Negyvenhatodik évfolyam. 31. szám. *Budapest, 1902. augusztus 3.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és 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.

Kollarits Jenő: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) Egynehány reflex viselkedése egészségesekben és tabesben. 495. l.

Róna Sámuel: Közlemény a székes fővárosi Szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. Az „eczema"-kérdéshez. II. Okoznak-e mechanikai behatások és köztük elsősorban a vakarás eczemát? 497. lap.

Török Lajos: Milyen bőrelváltozások idézhetők elő a bőr erőműi ingerlése által? 499. lap.

Parádi Ferencz: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani intézetéből. (Igazgató Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.) A méhgonorrhoea gyógykezeléséről prostituáltaknál. 500. lap.

Tárcza. Huber Alfréd: A Finsen-féle gyógymód mai állása. 502. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Hager Péter**: A cholelithiasis belső kezelésének és az operativ beavatkozás indicatioinak újabb elvei. 504. lap. — *Könyvismertetés. Kirmisson*: Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence. (P. J.) — *J. Krumpholtz*: Der Kampf gegen die Malaria. — Bericht über die vom Comité für Krebsforschung am 15. Oktober 1900 erhobene Sammelforschung. (Palotai A.) 505.—506. lap. — *Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. Zajanczkowsky*: A fortoin. — *Feibes*: A jodipin. — *Cattaneo*: A tejsomatose. — *Orr-, torok- és gégebajok. Freytag*: A gégegümőkór prognosisa. — (Tóvölgyi E.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Manasse*: A bismutose. — *Franck*: A hetolkezelés. — *Folyóiratok átnézete.* 506. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — A tisztiorvosi vizsgák. — Henoch. — Fürdőink személyforgalma. — A meiningeni ministerium. — A sulinai tengerészeti kórház sebészi állásának pályázata. — Gyógyforrás engedélyezése. — Az új általános kór- és gyógytani intézet. — Egyetemi házi gyógyszertár. — „Közegészségügyi közigazgatás." — Elhunyt. 507. lap. — Hirdetések. Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Egynehány reflex viselkedése egészségesekben és tabesban.

Észrevételek a tabes korai felismerésére.

Irta: *Kollarits Jenő* dr., idegklinikai tanársegéd.

A patellainreflex vizsgálatának kórismei értéke akkor érte el mai jelentőségét, a mikor bebizonyosodott, hogy e reflex minden egészséges emberen minden körülmény között kiváltható. Elégtelen technikai módszerrel végzett vizsgálatok ennek ellene szóltak és először ezen módszereket kellett javítani; ezt érte el *Jendrássik*, a ki ismert kézfogásával ott is ki tudta váltani a térdreflexet, a hol az a nélkül feltalálható nem volt: 1000 látszólag egészséges idegrendszerű egyén közül ez csak egyszer nem sikerült, a mikor is utólagos vizsgálat kiderítette, hogy a beteg diabetesben szenved. Fel kell említenünk, a mint azt *Jendrássik*[1] legutóbb is kiemelte, hogy kézfogása nem a beteg figyelmének elterelése, hanem az izmok tonusának emelése útján hat.

A midőn más inreflexek hiánya jelentőségének megállapításához fogunk, ugyancsak azon kérdéssel kell legelőbb tisztába jönnünk, hogy ezek minden egészséges emberen kiválthatók-e. Ha pedig ez nem sikerül első kisérletre, addig kell tökéletesíteni módszerünk technikáját, míg azt olyan tökéletességre nem vittük, mint a milyenen ma a térdreflexé áll. Hogy valamely reflex állandó voltának eldöntésekor legelőször azon reflex kiváltásának módszerét kell tökéletesíteni, kitünik azon vizsgálatokból is, melyeket egynehány szerző a lapoczka csonthártya reflexét illetőleg eszközölt.

Bechterew[1] scapulohumeral-reflexének megvitatása felkeltette a figyelmet egy régi, *Erb* és *Schulz* munkáiban már felemlített reflexre, melyet *Haenel*[2] tett újabb vizsgálat tárgyává. Ha ugyanis kopogtató kalapácscsal ütést mérünk a spina scapulae azon részére, a hol az a lapoczka szélétől elválik, összehúzódást kapunk, melyben főleg a deltaizom hátulsó része vesz részt, gyakran azonban a kétfejü karizom is megrándul. *Haenel* e reflexet 120 az idegrendszer tekintetében egészséges, de egyébként beteg ember közül 43·4%-ban találta meg *Steinhausen*[3] is foglalkozott e kérdéssel és ő sem tudta e reflexet mindig kiváltani a rendes vizsgáló módszerrel, de a mikor módot talált a deltaizom kellő elernyesztésére abban, hogy a vizsgált egyén törzsét kissé előrehajlitotta és e helyzetben felső végtagjait lelógatta, a deltaizom összehúzódása létrejött mindezen esetekben is. E szerző 300 egészséges egyén vizsgálata révén a módszer javításával kimondhatta, hogy e reflex egészséges emberen állandó. *Steinhausen* ezen eredményét magam is megerősíthetem, a mennyiben 1000 az idegrendszer szempontjából egészségesnek tekinthető egyénen a mondott módszerrel mindig ki tudtam váltani a lapoczkacsonthártya reflexét. Kézfogást itt is lehet alkalmazni olyan módon, hogy az ellenoldali kézzel egy szék karfáját szoríttatjuk a beteggel.

Ezen gondolatmenetből kiindulva további vizsgálat tárgyává tettem még az Achilles-ín és a háromfejü karizom inreflexét egészséges embereken, minthogy egynéhány szerző újabban e két reflexnek kórjelező szerepet tulajdonít a tabes korai felismerésében. Természetesen a patella-inreflexet is minden esetben megvizsgáltam és egy esetet sem láttam, melyben az hiányzott volna.

[1] Comptes rendus du XIII. congrés de médicine. Páris. Sect. de neurologie.

[1] Neurol. Centralbl. 1900. 208. l.
[2] Ugyanott 1900. 399. l.
[3] Ugyanott 1900. 1042. l.

Az Achilles-inreflexet *Plaesterer*[1] csak az esetek 57%-ában tudta kiváltani. Kedvezőbb *Schoenborn*[2] statistikája, a ki száz egészséges idegrendszerű ember közül 97-ben kiváltotta e reflexet. 2 egyénen kétes volt az eredmény, egy esetben a reflex kiváltható nem volt. E reflexet különféleképen vizsgálják. Némelyek az ülő helyzetben levő beteg Achilles-ínát a lábfej emelésével megfeszítik és egyik kezükben tartják; a kopogtató kalapácscsal az ínnak a sarokhoz közel eső részére mért ütéskor a vizsgáló keze megérzi a lábfej hajlását. E módszer megfelel az esetek egy részében, de ha a reflex gyenge, így járva el, könnyen elkerüli figyelmünket. Mások székre térdeltetik a beteget. E helyzetnek megvan azon jó oldala, hogy a láb az alszárhoz viszonyítva ugyanolyan helyzetben van, mint az alszár a czombhoz áll a patella-ínreflex kiváltásakor, a láb ezen helyzetben rendesen könnyen elernyeszthető. Úgy tapasztaltam azonban, hogy ha nem biztosan álló, pl. tabesban szenvedő beteget mindkét lábbal székre térdeltetünk, ez e helyzetben bizonytalannak érzi magát és félve az eséstől, összehúzódásban tartja izmait, elernyesztésük nem sikerül. Jobb ennél, ha a beteg szék mellé áll féllábon és azon biztosan nyugszik, a másikkal pedig könnyen feltérdel a székre, a nélkül, hogy a test súlyát erre átvinné. A betegnek biztosságérzése kedveért meghagyom, hogy mindkét kézzel a szék támláját fogja meg. Ha így reflex elő nem áll, itt is *Jendrássik* kézfogását kell alkalmaznunk, oly módon, hogy a beteg két kezével, melylyel a szék támláját fogja, iparkodik mintegy e támlát kettészakítani. Igy járva el, 1000 az idegrendszer szempontjából egészségesnek tekinthető egyén között egyet sem találtam, kiben az Achilles-ínreflex kiváltható nem lett volna.

A triceps brachii reflexének állandóságáról a legellentétesebb adatokat olvassuk. Ha azt egyes szerzők megelőzőleg egészséges egyéneken történt vizsgálatok nélkül állandónak tartják is, szemben áll velük egynéhány legújabban készült munka, mely e feltevésnek ellentmond. Igy *Haenel* fentemlített munkájában az idegrendszer szempontjából egészséges 120 beteg közül csak 80%-ban tudta e reflexet kiváltani. Ugyancsak megbizhatatlannak mondja *Mohr*[3] a triceps-, valamint a felső végtagokon kimutatható többi ínreflexet is E szerző 90 egészséges katonát vizsgált, és azt találta, hogy a triceps ínreflexe az esetek 16·5%-ában kétoldalt, ugyanolyan gyakran féloldalt nem volt kiváltható, a supinator-reflex 10%-ban kétoldalt, 3·3%-ban egyoldalt hiányzik. *Erb*[4] régi közleményében azt mondja, hogy a felső végtagok reflexei közül a tricepsínreflex leggyakrabban és legbiztosabban váltható ki. *Sepilli*[5] adatai elmebajosokra vonatkoznak, tehát a mi szempontunkból nem jól értékesíthetők, az ő 170 esete közül 31%-ban nem sikerült tricepsreflexet kiváltani. *Eisen*[6] szerint „az alkar ín- és csonthártyareflexei az esetek 5%-ában hiányzanak".

Ezen adatokkal szemben azon meggyőződésre jutottam, hogy a triceps brachii reflexe egészséges emberen mindig kiváltható, de hogy ez tényleg sikerüljön, egynéhány szabályt kell tekintetbe venni. Ha ugyanis a velünk szemben álló beteg felkarját felemeljük úgy, hogy az alkar függőlegesen lógjon le, olyan kényelmetlen helyzetet adunk a karnak, hogy igen gyakran képtelenek vagyunk az izmok oly fokú elernyedését létrehozni, hogy a triceps reflexe kiválható legyen. Ilyenkor a *Jendrássik*-féle fogással analog fogásokat alkalmaztam, pl. meghagytam a betegnek, hogy a másik kezével valamely tárgyat, pl. egy szék karfáját, hirtelen erősen szorítson meg, vagy leültetve a beteget felszólítottam, hogy a két térdét szorítsa össze, és az ütést a leirt mozdulatok kezdetén alkalmaztam. Egynéhányszor az alkar kilengését csak sok egymásután végzett kisérlet után sikerült elérni, ennek oka abban rejlett, hogy a beteg most sem lazította el alkarját eléggé, ha azonban ilyenkor magát az izmot figyeltem meg, észrevettem annak összehúzódását, különösen pedig az izom hosszú fejének előugrását. Figyelembe kell venni továbbá, hogy a háromfejű izom ina az olecranonhoz való tapadása helyén vékony ín és azért tanácsos azt egyik ujjunkkal megkeresni, hogy biztosan arra üssünk. Felkeresését könnyíti, ha a beteg ezalatt alkarját feszítő irányban mozgatja, a mikor is az ín előugrik. A vizsgált végtag helyzetét illetőleg legjobb, ha a beteg mögött állva csuklóját megfogjuk, és így tartva az alkart, emeljük fel a végtagot. Az alkar függőleges helyzetben legyen, a felkarral körülbelül 110° szöget képezve.

