van, akkor a szülőutak gonorrhoeáját, még azon esetben is, ha maga az anya nem tud róla, a szem esetleges intrauterin fertőzésének forrásául kell tekintenünk. Hogy e fertőzés lehetősége mely feltételekhez van kötve, azt egyelőre közelebbről még nem ismerjük. Esetünkben is hajlandó vagyok a bántalom keletkezését ily módon magyarázni.

A tennivaló a cornea ily genyedésből eredt veleszületett bajainál a hegedés nagyságától és helyzetétől függ. Peripheriás fekvésü kis hegek miatt optikai szempontból nincs okunk beavatkozni, míg nagyobb, centralis iris benövéses hegek, valamint részleges staphylomák látásjavítás és glaucomaellenes czélból iridectomiát tesznek szükségessé. Az egész corneára kiterjedő hegesedés vagy teljes staphyloma a szem gyógyíthatatlan vakságát jelenti s ez esetekben legfeljebb a staphyloma lemetszéséről lehet szó.

A méhen belüli életben lefolyó gyuladások másik nagy csoportját képezik az endogen úton keletkezett bántalmak, melyek mint említettük volt, az uvea megbetegedését képviselik s az iritis, iridochorioiditis s a keratitis parenchymatosa alakjában jelennek meg. A betegséget előidéző agens az anya vérével kerül a magzat szemébe, a mely majd egymagában, majd pedig a szervezet egyéb részeivel együttesen betegszik meg s így bizonyos jogosultsággal localis metastasisról és általános fertőzésről szólhatunk.

Leggyakoribb ok a syphilis, de tapasztalat szerint lehet más fertőző bántalom is, a mint azt például Panas egy esete is mutatja, melyben a veleszületett phthisis bulbinak intrauterinális variola volt az oka. Hogy mikroorganismusok az anyából a magzatba átmehetnek, az a klinikai tapasztalatok és állatkisérletek után beigazoltnak tekinthető s azt is tudjuk, hogy e mikroorganismusok nem mind egyformán könnyen jutnak át a magzatba, mert útjokban a placenta akadályt képez. Nevezetesen a lépfene, a malleus, a tuberculosis s a typhus bacillusáról, valamint a pneumo- és streptococcusról derült ki, hogy nehezebben kerülnek a magzati vérpályákba, míg a staphylococcus aureus bacillusának átjutása könnyebben sikerül. E mikroorganismusok által a szemen támasztott gyuladás miben sem különbözik az intrauterinalis életben azon képtől, melyet a születés után hasonló okokból keletkezett bántalom nyujt. Miként itt, úgy ott is a szem lehet az egyedül fertőzött szerv, vagy pedig a szem betegsége csak részjelenségét képezi egy általános infectionak.

Figyelemre méltó, hogy annak daczára, hogy az intrauterinális szemgyuladásokat csak infectioból származottnak tarthatjuk, gyakran a fertőzés forrása a szülők részéről még sem állapítható meg. Igy azon két esetben is, melyet osztályomon volt alkalmam látni. Az esetek két fiútestvérre vonatkoznak, kiket anyjuk azon panaszszal mutatott be, hogy születésük óta mindkét szemükre vakok.

Az egyik beteg Sz. J. 4 hónapos csecsemő. Mindkét szemének conjunctivái halványak; a corneákon diffus, áttetsző parenchymás homályok, csarnokok igen mélyek, irisek 1 mm. keskeny fakó gyürüvé sorvadtak s úgyszintén a jól látható ciliaris nyulványok is erősen atrophiásak. Lencsék zöldes-sárgák, szélükön borostyán színüek, át nem világíthatók. A jobb szem kis fokban tágult, tensioja fokozott, a bal szem ellenben rendes nagyságú és feszültségü. Fényérzés egyik szemen sem állapítható meg.

Bátyja, Sz. F. $3^1/_2$ éves fiú, szemei a következő állapotot mutatják: Kötőhártyák mindkét szemen normálisak. A nagy fokban töpörödött jobb szem corneája megkisebbedett s rajta diffus áttetsző parenchymás homályok; csarnok igen sekély, iris sorvadt; pupilla szük, zeg-zúgos, területében vaskos izzadmányhártya. Bal szem a rendesnél valamivel kisebb, corneája ép; csarnok sekély, az iris kissé sorvadt, pupilla zeg-zúgos, területében occlusios hártya. Tükörrel egyik szemen sem nyerhető vörös reflex. Tensio mind a két szemen csökkent, fényérzés hiányzik.

Mindkét beteg szemein talált állapot tehát súlyos iridochorioiditis végeredményének felel meg, mely hátsó lenövésekre, az iris szövetének sorvadására, a lencse elzavarosodására, üvegtesti izzadmányképződésre és valószinüleg a retina leválására is vezetett. A gyuladás okozta mélyreható táplálkozási zavar az egyik betegnél mindkét szem atrophiáját, míg a másiknál glaucomás állapotot s az egyik szem következményes tágulását vonta maga után. A corneák parenchymás borússága az uvea gyuladásának következményeként fogandó fel. A szülők azon állítása, mely szerint a szemek már a születésnél a leirt állapotot mutatták s a gyuladásnak akkor s azóta nyoma sem volt, feljogosit ama következtetésre, hogy a két testvérnél a szembaj még az intrauterinális életben kezdődött és minden valószinüség szerint be is fejeződött. A mi ezen gyuladások okát illeti, azt, tekintve, hogy a szülőkön semmiféle betegség tünetei nem nyilvánulnak, némi valószinüséggel csak egyéb körülményekből sejthetjük. Nem tarthatjuk ugyanis a véletlen játékának, hogy azon anyának, kinek első két gyermeke teljesen egészséges, a másik két egymásután következett gyermekénél az említett súlyos szembaj folyt légyen le s talán nem megyünk messze, ha e szemgyuladások okául felveszszük, hogy az anya a második gyermeke születése után valamely betegséget (luest?) szerzett, melynek tünetei figyelmét eddig esetleg elkerülték.

Csüngő szemhéj felnyitása izomképezéssel.

(Operatio ptoseos myoplastica.)

Műtéttani tanulmány.

Irta: dr. *Siklóssy Gyula* kórházi főorvos.

A szemhéjak emelőizmának hüdését a szemhéj mozdulatlan lecsüngése követi, a mely állapot ptosisnak neveztetik. Ez veleszületett lehet, a mikor többnyire kétoldali s a mikor a szemmozgató ideg magvainak hiányos kifejlődését lehet okolni vagy adott esetben ki is mutatni, vagy pedig szerzett lehet, mint maradványa egy részleges vagy teljes szemmozgató ideg bénulásnak.

A következőkben egy új műtéti eljárást szándékozom ismertetni, mely tapasztalataim szerint igen jó eredményeket ád; sokkal jobbakat, mint az eddig ajánlott eljárások bármelyike. Ezek pedig tekintélyes számban állanak a válogató rendelkezésére, úgy hogy a ki csak ritkán szánja rá magát arra, hogy szemhéjcsüngés esetében műtegyen, az könnyen megtévedhet s czélra nem vezető eljárást választ. Valamely műtéti eljárástól csak az esetben várható siker, ha alapelve helyes és ha a boncztan és élettan tanításait figyelembe veszi.

Ezekből a tanításokból némelyeket kénytelen vagyok itt azért ismételni, mert később hivatkoznom kell reájuk. Igaz ugyan, hogy a szemhéjak boncztanára illetőleg szövettanára is hivatkozni fogok, de ezeket teljes joggal ismerteknek tételezhetem fel, a mennyiben minden kézikönyvben feltalálhatók.

A szemhéjak bőrének képezésére az arcz- és homlokbőre egyesül a halántéknak rendkivül finom bőrével. Eredetileg a szemhéj bőre nem egyéb, mint a homlok bőrének egy leereszkedő kettőzött redője. (Nyitott szemrés.)

A szemhéj bőre apró barázdáktól ránczos, melyek még akkor sem simúlnak el, ha szemeinket behunyjuk, ha azok alvás közben bezáródnak. A bőr ruganyossága évek alatt mindjobban megfogyatkozik; az örökös munka (nyitás, csukás) mintegy törési nyomokat hagy rajta: innen ered az, hogy idös embereknek többnyire pettyhüdt, lelógó, ránczos, fakó a szemhéjuk. (Lényegtelen szemhéjcsüngés.)

Eredetileg a szemhéjak nagysága alkalmazkodik a szemgödör nagyságához. Felül a szemöldök körülbelül a szemgödör felső szélére illeszkedik; alól a szemhéj és a pofa között határoló barázda látható, melynek felhágó és leszálló ága majdnem teljesen az alsó szemgödri szélt követi.

A felső szemhéjat hosszában megmérhetjük, ha szabad alsó szélét lefelé húzzuk s ennek távolságát lemérjük a szemöldök közepétől. Kifeszített állapotban a felső szemhéj bőre másfélszer olyan hosszú, mint akkor, ha a szemhéjak könnyedén le vannak húnyva.

A szemhéjak a szemrés felé szabadon végződnek és ott a legvastagabbak (Merkel: 3 mm.) Itt vastagságukat nagyon megnöveli a körkörös izom és a feszes kötőszöveti rétegekből álló tarsus, melynek magyar neve (pillaporcz) szövettani képtelenség. A tarsus a szemrés felé élesen határolódik el; felső szélén azonban szabálytalanul megy át a környezetébe. Ez a kötőszöveti lemezke a szem által megkivánt görbülettel bir: szabad széle egyenes (vagy a felsőé kissé lefelé ívalakúan domború, míg az alsóé kissé homorú) a szemréshez viszonyitva distális részük azonban mindig kidomborodó vonalat alkot.

A felső szemhéj tarsusának magassága kétszer olyan nagy, mint az alsó szemhéjé, a mely ritkán magasabb 5 mm.-nél. Hosszuk körülbelül 20 mm., vastagságuk 0·8—1·0 mm. (Merkel.)

A szemrést a szemhéjemelő nyitja. Ezt a III-dik agyideg, a szemmozgató látja el, mely a sinus cavernosusból lép ki és a felső szemgödri hasadékban két ágra oszlik. Ezek közül a kisebbik idegezi be a szemhéjemelőt és a felső egyenest. A szemhéjemelőizom a szemgödröt bélelő csonthártyáról ered a *foramen opticum* felett. Ebben a tekintetben utolsó a szemizmok sorában, melyek a szemgödör tölcsérszerű fenekéről előre törnek. Lefutásában az egyenes szemizmokhoz hasonlatos: egy darabig a felső egyenes felett halad és a csontokhoz, a szemgödör tetejéhez tartja magát. Majd átfúrja a szemgödör lágy részeit, a zsírszövetet, leereszkedik a tarsushoz és nemcsak annak szélére erősíti legyezőszerüleg szétterülő rostjait, hanem már majdnem tisztán kötőszöveti rostjaival összeköti a tarsust és a szemhéj bőrét.

A szemhéjemelőnek van egy gyenge sima izomsejtekből álló rétege is, melyet a boncztan külön névvel is lát el, ez a musc. palpebralis superior. Ennek tapadása tisztán csak a tarsus felső szélén történik.

Látnivaló, hogy ez a két izomréteg működik a szemhéj nyitásánál. Ha ez a két izomréteg összehúzódik, a tarsus felső széle fel, hátra és befelé siklik, a szemhéj bőrének közepe pedig mély ráncz alakjában vissza, illetőleg behúzódik: ez a ráncz a sulcus orbito-palpebralis. A szemhéj bőrének felső részlete mintegy vastag kettőzet borítja be az eltünő tarsust és annak bőrét, úgy annyira, hogy e kettőzet alsó széle sokszor épen a pillákkal érintkezik.

Ez a kettőzött bőr oly súlylyal nehezedhetik adott esetben a tekére, hogy bár a szemhéjemelőt és a felső egyenest a közös szemmozgató látja el, a teke felfelé való mozgását épen ez a bőrkettőzet akadályozhatja. Azt Wolffberg hangsúlyozta, a mi különben rég ismert adat, hogy felfelé néző teke felett a szemrést becsukni nem vagyunk képesek.

A szemhéj kifordítása köztudomásulag csak akkor megy könnyen, ha a szemhéjemelő el van lazulva, a mi okvetlenül lefelé nézést követel. Nyitott szemrés mellett, felfelé néző tekintettel csak erőszakosan lehet, ha lehet, átfordítani a tarsust. Pedig a kifordításnál nem történik egyéb, mint a szemhéjnyitásánál, azzal a különbséggel, hogy a tarsus belseje felső domború szélével nem az aequatorra kerül, — hátul, belül és alul, — hanem egyenesen elől, le a szarúhártya elé.

A szemhéjemelő tehát együtt húzódik össze és lazul el a felső egyenessel, sőt az alsó ferdével. Ezek sokban elősegítik működését. De támaszt talál a szemhéjemelő a homlokizomban is, mely ugyan az alsó szemhéjat is emeli kissé, a mi által a szemrés nyitását nem mozdítja elő annyira, mintha egyedül a felső szemhéjat emelné.

A homlokizom működését segélyül veszi a bámuló, csodálkozó ember, a ki még tágabbra nyitja szemrését az által, hogy ajkait is kitárja s igy az alsó szemhéj lejebb ereszkedik. De főleg segít a homlokizom a lecsüngő szemhéjon, mely saját erejéből teljesen tehetetlen s a mely épen a homlokizom jóvoltából mégis sokszor nehány milliméterre nyitható.

Ezt a homlokizmot Rüdinger lapos lemezhez hasonlítja, mely a homlokcsont alsó széléről és az orrgyökről, a bőr felé huzódik és ott végződve, beborítja az egész homloktájékot. *A homlokizom a csontokon ered és a bőrre tapad,* összehúzódva a homlok bőrét mozgatja.