A mondottakat összefoglalva azon eredményre jutunk, hogy *1000 az idegrendszer tekintetében egészséges emberen minden esetben ki volt váltható az Achilles-ín, a patella-ín, a m. triceps brachii ín reflexe és a lapoczka csonthártyareflexe.* Ezen reflexek tehát egészséges egyéneken állandók, hiányuk pedig kóros jelnek tekintendő. Meg kell jegyeznem, minthogy a kornak többen fontosságot tulajdonítottak, hogy a vizsgált esetek többsége 60 éven aluli egyén volt, csak 27 volt 60 és 70 között és 18 egyén 70 és 80 között.

Ezek után áttérhetünk e reflexek magatartására tabesban.

Leimbach[1] 100 „a baj első éveiben" levő tabes-eset közül az Achilles-és patella-ínreflex hiányát 91-szer látta; 5 esetben gyengék voltak, 2-szer az Achilles, 2-szer a patella-ínreflex hiányzott féloldalt. Az előhaladt szakban levő 300 esetét hozzászámítva, 400 eset közül 368-ban hiányzott mind a két reflex, 7-szer hiányzott csak a patella-, 5-ször csak az Achilles-ínreflex, 10 esetben mind a kettő gyengült. Szerinte a triceps-reflex a korai szakban többnyire megvan.

Babinski[2] figyelmeztetett legelőször az Achilles-ínreflex hiányának fontosságára; talált eseteket, melyekben mindkét reflex mindkét oldalon hiányzott; másokat, a hol az egyik végtagon nem voltak kiválthatók, a másikon megvoltak, vagy a patella-ínreflex az egyik, az Achilles-íné a másik oldalon hiányzott. A kórisme szempontjából azonban azon esetek voltak a legfontosabbak, a melyekben a patellaínreflex hibátlan volta mellett az Achilles-íné kimutatható nem volt, mert ilyenkor ezen rendes körülmények között figyelembe nem vett reflex hiánya vezethet a helyes kórismére. 40 ily esetet látott, de csak 5 olyant, melyben e viszony fordított volt. Ugyanilyen eredményre jutottak *Förster*,[4] *Biró*[5] és *Strassburger*[6] is. *Förster* azonban a m. triceps brachii ínreflexét is figyelembe vette. *Frenkel*[7] a felső végtagok ínreflexének hiányát tabesban állandóbbnak tartja, mint az alsó végtagokét. 23 betege közül, kik mind az ataxia előtti szakban állottak, 11-nek volt meg a patella-reflexe, és csak 5 betegnek a triceps-reflexe kétoldalt, háromnak féloldalt. A tabes előbbre haladott szakában pedig a felső végtagok reflexei állandóan hiányoztak. *Behrend*[8] 29 tabes esete közül 2-szer volt csak meg a triceps-reflex kétoldalt, kétszer féloldalt.

Azon 100 tabes esetet, melyben az Achilles-patella-triceps-ín- és a lapoczka csonthártya reflexét vizsgálni alkalmunk volt, a következő csoportokba oszthatjuk.

31 esetben mind a négy vizsgált reflex hiányzott.

25 esetben mind a négy vizsgált reflex megvolt.

11 esetben csak az Achilles-ínreflex hiányzott, közülök kétszer féloldalt.

9 esetben az Achilles- és patella-ínreflex hiányzott.

2 esetben az Achilles-ínreflex kétoldalt, a patella-ínreflex csak féloldalt hiányzott.

7 esetben csak a lapoczka csonthártyareflex volt kiváltható, közülük az egyikben féloldalt.

6 eset az azelőttiektől annyiban különbözik, hogy a triceps reflex féloldalt kiváltható volt.

1 esetben csak a patella-reflex volt kiváltható a négy reflex közül.

1 esetben csak a patella-ínreflex hiányzott féloldalt, a többi reflex ép volt.

2 esetben csak a triceps-reflex hiányzott féloldalt, de ezek közül egyben a patella és lapoczka csonthártyareflex egyik oldalon csak kézfogással volt kiváltható.

[1] Inaug. Diss. Würzburg 1890.
[2] Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. XXI. k. 273. l.
[3] Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1901. XIX k. 2—4 f. 97. l.
[4] Arch. f. Psych. 5 k.
[5] Ref. Schmid Jahrb. 191. k. 287. l.
[6] Inaug. Dissert. Erlangen 1897.

[1] Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 7. k. 493. l.
[2] Gazette des hopitaux. 1898.
[3] Revue Neurol. 1901. 482. l.
[4] Monatschrift f. Psych. u. Neur. VII. k. 1. és 133. l.
[5] Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 19. k. 179. l.
[6] Ugyanott. 17. k. 306. l.
[7] Ugyanott. 17. k. 277. l.
[8] Ref. Schmidt's Jahrbücher. 273. k. 14. l.

1 esetben a triceps és lapoczka csonthártyareflex hiányzott.
1 esetben a patella- és triceps-reflex mindkét oldalon,
1 esetben a triceps- és Achilles-ínreflex egy oldalon hiányzott,
1 esetben csak a triceps-reflex volt kiválható egyoldalt,
1 esetben az Achilles-ín és lapoczkacsonthártya-reflex féloldalt megvolt, a többi reflex hiányzott. Kiemeljük egyik esetünket (8 sz.), mely 4 hónapi időközben kétszer volt vizsgálva, először csak az Achilles-ínreflex hiányzott, a patella-reflex egyik oldalon jól, a másikon kézfogással volt kiváltható. A második vizsgálatkor mind a két reflex hiányzott.

Az egyes reflexekre vonatkozólag a következőt találtuk.

Az Achilles-ínreflex	hiányzott	65,	megvolt	30,	féloldalt	5	esetben
A patella- „	„	56,	„	40,	„	4	„
A triceps- „	„	43,	„	47,	„	10	„
A lapoczkacsonthártyarefl. „		35,	„	63,	„	2	„

A mondottakból kitünik, hogy a reflexek közül legnagyobb fontosságú az Achilles-ínreflex, a mennyiben 11 esetben csak ez hiányzott, a mikor a többi reflex még ép volt. A patella-ínreflex is korán tünik el. Ezt mutatja, hogy az Achilles-ínreflex az esetek 65, a patelláé 56%-ban hiányzott kétoldalt. Fontos azonban, hogy csak 1 olyan eset akadt, a melyben a többi reflex ép volta mellett a patelláé, bár csak féloldalt, hiányzott. A triceps-reflex fontossága kisebb, a csonthártya-reflexnek jelentősége nincs.

Azon esetek közül, a midőn a reflex mind a két oldalon megvolt, az Achilles-ínreflex 4, a patella reflex 3, a triceps-reflex 1 esetben mutatott igen feltünő és állandó fokozatbeli különbséget. A kézfogás az a nélkül ki nem váltható Achilles-ínreflexet 6, patella-reflexet 7, triceps-reflexet 5, scapula periost-reflexet 8 esetben hozta napvilágra.

A tabes többi tünete között legfontosabb a Robertson-féle tünet, mely 79 esetben volt kétoldalt kimutatható a száz között, 9-szer féloldalt volt meg, 3 esetben a pupilla alig reagált és csak 9 esetben volt a fényreactio kielégitő. Hypotonia 73 esetben, ataxia csak 55 esetben volt kimutatható.

Érdekesek azon esetek, melyekben a tabes kétségtelenül meg volt állapítható, daczára annak, hogy a vizsgált négy reflex kiváltható volt. A 100 közül 25 ilyet találtam, ezek a 4, 7, 12, 13, 14, 24, 29, 32, 42, 44, 45, 46, 50, 53, 56, 57, 61, 64, 66, 71, 82, 85, 88, 90 szám alatt leirottak. Ezek közül a következő eset tanusítani fogja, hogy tabesra gyanus betegen az érzészavar fontos segitséget nyujthat a kórismében.

B. B. (64 sz. a táblázatban) 42 éves lakatos 1900. deczember 10-dikén kereste fel először a klinikai rendelést mindkét oldali oculomotorius bénulással, melynek oka kikutatásra várt.

Hat év előtt volt fekélye hímvesszőjén, mely 6 hétig tartott, utána kiütése volt egész testén és kéneső-kezelést használt. 5 éve nős. Feleségének 3 első terhessége (egy a 7., egy a 8., egy a 9. hónapban) abortussal végződött, egy két éves fia egészségesnek látszott, felesége egészségesnek látszik és a vizsgálatkor újra más állapotban volt. A betegnek most is gyakran van fejfájása, de inkább nappal és reggel, mint éjjel.

1898. augusztus 16-dikán bal szeme lecsukódott, 6 hónapig becsukva maradt. Ezen időtől származik kettős látása is. Bal szemének állapota javult, de fél év óta a jobbat nehezen nyitja fel. A kétoldali oculomotorius bénulás mellett renyhe volt a pupillák reactioja. Ezen kivül anaesthesiás öv volt található a mellen. Az ínreflexek jól voltak kiválthatók és semmi egyéb tabesra valló jel sem volt kideríthető.

1901. februárban szúró fájdalmak jelentkeztek a lábakban. 1901. deczember 17-dikén történt vizsgálatkor a patella-, az Achilles-, a triceps brachii-ínreflex és a lapoczkacsonthártya-reflex még mindig jól volt kiváltható; a szemizombénulás változatlan volt, a jobb pupilla fényreactioját elvesztette, a bal, bár renyhén, megtartotta. Ataxiája most nem volt a betegnek, de hypotoniája már jelentékeny.

Itt tehát 1894-ben lues-szel fertőzött egyénről van szó, a ki még 1897-ben valószinüleg syphilisben szenvedett (felesége 3-szor abortált) és 1898-ban szemizombénulást kapott. Közel fekvő gondolat volt ezen szemizombénulást a még egy évvel azelőtt fenállott lues-szel összefüggésbe hozni, az érzéstelenség azonban, mely övalakban derekán ki volt mutatható, kiderítette, hogy tabes-szal van dolgunk.

A 25 említett eset közül 16-szor mindkét oldalt, 3-szor féloldalt voltak merev pupillák, 2 esetben igen renyhe volt a fényreactio és csak 4 eset akadt, melyben a pupillareactio kifogástalan volta daczára tabesra volt tehető a kórisme. Ez mutatja, hogy a Robertson-féle tünet igazit leggyakrabban a helyes útra a kórismében azon tabes esetekben, melyekben az ínreflexek megtartottak.

(Folytatása következik.)

Közlemény a székes fővárosi Szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról.

Az „eczema"-kérdéshez.

Irta: *Róna Sámuel* dr. főorvos, egyetemi rk. tanár.

(Folytatás.)

ad II. *a) Scabies.* 157 scabieses egyént vizsgáltam meg. A betegség pár hétig és több hónapig, néhányszor 1 évnél is tovább tartott. Ezek közül csak a 150 nem kezelt és 2 már régóta nem kezelt esetet, összesen 152-t vettem figyelembe, tehát csak azokat, a melyekben gyógyszeres (chemiai) inger nem játszott szerepet a laesiok előidézésénél.

A) csoport. 88 betegnél a meneteken kivül csak pont- vagy csikszerü excoriatiok, elszórtan néhány esetben csoportosan kölesnyi hyperaemiás göcsök és egy résznél pigmentált hegecskék voltak láthatók.

Ezen csoportból különösen kiemelendőnek vélem a következő esetet: régóta *ulcus cruris* és „eczema" az egyik alszáron, több hét óta scabies erős viszketéssel, és az eczema mégis csak az alszárra localizált maradt.

B) csoport. 24 betegen a fenti bőrelváltozásokon kivül még impetigok és ekthymák, 5-ön még furunculusok, lymphangioitis, mint a staphylococcus-infectio typikus képviselői voltak észlelhetők. 1 betegnél még lichenificatio is volt.

C) csoport. 34 betegen a fenti elváltozásokon (tehát excoriatiokon, elszórt impetigokon stb.) kivül még a következőket észleltem, és pedig:

1. 20 betegen elszórtan, néha nagy számban, különálló, gombostűfejnyi, leginkább perifollicularis pustulákat, vagy papulopustulákat élénk hyperaemiás udvartól környezve.

2. 5 betegen kis gombostűfejnyi, kölesnyi, sőt közbe-közbe nagyobb pustulák vagy papulo-pustulák, melyek csoportokba egyesülve lencsényi, körömnyi, koronányi vagy nagyobb, élesszélü plaque-okat, majd mulékonyan nedvező és gyors beszáradásuk után hasonló nagyságú vékony pikkelyvaros vagy *hámló* területet képeznek. Ezen plaques szélein egyik-másik esetben friss miliaris pustulák képződését is láthatjuk.

3. 7 betegen jól kivehetőleg közönséges impetigoknak sürün egyesüléséből származó krajczárnyi usque tenyérnyi, éles határú varas plaque-okat. A varak eltávolítása után kendermagnyi-lencsényi genyedő vagy vérző excoriatiok csoportjai tünnek elő. Néha ezen plaque-ok szélein és szomszédságában is friss miliaris pustulákat constatáltam. Egy esetben circinarius tovaterjedést, több plaque-nak egy nagy területté összefolyását észleltem.

A 2. és 3. alatti alakok együttes előfordulását is találjuk.

E 2. és 3. csoportba tartozónak vélek két beteget, a kiket már hónapok óta nem kezeltek.

D) csoport. Nem tartottam figyelembe veendőnek 4 kezelés alatt bejött beteget, a kiknél egyes helyeken vesicula- és papulovesicula-csoportok voltak láthatók. Ezek nem tiszta esetek, mert ezeknél chemiai szerek is játszottak közbe. Valamint külön veendőnek véltem a következő nem kezelt beteget is:

K. J. 16 éves fiú, állitólag két hét óta van erős viszketése és igen erősen izzad munka közben. Status pr. Typikus scabies van jelen. A bőr nagyobb területein excoriatiok, excoriált hyperaemiás göcsök, elszórt, miliaris pustulák; a ezombvágányokban, a scrotumon kétoldalt, a mony alsó felületén számos pontszerü nedvezés, megannyi vesiculának megfelelőleg, és ezek összefolyásából származott nagyobb nedvező hyperaemiás területek és itt-ott egy kölesnyi ép vesicula.

Itt a bő izzadást is mint közbejött agenst kell tekintetbe vennünk. Ezen esetre különben még visszatérek.

ad II. *b) Epizoák.* 1. Számos *pediculi pubis* és *capitis* által bántott beteget vizsgáltam meg. Az előbbiek jelenléténél mindig csak excoratiokat és ez utóbbiaknál mindig typicus impetigokat és ezek összefolyásából származott nagyobb varas felületeket találtam a fejbőrön, tarkón stb. és legfeljebb még több-kevesebb miliaris pustulát.

2. 42 *pediculi vestimentiben* szenvedő beteget vizsgáltam meg. A viszketés tartama egy hét és több hónap között váltakozott. Ezek között:

a) csoport. 23 esetben a jellegzetes helyeken vagy a köztakaró nagyobb részén is csak pontszerű vagy vonalas excoriatiok, 1 esetben a fentieken kivül még urticaria fact. is. 6 esetben az excoriatiokon kivül számos kölesnyi hyperaemiás isolalt göcsök, melyeknek nagy része excoriálva volt (és melyek órák alatt nyomtalanul eltüntek), 1 esetben még nagyfokú lichenificatiot is.

b) csoport. 9 esetben az excoratiokon kivül impetigok és ekthymák és ezek között egynél nagyfokú melanosis. 1 esetben a fentieken kivül számos elszórt gombostűfejnyi papulo-pustula, 1 esetben pedig phlegmone és 1 esetben erysipelas.

3. *Cimex lectularius.* 6 esetben csak excoriált urticaria papulosa csoportokat találtam.

* * *

ad II. *c*) *Prurigok.* 19 esetet vizsgáltam meg. *A) csoport*: *15 nem kezelt prurigo Hebra esete.* Ezek között:

α) 6 esetben csak excoratiok, ép és excoriált prurigogöcsök, apró hegek.

β) 3 esetben a fentieken kivül elszórtan számos miliaris pustula és pedig nemcsak a prurigöcsök tetején, hanem ezektől függetlenül is és 4 esetben az eddigieken kivül impetigok is. 1 esetben mindezeken kivül a bőr egy heves roham alatt sürün egymás mellé illeszkedett prurigogöcsök által több tenyérnyi területen oedemás infiltrált szarúrétegétől fosztott és lakkszerü varral fedett. A viszketés ellen alkalmazott szerekre az egész 2 nap alatt eltünt.

Végül 1 esetben prurigo feroxon kivül *scabies* is volt. Itt a bal csípő táján férfitenyérnyi területen a bőr hyperaemiás, beszürődött, rajta számos különálló kölesnyi-lencsényi és ezek összefolyásából származó nagyobb sárga var; ezek között számos miliaris vesico-pustula. Utóbbiak máshol is láthatók. A varak eltávolítása után mélyebb, vérző, kölesnyi és nagyobb excoriatiok. Tehát itt impetigo pustulák voltak, melyek összefolyása „varas eczemát“ imitált.

B) csoport. Különféle prurigok.

α) 1 esetben évek óta fennálló prurigo adultorumál csak ép és excoriált prurigogöcsök voltak.

β) 3 prurigo gravidarumnál csak exoricatiok és prurigogöcsök.

ad II. *d) Lichen planus.*

5 esetben a lichen planus laesioin és szigetes lichenification kivül csak csekélyebb excoriatiok és ezek között 2 esetben impetigok és 1 esetben nagy számban miliaris hyperaemiás oedemás göcsök.

Egy 6-dik esetet is ide számítok, bár csak a „typus corneus“ volt az alszárakon és sehol kifejezett lichen planus göcs. Ennél 4 hét óta éjjel-nappal tartó kinzó viszketés volt és a beteg a legkegyetlenebb módon traumatizálta bőrét. A beteget 14 napon át folyton megfigyeltem és a következőket találtam. Az alszári lichen corneuson és excoriatiokon kivül nagy kiterjedésü lichenificatio a czombok belfelületein, e mellett az egész bőrön kölesnyi hyperaemiás oedemás göcsök, melyek, ha a betegnek csak órákra is nyugalmat tudtunk szerezni, nyomtalanul eltüntek.

ad II. *e*) *Mycosis fungoides.*

2 esetben pokoli viszketés és örületes vakaródzás daczára heteken át csak excoriatiok és impetigok voltak észlelhetők.

ad II. *f*) *Urticaria.* Számos heveny és idült urticaria esetben csak excoriatiokat észleltem.

ad II. *g) Viszkető psoriasis vulgaris.*

Egy igen erősen viszkető acut psoriasis vulgaris esetben csak excoriatiokat láttam.

ad II. *h*) *Pruritusok.* 31 esetet vizsgáltam.

A) csoport. 4 pruritus hiemalis és 20 más, részben ismeretlen eredetü (részint partialis, részint universalis) pruritus esetben excoriatiokat és pigmentatiokat találtam; továbbá ezek között 2 esetben még hyperaemiás oedemás göcsöket elszórtan és csoportokban, 2 esetben impetigokat és ekthymákat, 3 esetben perifollicularis lichenoid göcsöket és 19 esetben kisebb-nagyobb, usque tenyérnyi területeken lichenificatiot.

B) csoport. Egy pruritus hiemalis esetben az excoriatiokon, impetigokon, ekthymákon kivül az alszárakon csoportosult impetigokból eredt egész tenyérnyi varas, genyedő területeket és 2 helyen mintegy tallérnyi fakó lichenifikált területeket, mely utóbbiak helyenként pustulákkal és excoriatiokkal tarkítottak. Pendantja ennek egy másik pruritus-eset, a melyben éles határú különöző plaque-ok voltak miliaris pustulákból, melyek részint beszáradásban, hámlásban voltak és rhagasaikkal az eczema craquelé vagy fendillé képét adták, e plaque-ok közepükön gyógyultak, a peripherián terjedtek ab origine miliaris vagy nagyobb pustulák fellépése által. Ezen két eset emlékeztet a scabiesnél leirt megfelelő esetekre.

C) csoport. 1 tabeses, 1 diabeteses, 1 nephritises, 2 icterusos pruritus universalis esetben csak excoriatiokat észleltem.

Elemezzük a fenti vizsgálatok eredményeit.

1. Ha egészséges emberek bőrét ismételt erős vakarásnak teszszük ki, akkor az eredmény csak a mélyebb szarúrétegnek vagy az egész hámrétegnek lehorzsolásából fog állni. Előbbi esetben savó lép ki, mely gyorsan lakkszerü varrá szárad be, utóbbi esetben vér lép ki, mikor is feketés varak keletkeznek, a varak körül esetleg csekély hyperaemia lép fel.

2. Ugyanezt tapasztaljuk akkor is, ha „eczemás“ egyéneknek nem beteg és nem viszkető bőrrészletét teszszük ki hasonló mechanikai insultusoknak.

3. Ha azonban az ép bőrt előbb hevesen viszketővé teszszük *mucuna pruriens* magszőreinek segélyével, akkor az utóbbiak izgatása által előbb kölesnyi-kendermagnyi, igen erősen viszkető oedemás göcsök lépnek fel, hyeraemiás alapon, melyeknek vakarása újabb hasonló göcsök képződéséhez, majd azoknak felhorzsolásához vezet. Ha napokon át ismételtük is e procedurát, nem kaptunk más laesiokat, legfeljebb egyes esetekben még a lichenificatio kezdeti tüneteit.

Ugyanezen elváltozásokat észleljük akkor, ha „eczemás“ betegek épnek látszó és a beteg területtől távoleső, nem viszkető bőrrészletét teszszük hasonló eljárással művileg viszketővé. Legfeljebb ezek egyikénél-másikánál azt tapasztaljuk, hogy az alkalmazott ingerre az oedemás göcsök terjedelmesebbek és tovább fennállók, a lichenificatio felé törekedők és hogy a vakarás nyomán gyér, ab origine papulo-pustulák, tehát infectiok keletkeznek. Ha ezen utóbbi kisérletekkel szembeállítjuk a chemiai szerekkel, pl. az arnicával végzett kisérleteket, a hol, ha létrejött reactio, az egyes kivételektől eltekintve elsősorban *papulo vesiculákból vagy diffus papulo vesiculosus dermatitisből* állott, lehetetlen egy pillanatig is habozni annak kimondásában, hogy ha ez utóbbit *arteficialis acut eczemának* nevezzük, akkor ilyet művileg a vakarással sem ép, sem eczemás betegnek művileg viszketővé tett bőrén előidézni sohasem lehet. Erre valaki azt mondhatná, hogy a mucuna *pruriens* nem alkalmas oly viszonyok megteremtésére, a melyek között a vakarás az eczemát előidézze.

Akkor hát nézzük az autorok által hivatolt viszonyokat.

Mit láttunk pl. a scabiesnél?