A mennyiben a környező izmokkal is összeköttetésben áll, mozgatja a környék bőrét is. Összefügg a pyramidalesekkel, az ajak négyszegletü izmával, mely nem más, mint a felső ajak és az orrszárny emelője. De összefügg a szemhéjak körkörös záróizmával is és pedig felső mediális részletével, melyet corrugator superciliinek: szemöldökránczoló izomnak nevezünk. Ha ez összehúzódik, akkor a homlokizom is megrövidül. A szemöldöket a homlokizom emeli, a corrugator ránczolja: ha közösen működnek, az orr és a homlok közötti barázdák mélyebbek lesznek, a szemöldökök felemeltetnek és egymáshoz közelednek.

A homlokizmot az arczideg látja el, mely halántéki ágaival lép az izom alá és abban apró rostokra ágazik szét.

A szemrés nyitását a szemhéjemelő összehúzódása — és ellenlábasának a körkörös izomnak elernyedése hozza létre. Épen e miatt a szemrés záró izmának is lehet neveznünk, — hiszen a szemrés becsukódásánál elernyed a szemhéjemelő és összehúzódik a körkörös izom. (Csapodi szerént hunyató izom).

A szemrés záróizma lapos, vékony, halavány réteg gyanánt foglalja el azt a területet, melyet a szemgödör csontos széle számára kijelöl. Különösen a középvonalban tartja be ezt a határt, míg oldalt szélességére nézve ezentúl is terjeszkedik. Rostjai nem körkörös lefutásúak, (orbicularis: boncztani képtelenség) hanem hosszú íveket irnak le, melyek az egyik oldalon erednek, s a másik oldalon tapadnak. A széli rostok a környék izmaival, a pólyákkal és a bőrrel állanak összeköttetésben és pedig különösen a pofa és a szemöldök izomzatával.

Röviden megemlítem, hogy a szemrés záróizmának öt részletét szokták megkülönböztetni, és pedig:

1. a szemgödri szélen túlterjeszkedő részletet;

2. a szemgödri szélnek megfelelő részletet. Ez mindig a belső és külső zúgban kifeszített szalagon ered és tapad;

3. a felső és alsó szemhéji részletet. A szemrés behúnyásánál ez a rész önkéntelenül húzódik össze;

4. a Riolanról elnevezett részletet, mely a Meybom-féle mirigyek szájadéka előtt fekszik, közel a hátsó szemhéjszélhez. Belső részlete bizonyos mértékig egyesül a Horner-féle izommal, ez a Moll-féle izmocska, mely nyalábokat küld a Meybom-mirigyek mögé;

5-dik részlete a Horner-féle izom, mely a crysta lacrymalisról ered és a könycsatornákhoz küld rostokat.

Hátra van még, hogy a záróizom hatását ismertessem. Tudni kell azonban ehhez azt is, hogy a záróizom szemhéji részlete elernyedt állapotban kétszeresen ívelt lefutást mutat: a felső szemhéjon a rostok felfelé domborodnak, mert a szemhéjemelő húzza őket, az alsó szemhéjon a rostok lefelé domborodnak, a mire saját súlyuk készteti őket. Ehhez csatlakozik az egyenesen előre való domborodás, a mi a teke alakjának tudható be.

Ha a záróizom összehúzódik, bizonyos mértékben leereszkedik a felső és felemelkedik az alsó szemhéj; a teke pedig valamennyire visszatolatik a szemgödörbe. A záróizom szemgödri részlete erőteljes résnyitáskor szintén működik, míg erőteljes csukáskor a környék izomzata is összehúzódik, szaporítja a redőzött ránczos bőr vastagságát.

Bannas vizsgálatai kimutatták, hogy boncztani elváltozások is befolyásolhatják a szemrés-zárást: széles szemgödör felett nehezebben megy végbe a szemhéjak tökéletes bezáródása, mint magas szemgödör felett.

A szemhéj lebocsátkozása mindenesetre feltételezi, hogy a szemhéj bőre bőségesen elég legyen ehhez, de ezenkivül a szemhéjemelő inának is elegendő excursiv képességgel kell birnia (Wolffberg). A szemhéjemelő két ina a szemgödör széléhez erősödik: ebből érthető, hogy keskeny szemgödör mellett nagyobb a szemhéjemelő excursiója.

A csüngő szemhéj felnyitása régi, nehéz, megoldatlan kérdése a szemészeknek.

Nem foglalkozom itt azokkal a sikerületlen kisérletekkel, a melyek arra vonatkoztak, hogy a szemhéjcsüngést mütét nélkül szüntessék meg, illetőleg az ilyen szem számára a látást esetről esetre, ideiglenesen lehetővé tegyék. Szemüvegeket, csiptetőket szerkesztettek ugyanis erre a czélra s azokat ajánlották a kartársaknak irásban, a betegeknek szóban. A kik megpróbálták ezeket az ú. n. ptosis-szemüvegeket, rövid időn belül beszüntették azok használatát. Éktelenek, nyomnak, feltörik, felsebzik a szemhéj s az orrnak a bőrét. Szerzőik, a kik ezeket kigondolták és ajánlották, csak arról tettek tanúságot, hogy végtelen sok idejük

*

volt arra, hogy a papirnak, a kartársaknak és a szembetegeknek türelmét próbára tegyék.

Másképen áll a dolog a műtéti eljárásokkal. Igaz ugyan, hogy ezeknek nagy száma már eleve csökkenti a sikeres alkalmazásnak kilátásait, de van olyan közöttük, melynek alapelve helyes s adott, meghatározott esetben bizonyos fokig javíthat a helyzeten.

Az alábbiakban röviden ismertetem azokat az elveket, melyekre a különböző, a csüngő szemhéj felnyitását czélzó műtétek támaszkodnak.

1. Az antagonista gyengítése.

Kétségtelen, hogy a meggyengült szemhéjemelő könnyebben fog érvényesülni, könnyebben fogja a szemhéjat emelni, ha ellenlábasa, a szemrés záróizma gyengíttetik. Ez volt alapgondolata *Graefe*-nek, a ki a záróizomból metszett ki egy 10—12 mm. széles részletet és Bowmannak, a ki Graefetől függetlenül úgy próbált javítani a csüngő szemhéjon, hogy a záróizomból egy részletet lekötött, fonálkacsesal kizárt.

De ha gyengül is a záróizom, az még nem erősíti meg az emelőt, épen olyan kevéssé lehetett tehát ez czélra vezető eljárás, még félhüdéses (pareticus) vagy incomplet veleszületett szemhéjcsüngés eseteiben sem, mint a hogy a széttérő kancsalságot nem lehet egyedül az elégtelen belső egyenes ellenlábasának meggyengítésével, a külső egyenes hátrahelyezésével javítani. Ez az oka annak, hogy Graefe és *Bowman* eljárása sikerre nem vezet, hogy ajánlóik maguk is abbahagyták annak gyakorlását.

A későbbiekben még találkozni fogunk az antagonista gyengítésének elvével — mint kisegítő eszközzel.

2. A szemhéjemelő erősítése.

Ugyancsak *Graefe* és *Bowmann* megkisérelték az elégtelenül működő szemhéjemelőnek erősítését: annak előrevarrásával. Leválasztották a szemhéjemelőt tapadási vonaláról s iparkodtak annak új, alkalmas tapadást biztosítani. Érthető azonban, hogy Graefe idejében ilyen complicált műtét sikerre már azért sem vezethetett, mert elsődleges gyógyulás a legnagyobb ritkaságok közé tartozott. Ugyancsak nagy nehézségeket okozott az új tapadóvonal kijelölése s „nyitott szemrés mellett“ a nyugodt odatapadás biztosítása.

Az izom előrevarrását *Eversbusch* úgy gyakorolja s ajánlja, hogy a szemhéj bőrén átvezetett metszés után fel- és lefelé körülbelül 0·4 cm.-nyire a bőr felszabadíttatik; a szemhéj emelő inába 3 kettősen fegyverzett fonállal kacsot nyalábol fel és azt a szemhéjszélen szúrja ki. Igy az emelő ina megrövidül, egy kettőzet segélyével lapszerüleg tapad egymásra, az összehúzódása által gyakorolt erő támadási pontja sokkal előbbre helyeztetik.

Boucheron is előre varrja a szemhéjemelőt, de gyengíti az antagonistát is, a mennyiben a záróizomból kimetsz egy csikot, valamint eltávolítja a tarsusnak egy részletét is.

Snellen műtéte igen egyszerü, a mennyiben bőrmetszés és felkészítés nélkül iparkodik alkalmasan vezetett fonálkacsok segélyével olyan kettőzetet létrehozni, mely által a szemhéj emelő ina erősíttetnék.

Nicati eljárása sokban hasonlít Snellenéhez, csak hogy ő a tarsusból is kimetsz egy darabot.

Az izomnak ilyen, leválasztás nélküli előrevarrása nagyon kevés eredménnyel jár. Ha oly gondosan végeztetik a műtét, mint azt *Eversbusch* leirja, ha továbbá az ín-kettőzet számára elegendő hely készíttetik — valamelyes hatása nem tökéletesen hüdött szemhéjemelőnél nem tagadható. Ha az antagonista gyengítésével kötné a műtő össze Eversbusch eljárását, attól több eredményt lehetne várni. A böralatti előre húzás semmi eredményt sem ád, hiszen a fonál a legtöbb esetben előreláthatólag keresztülvágja az emelő inát s nem csak hogy nem javít a helyzeten, de könnyüséggel ronthat azon, hacsak számításba nem veszszük azokat a talányos értékü hegkötegeket, melyek azután maradnak vissza, ha a szemhéj emelő inát felnyalábolo, azt előrevonszoló fonalak átmetszik a szöveteket, vagyis, ha azok átgenyednek. (Lásd alább a Pagenstecher eljárásánál.)

Észszerübb a *Wolff*-féle előrevarrás, a melynél 7 mm.-rel *meg is rövidíttetik* az izom. Az óvatosan előkeresett szemhéj-emelő ina 7 mm.-rel a tapadás felett lemetszetik s ehhez a megmaradt inhoz, valamint a záróizomhoz és így a tarsushoz lesz odavarrva a központi csonk. Nem megvetendő előnye az eljárásnak, hogy a szemhéjemelő jelentékenyen erősödik, mert támadási pontja előbbre helyeztetik, ő maga megrövidíttetik s új tapadása lapszerinti hegesedésben történik. Wolff módszerét lehet a bőr felől s a kötőhártya felől is végezni.

Az újabb közlések közül Wolff módszerét dicséri Hotz. (Ophth. Records 1901. 24. old.)

Itt említem *Angelucci* módszerét (Archivio di ottalmologia VIII.) a ki a homlokizom működését is számításba veszi és valamennyire rövidíti is a szemhéjat. Angelucci a szemöldök alatt 2—4 mm.-nyire 2·5 cm. hosszú metszést vezet, melyből kiindulólag felszabadítja a tarsus felső széléig a bört. Majd a záróizom szövetét lazítja meg, különösen a tarsus felső széle körül, azután lecsupaszítja a szemhéj emelő inát s azt egy kancsalhorogra nyalábolja fel és 4—5 mm.-re (későbbi közlésben 6 mm.-re) resekálja. Ezután két fonalkacsot erösit a tarsussal összefüggő inba s felvarrja azt a szemöldökbe. A fonalakat csokorra köti. Ha kevés hatásra van szüksége, csupán a szemöldök magasságában erősíti meg (az 5—6 mm. hosszú iuat!) ha nagyobb hatás kivánatos, akkor még a szemöldök fölé halad nehány mm.-rel.

A szemhéj emelő inának másik — központi — vége visszavarrható a tarsusra.

Eljárását akkor tartja eredményesnek, ha a szemhéj nyitáskor a pupillát szabadon hagyja. Ezzel az eljárással szerző szerint kisebb vagy nagyobb hatás érhető el; a szemhéj nyitása nem egyenesen felfelé történik, hanem az ép állapotot megközelítő módon, vagyis fel- és hátrafelé.

Nem más tehát Angelucci eljárása, mint a szemhéjemelő előrevarrása, kapcsolatban erős rövidítéssel és a homlokizom hatásának átvitelével.

A szemhéjemelő előrevarrásáról szóló irodalomismertetését azzal zárhatom be, a mit Transley bemutatása után mondott *Noyes* az amerikai szemész-társaságban. Szerinte a szemhéjemelő felkeresése rendkivül nehéz dolog; az ő eddigi kisérletei eredménytelenek voltak; azt felgöngyölíteni, felkészíteni majdnem lehetetlen. Ha a műtő megfog és előrevarr valamit, sokszor csak azt hiszi, hogy az a szemhéjemelő. A szemhéj emelő inát alig lehetséges lepraeperálni.

3. A bőr és a tarsus rövidítése által

is megkisérelték a csüngő szemhéj helyzetének javítását. Általában ez a mód külön műtétnek nem nevezhető, csak elégtelen eredmények pótolgatására, másodlagos javítására látszik hivatva lenni. Másodlagos javítás ez még akkor is, ha a műtő azonnal a tervezett első műtét befejezésével fordul hozzá, látva annak elégtelenségét.

Az első adat *Graefe*-röl említhető fel, a ki tojásdad bőr darabot metszett ki.

Boucheron a szemhéjemelő előrevarrásával kapcsolja össze a tarsus rövidítését és a szemrés-záró gyengítését.

Heisrath a kötőhártya felől hatol be és széles csikot metsz ki a fedő kötőhártyával egyetemben a tarsusból. Ez által böralatti megrövidülés áll elő — és állítólag — a szemrés záró izma gyengül, a szemhéjemelő erősödik, mert hatását a szemhéj megrövidülése következtében jobban érvényesítheti.

Gillet de Grandmont a bőr felől dolgozik, a felső domború tarsusszélét amputálja az alatta fekvő kötőhártyával (szép „ablakot“ készít) a maradó tarsus szélét catguttal varrja fel a felette fekvő szövetekhez (tehát a szemhéj emelő inához is) míg a bőr hegedését a természetre bizza.

Látni való az okoskodás hiányossága. A szemhéjemelő szélesen tapad a tarsus felső, domború szélére: ez amputáltatik. Mi tartja már most a szemhéjemelőt, hogy átmetszett izom módjára, tökéletesen vissza ne ugorjék s el ne veszszen a mélységben? talán az a nehány gyenge ínszerü köteg, a mely még a bőrhöz is vonul. Ezek pedig meg nem akadályozhatják azt, hogy az a nélkül is elégtelen szemhéjemelő még hiányosabban ne működjék.

A rövidítő eljárások általában torzító hegekre vezetnek. Valami nyomorék, torzszerü benyomást tesz az ilyen eléktelenített tarsus.

4. A felső egyenes hatásának átvitele.

A felső egyenest is a szemmozgató ideg látja el. Sok közös tulajdonsága van a szemhéjemelőnek és a felső egyenesnek, úgy hogy elméleti szempontból érdekes volt megkisérelni, vajjon adott esetben, ha a szemhéjemelő elégtelenül működik, hatásában részben vagy egészben nem helyettesítheti-e a felső egyenes. Ez az eszme vezette *Motaist*, a kinek mütéti módja egyike a legújabbaknak a csüngő szemhéj felnyitásának mütéti irodalmában.

A Motais-féle mütét következőképen végezendő: A felső szemhéj kifordítása után a tarsus közepébe éles (!) horog lesz erősítve, ezt a segéd tartja. Egy másik segéd lehúzza a tekét (szintén egy éles horog segélyével [!], a mely az ínhártyába lesz akasztva 4—5 mm.-rel a szarúhártya széle alatt), mire a felső egyenes ina felszabadittatik, a kötőhártya felől a tarsusig pedig nyilás készíttetik. Majd a felső egyenes inából egy 3 mm. széles és 10 mm. hosszú lebeny készül, a melybe a műtő kettősen fegyverzett fonalat erősít. Ezzel a fonállal varrja azután a felső egyenest a szemhéj emelő inához. A fonál befogja a tarsust is. Csomózás a kötőhártyai felszinen (!!). A szem nyolcz napig kötés alatt marad.

Motais többször sikerrel gyakorolta ezt az eljárást. De jó ideig eltartott, a míg mások is megpróbálták volna azt. Legóvatosabb volt e tekintetben *de Lieto Vollaro*, a ki előzőleg kisérleti úton sérüléses szemhéjcsüngést hozott létre házinyulakon oly módon, hogy egy darabot kimetszett a szemhéjemelőből. Igy azután tanulmányozhatta, hogy milyen hatása van a felső egyenes előrevarrásának. Eredményei kielégitőek voltak, úgyannyira, hogy még akkor is eléggé nyilott a szemrés, ha az állat türelmetlensége folytán a felső egyenes visszacsúszott és nem a tarsusra tapadt, hanem csak az átmeneti redő kötőhártjára.

De Lieto Vollaro megjegyzi, hogy teljes szemhéjcsüngés eseteiben két izben jó eredményt látott *de Vincentis* a Motais-féle mütéttől, melyet csak annyiban módosított, hogy a felső egyenes előrevarrt inát a tarsus és a bőr közé erősítette meg s a csomózást mégis kivül a bőrön eszközölte. Az egyik esetben ugyan a szemhéj megduzzadt s igen nehéz lett, úgy annyira, hogy kis mellékoperatiok váltak szükségesekké és pedig a szemrészáró rostjaiból valamelyest a tarsusra kellett helyezni s a bőrből egy kis darabot el kellett távolítani. Megemlíti egyszersmind, hogy a teke felfelé való mozgása azért kifogástalan.

Nem lehet megjegyzés nélkül hagyni azt a körülményt, hogy *Motais* a csomózást a kötőhártya felől viszi véghez. Ez rendkivül veszélyes lehet, a mint ezt Dianoux és Laurent esetei is bizonyítják. Tudjuk, hogy a szarúhártya mily rosszul türi valamely idegen test közellétét. Kancsalmütétnél a kissé hosszabbra lemetszett fonal pangást okoz a szemhéjon, mély ciliaris belöveltség, genyes hurut, sőt szarúfekély keletkezik. Ezt tudva alig hihető, hogy a megcsomózott selyemfonál az átmeneti redőben büntetlenül hetelhessen.

Igy már *Bajardi* is 1899-ben ajánlja *Motais* módszerét, de csak *de Vincentiis* módosításával. Bajardinek egy mütett esetében a szemhéj széle 1 mm.-rel állott nyitáskor magasabban, mint a szembogár; szemhéjbarázdát világosan ki lehetett venni, a szemhéj a tekével együtt emelkedett. Könnyed csukásnál a szemrés kissé nyitva maradt.

Dianoux egy egyén két szemén végezte a Motais mütétét. A mütét után 35 illetőleg 40° volt az előbb csüngő szemhéj emelkedése, a mi nehány hónap mulva 25 illetőleg 30°-ra modósult. Az egyik szemen a kötés alatt *szarúhártya-tályog* keletkezett, a mi miatt a varratot azonnal el kellett távolítani. *Az eredmény azért ezen a szemen is kifogástalan volt* (t. i. a mi a szemrés nyitását illeti, a mely most már legalább is mély heggel biró szarúhártya felett nyilott meg.)

Laurent ugyancsak két izben végezte Motais mütétét egy beteg két szemén. Első izben nem volt semmi szövődmény; a beteg *kitünő látása* mellett szóvá tette volna, ha kettős képek zavarták volna; (a felső egyenes müködésének gyengülése illetőleg megszünése következtében) tehát a felső egyenes teljesen rendesen működött. A másik szem mütételnél azonban azt irja, hogy az első szemen „nous avons jugé l'effet un peu infsuffisant“ Annales d'oculistique 1901 déc. pag. 467. (Az eredményt nem tartottuk elégségesnek). Ennek következtében az új inat sokkal mélyebbre, egész közel a pillaszélhez erősítette. *5—9 nap mulva fekély a szarúhártyán*, két hónap mulva (az előbb „éleslátó szemen“) leucoma centralis.[1]

Ha tehát rövid lebenyt készit a műtő, elégtelen az eredmény; ha mélyre varrja az izmot és igy a szemhéj jól nyilik, a teke mélyebben áll, központi szarúfekély (ebből leucoma) támad, esetleg kettős látás lép fel. A szarúfekély okát vagy a fent emlitett selyemfonál csomózásában, vagy a netán beállott lagophtalmusban kell keresni.

Laurent közleményéhez csatolja a mütett egyén fényképét: a mütét utáni képen a beteg álla hátra- és lefelé húzódik, homloka pedig előre van döntve. A mütét előtti képen alig ránczos a homloka, a mütét utáni képen a homlok tele van igen mély vízszintes ránczokkal: jeléül *a homlokizom segitségének, erőlködésének*.

Parinaud is a felső egyenes izom hatásával akarja helyettesiteni a szemhéjemelőt. A felső egyenes izom alatt visz egy fonálkacsot, azt a pillaszél felett köti össze, miután a bőr és a tarsus alatt áthaladt vele.

A párisi szemész-társaság 1901. október 8-iki ülésén *Morax* mutatott be Motais módszere szerint mütett esetet, a kinek arczképén a mütét után *a szemrés kissé nyitva van s a homlokizom ránczolódik*.

Morax esete (1901. november Annal d'ocul.) egy 26 éves nőre vonatkozik, a kit sérüléses szemhéjcsüngés miatt vetett mütét alá (már a sérülés eredete is igen különös: *kemény fekély* miatt duzzadt volt a beteg felső szemhéja; Morax megfelelő gyógykezelés alatt tartotta; a baj lassan gyógyult s a beteg „egy más collegához fordult, a ki — tályogot sejtvén — mély bemetszést ejtett a szemhéjon“, úgy hogy az csüngve maradt.) Motais mütétét úgy módositotta, hogy a felső egyenes inának közepében megerősítette a fonalat, ezután leválasztotta s a tarsus felszinére varrta, a bőrön csomózva. Mint különlegesség felemlithető, hogy a mütét utáni hetekben nagyon kevés eredmény volt látható: de két hónap múlva már azzal teljesen meg volt elégedve, a mennyiben az 55°-ra rúgott (mütét előtt 15°).

Morax felemlíti, hogy a Motais-féle mütét után a szemrészárásnál a szem felfelé fordul; ha betege erősen behunyta szemét, a szemrés 1—2 mm.-re nyitva maradt. Egy másik esetében csak igen kevés segitséget várt a felső egyenestől s ezt meg is kapta. Ebben az esetében, melynek fényképeit is közli, azt hiszi, hogy a szemrészárás tökéletesebb lett volna, ha a tarsusból valamelyest eltávolitott volna; kérdés azonban, hogy ez a megrövidités nem növelte volna a nyilást a csukott szemhéjak között.

Motais maga ez esetben annak a körülménynek tulajdonitotta a szemrésnyitás elégtelenségét, hogy a szemhéj meg volt duzzadva, tehát igen nehéz volt. Neki *már* nincsen kellemetlensége, mert sodratlan selyemszálat használ.

(Folyt. következik.)

Uj eszköz jodoform-pornak a szem belsejébe való vitelére.

Irta: *Blaskovics F. László* dr., szemklinikai I. tanársegéd.

Ostwalt ajánlotta először[2] jodoformnak az elülső csarnokba való vitelét infectiós gyuladások leküzdésére. Azóta *Haab*,[3] *Mayweg*,[4] *Wüstefeld*,[5] *Goldzieher*,[6] *Ollendorf*,[7] *Schmidt Henrik*[8] és újból *Ostwalt*[9] foglalkoztak ezen kérdéssel. Ugy a közölt állatkisérletek,

[1] Érdekes Laurent következetlensége: a 468-iki lapon ezt irja: „Nous considérons l'opération de Motais comme une des heureuses conquêtes de la chirurgie contemporaine. Később pedig „a mindig központi szarúfekély“, „a nevezetes lefelé kancsalság“ eseteit emliti, a mely szövődmények a Motais mütéte után nem ritkák.

[2] Archiv f. Augenheilkunde. XXXV. 4.

[3] IX. Internat. ophthalm. Congress. Utrecht, 1899. 425 old. (Ollendorf czikkében idézve.)

[4] Bericht über die XXVIII. Versammlung d. ophthalm. Gesellschaft zu Heidelberg, 1900. 154 old.

[5] Zeitschrift f. Augenhk. V. köt., 1. füz.

[6] Centralblatt f. prakt. Augenhk. 1901. márcz.

[7] Zeitschrift f. Augenhk. VI. köt., 1. füz.

[8] Zeitschrift f. Augenhk. VII. köt., 4. füz.

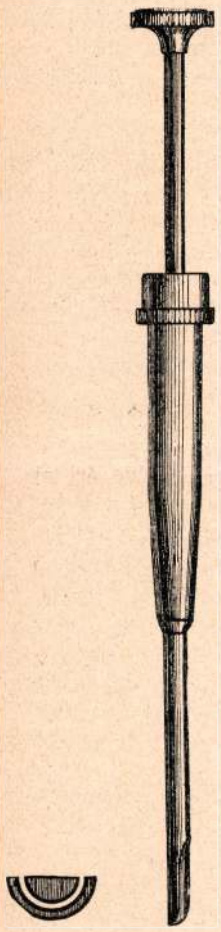
[9] Zeitschrift f. Augenhk. V. köt., 3. füz.

mint a betegen észlelt esetek biztatók az eljárás végezésére arra alkalmas esetekben.

A közleményekből kitünik azonban az is, hogy a jodoform bevitelének eddigi módja, t. i. tabletták alakjában nem kifogástalan, a mennyiben a tabletták elkészitésére használt tapasztó anyagok némi izgató hatást gyakorolnak. *Haab* jodoformpálczikái gelatinnal, *Ostwalt* és *Wüstefeldéi*[1] gummi arabicummal és glycerinnel készültek. Ezen anyagok mellékhatásának elkerülése czéljából *Wüstefeld* állatkisérleteihez egy üvegből készült kanült használt, melynek segélyével a jodoformot por alakban juttatta az üvegtestbe. A czikkében közölt vázlatos rajz ezen eszközt vastagságánál fogva kevésbbé alkalmasnak tünteti fel az elülső csarnokba való jodoformbevitelre.

Haab is használt eleinte egy vékony troicart, melyet azonban a jodoform-pálczikák kedvéért elhagyott. *Mayweg* kanül segélyével vitt be jodoform-pálczikákat az elülső csarnokba. Ezen eszközök előttem ismeretlenek.

Az egyetemi szemklinikán eddig 6 esetben vittünk jodoformot az elülső csarnokba. Az első 2 esetben a *Wüstefeld*-féle tablettákat alkalmaztuk, s úgy tünt fel nekünk, mintha a szer izgalmat keltene a szemben. A 3-dik esetben a jodoformot por alakban Daviel-kanálba fogva iparkodtunk az elülső csarnokba juttatni, miközben finom spatulával segítettünk. Ily módon csak igen kevés jodoformot sikerült bevinnünk a csarnokba. A legutóbbi 3 esetben az alább leirt kanüllel vittünk be jodoform-port az elülső csarnokba. Ezzel a müvelet kitünően sikerült.



Az egyes esetek lefolyására ez alkalommal nem óhajtanék kitérni, mert a klinikán szerzett tapasztalatainkat a jodoform használára vonatkozólag még nem tartjuk elegendőeknek, hogy azokból számbavehető következtetéseket lehetne levonni. Itt csak az eszközről s annak alkalmazása módjáról vagyok bátor szólani.