Azt, hogy a 152 eset között 88-ban, a hol a viszketés tartama hetek és hónapok között váltakozott és a vakarás intensiv volt, csak pont- vagy csikszerü excoriatiok, elszórtan hyperaemiás göcsök voltak észlelhetők, *semmi más.*

Ugy, de valaki azt mondhatná, hogy ezen hyperaemiás oedemás göcsök már *eczemát* és pedig az úgynevezett „eczema papulosumot“ jelentik. Nos, hát igaz, hogy az autorok elismernek eczema papulosumot is, a mely mindvégig ilyen is maradhat, de eltekintve attól, hogy ez kivételes, az autorok nem azt mondják, hogy a vakarás csak eczema papulosumot okoz, hanem hogy az eczemának minden féleségét képes előidézni, tehát, hogy a „vakarási eczema is átmegy az összes stadiumokon“ és így a *vesiculáson* is.

Ezt aztán megczáfolják az én vizsgálataim és pedig nemcsak a fent kitett 88 esetben, hanem még azon további 30 esetben is, a hol a fentebb említett laesiokon kivül csak typusos, ma már mindenki által az eczemától különvett impetigok és ekthymák voltak jelen.

Tehát 152 scabies-eset között 118-ban csak hyperaemiás oedemás göcsök voltak észlelhetők, melyek nem alakultak át vesiculákká.

(Folytatása következik.)

Milyen bőrelváltozások idézhetők elő a bőr erőművi ingerlése által?

Irta: *Török Lajos* dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

A hólyagcsás és nedvező eczematisatiora vonatkozólag fentebb idézett czikkemben kifejtettem, hogy az a bőrnek főkép vegyi és thermikus ingerek által való izgatására fejlődik ki. De ugyanekkor felvettem azt is, hogy a bőrnek az eczematisatiora való kóros hajlamossága és edényeinek fokozott ingerlékenysége mellett mechanikus ingerek, mint a vakarás és dörzsölés is képesek volnának a bőr nedvező eczematisatioját létrehozni. Ezen következtetéshez jutottam azon magyarázat révén, melyet az arteficialis eczemák úgynevezett áttéti vagy reflex-góczaira alkalmaztam. Az illető egyének bőre eczematisatiora hajlamos, azaz könnyen áll elő náluk már csekély vegyi ingerekre is olyfokú serumexsudatio a véredényekből, a mely hólyagcsák és a nedvezés kifejlődéséhez vezet. Felvettem már most, hogy az eredeti, vegyi ingerek által létrehozott gócz viszketése más bőrregiok felé irradiálódik, ott reflectorice növeli a bőr edényeinek ingerlékenységét úgy, hogy a fokozott ingerlékenység következtében a mechanikus behatások, a vakarás és dörzsölés, a melyek normalis bőrön nem hozzák létre a hólyagcsás és nedvező eczematisatiot, most azokat a különben is eczematisatiora hajlamos bőrön előidézni képesek. Ezen magyarázattól azonban később eltértem, s a másodlagos góczok keletkezését oly módon magyaráztam, hogy azon vegyi hatányok, a melyek pl. a kéz arteficialis eczemáját okozták, kisebb quantitásai, a melyek a kéz bőréhez tapadtak, a kéznek a másodlagos eczemagócz bőrével való érintkezése révén a bőrnek az eredeti gócztól távol eső helyére vitettek át s ott közvetlen behatás útján hozták létre az eczematisatiot. Azon esetekben pedig, a mikor valamely illó anyag okozta az arteficialis eczemát, az illékony anyag parányi részei eljutván a bőrnek a káros behatásnak eredeti helyétől távol eső regioiba, ott is létrehozzák az eczematisatiot. Ily esetekben a bőrnek bizonyos anyagokkal szemben való különös érzékenységét kell felvennünk. Más esetekben, a midőn az eczematisatio különböző izgató anyagok behatására könnyen jut izgalmi állapotba, a bőrnek, illetőleg edényeinek különös érzékenységet kell tulajdonítanunk sokféle vegyi izgalmakkal szemben. A bőr edényein ily esetekben különböző vegyi ingerek hatására könnyen lép fel nagyobb fokú és hosszabb ideig tartó exsudatio, a mely a serumnak az epidermisbe nyomulása folytán hólyagcsafejlődéshez és nedvezéshez vezet, vagyis a bőr hajlamos a hólyagcsás és nedvező eczematisatiora.

Ennek kifejlődése kellemetlen subjectiv érzések (viszketés, égetés stb.) s ennélfogva szerfelett gyakran vakarás és dörzsölés kiséretében történik. De a bőrelváltozások kifejlődését ilyen esetekben mégsem a bőr mechanikai ingerlése idézi elő, a mint ezt kezdetben hittem, hanem a vegyi ingerek. A vakarás és dörzsölés csak növeli a hyperaemiát és exsudatiot, s ezzel fokozza ezen folyamatot, mely már előbb a vegyi ingerek behatására megindult, gyorsíthatja tehát a hólyagcsák kifejlődését és eltávolítván az epidermis felületes rétegeit, a nyomában keletkező nedvezés által manifestté teszi az epidermis mélyebb rétegeinek savós beivódását.

Az elsődleges hólyagcsás és nedvező eczematisatio keletkezését, valamint az arteficialis eczemák nyomában fellépő másodlagos góczok bőrelváltozásainak létrejöttét ezek szerint főleg vegyi (illetőleg thermikus) izgalmak behatására vezetem vissza. Fenmaradt azonban még azon kérdés vizsgálata, hogy azon eczemák esetében, a melyeknél hosszabb lefolyás után lép fel csak az áttétel, illetőleg a szomszédság felé való tovakúszás, mi képezi ezen tüneménynek közvetlen okát. Ezen esetek magyarázatára az áttéti eczemákra vonatkozó eredeti felfogásomnak egy módosítását alkalmaztam. Felvettem ugyanis azt, hogy az eczematisatiora hajlamos bőrön, a melynek valamely helye már eczematisatioban van, bármely más külső inger hozhatja létre az újabb eczematisatiot, feltéve, hogy a bőrnek, illetőleg edényeinek ingerlékenysége az eredeti eczema fennállása alatt fokozódott. Az ingerlékenység ezen fokozódását most is a viszketés irradiálásából és az ez által reflectorice növekedett edényizgékonyságból vagyok hajlandó magyarázni. Mint az eczematisatiot az említett viszonyok között kiváltó ingerek szerepelhetnek mindenféle chemiai és thermikus ingerek, a melyek szokványosan vagy véletlenül jönnek érintkezésbe a bőrrel, első sorban a víz és szappan, és az elsődleges góczon applikált gyógyszerek. Azért kellett a másodlagos góczok és az eczematisatio tovaterjedésének magyarázatánál első sorban vegyi és thermikus ingerekre gondolni, mivel azok 1-ször már a normalis bőrön is képesek a bőr edényeinek olyfokú izgalmát létrehozni, a mely azután másodlagosan az epidermisben hólyagcsafejlődéshez és nedvezéshez vezet, és 2-szor, mivel a friss eczemás hólyagok benneke és az exsudált savó teljesen bakteriummentesek. Oly kórhatányokat kellett tehát keresnünk, a melyek az ilyen bakteriummentes bőrelváltozások létrehozására alkalmasak. Ujabban *Bockhardt, Bender* és *Gerlach*[1] kisérleti vizsgálatok alapján azon következtetéshez jutottak, hogy bakteriummentes hólyagcsák létrejöhetnek a virulens staphylococcusok kulturáiból extrahált egyik toxin behatása alatt. Ezek szerint most már azon lehetőséggel is kell számolnunk, hogy bakteriummentes eczemás bőrelváltozások közvetve bakteriumok behatásának is köszönik létüket.

A midőn fentebb szó volt az eczematizált bőrelváltozásoknak a bőrön in continuo vagy áttét által való tovaterjedéséről, ezen tüneményt első sorban vegyi és thermikus hatányoknak tulajdonítottuk. Elintézésre vár azonban azon kérdés, vajjon a vakarás és ehhez hasonló erőművi ingerek a hólyagcsás és nedvező eczematisatiot képesek-e létrehozni? Ismeretes dolog, hogy teljesen normalis bőrön, valamint művileg viszketővé tett bőrön ezt tenni képtelenek, a miről az imént elmondott kisérletek is tanuságot tesznek. Kérdés azonban, hogy izgékonyabb, „eczematisatiora praedisponált“ bőrön képesek-e az erőművi ingerek eczematisatot előidézni? A kérdés felvetése annyival jogosultabb, mivel a mechanikai ingerek, a dörzsölés és kefélés, mint előbb láttuk, már a normalis bőrön is serumexsudatiot idézhetnek elő, s a hólyagcsafejlődés és a nedvezés lényeges alapfolyamata épen a bőr edényfalain át történő savó kiizzadás. Jogosult továbbá azért is, mivel az eczematizált bőrelváltozások kifejlődését többnyire viszketés kiséri, minél fogva a bőr mechanikai izgatására ilyenkor meg van adva az indító ok.

Hogy a kérdés felvetésénél az eczematisatiora való praedispositiot, vagyis a bőr, és különösen edényszerkezetének fokozott izgékonyságát szerepeltetjük, az a klinikai észlelésen alapszik. Számos viszkető bőrbajhoz a vakarás daczára nem társul az eczematisatio. Szerepet játszik, mint fentebb láttuk, az eczematisatiora való hajlam oly esetekben is, a midőn olyan a kórokozó inger, a mely már a normalis bőrön is képes eczematizált bőrelváltozást létesíteni, pl. valamely vegyi inger. Mennyivel inkább kell tehát szerepeltetnünk a bőr kóros hajlamát az eczematisatiora, a mikor egy olyan inger hatását tanulmányozzuk, a melyről tudjuk, hogy a normalis bőr edényei nem képes oly fokban megváltoztatni, hogy azokból tartósan és nagyobb fokban történjék a savó kiizzadása.

A kisérleti vizsgálat azonban még azon kérdésre is, hogy izgékonyabb és praedisponált bőrön okoz-e a vakarás vagy ehhez hasonló erőművi inger hólyagcsás vagy nedvező eczematisatiot, nemmel felel. Még ilyen izgékonyabb bőrön sem fokozódik dörzsölésre és vakarásra a serumexsudatio a véredényekből annyira, hogy általa az epidermisben hólyagcsák, vagy az epidermis eltávolítása után tartós nedvezés létesülne.

Ide vonatkozó kisérleteim a következők:

Az esetek egy részénél (6) a kéz és alkar arteficialis úton létrejött nedvező eczematisatioja volt jelen, helyenként kissé erősebben infiltrált góczok be voltak repedezve. Ezeknél az eczematizált felülettel szomszédos, épnek látszó bőrt előzetes aetherrel való letisztítás után steril gaze-zel körülcsavart ujjammal dörzsöltem 2—3 perczig. Ezen esetekben hyperaemiás-oedemás bőrelváltozások jöttek létre, az oedema sokszor göbcsék alakjában. Oly helyeken, a melyeken az epidermis felületes rétegeit ledörzsöltem, csekély, rövid idő alatt vékony, mázszerű bevonattá száradó nedvszivárgás keletkezett. Helyenként a megsértett papillákból pontszerű vérzés jelentkezett. Hólyagcsás és hosszabb ideig állandóan vagy nagyobb fokban nedvező bőrelváltozások nem keletkeztek.