Az eszköz — mint az ábrán látható — áll egy 60 mm. hosszú és 2½ mm. átmérőjü csőből, mely újezüstből készült. Ezen cső felső vége 6 mm. átmérőjü toldalékkal bir, mely egy csavarral lefogott rugót rejt magában, abból a czélból, hogy a csőben dugattyúként elhelyezett újezüst-rudat visszatolva tartsa. Ennek felső végén gomb van, melyet megnyomva, az újezüst-rúd a kanül alsó végéig tolható elő. A cső alsó 10 mm.-nyi vége nyitott vályút alkot legömbölyített széllel. A vályú mélysége valamivel több, mint a cső lumenének fele. A dugattyú alsó vége oly módon van lecsiszolva, hogy az a vályút kitölti ugyan, de annak szélein sehol túl nem ér. A rúd oly módon van megerősitve, hogy oldalt nem fordulhat s igy annak lecsiszolt vége mindig előretekint. Az eszköz a felső csavar lecsavarása által könnyen szétszedhető s az egyes részek: a cső, a rúd és a rugó külön-külön sterilezhetők.

Az eszköz alkalmazása előtt a szemet cocainozzuk azután kellően megmossuk. A szemrést Snowden-szemhéjterpesztővel széttárjuk, a szemet alul rögzítjük. Most vagy a meglevő sebet repesztjük meg finom spatulával vagy egy 4 mm. hosszú sebet ejtünk lándzsával a cornea felső széle közelében. Az eszközt magát úgy használjuk, hogy sterilezett üvegcsészébe helyezett finom jodoform-port merítünk a kanül vályújába, azután a port Daviel-kanál segélyével lenyomkodjuk s a fölösleget lesimítjuk. Az eszközt most magunk felé tartott vályúnyilással úgy fogjuk kezünkbe, hogy a cső kiszélesedő részét elől hüvelyk, hátul 3-ik és 4-ik ujjunkkal fogjuk meg, míg mutató ujjunk a gombon nyugszik. Ekkor a kanül domború végével a szem lefelé nézetése közben megnyomjuk a hátulsó sebajkat s a kanül vályúját az elülső csarnokba toljuk. Ekkor a rudat előretolva, a vályú tartalmát az elülső csarnokba ürítjük. Végül az eszközt, a dugattyút vissza nem engedve, a sebből kihúzzuk.

Hasonló módon járhatunk el akkor is, ha az üvegtestbe óhajtanók juttatni a jodoformot.

Az eszközt, mielőtt betegen alkalmaztuk, disznószemen többszörösen kipróbáltam. Mindenkor a vályú teljes tartalma benmaradt a szemben. A bevezetés semmi nehézséget nem adott.

A csarnokba juttatott jodoform mennyisége 25—30 mgr.-nyi volt, tehát bőven a fele egy *Wüstefeld*-féle tablettának, melynek súlya 50 mgr. A bevitt jodoformmennyiség mindenesetre elég, mert hetekig tart, míg felszívódik.

Azt hiszem, hogy ezen eszközzel kiméletes módon lehet tiszta jodoformot a szembe juttatni s annak hatását minden mellékhatás nélkül tanulmányozni.

[1] Zeitschrift für Augenhk. VI. köt., 3. füz. Jegyzet Ostwalt czikkéhez a 196. oldalon.

A mydriaticumok élettani hatása.

Irták: *Erdélyi Jenő* és *Hermann Emil*[1] orvostanhallgatók.

Alig van a szembajok kórtanában olyan betegség, melynek therapiájában, vagy legalább diagnostikájában a mydriaticumok nagy szerepet ne játszanának. Igy természetes, hogy a vizsgálók már régóta nagyon sokat foglalkoztak velük és részben a régi szerek hibáinak javitásán, részben újabb jobb anyagok feltalálásán fáradoztak.

A pupillatágitó szerek száma ma már jelentékeny és az irodalom, mely róluk keletkezett, elég nagy terjedelmü.

Czélul tűztük ki magunk elé, hogy ezt az irodalmat, mely kevés kivétellel külföldi termék, összegyüjtsük, a véleményeket egymás mellé állítsuk és következtetéseket vonjunk le belőlük.

Ehhez csatoltuk a mi kisérleteinket is. A pupilla tágulása azonban nemcsak ezen alább tárgyalandó és mydriaticumok neve alatt összefoglalt vegyi szerek behatására, hanem más módon is lehetséges. Nemcsak az orvos, hanem a laikus is észreveszi ezt, minek bizonyitékaként gyakran látjuk kiváló mesterek kezéből kikerült szépmüvészeti munkákban a tág pupillát a hatás növelésére felhasználva.

Igy igen szépen, bár kissé idealizálva látjuk a félelemtől kitágult pupillát Vernet Horace-nak „A tigrissel küzdő arabs"-ánál. Egyébként is számos tényező ismeretes a közéletben, melyek a pupilla tágassági viszonyaira befolyással vannak. Álljon itt példának ezek nehánya.

Sympathikus izgalom tágítja a pupillát, ezért sokszor a köznép is helyesen következtet tág látából bélféregre. A számos pupillát tágító tényező közül legyen szabad még megemlitenünk a húgyvérüséget, ólomcolicát, a szemmozgató ideg bénulását, syphilitikus burjánzást és elfajulást az agyban, továbbá különféle psychosisokat, mániát és melancholiát.

Tágak a láták paralysis progressiva végső időszakában, agytumorok és meningitis esetén és a nervus opticus cerebralis részének sorvadásakor.

Tágul a pupilla myopia, glaucoma, vagy a szemgolyót érő trauma esetén és a halál után egy-két órával.

Láttunk spontan, nem vegyi szerekre beálló pupilla-tágulatot egy szemen is, esetleg veleszületett módon. De okozhat látatágulást harag és fájdalom, félelem és irtózat, ájulás és anaemia. Kitágul a szem látája sötétben vagy távolba nézéskor, sőt még akkor is, ha csak képzeljük a távolba nézést. Befolyásolja továbbá némikép az akarat, a mennyiben vannak egyének, kik pupilláikat tetszésük szerint tudják szükiteni vagy tágitani.

Physiologikusan tág a láta gyermekkorban, álomból való ébredéskor és tágul reflectorice akkor, ha a másik szemet árnyékoljuk, valamint mély belégzéskor is. Számos momentumot lehetne még felemlíteni, melyek a pupillára ily módon hatnak és a megfigyeléseknek és adatoknak ez egész halmaza eléggé bizonyitja, mennyire nem új a kérdés, hogy mily viszonyok és körülmények befolyásolják a pupilla tágasságát.

Vizsgálatainknál minden egyes szernél arra törekedtünk, hogy annak mydriatikus hatását, alkalmazkodást bénító képességét és therapeutikus hasznát kiderítsük. Kisérleti czélokra az egyes

[1] A budapesti' kir. magy. tud.-egyetem 1902. május 13-án tartott közgyülésén jutalmazott pályamunka.

szerekből különféle töménységü oldatot használtunk, mindegyiknél vizsgáltuk azonban a 1/2 %-os oldatot, hogy ily módon a hatás összehasonlítására valami alapunk legyen. A legtöbb esetben a szer egy cseppjét alkalmaztuk a belső szemzúgba és csak mikor a kisérleti egyén ezt kiszorította, akár a szer izgató hatása miatt, akár saját vigyázatlansága folytán, tartottuk szükségesnek egy új csepp adagolását.

Vizsgálataink tárgyát klinikai betegek alig képezték, részben mert esetleg analphabet voltuk miatt vizsgálásuk nehézkes lett volna, részben azért, mert a vizsgálandó egyénnek csak egy szeme volt ép és ha mi most az alkalmazkodást e szemen is bénítjuk, a beteg kedélye nagyon deprimálódott volna.

Többnyire 8—14 éves gyermekeknél aplicáltuk tehát a becseppentéseket, kiknek alkalmazkodása teljes volt és kiknek látóélességében fogyatkozás nem volt. Csak annyiban volt ez a kisérletek hátrányára, hogy nem lehetett őket naponta többször vizsgálni, ezért a becseppentés után 1 1/2—2 óráig figyeltük őket meg, aztán naponként egyszer, míg a hatás teljesen lejárt.

A pupilla tágasságát részben a Haab-féle Pupillometerrel, részben a Zeiss-féle „Pupillardistanzmesser"-rel határoztuk meg, míg az alkalmazkodás bénulásának megállapitására Csapodi-féle olvasópróbákat használtunk.

A vizsgálati czélokra szolgáló gyermekeket, valamint a beteganyagot és gyógyszereket a budapesti kir. tud. egyetem szemészeti klinikája volt szives rendelkezésünkre bocsátani, melynek orvosi kara minden tekintetben a legnagyobb készséggel támogatott bennünket, a miért kötelességünknek tartjuk, hogy e helyen is köszönetet mondjunk szives közbenjárásukért.

Atropin.

Az atropin a legrégebben ismert és legelterjedtebben használt mydriaticum. Az Atropa Belladonna alkaloidája, melyet a növény gyökereiből Mein állított elő elsőnek 1831-ben, majd a növény többi részéből is előállították Geiger és Hesse 1833-ban. Vele gyakran együtt fordul elő egy másik, hozzá hasonló hatású alkaloida, melyet először a Hyosciamus nigerben találtak és ezért hyosciamusnak neveztek el, és melylyel még alább behatóbban fogunk foglalkozni. Sósavval savanyított, magas hőfokú közegben vízfelvétel mellett tropinra és tropasavra bomlik, melyek vegyi összetétele mai napig még nem végérvényesen megállapított. Használatos kénsavas és bórsavas sója. Mi tisztább volta és könnyebb oldhatósága kedvéért az utóbbit használtuk.

Élettani hatását illetőleg bénítja a sphincter pupillaet és a musc. ciliarist és így mydriasist és alkalmazkodási bénulást okoz. Oculomotorius bénulás esetén a szembe cseppentve a mydriasis nő, miből következik, hogy valószinüleg a dilatator pupillaet, tehát a sympathikus idegvégeket is izgatja. Hatása 10—15 percz mulva kezdődik, 15—20 percz mulva éri el maximumát. A pupilla ad maximum tágult, a szem a távolpontjára van beállítva és a közelre nézés lehetetlen. A hatás átlag a 3-ik napra szünni kezd, de csak 6—8, esetleg 10 nap alatt mulik el teljesen. Hogy a normalis szemben a tensiót csökkenti-e vagy emeli, ez iránt eltérnek a szerzők nézetei, miből következik, hogy a tensio változása valószinüleg igen csekély. Ezzel szemben azonban glaucomás szemeken az atropin tensio emelő hatását általánosan elismerik.

Könnyü mérgezési tünetek: szárazság a szájban, garat- és gégében, sőt Schultz szerint nyelési és beszédzavarok is előfordulnak az atropinnak a könyesatornán át az orrba való lefolyása által. Ennek úgy iparkodtunk elejét venni, hogy az alsó szemhéjat kissé le- és kifelé húzva tartottuk, míg a hatás beállt és ekkor vattával a könyeket letöröltük és valóban egy esetben sem láttunk toxikus tüneteket.

Pinner az atropin alkaloidák chemiáját tárgyalva kijelenti, hogy a kérdés eddig tisztázva még nincsen. Biztosan állithatók a következők: „A különböző solanaceákban (atropa, hyosciamus, datura, mandragora, solanum, anisodus) legalább két alkaloid foglaltatik, melyek közül az egyik $C_{17}H_{23}NO_5$, a másik $C_{17}H_{21}NO_4$-ből van összetéve, úgy hogy a második az első élenyülési termékének tekinthető.

Az első a hyosciamin, mely alkaliak behatására isomer basisba, az atropinba megy át. Ez utóbbi csekély mennyiségben előfordulhat az előbb említett növények valamelyikében, de ép oly könnyen lehetséges, hogy az élő növényben csak hyosciamin van meg és atropin csak az elhalt növényben később keletkezik.

A második basis a hyoscin vagy a mi ezzel azonos a scopolamin. Úgy látszik, hogy a hyoscin alkaliák által hasonlóan elváltozik, mint a hyosciamin, bár nehezebben és inactiv scopolaminba vagy atroscinba megy át. E mellett a hyosciamin, illetőleg atropin víz lehasadása mellett apoatropinba vagy atropaminba alakulhat át, mely ismét vele isomer belladonninba $C_{17}H_{23}NO_2$ alakulhat át. A belladonnint ismételten megtalálták a fent említett növényekben, de valószinü, hogy csak az atropin bomlásának köszöni létét.

Ez alkaloidák nehezen előállítható volta teszi érthetővé, hogy a kereskedelemben előfordulók rendesen nem tiszták. Igy a hyosciamin, más néven könnyü atropin, túlnyomó részben hyosciaminból áll, de atropin is van benne. Az árusított atropin, a nehéz atropin, tiszta 116 foknál olvadó atropinból áll. A német, valamint a magyar gyógyszerkönyv szerint is az atropin sulfuricum hivatalos.

A hyoscinnak, vagy a mint a német gyógyszerkönyv pótlékában elkeresztelték, a scopolaminnak bromhydrogenes sója hivatalos. Leginkább a Scopolia atropoidesből állíttatik elő és az optikailag activ hyoscinon kivül az inactiv atroscint és kis menynyiségben hyosciamint és atropint is tartalmazza. A duboisin hyosciamin és hyoscin mellett más, ki nem kutatott alkaloidákat is tartalmaz.

Az atropin gyógy- és élettani hatását illetőleg kisérleteket végeztek elsőkül Fouché és Schäfer, párhuzamot akarva vonni atropin, homatropin és duboisin hatás között. Vizsgálták pedig a mydriatikus hatást tengerimalaczon és azután emberen; továbbá az alkalmazkodásra való hatást, a tágított pupilla viselkedését eserinnel szemben, a szerek átvihetőségét más individuumra és gyakorlati értékesítésüket, mely vizsgálatok eredménye:

Tengerimalacznál atropinra a mydriasis 7 percz mulva kezdődik, 30 percz alatt éri el legnagyobb fokát, ez 16 óráig tart és azután 24 óra alatt lassan elenyészik. A fényreactio 30 percz mulva szünik meg.