Ámde ezek a nedvező és hólyagcsás eczematisatio tekintetében negativ kisérleti eredmények még nem engednek hatá-

[1] Monatshefte f. prakt. Derm. 33. k. 4. sz.

*

rozott következtetést, a mennyiben kétséges, vajjon az eczematisatiora való hajlam ezen esetekben tényleg megvolt-e? Hiszen az illető esetekben az eczematisatio csupán azon a helyeken volt jelen, a melyek a vegyi inger elsődleges behatásának ki voltak téve.

A következő kisérletekre (2 eset) azonban már ezen ellenérv nem áll. Itt ugyanis a kezek és alkarok az előbb leirthoz hasonló eczematisatiojához az arczhám élénk hyperaemia, oedema és helyenként hámlás szegődött.

Nem tehető tehát fel, hogy ezen esetekben a bőrnek fokozott ingerlékenysége nem volt jelen.

A dörzsölést ezen esetekben több izben a homloknak és halántéknak épnek látszó részletein végeztem. Egyik esetben sem sikerült a kisérlet többszöri ismétlése daczára a bőr edényeinek olyfokú elváltozását előidézni, a melynek következtében tartós és nagyobb fokú savós kiizzadás támadt volna. Csupán egyszer látszott a savókiáramlás a normalis bőréhez viszonyítva nagyobb fokúnak. De itt sem állandósult a nedvezés, hanem rövid idő alatt megszünt, s a kiizzadt savó valamivel vastagabb pörkké száradt be. *Mindezek szerint a kisérlet nem támogatja azon felvételt, hogy a vakarás, illetőleg hozzá hasonló erőművi ingerek által az eczematisatiora hajlamos bőrön olyfokú savókiáramlás idézhető elő a véredényekből, a mely hólyagcsák és nedvezés fellépéséhez vezet.*

A mi a dörzsölésnek és kefélésnek hatását illeti a bőrnek oly helyére, a melyen az eczematisatio már folyamatban van, az iránt kétség már nem foroghat fenn. Friss, száraz, hyperaemiás és oedemás eczemafoltok dörzsölésére könnyen fejlődik ki előbb a megdörzsölt részlet sötétebb hyperaemiája és oedemás megduzzadása s további dörzsölésre a nedvezés.

De még az eczematizált bőrnek reactioja a dörzsölésre is különbözőképen történik. Lehetséges, hogy egészen kifejezett hyperaemia, oedema és infiltratio daczára csak hosszabb ideig tartó dörzsölés növeli az exsudatiot annyira, hogy a nedvezés tüneménye fellép. Máskor ez a tünemény igen könnyen produkálható. Egy esetemben, a hol egy panaritium miatt végzett operatio után nedves sublimat-párakötések alkalmazására egy lassan gyógyuló, nedvező eczematisatio állt elő a bal kézen, a folyamat a kézháton már majdnem teljesen lezajlott volt, a kézháton egy csekély, igen halvány rózsás márványzottság volt jelen, s a mutató ujj kézközépcsontja felett igen kevés hámlás. Infiltratio, oedema sehol. A kézhát közepének rövid dörzsölése elég volt arra, hogy egy tízfilléres nagyságú területen rendkivül élénk nedvezés keletkezzék, a mely azután e helyen 4 napig fennállott.

Ellenben daczára a folyamat élénkségének, az előbb emlitett áttéti eczema esetében a nedvezés már 24 óra mulva megszünt. Más két esetben, a hol a bőrelváltozások hasonlóak voltak az utóbbihoz, a dörzsölés által csupán olyan elváltozások voltak előidézhetők, melyek nem különböztek lényegesen a normalis bőrön dörzsölés által előidézhetőktől.

Ezek a példák tanusítják, hogy a *dörzsölés által eczematizált bőrön vagy az eczematisatio mulása közben előidézhető nedvezés foka nemcsak a dörzsölés fokától és tartamától függ, hanem nagy mértékben a véredények állapotától.*

Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyet. bőr- és bujakórtani intézetéből. (Igazgató Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.)

A méhgonorrhoea gyógykezeléséről prostituáltaknál.

Parádi Ferencz dr. I. tanársegédtől.

(Vége.)

Ha most azt veszszük számba, hogy a mi gyógyultnak tartott betegeinknek hány százaléka jött vissza gonorrhoeamentesen, úgy azt látjuk, hogy adataink közel állanak a Schultzéihoz. Természetesen ezek sem hü tükre a valóságnak, minthogy beteganyagunk túlnyomó része a prostituáltak közül kerül ki, másik fele szintén legnagyobb részt titkos prostituált, a kik pedig mindannyian ki vannak téve naponta újabb gonorrhoeás fertőzésnek. Felsorolandó adatainkat tehát úgy kell tekintenünk, mint a méhgonorrhoea gyógyulási arányszámának minimumát. A valóságban a gyógyulás sokkal kedvezőbb, mint az ilyen módon összeállított adatok azt mutatják.

Az alább felsorolt adatok a kórházi ápolásra legalább kétszer felvett, egyszer már méhgonorrhoeával kezelt betegeket tüntetik fel. A jegyzékben az első év és hónapszám az első kórházi ápolás idejét jelzi. + és 0 az ápolási idő alatt megállapított diagnosist jelentik, + jelzi a nyakcsatorna positiv gonococcustartalmát, 0 jelzi azt, hogy gonococcus provokáló szer alkalmazása után sem volt a nyakcsatornában. *A)* csoport az argentaminnal, *B)* csoport a natrium lygosinatummal kezelt betegek adatait tartalmazza.

A.

1. B. Zs. p. p.	1897 VII/21—VIII/18.	+
	1897 X/31—1898. I/6.	0
	1899 II/28—V/21.	0
2. Cs. A. p. p.	1898 VI/15—VII/9.	+
	1898 XII/27—1899 III/4.	0
3. Cs. M. p. p.	1897 VI/23—VIII/4.	+
	1898 VI/22—VII/23.	+
4. C. L. p. p.	1897 VII/10—IX/1.	+
	1897 XI/30—1898 I/8.	0
5. D. A. cseléd	1896 XI—XII.	+
	1897 XI/23—XII/7.	0
6. Fr. S. p. p.	1897 IX—XI/20.	+
	1900 V/I—VI/27.	0
7. G. T.	1896 XII/9—1897 I/9.	+
	1897 III/16—IV/29.	0
8. J. A. p. p.	1898 VI/4—VII/26.	+
	1898 VIII/23—XII/29.	0
	1899 VIII/29—IX/29.	0
9. K. M. p. p.	1897 II/17—III/31.	+
	1898 I/11—II/27.	0
10. K. V.	1893 VIII/15—X/22	+
	1899 II/6—IV/9.	0
11. L. J. p. p.	1896 VII/8—VIII/12	+
	1897 IV/6—V/13.	0
	1897 VII/5—VIII/24.	+
12. K. A. p. p.	1896 XI/11—1897 I/27.	+
	1897 VI/1—VI/29.	+
13. N. A. p. p.	1897 IX/29—XI/6	+
	1898 IV/5.	+
14. N. L.	1897 V/22—VIII/17.	+
	1897 IX—XII.	0
15. O. M. p. p.	1897 IV/3—VII/3.	+
	1897 VIII/27—X/5.	+
16. O. Zs. p. p.	1896 XI/25—XII/31.	+
	1897 VII/20—1897 IX/8.	+
17. P. M. p. p.	1897 XII/8—1898 I/19.	+
	1899 XII/12—1900 II/4.	0
18. Pp. M.	1896 X/14—XII/23	+
	1897 I/31—III/23.	+
19. P. I. p. p.	1897 VII/28—VIII/21.	+
	1897 XII/7—1898 I/4.	+
20. R. M.	1896 XI. 29—1897 II/15.	+
	1898 II/24—III/8.	0
21. S. K. p. p.	1896 VIII/5—X/17.	+
	1897 III/27—VII/31.	+
22. Sch. J.	1897 IX—XI/20.	+
	1898 II/19—III/30.	+
23. Sz. Zs. p. p.	1897 IV/10—VI/2.	+
	1897 XI/13—XII/29.	+
24. Sz. A.	1898 VIII/5—IX/9.	+
	1899 V/18—VII/24.	0
25. W. M.	1897 IV/21—VI/12.	+
	1897 VIII/7—X/9.	+
26. V. R. p. p.	1897 IV/10—V/8.	+
	1897 VI/23—VIII/18.	+
27. Z. M. p. p.	1897 VII/14—IX/18.	+
	1898 IX/22—1899 I/4.	0
	1899 II/7—III/21.	0
	1899 IV/7—IV/19.	0

28. Z. M.	1896 IX/16—X/24.	+
	1897 IV/3—VII/14.	+
	1897 XI/2—XII/1.	0
	1898 XI/3—XI/9.	0
29. D. L. p. p.	1896 II/17—III/25.	+
	1897 VII/28—IX/8	+
	1898 VI/24—VIII/8	0
30. Pr. A.	1897 VI/19—VIII/14.	+
	1898 X/25.	+
31. L. Zs.	1898 V/25—VI/25.	+
	1899 V/27.	+

B.

1. A. P. p. p.	1899 XII/20—1900 II/7.	+
	1900 IX/10—XII/27.	0
2. B. I.	1900 X/16—1901 I/1.	+
	1901 VII/23.	0
3. B. I. p. p.	1899 I/18—IV/12.	+
	1899 V/2—VII/3.	+
4. B. M. p. p.	1898 XI/2—XII/24.	+
	1899 IX/17—XI/15.	0
5. B. K. p. p.	1900 IX/12—XI/2.	+
	1900 XI/30—XII/15.	0
6. Cs. M. p. p.	1898 XII/21—1898 I/28.	+
	1899 II/7—III/4.	0
7. D. V. p. p.	1898 II/9—IV/6	+
	1899 IV/11—V/14.	0
8. E. M. p. p.	1899 II/8—IV/19.	+
	1899 VIII/29—IX/23.	0
9. F. A.	1900 X/13—XII/26.	+
	1901 II—III.	0
10. G. M.	1900 VIII/27—X/9.	+
	1901 I/10—III/8.	0
11. H. B. p. p.	1899 V/6—VI/7.	+
	1899 IX/29—X/28.	0
12. K E. p. p.	1900 VIII/4—IX/19.	+
	1900 XI/20—XII/18.	+
	1901 I/18—III/1.	+
13. K. R. p. p.	1898 X/5—XII/14.	+
	1899 VII/31.	+
14. Kr. M. p. p.	1899 III/8—IV/15.	+
	1899 V/2—VII/11.	0
	1899 VIII/1.	0
15. Kr. N.	1900 VIII/8—X/9.	+
	1901 VII/24.	0
16. L. A. p. p.	1900 III/3—IV/7.	+
	1900 VII/27—IX/14.	0
17. L. M. p. p.	1898 I/15—IV/13.	+
	1898 V/20—VI/9.	0
18. M. I.	1900 III/31—VI/13.	+
	1901 III/29—V/7.	0
19. N. M.	1898 XI/19—1899 II/8.	+
	1899 V/26—VII/13.	0
20. M. A.	1900 V/9—VI/27.	+
	1901 III/21.	0
21. P. A.	1900 X/19—1901 I/11.	+
	1901 IV/9—V/16.	+
22. R. M.	1900 XII/11—1901 I/4	+
	1901 V/4—28.	0
23. Pr. A. p. p.	1898 XI/12—XII/7.	+
	1899 I/6—II/19.	0
24. P. I.	1898 X/8—XI/26.	+
	1901 III/22—V/25.	0
25. R. A. p. p.	1900 IV/4—VI/13.	+
	1901 IV—VI.	+
26. S. A. p. p.	1898 II/16—III/30.	+
	1898 IV/12—IV/21.	0
27. Sz. Gy. p. p.	1898 XI/5—1899 I/21.	+
	1900 V/15—1901 I/22.	0
28. T. M.	1899 VII/1—VIII/16.	+
	1899 X/5—1900 I/10.	+
29. T. B.	1900 VIII/22—X/9.	+
	1901 IV/16—V/7.	0
30. T. R. p. p.	1899 II/1—IV/29.	+
	1899 IX/7—XI/31.	0
	1900 IX/1—XI/19.	+
31. V. Zs. p. p.	1899 VII/15—VIII/19.	+
	1899 XII/2—1900 III/28.	+
32. Z. A. p. p.	1899 IV/8—V/27.	+
	1899 VII/12—IX/9.	+
	1900 II/21—III/28.	+
	1900 VII/4—VIII/11.	+
33. Kr. M. p. p.	1900 IV/25—VI/16.	+
	1901 I/8—III/15.	+
34. H. H. p. p.	1898 I/15—II/9.	+
	1899 X/3—XI/7.	0
35. F. Z. p. p.	1900 XII/11—1901 III/1.	+
	1901 III/26.	+
36. K. I. p. p.	1900 I/5—III/8.	+
	1900 IV/1.	0
37. W. J.	1900 X/12—1901 III/1.	+
	1901 IV/1.	0
38. J. J.	1900 VII/2—VIII/22.	+
	1900 VII/10—1901 I/1.	0