Duboisinnál 5 percz mula kezdődik, 20 percz mulva éri el legnagyobb fokát, ez állapot 18 óra hosszáig tart és azután 26 óra alatt enyészik el. A fényreactio 15 percz alatt eltünt. Homatropinra a mydriasis 5 percz után kezdődik, 35 percz alatt a maximumra emelkedik, de csak nehány órán át marad e fokon és 20 óra alatt teljesen megszünik. Az alkalmazkodást bénító hatás az atropinnál a következő adatokat szolgáltatta: kezdődik 23 percz mulva, a közelpont hátrább kerül, végül a távolponttal összeesik körülbelül 2 1/2 óra leforgása alatt és 18 órai tartam után 2—4 1/2 óra alatt szünik meg. Kisérője látásgyengeség, mikropsia. Az eserin hatást illetőleg 1/20 %-os atropin kifejtvén mydriatikus hatását 50 perczczel a becseppentés után 1/2 % eserint cseppentettek be, mely 20 percz alatt felére szükitette a látát; további 15 percz alatt a szükülés nem fokozódván, még 3 csepp eserint adtak, mire 40 p. alatt a pupilla elérte eredeti szélességét, de 1 1/2 óra mulva ismét az atropin hatás lépett előtérbe és az előbbi szélesség felét ismét elérte.

Az átvihetőséget illetőleg 15 perczczel a becseppentés után a humor aqueust Pravazzal kihúzták, ebből 4 cseppet egy másik tengerimalacz szemébe cseppentve 1 1/4 óra mulva maximalis tágulatot kaptak.

Az összehasonlító kisérletek eredménye, hogy az atropin hatás a legtartósabb, a duboisinnél gyorsabban áll be a hatás, de mégis legkoraibb a homatropinnál, melynél azonban a hatás intensitása kisebb és gyorsan el is múlik. A concentratio foka, úgy látszik, a hatás tartamára nincs befolyással.

Az alkalmazkodás legkorábban a homatropinnál bénul, de már 24 óra mulva visszatér, duboisinnál később kezdődik, de tartósabb és még fokozottabban áll mindez az atropinra.

Filomusi-Guelfi találták, hogy az atropin és hyosciamin egyenlő adagjai a mydriasis kezdetére, kifejlődésére és fokára nézve egy formán viselkednek, de a hatás a hyosciaminnál hosszabb ideig tart.

Schultz vizsgálatokat rendezett annak kiderítésére, mily módon hatnak a mydriaticumok és találta, hogy az atropin a nervi ciliares breves idegvégeire magában a sphincterben bénítólag hat, de a dilatator idegvégeinek izgalmát nem okozza.

Az atropin okozta kellemetlen melléktüneteket illetőleg Matthews-Owens az atropin kis adagjainak huzamos használata után is általános tüneteket észlelt.

Mc. Gowen 1 evőkanálnyi belladonna linimentummal történt véletlen mérgezést ir le.

Burvenich 4 éves gyermeknél 0·5 : 10 atropin-oldatot 4 napig cseppegtetett be és a gyermek általános mérgezés tünetei közt halt meg.

Rudolf az atropin- és hyosciaminnál a mérgezési tüneteket egyenlőknek találta: tág pupillák, az ajkak, száj, garat és nyákhártyák szárazsága figyelmeztetnek szerinte mérgezésre. Binz három atropin-mérgezést közöl. Egy hét éves fiú kis üvegcse atropin-oldatot megivott, mely becseppentésre volt szánva. Egy 3 éves fiú ugyancsak becseppentésre szánt oldatból meg nem határozható mennyiséget megivott. Egy harmadik esetben az orvos morphin helyett tévedésből atropint fecskendezett bőr alá. A kórtünetek igazolták, hogy a morphin és atropin hatása kezdetben és nem igen nagy adagokban ellentétes és hogy egyik a másiknak bizonyos körülmények közt ellenszere lehet.

Weller mérgezést észlelt egy kanál linimentumtól, mely állott 0·5 extr. belladonn. 0·5 extr. conii és 80 csepp tinct. opiiból. Tünetei két oldali mydriasis és ptosis voltak.

Binz közli, hogy egy 66 éves egyénnél véletlenül 0·004 gr. atrop. sulf.-t fecskendezett be. A tévedést azonnal észrevette és 0·01 gm. morphint fecskendezett utána. Egy óra mulva a pupilla tág, de nem ad maximum, a látás megnehezített, a torok igen száraz. A nehézségek igen rövid idő mulva elenyésztek. Az eset igazolja a két szer ellentétességét.

Pluymers acut psychosist hallucinatiókkal észlelt egy kis lánynál, kinek alkalmazkodás bénítása czéljából túlságosan sok atropint cseppentettek be. A melléktünetek közül még az atropin okozta kötőhártya-gyuladásról nem emlékeztünk meg. Ennek tünetei és jelleme Hauer szerint

1. catarrhalis vagy tüszős kötőhártya-gyuladás, melyhez csatlakozik

2. a szempillák gyuladása és eczemája és jellemző még e conjunctivitisre

3. a recidivára való fokozott hajlam. A kórtani lelet azonban sokszor csak tüszős kötőhártya-gyuladás. Az oktant illetőleg az idiosynkrasiát és a fertőzést elveti klinikai észleletei és állatkisérletei alapján és miután az erre vonatkozó elméleteket megbirálja, kisérletei- és kutatásaira támaszkodva Glorieux véleményét fogadja el kis módosítással.

Szerinte az atropinnal a szemészetben használatos oldatai egészséges szemre hatással nincsenek és az alkaloida hatása csak töményebb oldatokban lép fel vagy műtétek, sebzések után, midőn az idegvégekhez vezető út szabad, vagy végül a kötőhártya idült bántalmainál, midőn az atropin Glorieux bebizonyította hatásával legyőzi az érmozgató idegrendszer ellenálló képességét.

Zappula gyógyszerész 1896-ban tanulmányt közöl az atropinnak az edényekre gyakorolt hatásáról, mely különböző hatást fejt ki, a mint a központi idegrendszert, vagy a környi szöveteket izgatja. Bőr alá alkalmazásakor, azaz az idegrendszerre hatva edényösszehúzódás lép fel a test belső részeiben és edénytágulás a bőrön. Ezzel ellenkezőleg helybeli hatásnál csak edénytágulat észlelhető az edénytágító ganglionok izgalma folytán. A mérgezési tünetek leküzdésére és praeventiv intézkedések behozatalára sokan törekedtek.

Gunn azt hiszi, hogy atropin-vaselin kenőcs a mérgezést hátráltatja. Mc. Gowen pilocarpint ajánl bőr alá. Hegerstedt is jó hatást látott ettől.

Saját az atropinra vonatkozó kisérleteink ½, 1 és 2%-os oldatokra vonatkoznak.

A ½ % oldatnál a látatágulat 10 percz mulva kezdődött, 35 percz alatt érte el tetőfokát, ez állapotban 24 órán át megmaradt, hogy azután csökkenni kezdjen és 6-ik napra teljesen elenyészszen.

Az alkalmazkodás ez esetben teljesen hüdve volt. Kezdődött pedig a bénulás 20 percz mulva, és folytonosan fokozódva csak másnapra érte el teljes értékét, harmadnapra azonban már erősen alábbhagyott — ekkor ugyanis az alkalmazkodás már ismét 3·5 dioptria volt — és hatodik napra teljesen megszünt.

A fényreactio megszünése 35 percz mulva volt észlelhető.

½ %-os atrop. M. I. 12 éves. Bal szem. V = 5/5. Accom. értéke 11 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 5. becseppent.					
5 óra 25 p.	5·5mm.	élénken reagál	üveg nélkül	90 mm.	11 dioptria
5 „ 30 „	5·5 „	„ „	„ „	90 „	11 „
5 „ 35 „	5·7 „	jól „	„ „	90 „	11 „
5 „ 40 „	8 „	„ „	„ „	90 „	11 „
5 „ 45 „	8·5 „	kevéssé „	„ „	105 „	9·5 „
5 „ 50 „	9 „	alig „	„ „	110 „	9 „
5 „ 55 „	9·5 „	„ „	+ 5·0 D.-val	83 „	7 „
6 „ — „	10·0 „	nem „	„	83 „	7 „
6 „ 10 „	10·0 „	„ „	„	140 „	2 „
6 „ 20 „	10·0 „	„ „	„	172 „	0·5 „
6 „ 40 „	10·0 „	„ „	„	172 „	0·5 „
febr. 6. 4 óra 20 p.	10·0 „	„ „	„	200 „	— „
febr. 7.	8 „	alig „	„	120 „	3·5 „
„ 8.	7 „	kevéssé „	üveg nélkül	105 „	9·5 „
„ 9.	6 „	jól „	„ „	100 „	10 „
„ 10.	5·5 „	élénken „	„ „	90 „	11 „

Az 1%-os oldatnál az eredmény az előbbitől nem sokban különbözött. Mydriasis kezdete 10 percz mulva, tetőfoka 35 percz alatt, másnapra csökken, de még a kilenczedik napra sem járt le teljesen. A protrahált hatás magyarázata talán az, hogy, mint utólag megtudtam, az egyén szemei kisérleti czélokra hetenként 1—2-szer cocainozva lettek és igy a pupilla izmok müködése kissé renyhévé vált. Az alkalmazkodás bénulása 5 percz mulva kezdődött, 40 percz alatt teljes volt, (bár 0·5 dioptria fennmaradt, a mi azonban mérési hiba is lehet), harmadnapra alábbhagyott és a hatodik napra teljesen megszünt. A fényreactio 25 percz mulva maradt ki és csak öt nap mulva jelentkezett ismét.

1%-os atropin. P. T. 11 éves. Jobb szem. V = 5/5. Alkalmazkodás értéke 12 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 6. becseppent.					
4 óra 50 p.	4·5mm.	jól reagál	üveg nélkül	81 mm.	12 dioptria
4 „ 55 „	4·5 „	„ „	„ „	84 „	11·5 „
5 „ — „	5·5 „	„ „	„ „	90 „	11 „
5 „ 05 „	7·5 „	keveset „	„ „	130 „	7·5 „
5 „ 10 „	8 „	alig „	„ „	161 „	6 „
5 „ 15 „	9 „	nem „	„ „	190 „	5·5 „
5 „ 20 „	10 „	„ „	+ 5·0 D.-val	101 „	5 „
5 „ 30 „	11 „	„ „	„	151 „	1·5 „
5 „ 50 „	11 „	„ „	„	171 „	0·5 „
febr. 7.	10·5 „	„ „	„	171 „	0·5 „
„ 8.	9·5 „	„ „	„	130 „	2·5 „
„ 9.	8·5 „	„ „	üveg nélkül	110 „	9 „
„ 10.	8 „	„ „	„ „	106 „	9 „
„ 11.	7 „	gyengén „	„ „	87 „	11 „
„ 12.	6·5 „	„ „	„ „	87 „	11 „
„ 13.	6 „	jól „	„ „	84 „	11·5 „
„ 14.	5·5 „	„ „	„ „	85 „	11·5 „
„ 15.	4·9 „	„ „	„ „	80 „	12 „

2 %-os atropin. Cz. I. 12 éves. Bal szem. V = 5/5. Accom. 14 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 22. becseppent.					
5 óra 20 p.	4 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	70 mm.	14 D.
5 „ 25 „	5·5 „	jól „	„ „	80 „	12 „
5 „ 30 „	6 „	alig „	„ „	100 „	10 „
5 „ 35 „	6·2 „	„ „	„ „	125 „	8 „
5 „ 40 „	6·2 „	nem „	+ 5·0 D.-val	95 „	5·5 „
5 „ 45 „	6·5 „	„ „	„	110 „	4·5 „
5 „ 55 „	6·5 „	„ „	„	140 „	2 „
6 „ 05 „	6·5 „	„ „	„	175 „	0·5 „
febr. 23.	6·5 „	„ „	„	200 „	— „
„ 24.	6·5 „	„ „	üveg nélkül	180 „	5·5 „
„ 25.	6·5 „	„ „	„ „		
„ 26.	5·8 „	kevéssé „	„ „	130 „	8 „
„ 27.	5·0 „	alig „	„ „	100 „	10 „
„ 28.	4·5 „	gyengén „	„ „	80 „	12 „
márcz. 1.	4 „	jól „	„ „	70 „	14 „

A 2%-os atropin a szembe cseppentve maró, csípő hatású volt. A mydriasis 2 vizsgált esetünkben 5 percz mulva kezdődött, 26 percz mulva érte el maximumát, 4 napig változatlanul fennállott és 8 napra lassanként megszünt. Az alkalmazkodás bénulása olyan volt, mint az előbbi esetben.

2%-os atropin. J. J. 11 éves. V=5/5. Jobb szem. Accom. 14 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 22. becseppent.					
10 óra 55 p.	4 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	75 mm.	13·5 D.
11 „ — „	4·5 „	„ „	„ „	75 „	13·5 „
11 „ 05 „	4·6 „	jól „	„ „	85 „	12·0 „
11 „ 10 „	6·5 „	alig „	„ „	120 „	8·5 „
11 „ 15 „	7·2 „	„ „	+ 5·0 D.-val	75 „	8·5 „
11 „ 20 „	8 „	nem „	„	90 „	6 „
11 „ 25 „	8 „	„ „	„	130 „	3 „
11 „ 35 „	8 „	„ „	„	200 „	0 „
11 „ 45 „	8 „	„ „	„	200 „	0 „
11 „ 55 „	8 „	„ „	„	200 „	0 „
12 „ 20 „	8 „	„ „	„	200 „	0 „
febr. 23.	8 „	„ „	„	200 „	0 „
„ 24.	7 „	keveset „	üveg nélkül	200 „	5 „
„ 25.	7 „	gyengén „	„ „	150 „	6·5 „
„ 26.	5·5 „	jól „	„ „	120 „	8·5 „
„ 27.	5 „	élénken „	„ „	100 „	10 „
„ 28.	4·2 „	„ „	„ „	80 „	12 „
márcz. 1.	4 „	„ „	„ „	75 „	13·5 „

Mindezek alapján az atropin igen megbizható mydriaticumnak bizonyult.

Gyakorlati értékesítését illetőleg Fonchè-Schäfer szerint a szemfenék vizsgálásakor, valamint a szem törési viszonyainak meghatározásánál elébe helyezendő a a homatropin, melynek hatása sokkal gyorsabban jár le, de ép oly prompt minden tekintetben. Synechiákban dús iritisnél is csak az első próbakisérletek teendők vele; ha ekkor be nem válna, úgy sokkal jobb a duboisin vagy a scopolamin. A duboisin ugyanis erélyesebb hatású, bár hatása gyorsabban jár is le, mint az atropiné és néha még az atropin okozta conjunctivitist is megszünteti.

Samelsohn az atropin túlságos és helytelen használata ellen nyilatkozik. Csak a homatropint ajánlja ott, hol egyedül pupillatágitásra van szükség. A szarúhártya betegségeinél csak ott tartja jónak, hol veszély fenyeget, hogy a gyuladás az irisre is ráhúzódik. Minél kiterjedtebb és felületesebb a cornea edényképződése, annál károsabb az atropin, minél mélyebbre terjedő, annál kevésbé. Az iritis előre haladó stadiumának kezelésében ajánlatos kevés atropint alkalmazni, különösen, ha a pupillát tágítani már képtelen, mert edénybénító hatása a gyuladást fokozza.

Ezen ok miatt esik el az atropin, midőn a csarnokvízben exsudatio vagy vérzés van, ép úgy, mikor az üvegtest mellső részében zavarodás van vagy a szemüri nyomás emelkedése a ciliaris nyújtványok részvételét mutatja.

A luetikus, tuberculotikus, gonorrhoeás és serosus alakjai az iritisnek kevésbé követelik az atropin erélyes használatát és a causalis összkezelésnek kell előtérbe lépni.

Nézetünk szerint az atropin igen erélyes és megbizható mydriaticum, de distingválni kell alkalmazása esetén. Igen jó ott, hol tartósabban erélyes pupillatágításra van szükség, bár ilyenkor is sokan mérgező hatásáért elvetik. Ez utóbbi bajon talán tényleg segítene, ha, mint azt Gunn már régebben ajánlotta, vaselines kenőcs alakjában alkalmaznók.

Homatropin.

A homatropin az atropin mandolasavas estherje. Ladenburg synthetikusan is előállította.

Schäfer vizsgálatai szerint tengerimalacznál mydriatikus hatása 5 percz alatt kezdődik és 35 percz alatt tetőpontra hág, de csak nehány óráig marad meg ezen fokon és 24 óra mulva teljesen véget ér.

Embernél szerinte a hatás 9 percz mulva kezdődik, 30—40 percz alatt tetőpontját éri el, de csak fiataloknál, öregeknél kisebb fokban. A fényreactio 15—20 percz mulva szünik meg. 24 óra alatt a mydriasis is lejár. E vizsgálatokhoz 1/2%-os oldatot használt, de tapasztalta, hogy a homatropin 1—4%-os oldataival sem sikerül a pupillát az atropin- és duboisinnál észlelt szélességre kitágitani, csak 5%-os tágítja 9 mm-re és akkor is csak 3—4 óráig tart és 24 óra alatt megszünik.

Schultze H. szerint a homatropin hydrobrom. 1%-os oldatának pupillatágító hatása 12—15 percz mulva kezdődik és 40 percz mulva maximalis. A mydriasis erős. A hatás tartama 8—10 óra, de legfeljebb 1 nap. Ezzel szemben állanak más tapasztalatok.

Goetz vizsgálatai megegyeznek Schäferével, de nála a pupilla tágulása és az alkalmazkodás bénulása tovább tartott.

Wadsworth egy esetet említ, hol homatropint alkalmazott idegen test megkeresésénél a pupilla tágítására; a mydriasis a szemen 4 hónapig megmaradt a pilocarpin alkalmazása daczára.

Valószinü azonban, hogy itt (vagy az oldat nem volt alkalmas, vagy) más okok hozták létre az eltérést.

De Schweinitz a homatropin hatását öt napig észlelte.

Schäfer szerint a homatropinnak az alkalmazkodásra való hatása 1/2—5%-os oldatoknál a mydriasissal együtt lép fel. 20—26 percz alatt éri el tetőpontját, tart, míg a mydriasis, visszafejlődése is ekkor ér véget.

Schultze és Hamell szerint az alkalmazkodás bénulása nem teljes, sőt Wadsworth csak a pupilla bénulását figyelhette meg, mialatt az alkalmazkodás hibátlan volt. Theobald azonban azt hiszi, hogy ily esetekben a homatropin gyenge oldatainak hosszas használatára kell gondolni. Goetznél az alkalmazkodás 1/2—5%-os oldatok becseppentése után teljesen megszünt, sőt vizsgálatainál sohasem tapasztalta, hogy irisreactio maradt volna vissza.

Schäfer homatropinnal kezelt szembe 20 percz mulva eserint cseppentett, mely 40—50 percz mulva a pupillát rendes átmérőjére hozta. Utólagos tágulás nem is jelentkezett. Tehát eserin a homatropin hatását teljesen képes megszüntetni. Ugyanő az átvihetőséget is tanulmányozta. Ezen vizsgálatainál az atropinnál leirt módon járt el. Igy találta, hogy 10 percz alatt elérte a pupilla tágassága felét; 20 percz mulva ismét 4 cseppet adagolt a nyert folyadékból és a következő 40 percz multán a pupilla teljesen kitágult.

Groenouw közli tapasztalatait, melyeket körülbelül 100 esetben ephedrin. muriat. 1·0 és homatropin 0·01 és aqua dest. 10 gm. keverékkel észlelt. Ebből 2—3 csepp 8 percz mulva pupillatágulást okozott, mely 1/2 óra mulva érte el maximumát és 4—6 óra alatt elenyészett. A fényreactio teljesen fel volt függesztve, az alkalmazkodás nem befolyásoltatott. Mellékhatások és izgalmi tünetek nem léptek fel.

Kellemetlen melléktüneteit illetőleg Sharkey találta, hogy a homatropin hosszas alkalmazásánál az alkalmazkodás ugyanazon meggyengülése jön létre, mint atropinnál, ámbár utóbbinál talán 0·5 D-val több.

Ziem a duboisinhoz hasonló mérgezést észlelt, midőn homatropinból nem egész borsó nagyságút (?) 19 éves férfi kötőhátyatömlőjébe helyezett. De megjegyzendő, hogy a beteg nehány nappal előbb könnyű szénélegmérgezésen ment keresztül. Az érlökések száma 40-re csökkent.

Povley 7 éves leánynál nehány csepp 2%-os homatropinoldat becséppentése után nyugtalanságot, deliriumokat, hallucinatiokat észlelt és tanácsolja, hogy a becseppentéssel egyidejüleg a könytömlőre nyomás gyakoroltassék.

A mi gyakorlati alkalmazását illeti: Schäfer oly esetekben ajánlja, hol a szemfeneket vagy a szem törési állapotát vizsgáljuk, gyógyítási czélokra nem tartja alkalmasnak.

Chisolm a homatropin 1%-os oldatát ajánlja refractio meghatározására.

Colemann találta, hogy a manifest hypermetropiát 88%-ban homatropin nem deríti oly jól ki, mint az atropin. A homatropint 1/2, 1 és 2%-os oldatokban vizsgáltuk.

1/2%-os oldata a pupillát 8 percz alatt kezdi tágítani, de teljesen csak 45 percz alatt jött létre a tágulás.

Az alkalmazkodás nem szünt meg egészen, de a pupilla teljes kitágulása után csak nehány dioptria maradt belőle.

A fényreactio 20—25 percz mulva tünt el. A hatásból a következő napra még fennmaradt valami, de a harmadik napra ez is eltünt.

1/2 %-os homatropin. M. I. 15 éves. Bal szem. V=5/5. Accom. 11 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 5. becseppent.					
5 óra 30 p.	5·5mm.	élénken reagál	üveg nélkül	90 mm.	11 D.
5 „ 35 „	5·5 „	„ „	„ „	105 „	10·5 „
5 „ 40 „	6·7 „	jól „	„ „	110 „	9·5 „
5 „ 45 „	6·7 „	keveset „	„ „	110 „	9·5 „
5 „ 50 „	6·7 „	alig „	„ „	122 „	8·5 „
5 „ 55 „	7 „	nem „	„ „	125 „	8·5 „
6 „ — „	7·3 „	„ „	+ 5·0 D.-val	78 „	8·5 „
6 „ 05 „	8 „	„ „	„	80 „	8·5 „
6 „ 15 „	8·5 „	„ „	„	95 „	5·5 „
6 „ 25 „	8·5 „	„ „	„	119 „	3·5 „
6 „ 45 „	8·5 „	„ „	„	120 „	3·5 „
7 „ 05 „	8·5 „	„ „	„	120 „	3·5 „
febr. 6.					
4 óra 25 p.	5·8 „	élénken „	üveg nélkül	100 „	10 „
febr. 7.	5·5 „	„ „	„ „	90 „	11 „

1 %-os homatropin. P. A. 14 éves. Jobb szem. V=5/5. Accom. 12 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 6. becseppent.					
5 óra 56 p.	5·5mm.	élénken reagál	üveg nélkül	80 mm.	12 D.
6 „ 01 „	5·5 „	renyhén „	„ „	144 „	10 „
6 „ 06 „	6·5 „	nem „	„ „	102 „	7 „
6 „ 11 „	8 „	„ „	„ „	171 „	5·5 „
6 „ 16 „	8·5 „	„ „	+ 5·0 D.-val	90 „	5·5 „
6 „ 21 „	9 „	„ „	„	101 „	5·5 „
6 „ 26 „	10 „	„ „	„	125 „	3·5 „
6 „ 31 „	10 „	„ „	„	171 „	0·5 „
6 „ 41 „	10 „	„ „	„	175 „	0·5 „
7 „ 01 „	10 „	„ „	„	175 „	8·5 „
febr. 7.	6·7 „	jól „	üveg nélkül	120 „	0·5 „
„ 8.	5·7 „	élénken „	„ „	80 „	12 „

Az 1%-os oldat szintén mintegy 8 percz alatt kezdi tágítani a pupillát, de 25 percz alatt a tágulás tetőpontra hág. Az alkalmazkodás 35 percz alatt majdnem teljesen bénúl, a fényreactio 10 percz alatt megszünik, másnapra a hatás jó része visszamarad, de harmadnapra teljesen lejár.

2 %-os homatropin. L. I. 13 éves. Jobb szem. V. 5/5. Alkalm. 12 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 17. becseppent.					
10 óra 54 p.	4·5mm.	élénken reagál	üveg nélkül	80 mm.	12 D.
10 „ 59 „	5 „	„ „	„ „	80 „	12 „
11 „ 04 „	5·5 „	jól „	„ „	80 „	12 „
11 „ 09 „	7·5 „	kevéssé „	„ „	80 „	12 „
11 „ 14 „	8 „	renyhén „	„ „	80 „	12 „
11 „ 19 „	8 „	nem „	„ „	115 „	8·75 „
11 „ 24 „	8 „	„ „	+ 5·0 D.-val	85 „	6·5 „
11 „ 34 „	8 „	„ „	„	100 „	5 „
11 „ 44 „	8 „	„ „	„	135 „	2·5 „
11 „ 54 „	8 „	„ „	„	160 „	0·5 „
febr. 18.	6 „	jól „	üveg nélkül	105 „	10 „
„ 19.	4·5 „	élénken „	„ „	80 „	10 „

A 2 %-os oldat becseppentése után a pupilla 5 percz alatt kezd tágulni, 20 percz alatt teljesen kitágul. Sajátságos az eltérés az alkalmazkodást illetőleg. Csak 25 percz mulva kezd bénulni, de újabb 20 percz mulva a bénulás majdnem tökéletes. A fényreactio 20 percz mulva renyhébb, 5 perczczel később kimarad.

A vizsgált egyének közül több arról panaszkodik, hogy a szer csíp vagy viszket. Ennek objective kis fokú ciliaris injectio felel meg.

A homatropin tehát vizsgálati czélokra nagyon alkalmas és kellő óvatosság mellett a mérgezés tünetei ritkábban állanak elő. Jobb, mint az atropin és duboisin, mert másnapra a hatás lejárt és az alkalmazkodási bénulás kellemetlen tünetei a beteget nem bántják. Gyógyítási czéljokra épen ezen rövid ideig tartó hatása miatt kevésbé alkalmas. Hátránya, hogy az alkalmazkodást néha csak hosszú idő mulva bénítja teljesen.

(Folyt. következik.)

A glaucoma gyógyitása.

Összefoglaló szemle.

A glaucoma gyógyitásának kérdése az utolsó években állandóan napirenden van. A bántalom nagy elterjedése, azon körülmény, hogy hazánkban — a mint azt *Imre József* kimutatta[1] — a vakságnak szerfölött gyakori oka s végül a gyógyitás eredményeihez s annak mikéntjéhez füződő tudományos következtetések eléggé megokolják, hogy az újabb irodalom adataival olvasóinkat megismertessük.