A kizárólag argentaminnal, illetőleg natriumlygosinattal kezelt betegek közül gyógyultan távozott 205.

A mint a fentebbi kimutatásból kivehető, ezek közül újolag kórházba került 69; egyesek három, sőt négy izben is visszakerültek a klinikára. A legrövidebb idő, mely mulva újból kórházba kerültek, 2 hét, a leghosszabb 29 hónap volt; átlag 7 hónap alatt történt az újolagos felvétel. A 69 újolag felvett beteg igen nagy része (40) 5 hónapon belül került vissza a klinikára. Az argentaminnal kezelt betegek közül visszajött 31. Közülük 15-nél sem a felvétel alkalmával, sem pedig a további kórházi tartózkodás folyamán nem lehetett provokáló eljárás után sem méhgonorrhoeát kimutatni. A natriumlygosinattal kezelt betegek közül 38 került vissza, köztük 24-en méhgonorrhoea nélkül. A visszakerült betegeket együttesen véve számba, azt találjuk, hogy 69 beteg közül 38-nál (55%) nem volt méhgonorrhoea. Ezek szerint az argentaminnal elért gyógyulási eredmények minimalis százalékául 48·38%-ot, a natriumlygosinatra vonatkozólag pedig 63·15%-ot, átlag 55%-ot vehetünk fel.

Összehasonlítva e számokat a fentebb említett szerzők adataival, feltünő különbséget nem találunk, mert a mi 55%-nyi gyógyulási eredményünkkel szemben *Lappe*-nál a biztos gyógyulás minimumául 45·5%-ot, *Schultznál* 57·5%-ot találunk.

Ha ezek az adatok nem is adják pontosan a méhgonorrhoea gyógyulási arányszámát, mégis ezen az alapon bátran *állíthatjuk, hogy a méhgonorrhoea a leirt módon kezelve, az esetek igen nagy részében definitive gyógyul.* Annyival is inkább állíthatjuk ezt, mert a gyógyulás folyamán a túlnyomó többségben a gonorrhoea klinikai tünetei is visszafejlődnek. Különösen észlelhetjük ezt akkor, ha friss méhgonorrhoeát kezelünk.

E meglehetősen kedvező eredmények elfogadásánál számolnunk kell azokkal az ellenvetésekkel, melyekkel különösen a nőgyógyászok körében az intrauterin befecskendezésekkel szemben találkozunk. Mindenekelőtt határozottan *hangsúlyozhatjuk azt a tényt, hogy a Fehling által kiemelt súlyos tünetekkel sohasem volt alkalmunk találkozni a Braun-fecskendő alkalmazása folyamán.* Azok a mérsékelt subjectiv tünetek, melyek egyes esetekben jelentkeztek, nem nagy jelentőségüek. Azoknál a betegeknél, kiknél a belső méhszáj szük volt s ezért a canule-t nehezen lehetett bevezetni, befecskendés után félóráig, néha néhány óráig tartó kólikaszerű fájdalom jelentkezett. A fájdalom fektetésre és Priessnitz-borogatás alkalmazására elég gyorsan megszünt. Később, a belső méhszáj előzetes tágítása után végzett befecskendezéseknél a kólika nem jelentkezett. Ez a mellett szólana, hogy a nehezen átjárható méhszáj feszítése vált ki görcsöket.

A bevitt szer maga ritkán okozott fájdalmat. Az argentamin befecskendezése után a fájdalom enyhén lépett fel, később fokozódott. Néha 6—8 óráig, sőt 24 óráig is eltartott. A natriumlygosinat befecskendezésére ritkábban lépett fel a befecskendezés pillanatában jelentkező fájdalom, a mely nem volt éles és fekte-

tésre, Priessnitz-kötésre csakhamar megszünt. A natriumlygosinat által okozott subjectiv tünetek korántsem voltak olyan erőteljesek, mint az argentamin befecskendése után fellépő fájdalmak s utóbbiaknál gyorsabban is tüntek el. A subjectiv tünetek általában nem oly komoly jelentőségüek, hogy azok miatt késztetve volnánk a kezeléstől elállani.

Az intrauterin befecskendéssel szemben másik fő ellenvetés az az állítás, hogy ilyen alkalommal az infectio tovaterjed: az esetleg steril méhüregbe gonococcus kerül. Az előzőkből láttuk, hogy erre vonatkozólag tárgyilagos adat nem hozható fel, mert a gonorrhoea szempontjából a cervix és méh nyálkahártyája nem alkotnak külön területet. Mindemellett nincsen olyan biztos módszerünk, melylyel megállapíthatjuk, hogy a méh belhártyája gonorrhoeás-e, vagy nem. Nem képzelhető el azonban, hogy egy erős gonococcusölő szer erős concentratioban gonococcust virulens állapotban sodorjon magával és ültessen át más területre. A feldolgozott beteganyag alapján még csupán csak a valószinüségét állíthatjuk annak, hogy az intrauterin fecskendés a gonorrhoea ascendálását nem segíti elő, sőt kellő módon alkalmazva az ascendálást meg is akadályozhatja. Idővel, midőn gynaekologiai vizsgálatokkal is kiegészített megfigyeléseket lesz alkalmunk közreadni, e kérdésre talán határozottabb alakban is megadhatjuk a választ. Ha fel is veszszük azonban, hogy egyes ritka esetekben a kezelés adnexbántalmat okoz, vagy kedvezőtlenül befolyásolja a jelenlevő adnexbántalmat, ez még nem elég ok arra, hogy a prostituáltaknál az intrauterin-befecskendezésektől, melyek, mint láttuk, azoknak méhgonorrhoeáját nagy százalékban meggyógyítják, lemondjunk. A prostituáltnak érdekében van, hogy méhgonorrhoeájától mielőbb megszabaduljon. Ezt kezelési módszerünkkel az esetek többségében el is érjük.

Bizonyára sokkal több kilátás van adnexbántalom fejlődésére, ha a méhgonorrhoeás beteg tovább prostituál s ebben még a menses előtt, után, sőt még alatt sem szünetel, mint czélszerü helyi kezelés folyamán. Para- és perimetritis tünetei esetén, mindaddig, míg a hőemelkedések és az érzékenység nem szüntek meg, esetleg heteken át nem alkalmazunk egyebet, mint Priessnitz-borogatásokat, hűtőkészülékeket s csak a heveny tünetek lezajlása után kezdünk óvatosan a helyi kezeléshez. Ilyenkor a befecskendések egyáltalán nem okozzák a folyamat kiújulását.

A mi beteganyagunk és a gynaekologusok beteganyaga között lényeges különbség van, mint erre Marschalkó tanár is felhivta a figyelmet.[8] A gynaekologusok a férjes nő gonorrhoeájával állanak szemben. A férjes nőnek sejtelme sincsen betegségének horderejéről, talán figyelmére sem méltatja ártatlannak tartott kifolyását, partusokat áll ki s esetleg mindaddig nem kerül a nőgyógyász megfigyelése alá, míg a kismedenczebeli szervek megbetegedése komolyabb aggodalmat nem ébreszt. A korai kezelés alá került prostituált gonorrhoeája a gyógyulásra több kilátással kecsegtet. A gyógyulással nemcsak a prostituáltat szabaditjuk meg gonorrhoeájától, hanem ugyanekkor szolgálunk a gonorrhoea prophylaxisának is. A férjes nő gonorrhoeájának gyógyításánál e szempont nem lehet irányadó. Mindezeken kivül azt sem kell figyelmen kivül hagynunk, hogy ha nem is tudjuk a méhgonorrhoeát minden esetben meggyógyitani, legalább a folyamat virulentiáját csökkentjük.

Mindezek alapján állíthatjuk, hogy egészen heveny esetektől eltekintve határozottan ajánlatos a méhgonorrhoeát helyileg kezelni. Remélhetjük, hogy ép úgy, mint a férfikankónál ma már elfogadott elv nem pusztán exspectative eljárni, lassanként ilyen irányba fognak fejlődni a nézetek a méhgonorrhoeát illetőleg is. Ha a méhüreget nem tekintjük noli me tangerenek, hanem adott alkalommal kellő elővigyázattal intrauterin kezelést végzünk, úgy számithatunk arra, hogy lassanként megdől a méhgonorrhoea gyógyíthatatlansági dogmája.

Erre a czélra a natriumlygosinatban mindenesetre kiváló szert nyertünk. Azon a határon belül, melyben a méhgonorrhoea gyógyulhat, kitünő szolgálatokat tesz. Vannak olyan jó tulajdonságai, a melyek az elismert gonorrhoeaellenes szerek közt is előkelő helyet biztositanak számára. Számbavehető gonococcusölő hatása mellett a szövetekben alig okoz reactiot. A gonorrhoeás folyamatot az esetek többségében megszünteti. Alkalmas a gyógyulás rövidítésére, a mennyiben a csekély reactio következtében gyakrabban lehet alkalmazni.

Nem mulaszthatom el e dolgozat közreadása alkalmával e helyen is hálás köszönetemet kifejezni Marschalkó Tamás tanár úrnak, a ki jóakaratú és nagybecsü tanácsaival e dolgozat összeállításánál állandóan támogatni kegyeskedett.

Irodalom. 1. *Behrend:* Ueber die Gonorrhoebehandlung Prostituirter. Vortrag geh. am 19. Jänner 1898. Berliner klin. Wochenschrift. 1898. 115. — 2. *Fehling*: Behandlung der Endometritis. Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. VI. 1895. — 3. *Jadassohn:* Die Gonorrhoe der Prostituirten. Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Bruxelles. Sept. 1899. Rapports préliminairs. Deuxième question. 48. — 4. *Jadassohn*: Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit Argentum casein. Archiv für Dermatologie u. Syph. XXXII. 1895. 179. — 5. *F. Kiefer:* Bakteriolog. Studien zur Frage der weiblichen Gonorrhoe. Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynäkologie. Festschr. f. Aug. Martin. 1895. 265. l. — 6. *Marschalkó Tamás*: A venereás bántalmak prophylaxisáról. Előadás az Erdélyi muzeum-egylet orvostermészettudományi szakosztályának orvosi szakülésén 1900 október 27-dikén, és a Budapesti kir. orvosegyesület 1901 január 12-dikén tartott I. rendes ülésén. Orvosi Hetilap 1901. 5—6. sz. — 7. *Th. v. Marschalkó*: Reflexionen über die Prophylaxe der venerischen Erkrankungen. Ein Nachklang zur Brüsseler Konferenz. Münch. med. Woch. 1901. 21. sz. — 8. *Th. v. Marschalkó*: Ist die Gonorrhoe der Prostituirten heilbar? Berliner klinische W. 1902. 15. sz. — 9. *Lantos Emil*: A női gonorrhoea gyógyítása protargollal. Orvosi Hetilap. 1901. 45. sz. — 10. *Lappe*: Statistische Beiträge zur Gonorrhoe der Prostituirten. Allgemeine med. Centralzeitung. 1897. 7—8. szám. — 11. *Neisser*: Ueber die Gonorrhoebehandlung Prostituirter. Berliner klin. Woch. 1898. 218. — 12. *Schäffer*: Ueber die Desinfectionsversuche an Gonococcen. Verhandlungen der deutschen dermatolog. Gesellsch. V. Congress. 433. — 13. *Schäffer* und *Steinschneider:* Ueber die Wiederstandsfähigkeit der Gonococcen gegen Desinficientien. IV. Congr. der deutschen derm. Gesellschaft zu Breslau. 1894. — 14. *Schäffer*: Ueber die Bedeutung der Silbersalze für die Therapie der Gonorrhoe. Münch. med. Woch. 1895. 28—29. sz. — 15. *Scholtz:* Beiträge zur Biologie des Gonococcus (Cultur, Thierexperimente etc.). Archiv f. Derm. u. Syph. XLIX. 3. 1899. — 16. *Schultz Henrik*: Adatok az uterus gonorrhoeájának kór- és gyógytanához. Orvosi Hetilap. 1899. 3. szám. 25. lap. — 17. *Steinschneider* und *Schäffer*: Zur Biologie des Gonococcus. Berliner klin. W. 1895. 45. sz. 984. l. — 18. *Wertheim*: Recidive u. Uebertragbarkeit der Gonorrhoe. Wiener klin. W. 1894. 24. sz. — 19. *Wertheim*: Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe. Archiv f. Gynäk. XLII. 13. — 20. *Wertheim*: Ueber Uterusgonorrhoe. Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie. VI. Congr. 1895. 217. l.

TÁRCZA.

A Finsen-féle gyógymód mai állása.

(Vége.)

III. A Finsen-féle therapia méltatása a külföldön.

A *Finsen*-féle phototherapiának, mint gyógymódnak, vannak előnyei, de vannak természetesen hátrányai is: a kérdés csak az, vajjon az előnyök ellensúlyozzák-e a hátrányokat.

Előnyei: mindenekelőtt is a 85%-nyi feltétlen siker, a mely szám a jövőben még emelkedni fog; előnye továbbá, hogy a kezelés teljesen fájdalmatlan, hogy az kizárólag ambulanter történik, a beteg tehát külső munkát is végezhet, előnye végül, hogy cosmetikai tekintetben valóban kifogástalan, a mennyiben idealisan sima és puha hegek alakjában történik. A kezelésnek legfőbb *hátránya* ezzel szemben (legalább még ma) a műszereknek, és az elhasznált electromosságnak magas ára, és a kezelés hosszadalmassága. Hátránya továbbá, hogy a nyákhártyák phototherapeutice többnyire nem kezelhetők, és hogy egyes helyek (pl. a fül kagylója) a kezelés számára nehezen hozzáférhetők. A mérleg azonban minden körülmény között az előnyök javára fog megbillenni, és valószinű, hogy a jövőben a mérleg csészéi megterheltségének ezen különbözősége még szembeötlőbb lesz.

Annyi tény, hogy a *Finsen-féle kezelés ez idő szerint a lupus vulgarisnak legidealisabb és legtökéletesebb gyógyszere;* távol legyen azért tőlem, hogy a phototherapiát panaceának tartsam, jóllehet be kell vallanom, hogy a phototherapiának (a lupus vulgarist illetőleg!) csak egyetlen komoly concurrensét ismerem és ez a radicalis exstirpatio. De igaz az is, hogy az excisio az esetek óriási többségében csakis ott lesz kivihető, a hol a bántalom kisebb térre szoritkozik, tehát körülirt. A Röntgen-sugarakkal való kezelés kétségtelenül szintén hatásos a lupus vulgarissal szemben: az ily módon származható mellékhatások azonban ma még (ha már nem is oly mértékben, mint a közel multban) kiszámithatlanok, mert a Röntgen-fényt képtelenek vagyunk pontosan „dosirozni". Egyébként pedig a Röntgen-sugarakkal való kezelés — legalább a lupus vulgarissal szemben — távolról sem válik be oly prompt, mint a Finsen-féle therapia.

Igen fontos továbbá a recidivák kérdése. Nem szenved kétséget, hogy recidivák a *Finsen*-féle eljárás mellett is észlelhetők (hiszen ezekről tettem is említést!), de ezek jelentkezése semmi esetre sem csorbithatja azon feltétlenül kedvező sikert, a mely a *Finsen*-féle therapiá-

val elérhető. Hiszen egészen a recidivákra való tekintetből tartjuk a beteget a fökezelés után is szemmel, hiszen ezért szükséges a fökezelésen kivül akárhány esetben 1—2 utókezelés is; czélt tehát, és pedig végleges czélt recidivák esetén úgyszólván mindenkor elérhetünk.

A phototherapia nagy jelentőségét átérezte már mondhatni az egész világ, mert a készülékek drágasága és a kezelés körülményes volta daczára a *Finsen*-féle concentrator ma már a legtöbb ország székhelyén kifejti áldásos működését. Athén, Baltimore, Bécs, Berlin, Boroszló, Dortmund, Hamburg, Kairo, Köln, London, Moszkva, München, New-York, Páris, Szt.-Pétervár, Washington már egy vagy több példányban bocsátja a *Finsen*-műszereket a lupusbetegek rendelkezésére. Kopenhága maga páratlan financzialis áldozatokkal segiti elő az áldásos czél kivitelét. Görögország királynője saját pénztárából szerzett be műszereket az athéni „Evangelismos"-kórház számára; a jelenlegi angol királyné a „London Hospital"-nak ajándékozott műszereket. Mária Feodorowna özvegy orosz császárné Szt.-Pétervárott a kopenhágai intézet mintájára saját költségén Finsen-féle intézetet szerelt fel, a melyet laboratoriummal is ellátott. Bécsben *Lang* tanárral az élén közadakozásból nagyobb intézet létesült kizárólag lupusbetegek részére, a melynek czéljaira Ő Felsége egyelőre 10,000 koronát adományozott.

A Finsen-féle kezelés tehát, mint látjuk, rövid nehány év alatt diadalmas világkörüli útra indult: hivei évről évre szaporodnak, a lupusbetegek kétségbeesését pedig a többé-kevésbbé biztos gyógyulásba fektetett bizalom váltotta fel.

IX. A Finsen-féle therapia méltatása Magyarországon.

Mig az előzőkben és az idegen országokat illetőleg a *Finsen* therapia *multjával* foglalkoztam, addig hazai viszonyaink szempontjából inkább e therapia *jövőjével* kell foglalkoznom: mert az idegen országokhoz viszonyítva valóban igen kevés az, a mi eddig nálunk a *Finsen*-therapia érdekében történt. Az epochalis felfedezés első hirnöke nálunk *Basch*[50] volt, a ki 1898-ban a kir. orvosegyesületben számolt be a phototherapia addigi multjáról. A *Finsen*-therapia szerepe azóta igen-igen sokat haladt, a kisérletezőnek tapogatózó munkája helyébe a czéltudatos és consequens munkásság lépett és mégis a legutóbbi időkig hirét se hallottuk a *Finsen*-therapiának, arról nem is szólva, hogy annak gyakorlati megvalósitása érdekében misem történt; ezen lethargikus állapotban igen örvendetes változás állott be a legutóbbi időben: 1901 november havában tett kopenhágai tanulmányutamon voltam épen, a midőn a kir. orvosegyesületben *Schein*[51] kartárs úr mutatott be egy alopecia areatában szenvedő beteget, a kit phototherapeutice kezelt. Ezen bemutatás kapcsán értesültünk arról, hogy *Beck* kartárs úr is megkisérelte már a fénytherapiát lupus vulgaris három és alopecia decalvans egy esetében; ezen bemutatás után két héttel jelent meg végül *Török* magántanár és *Schein*[52] kartárs uraknak közös czikke, a melyben egyebeken kivül arról is értesültünk, hogy ezen kartárs urak 1901. junius 12-dike óta a phototherapiát lupus vulgaris és lupus erythematodes egy-egy, alopecia areatának pedig három esetében alkalmazták.

Megjegyzem, hogy mindezen említett kartárs urak csakis a *Lortet-Genoud*-féle készülékkel dolgoztak; kisérleteik mindenesetre igen tanulságosak és azokért köszönettel is tartozunk annál is inkább, mert végre a *Lortet-Genoud*-féle készülék is elég költséges, a kartárs urak berendezése pedig, úgy tudom, a saját költségükön történt. A teljesség kedvéért fel kell végül emlitenem, hogy *Marschalkó* tanár úr szives közlése szerint — a melyért e helyütt is őszinte köszönetet mondok — Kolozsvárott az eredeti *Finsen*-féle concentratorok működnek. És igy a mondottakat összegezve fájdalmasan kell constatálnunk, hogy hazánk fővárosában *Finsen*-féle intézet még mindig nincs. De végre a mi késik, az nem mulik! Meggyőződésem, hogy a legközelebbi jövő meghozza számunkra is a várva várt *Finsen*-intézetet, *mert ilyen intézetet ma már, a midőn a therapia kétségtelen hasznosságáról meggyőződve vagyunk, többé nem nélkülözhetünk.*

A midőn e therapia nélkülözhetetlenségét hangsúlyozom, meg kell röviden emliteni azt is, hogy a lupus vulgaris therapiáját illetőleg (mert hiszen elsősorban erről van szó) milyen fontos feladatok várnak reánk a jövőben. Első és fökellék természetesen egy *Finsen*-féle intézet létesitése, a mi az elkerülhetetlen állami segély mellett közadakozásból történhetnék, a miért is széleskörü mozgalom volna inditandó, hogy a nagyobb társadalmi rétegek is belássák az ügy fontosságát és ezáltal az adakozásra is könnyebben reá volnának birhatók. Társadalmunk a valóban áldásos czél érdekében — a mint azt legutóbb a tüdővészesek sanatoriumának ügye is mutatta — sohasem hagyta tétlenül kezét és a mi czélunk érdekében sem fogja azt pihentetni. Hiszen nem óhajtunk kezdetben palotát, fényesen berendezett intézetet, lehet szerényebb viszonyok között is áldásos működést kifejteni. Még a műszerek számát is kezdetben csak a legszükségesebbre szorithatjuk. Néhány év mulva, ha a sikeresen gyógyult esetek száma mindinkább szaporodni fog, akkor ezzel lépést tartva, a mindig jobban fokozódó bizalom sem fog elmaradni, az anyagiak szempontjából pedig a rideg tartózkodás helyébe a nagyobb munificentia fog lépni!