A franczia szemészeti egyesület 1901-dik évi congressusán *Wecker*[2] „az iridectomia értéke a glaucoma ellen“ czímmel referáló előadást tartott, melyben nagy részleteséggel tárgyalja a kérdést. Mindenekelőtt megismerteti a glaucoma operativ gyógyitásának történetét, vázolja a különböző módszereket, a melyeket az iridectomia pótlására javasoltak, tanulmányozza azok igyekezetét, kik némely glaucoma-alakot a gyógyszeres gyógyitás számára akarnak reserválni, végül körvonalozza az iridectomia értékét és jövőjét. A dolgozathoz függelékül 112 szemorvos véleményét csatolja, kik közül csak 12-en nem operálják a glaucoma simplexet (Abadie, Chevallereau, Darier, Dujardin, Gros, Lagrange, de Lapersonne, Trousseau, Valude, Vennemann, Vignes, Voelkers), 17-en kizárólagosan a sclerotomiát végzik ellene, 49-en csakis az iridectomiát s 34-en úgy az iridectomiát, mint a sclerotomiát. *Wecker* ama véleményben van, hogy az iridectomia hatása a glaucoma simplex eseteiben is épen olyan, mint az inflammatorium ellen. Az iridectomia kiegészítő s támogató operálása a sclerotomia. A sympathectomiáról következőkép nyilatkozik: 1. le kell mondani arról, hogy e műtét a glaucoma simplex eseteiben pótolja a direct beavatkozást, 2. csak a glaucoma malignum eseteire szorítandó, 3. nem lehet biztos s tartós eredményt tőle várni, 4. megelőző sympathectomia nem teszi kedvezőbbé a direct beavatkozást. Az előadást követő vitában igen számosan vettek részt, közöttük *Javal*, ki mindkét szemén glaucomában megvakult. A műtétek (sclerotomia, később iridectomia) előtt hosszú ideig mioticumokat használt s azon véleményének ad kifejezést, hogy vagy a prodromák idejében kell operálni vagy egyáltalában tartózkodni a beavatkozástól.

A Wecker által kedvezőtlenül megitélt sympathectomia a XIII. orvosi congressus szemészeti osztályát is foglalkoztatta és pedig *Angelucci*[3] és *Jonnesco*[3] előadásai kapcsán. Utóbbi volt az, ki *Abadie* eszméjét megvalósitotta és a sympathicus felső nyaki duczát glaucoma eseteiben kiirtotta. Ő maga 12 izben hajtotta végre s úgy közvetlen, mint késői eredményeivel meg van elégedve. *Panas* azonban úgy a kisérleti, mint a klinikai tapasztalatok alapján azt vitatja, hogy azon esetekhez, a melyekben a sympathicus resectioja hatástalan — pedig ezek száma jelentékeny — olyanok is társulnak, a melyekben muló javulás után csakhamar bekövetkezik a recidiva. A *heidelbergi* társaság[4] gyülésén sem részesült e műtét kedvező fogadtatásban. *Grunert* a tübingeni szemklinikán végzett 15 sympathicus resectioról számol be s bár nagy tartózkodással nyilatkozott, mégis elég kedvezőnek

[1] A vakság okai a magyar Alföldön. Szemészet, 1899. 6.

[2] Bulletins et Mémoires de la société française d'ophthalmologie. Páris, 1901.

[3] XIII-e congrès international de médecine. Paris, 1900. Comptes rendus. Section d'ophthalmologie.

[4] Bericht über die XXVIII. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft. Heidelberg, 1900.

tartja az elért eredményt. *Sattlerben* s *Hippelben* azonban nagyon kevés bizalmat keltett az eljárás, *Schmidt-Rimpler* is nagy óvatosságot ajánl indicatioinak felállításában.

Mint látható tehát, Franciaország s a Német birodalom legtapasztaltabb szemészei s leggyakoroltabb operateurjei kedvezőtlenül nyilatkoztak ez új mütéti módról. Ennek ellenére a közlések mindig szaporodnak, úgy hogy *Ziehe* és *Axenfeld*[1] monographiájukban már 69 esetről számolhatnak be s ezek alapján a következő tételeket állapítják meg: 1. A sympathicus resectio veszélytelen beavatkozás, az azt követő zavarok mulóak; 6 esetben glaucomás roham keletkezett a mütét után. 2. A glaucomás szemek egy része sok hónapra megjavítható, de egy esetben sem lehet tudni, hogy a mütét javítólag fog-e hatni, annál kevésbbé, hogy az eredmény tartós lesz-e. 3. Glaucoma inflammatorium eseteiben *nem* végzendő; glaucoma haemorrhagicum ellen megkisérlése jogosult; gl. inflammatorium chronicum és gl. simplex eseteiben az iridectomia támogatására a progredialás ellenében ajánlatos; gl. absolutum ellen csak akkor, ha a vakság nem régóta áll fenn, vagy ha ez az egyedüli szem, vagy ha fájdalmas s a beteg az enucleálásba nem egyezik. 4. Sympathectomia előzetes iridectomia nélkül jogosult, ha: a beteg a szem operálásába nem egyezik, ha az egyik szemen az ártott, továbbá gl. haemorrhagicum és g. simplex azon eseteiben, a midön a látás már szerfelett rossz. 5. Mioticumok utólagos alkalmazása tanácsos. 6. Prophylactikus hatása kétséges. 7. A jó hatás a tensio csökkenésből magyarázható. Mindezek alapján a szerzők azt tartják, hogy a sympathicus resectio mindazon esetben, a midön eddigi eljárásaink elégtelenek bizonyulnak, jogosult és ajánlatos kisérlet, bár nem várható tőle minden esetben segitség. Még vérmesebben nyilatkozik *Bichat*,[2] ki a sympathectomiát glaucoma simplex, haemorrhagicum és infantile eseteiben indikáltnak tartja s azt reméli, hogy a baj előrehaladását megakasztja.

Ezen két monographia sem tudta a nagy tapasztalatú operateureinket meggyőzni, hogy a sympathectomia megnyerte a sikeres operálások polgárjogát. Igy *Gatzek*[3] a boroszlói szemklinikán az utolsó 10 év alatt észlelt 214 glaucoma-esetről számol be s azon következtetésre jut, hogy a glaucoma valamennyi alakja ellen leghatásosabb az iridectomia, melyet a sclerotomia egészithet ki. Lényegében *Uthoffével* hasonló eredményre jut 355 esete mérlegelése alapján *Haab*[4] is, s *Terrien*[5] a Panas vezetése alatt állott párisi egyetemi szemklinika volt chefje is azt mondja, hogy a sympathectomia nem biztató, a javulás, ha ugyan van, sohasem tartós, úgy hogy a sympathectomia első öt éve után is e mütéttel szemben a legnagyobb tartózkodás és óvatosság nagyon is megokolt. *G. E.*

IRODALOM-SZEMLE.

A glaucoma ellen végzett iridectomiák eredményeiről referál Vettiger Mellinger baseli egyetemi tanár klinikájáról. Acut glaucoma 95·65%-ban volt az iridectomiának kedvező eredménye; chronikus glaucomának 76%-ban, míg 19·85%-ban inkább hátrányos volt; glaucoma simplex ellen csak 51·81%-ban volt jó hatása, míg hátrányos 7·27%-ban. Ez alapon mindhárom alakban mielőbbi végzését indicáltnak tartja. (Centralblatt für Augenh. 1902. März.)

A jequiritol és jequiritolserum alkalmazásáról tesz jelentést O. Salffner. A jequerity-infusum-ot általánosságban nem tudták alkalmazni, mert nem ismerték a hatóanyagot és nem tudták dozirozni annak hatását sem, mert a jequirity-gyuladás súlyos formáinál ellenméreg nem állott rendelkezésre. Mióta a vegyileg tiszta hatóanyagot, *abrint*, elő tudják állítani, azóta különböző töménységü oldat becseppentése által a gyuladást fokozhatjuk vagy mérsékelhetjük. *Römer* kisérletei alapján tudjuk, hogy embert és állatot a jequirityméreggel szemben immunissá lehet tenni, mint tetanussal vagy diphtheritissel szemben. *Römer* Behring elvei szerint készült serumot állitott elő, melylyel az abrin hatását 24 óra alatt paralyzálni és a szemen okozott gyuladást ártalmatlanná képes tenni. Szerző ilyen alapon kezdett kisérletezni, miután trachomás pannus rendelkezésére nem állott, régi maculák, görvélyes pannus és kerat. parenchymat. után visszamaradt hegesedés eseteiben. *Merck jequiritol* oldatát használta, mely négyféle töménységben kerül forgalomba. Az I-ső számú oldatból 2 cseppel kezdte, lassanként emelkedett, erősebb oldatot használt, míg a kivánt reactio mutatkozott. A kezelés alatt a szemet bekötni nem szabad, mert a váladék összegyülemlik és mosásra boroldatot kell rendelni, nem sublimatot, mert utóbbi a jequiritolt coagulatio által ártalmatlanná teszi. A betegek csak a III. és IV. sz. oldat becseppentésénél éreztek némi égető fájdalmat; a közérzet soha alterálva nem lett, hőemelkedés nem mutatkozott. A szemen először conjunctivalis izgalom, majd a szemhéjak oedemája, a conjunctiva tarsi duzzanata mutatkozott, melyhez könnyen eltávolítható hártya és serosus, később genyes váladék képződése társult. Később a szemteke kötőhártyája is megduzzadt és a limbusról számtalan edény húzódott a heg felé; az egész cornea homályos lesz, a pupilla szükebb, iritis vagy synechia azonban sohasem mutatkozott. Ezen állapot az utolsó becseppentés után nem tartott 10 óránál tovább, mire kezdett visszafejlődni és 3—4 nap alatt a szemhéj és conjunctiva oedemája eltünt és a hártyák leestek, csak a szarúhártya serosus átivódása maradt vissza, az egész gyuladásnak további 4—5 nap alatt nyoma sem maradt.

Szerző a 19 eset közül 8-szor, midön a fájdalom erősbödött, beteg a feszesen megduzzadt szemhéjakat kinyitni képes nem volt, a kötőhártya a szarúhártyát gátszerüleg övezte, a váladék erősen genyes volt, a jequeritolserumot alkalmazta, melyet 2-szer sőt 3-szor is becseppentett, mire az összes tünetek visszafejlődtek, de egy esetben sem alkalmazta a serumot subconjunctival vagy subcutan módon.

7 esetben 2, egy esetben 3 jequiritol-kúrát végzett, ismétléseknél erősebb oldattal kezdhette.

Dolgozatához mellékelt táblázaton eseteinek eredményeit tünteti fel, a látóképességet illetőleg. Legtöbbször eczematosus pannusnál alkalmazta. Egy esetben a visus 2 kúra után 1/2 m. ujjolvasásról 6/24-re emelkedett, egyszer 1 méterről két cura után 6/8-ra, másik esetben 1/4 m.-ről két kúra után 6/12-re emelkedett, sőt egy betegének csak fényérzése volt és egy kúra után 6/12 visussal bocsátotta el. Majd minden esetben objective kimutatható eredményt ért el. Parenchymás szarúhártyagyuladás után visszamaradt hegeknél az eredmény olyan kedvező nem volt, melynek oka abban rejlik, hogy az interstitialis szarúhártyagyuladásnál a homály a mélyebb szarúlemezekben székel, míg a jequiritol csak a felületes rétegekre hat.

A jequiritol-gyuladás vegyi izgalom következtében jön létre, a szarúhártya felső lemezeinek serorus átivódása és új edények képződése által a resorptiora kedvező feltételek létesitettnek, miáltal a szarúhártya kóros alkatrészei gyorsan eltünnek.

A jequiritolt eczematosus szarúhártyagyuladásoknál, vagy azok után visszamaradt hegeknél, görvélyes vagy trachomatosus pannusnál, egyáltalában a szarúhártya mellső lemezeiben székelő homályoknál kitünő eredménynyel lehet alkalmazni, annál is inkább mert a jequiritolserumban oly gyógyszerrel azaz ellenméreggel rendelkezünk, melylyel a hatást mérsékelni, fokozni minden esetben lehet. (Arch. f. Augenheilk. 44. k. 4. f. XXII.) *Fejér Gyula* dr.

Folyóiratok átnézete.

Archiv für Ophthalmologie, LIV. kötet, 1. füzet. *Nedden:* A cornea széli fekélyeire vonatkozó klinikai és bacteriologiai vizsgálatok. *Hippel:* A veleszületett hályogok különböző fajai és egymáshoz való viszonyukról. *Birch-Hirschfeld:* További adatok az alkohol-amblyopia pathogenesiséhez. *Römer:* Kisérleti alapok az ulcus corneae serpens serumtherapiájára vonatkozó klinikai vizsgálatokhoz.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1902. április. *Schiamura:* Létezik-e a szemen endogen toxikus sebfertőzés. *Stein:* Különös lelet lószemen. *Hymmen:* Sertésnél észlelt retinaleválás esete. *Altland:* Blennorrhoea neonatorumhoz társult polyarthritis gonorrhoica. *Meyerhof:* A kötőhártya és szemhéjak lymphangioma cavernosuma. *Römer:* Metastasisos ophthalmia hydrophthalmus congenitusnál. — Veleszületett haemophiliában szenvedő egyén haemophthalmusának bonctani vizsgálata. — Intraocularis penészgomba-fertőzés esete. Május.

[1] Martin Ziehe u. Th. Axenfeld. Sympathicus resection beim Glaucom. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Augenheilkunde IV. 1—2. 1901.

[2] La sympathectomie dans le traitement du glaucome. Nancy, 1901.

[3] Beiträge zur Glaucombehandlung. Breslau, 1901.

[4] Das Glaucom und seine Behandlung. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. IV. 6—7.

[5] Chirurgie de l'oeil. Paris, 1902.

Volkmann: Új szem-mágnesek. *Müller:* Adatok az operativ szemészet köréből. *Wecker:* A taetoválás alkalmazása prothesis helyett. *Birch-Hirschfeld:* A látóideg direct sérüléseiről. *Fleischer:* A köny- és fültömirigy symmetriás duzzanatának különös esete a conjunctiva megbetegedésével kapcsolatban. *Nako:* Az emlős állatok keratitis parenchymatosájáról.

Zeitschrift für Augenheilkunde, VII. kötet, 4. füzet. *Schoute:* A glaukomás szem alakja. *Wokenius:* Az egyszerű utóhályog subconjunctivális discissiójáról. *Hummelsheim:* A jequiritol therapiáról. *Schmidt:* Hályogműtét után bekövetkezett panophthalmitis gyógyulása a szembe bevitt jodoform után. *Cramer:* A baloldali hátsó agylebeny cystájának sikerrel operált esete. 5. füzet. *Raehlmann:* A retina edényeinek endarteritis obliteransa nodosa-ja, s ennek viszonya a középponti arteria u. n. emboliájához. *Gallus:* A gyűrű alakú scotomákról. *Lohnstein:* A szemtükörrel való fénytörésmeghatározás új módja. *Levinsohn:* A szemeknek a pupilla-reflexxel való együtt mozgásának esete.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1902. február. *Hoppe:* Első segély a szem mész-sérüléseinél. *Feilchenfeld:* Sklerokeratitis rheumatica. — Cyclitis specifica. — Dacryocystitis diphtherica. *Hilberg:* A kötőhártya varicellájának esete. *Noiczewski:* Keratoconus gyökeres gyógyulása műtét útján. Márczius. *Weigandt:* Erosio corneae után keletkezett keratitis bullosa két esete. *Bistis:* Traumás exophthalmus esete. *Zirm:* A hypopyon-keratitis kezeléséről. *Arlt:* A cuprum citricum alkalmazása trachoma ellen. Április. *Neese:* Közlések a szemészti magángyakorlatból. *Israel:* Orbitális sarcoma műtéte a szem megtartásával. *Simon:* Az egyoldali nystagmus jelentősége a szemmozgások tanában. Május. *Fehr:* Pigment lerakódások az irisen s a Descemet-hártyán, mint a chorioidea sarcomájának korai tünete. *Straub:* Az áthajlási redő nyákhártyájának eltolódása a tarsusra trachoma eseteiben.

Archiv für Augenheilkunde, XLV. kötet, 1. füzet. *Wölfflin:* Az iris szöveti szerkezetéről. *Bär:* Reflectorikus nystagmus. *Salffner:* A cornea és sclera veleszületett anomaliája és két lószem egyéb fejlődési rendellenességei. *Thorner:* Lüktető chorioidealis vena este. *Loeser:* Abducensparesis és hemianopia szövődésének különös esete. *Stoewer:* A szemben fejlődő áldaganatok a gyermekkorban. 2. füzet. *Broxner:* Cystaképződés a lencsében. *Schmidt:* Fertőző külső szemgyuladások előfordulása a westfali ipari kerületben. *Meyerhof:* Szemhéjképzés és transplantatio a szemorvosi gyakorlatban. *Thorner:* A fénytörés meghatározásának elméletéről. *Weidlich:* A pupilla alkalmazkodási reactiójának opticai értéke. *Osaki:* Egy sympathisáló szem boncztani vizsgálatának eredménye, a chorioretinitis sympathica keletkezésére vonatkozó megjegyzésekkel.

Recueil d'ophthalmologie, 1902. február. *Strzeminski:* Fülbevalók okozta ritka elváltozások a szemen. *Remy:* A diploscop alkalmazása a binoculáris látás felismerésében és gyógyításában. Márczius. *Galezowski:* A fovea centralis elváltozásai myopiánál. *Armaignac:* Higany és higany benzoat befecskendezések értéke a szem különböző specifikus megbetegedéseinél. *Vieusse:* A cornea ulcus serpiginosuma és gyógykezelése (folytatás és vége). Április. *Houdart:* A mesterséges világításról. *Tiffany:* Szemhéj-autoplastika.

Annales d'oculistique, 1902. márczius. *Rogman:* Az intraocularis daganatok és áldaganatok diagnosisára vonatkozó megjegyzések. *Chaillous:* A conjunctiva megbetegedéséről polymorph erythema kiséretében. *Lor:* A pannus gyógyítása peri- és supracorneális electrolysissel. *Valude* és *Morax:* Az áthajlási redő kétoldali lymphoid infiltratiójának esete. *Dianoux:* A gyermekkorban végzett enucleatiokról. *Morax:* A trachoma s a conjunctiva acut fertőző gyuladásai közt levő különbségekről. *Leprince:* Meningitises eredetű szembántalmak. Április. *Holt:* Kinescopia, a szem fénytörésének új meghatározási módja. *Broca:* A színes jelzések felismerése s a színlátási próbákról. *Pergens:* Rhazes szemészti ismeretei.

The ophthalmic Review, 1902. április. *Hinshelwood:* Veleszületett szóvakság. *Thompson:* A retina középponti edényének eltömeszelése. Május. *Benson:* A fluorescein értékéről. Junius. *Jackson:* A trikresolnak antisepsises értéke.

Gyógyászat, 1902. 13., 14., 15., 16., 18. szám. *Fejér:* Szemészeti közlemények.

Magyar Orvosi Archivum, 1902. 2. füzet. *Szili Aurél:* Vizsgálatok az emberi iris hátsó rétegeinek anatomiája és fejlődése körül, különös tekintettel a musculus sphincter iridisre.

Wiener medicinische Presse, 1902. 15. szám. *Bondi:* Szemészeti közlések a gyakorlatból: 1. Lactatiós neuritis. 2. Heveny könymirigylob.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 21. szám. *Kunz:* A vakság physiologiájához.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 13. szám. *Hirschberg:* Szokatlan hályogműtét. *Schirmer:* A pupillák vizsgálatának methodikája. 16. szám. *Gowers:* Myasthenia és ophthalmoplegia.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 18. szám. *Arlt:* A trachoma kezelése cuprocitrollal.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 20. szám. *Hirschberg:* A keratokonus új műtevése. *Runge:* A Credé-eljárás eredményei. 21. szám. *Greeff:* Csőalakú látótér hysteriánál.

Le progrès médical, 1902. 18. szám. *Darier:* Szemgyógyászat körébe vágó előadás.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 13. szám. *Coppez:* A hályog műtevése.

The Lancet, 1902. I. füzet, 12. szám. *Bradburne:* A szemvizsgálat az angol hadseregben.

The Practitioner, 1902. április. *Collins:* Ophthalmia infantilis.

British medical Journal, 1902. április 26. *Malcolm:* Az alsó szemhéj traumás emphysemája. Május 3. *Stephenson:* A conjunctiva gümőkórja. *Magennis:* Az orrcsiptető a szemészti gyakorlatban.

Leitner Vilmos dr.

VEGYESEK.

— *Jelentés dr. Szili Adolf egyetemi tanár, főorvos huszonötéves működéséről.* Szili Adolf tanítványai mesterük 25 éves főorvosi működése alkalmából díszes füzetet adtak ki, a melyben a pesti izraelita hitközség kórháza szembeteg-osztályának negyedszázados munkásságát ismertetik. *Mohr Mihály* nyitja meg a közlések sorát, ismerteti a szemészet hazai történetének utolsó félszázadát, kiemeli a magyar szemorvosi iskolának Schulek Vilmos által való megalapítását, ezután a tanítvány szeretetével, de igazságosan méltatja Szili Adolf tudományos és sociális érdemeit, melyeknek „köszönhető, hogy Schuleken kívül eddig csak neki sikerült nálunk iskolát csinálnia, mely mestere tanításai értelmében az egyetemi szemklinika munkálkodásával párhuzamosan igyekszik a magyar szemészeti tudományt művelni".

Mohr Mihály bevezető czikke után Szili tanítványainak irodalmi munkásságának felsorolása következik. Mohr Mihályon (az általános munkás betegsegélyző-pénztár kórházának és a pesti izr. hitközség Bródy Adél gyermekkórházának szemész főorvosa) kívül Fejér Gyula (a székesfővárosi Szent Margit-kórház rendelő szemorvosa), Vermes Lajos, Pór Dezső közöltek czikkeket. Nem szabad felednünk, hogy 1888-ban rendszeresítettek a szemészeti osztály számára külön segédorvost, addig a belgyógyászati és sebészeti osztályok alorvosai felváltva segédkeztek a szemészeti osztályon!

Pór Dezső dr. az osztály történetét vázolja. Az 1805-ben alapított kórház csak 1850-ben kapott Oesterreicher Ede személyében külön szemorvost. 1869-ben az ambulansok száma még csak 71 volt, a kórházban ápoltaké 24. 1871—1877. Vidor Zsigmond volt a szemorvos, 1877-ben vette át az osztály vezetését Szili Adolf. Az osztály elhelyezése kezdetben szerfölött kedvezőtlen volt, az eredmények mégis jók voltak, ez kétségtelenül a főorvos önfeláldozó fáradozásának köszönhető. 1889-ben felépült az új kórház és a szemosztály alkalmasabb hajlékot nyert. A bejáró betegek száma meghaladja a 7000-t, a 25 év előtti szám negyvenszeresére emelkedett, kiknek csak 45%-át teszik az izraelita betegek, 55% más vallásokhoz tartoznak. A továbbiakból képet nyerünk azon álláspontról, melyet Szili Adolf a szembetegségek diagnostikájában s therapiájában elfoglal. A füzetet az ünnepelt kitűnően sikerült s művészien reprodukált fényképe díszíti.

Az egész füzet újabb bizonyítéka, hogy a pesti izraelita hitközség kórházának szemosztálya jelentékeny culturális tényező s hogy annak vezetője a tudomány és a humanismus szolgálatában nagy érdemeket szerzett.

— *A brassói magyar királyi állami szemgyógyintézet 1901. évi működése.* A *Fabritius Ágost* dr. vezetése alatt álló szemkórházban 610 beteg nyert kórházi ápolást, ezek közül 158 trachomás beteg volt; 178 műtetet végzett, ezek közül hályogműtét 92, iriskimetszés 32, szemhéjdaganat kiirtása 12, könyszervi operálás 3, enucleatio 13 és exenteratio 7 esetben végeztetett. Szürke hályogot egyidejű iriskimetszéssel végzett s csak háromszor előzte meg a hályogoperálást praeparativ iridectomia. A napi ápolási díj 112 fillér.

Az intézet jelenlegi vezetője működése 18 éve alatt 2238 szemoperálást s ezek között 936 hályogoperálást végzett.

A szemkórház 45 évi fennállása ellenére csak ideiglenes jellegű, ez annyit jelent, hogy alkalmatlan bérházban van elhelyezve s orvosainak nincs sem megfelelő fizetése, sem nyugdíjigénye.

Az igazgató főorvos évi tiszteletdíja 1000 korona, a segédorvosé 600 korona, csak természetes, hogy utóbbi nem fordíthatja teljes erejét a szembetegek ápolására, hanem mint városi orvos azt mellékesen teljesíti. A gondnok ugyancsak vármegyei hivatalnok s megint csak másodsorban foglalkozhat a szemkórház ügyeivel. Már pedig 45 éves működés eléggé megokolná, hogy egy ilyen vidéki szemkórház végleges elhelyezést s orvosai megfelelő ellátást nyerjenek.

Brassóban épen Fabritius Ágoston kezdésére az újszülöttek szemgyuladásának pusztítását úgy igyekeznek meggátolni, hogy minden gyermek születésének bejelentésekor az anyakönyvi hivatalban figyelmeztető sorokat adnak át, melyben a szülők figyelmét a baj veszedelmességére felhívják.

— *A Stefánia pesti szegénygyermek-kórház egyesület évkönyve* az 1901. évről. A kórházban 16.688 járó beteg közül 1676 szembeteg fordult meg, 1337 kórházban ápolt közül 112 szembajos. A nagyobb szemoperálások száma: 199. A szemészeti osztály főorvosa *Leitner Vilmos* dr.

— *A pozsonyi magyar királyi állami kórház* szemészeti osztályán (Főorvos: *Lippay Sándor* dr.) 1901-ben 593 szembeteget ápoltak, ezeken kívül 1620 bejáró szembeteget gyógyítottak. Az operálások száma 453 volt, ezek között 93 hályogműtét és 59 iridectomia.

— *Személyi hírek. Hallauer* baseli szemklinikai assistenst, *Colombo* dr.-t Bolognában, *Szulislawski* dr.-t Lembergben, de *Berardinis* és *Ceraso* dr.-kat Nápolyban, *Trombetta* dr.-t Turinban a szemészet magántanáraivá habilitálták. — *Gonella* dr.-t, a szemészet rendkívüli tanárát rendes tanárrá nevezték ki. — *Norris* philadelphiai szemész-tanár utódjául *Schweinitz* tanárt hívták meg. — *Asayama* tanárt a Kioto-egyetemen a szemészet tanszékére kinevezték.

— *A Cairoban* 1902. deczember 19—23. tartandó első egyptomi orvosi congressus szemészeti osztályán a következő themák fogják a megbeszélés tárgyát alkotni: A vakság okai Egyptomban; kötőhártya szemölcsösödések; egyptomi szemgyuladás; genyes ophthalmia.

— *A Madridban* 1903. április havában tartandó nemzetközi orvosi congressus szemészeti osztályában a következő tárgyakat tűzték napirendre: 1. Egyöntetű látáspróbák szüksége; 2. könyvezeték bajainak sebészi kezelése; 3. látóideggyuladás heveny fertőző bajokban; 4. a pupillát, az alkalmazkodást s a szem feszülését befolyásoló gyógyszerek.

Budapest, 1902. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája (felelős vezető: Közol Antal J.), Dorottya-utcza 14. sz.