Magyarországon és elsősorban fő- és székvárosunkban feltétlenül szükséges egy *Finsen*-intézet létesitése, mert a lupus vulgaris ellen eddigi therapiai eszközeinkkel csak nagyon fogyatékosan vagyunk képesek működni, a lupus-betegek száma pedig hazánkban elég nagynak tételezhető fel. A Magyarországon létező lupus-betegek számát csak nagyon approximative lehet meghatározni, mert megbizható statistikánk ez irányban alig van. Az utóbbi időből csak *Bruckmayer*[53] és *Nékám*[54] közlését ismerem; *Bruckmayer* a Szt. István-kórház bőr- és bujakóros osztályán 13 éven keresztül megfordult lupus-betegeket gyüjtötte össze nagy gonddal. Közlése szerint a nevezett kórházban és a jelzett idő alatt (1898. deczember 31-dikéig) összesen 690 lupus-beteg fordult meg, a kik közül 36·6%-ban férfiak, 63·4%-ban pedig nők szerepeltek, a mi a női nem praevaleálása, mint általánosan észlelt tapasztalati tény mellett újabb bizonyiték erejével bir; úgy a férfi, mint a női lupus-betegek legnagyobbb százalékát (48·5%, illetve 49·8%-ot) a 11—20 éves egyének szolgáltatták, szolgáltatta tehát épen az az életkor, a mely úgy a psychikai, mint a testi fejlődést illetőleg az egyén életében a legfontosabb. A statistika adataiból kiderül továbbá, hogy csupán a pestmegyeiek száma 173-at, a budapestiekké pedig 83-at tesz ki. Igen természetes, hogy *Bruckmayer* adatai nagyon is approximativok, mert egyáltalában nem tüntetik fel a valódi tényállást; *Nékám* nagyobb számú kórházi, ambulans és magánbeteg-anyagon eszközölt vizsgálatai alapján a lupus-betegek számát 15—16‰-re becsüli. *Schein* a magyarországi lupus-betegek számát ismert egységek soksorozása útján 8500-ra taxálja, azt hiszem, hogy ezen utóbbi szám kisebb a tényleges beteg létszámnál. Mindenesetre kivánatos volna, hogy a Magyarország területén élő lupus-betegek az arra hivatott authentikus hivatalos közegek által összeirassanak, mint a hogyan azt Dániára nézve *Finsen* tette.

Ezen összeirás mellett a lupus-betegeknek állandóan evidentiában tartása is szükséges volna már csupán azért is, hogy népies iratok terjesztése által betegségükről, illetve ennek gyógyitásáról felvilágositthassanak. Kivánatosnak tartom pedig mindezt elsősorban azért, mert a tapasztalat szerint a korai (átlag 10 évnél rövidebb idő óta fennálló) esetek sokkal jobb prognosist nyujtanak, mint az ennél hosszabb idő óta fennállók és igy a kedvező eseteknek eddigi 85%-nyi quotiensét a jövőben tetemesen emelhetnők; ez természetesen csak évek mulva érhető el, de a kezdet nehézségeivel meg kell küzdeni. *Finsen* öt év alatt (noha a kezelés progressiv természetű volt, a mennyiben néhány évvel ezelőtt távolról sem érte el a mai forgalmat), körülbelül 700 lupusbeteget gyógyitott, de tudnunk kell, hogy Kopenhágában ez idő szerint 28 készülék működik; mi tehát nyolcz-tizezer beteget kitevő lupus-létszámunkkal néhány évtizedre el vagyunk látva, attól tehát nem kell tartanunk, hogy a *Finsen*-therapiának mindenesetre költséges meghonositása esetén — még ha az csupán csak a lupus vulgarisra nézve válnék is be, a mi nem valószinű — az anyagból egyhamar kifogynánk.

A *Finsen*-féle kezelésnek további nagy előnye, hogy ambulanter végezhető. A betegek tehát nem kénytelenek a kórházban hónapokat tölteni, hanem rendes foglalkozásuk, vagy ha vidékiek, egyéb keresetforrások után járhatnak, ez pedig, tekintvén azt, hogy a lupusbetegek legnagyobb contingensét a szegénybb sorsú, tehát keresetükre szorult, továbbá iskolaköteles egyének szolgáltatják egyáltalában nem megvetendő előny. Egy korábbi helyen részletezett, csupán öt évi statistikai kimutatásom szerint az összes 479 lupusbeteg kórházi ápolási napjainak összege 23,817 napot tett ki; ez ugyanannyi mulasztott munkanapot, költségre nézve pedig legalább ugyanannyi forintot jelent! Az ezért nyujtott recompensatio pedig eddig édes-kevés volt!

Nagyon messzire vezetne, ha a jövőben reánk váró ily irányú feladatainknak fonalát még tovább szőném; csak reá akartam mutatni úgy társadalmi, mint orvosi szempontból a kérdésnek nagy fontosságára és ezt talán, részben legalább, el is értem.

X. Összefoglalás.

Dolgozatom végére érve, az abban foglaltakat, különös tekintettel az első oldalon jelzett munkaprogramm két pontjára, a következőkben összegezem:

1. A Finsen-féle therapia, úgy, a hogyan azt ma Kopenhágában alkalmazzák (tehát a gyógyszeres kezeléssel és cauterezéssel combinált fénytherapia), *a lupus vulgarisnak aránylag legjobb és legbiztosabb, kosmetikai szempontból pedig határozottan a legidealisabb gyógyszere; a Finsen-féle therapiával dignitás tekintetében csakis a radicalexstirpatio vetekedhetik, a mely azonban úgyszólván kizárólag csak a körülirtabb kisebb területeken végezhető.*

2. A dolgozatomban feltüntetett és eddig (az exstirpation kivül) *más lupus gyógymódok által el nem ért százalékos gyógyulási arány még ma legalább csakis az eredeti Finsen-féle concentratorokkal érhető el, az olcsóbb műszereknek egyike sem felel meg ez idő szerint* (legalább a lupus-therapiát illetőleg) *a hozzájuk füzött várakozásoknak: a Finsen-therapia ennélfogva még ma sem képezheti a gyakorló dermatologusok közkincsét és épen azért kettős kötelességet ró az államra, mint a magyar népesség egészségének legfőbb őrére.*

Ezekből és a dolgozatomban foglaltakból kifolyólag a nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister úrnak és a Tekintetes Orvosi Tanári Karnak, — mint a kik csekélységemet a *Finsen*-therapia tanulmányozásával megbizni kegyesek voltak — ajánlom és javaslom a következőket:

Javaslat a Finsen-therapiának Magyarországon való meghonosítása ügyében.

Tekintettel arra, hogy a *Finsen*-féle concentratorokkal eszközölt gyógykezelés képezi ez idő szerint a lupus vulgarisnak *legfontosabb*, sőt a gyógykezelendő esetek nagy többségének egyedül sikert igérő gyógyszerét, tekintettel másfelől arra, hogy Magyarország lakosai közül számosan szenvednek lupus vulgarisban, tekintettel végül arra, hogy Európa összes fővárosaiban épen a jelzett okoknál fogva *Finsen*-intézet már is létezik, *kivánatosnak, sőt szükségesnek tartom, hogy Budapesten is mielőbb létesíttessék hasonló intézet.*

A létesitendő intézet felszerelési költségeit illetőleg — a melyek első sorban állami segély, de részben közadakozás útján volnának fedezendők — concret javaslatot tenni ez idő szerint kissé bajos, mivel a költségek nagysága első sorban attól függ, hogy az intézet hány műszerrel fog felszereltetni. Tekintettel azonban arra, hogy hazánkban a

lupusbetegek száma mindenesetre jóval nagyobb, mint Dániában, kívánatos volna, hogy az intézet egyszerre több (talán 3—4 lámpával és ennek megfelelőleg 12—16) műszerrel szereltetnék fel annál is inkább, mivel a költségtöbblet több műszer alkalmazása esetén úgyszólván kizárólag csak a műszerek beszerzését illeti a melyek száma egyébként a szükséghez képest gradatim volna szaporítható.

Költségek megtakarítása szempontjából czélszerű volna az intézetet oly helyen létesiteni, a hol villamos kábel lefektetve már amúgy is van, a hol tehát a villamos erő odavezetésének gyakran igen tetemes költségei elesnének.

A gyógykezelés, mint egyebütt, úgy nálunk is, kizárólag ambulanter történnék, szegénysorsú betegek azonban továbbra is a fő- és székvárosi közkórházakban részesülnének ápolásban, úgy a hogyan az p. o. az ebmartakkal most is történik. Kivánatos volna azonban, ha a lupusbetegek — tekintettel arra, hogy ezek is a tuberculosisnak egy nemét képviselik — a *Finsen*-therapián kivül lehetőleg olyan gyógyintézetekben volnának elhelyezve, a hol egyebeken kivül első sorban a tiszta levegő jótéteményeiben is volnának részesithetők, a hol tehát az úgynevezett sanatoriumos gyógykezelés is rendelkezésükre állana.

* * *

Végül kedves köteleséget teljesitek, a midőn a Nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister úrnak, valamint a Tekintetes Orvosi Tanári Karnak a reám nézve megtisztelő megbizatásért hálás köszönetet mondok.

Hálával és köszönettel tartozom azonban ismételten *N. Finsen* tanár úrnak és intézete tisztelt orvosainak is, a kik a legnagyobb készséggel tették lehetővé, hogy a gazdag beteganyagot észlelhettem és a műszerek alkalmazását gyakorlatilag és tanulmányozhattam; épen ezért küldetésem sikerét — ha ilyet elértem volna — első sorban nekik köszönhetem.

Irodalom. 1. *Picton*: Arch. gén. de méd. XXX. 406. l. — 2. *Black*: Lancet. 1867. I. 792. lap. — 3. *Barlow*: Lancet. 1871. I. 151. lap. — 4. *Waters:* Lancet. 1871. II. 9. l. — 5. *Lindholm:* Hospitalstidende. 1893. szeptember 6. — 6. *Swendsen*: Medicinsk Revue. 1893. október. — 7. *N. R. Finsen*: Les rayons chimiques et la variole. La Semaine médic. 1894. jun. 30. — 8. *Juhel-Rénoy*: Sur le traitement de la variole par l'obscurité. Sem. médic. 1893. 557. l. és Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris. 1893. decz. 14. — 9. *Krohn*: Tre Tilfaelde af Kopper, behandlede i „rödt Lys". Hospitalstidende. 1894. okt. 3. — 10. *Moore*: A case of small pox and its lessons. Dublin Journ. of med. science. 1894. decz. — 11. *Péronnet*: Du traitement de la variole par la méthode de Finsen. Thése Paris. 1897. — 12. *Charcot*: Comptes rendus de la Soc. de biol. 1859. 63. l. — 13. *Brucke*: Sitzungsbericht d. Wien. Acad. 1851. II. 802. l. cit. Hoppe-Seyler. — 14. *Paul Bert*: Revue scientif. 1878. 987. l. — 15. *Hoppe-Seyler*: Physiologische Chemie. 1881. 25. l. — 16. *Duclaux:* Comptes rend. de la Soc. de biol. 1885. 395. l. és Sem. médic. 1885. 22. l. — 17. *Arlôing*: Comptes rendus. 100. k. 1885. 381. l. — 18. *Graber*: cit. Boubnoff. Arch. f. Hyg. 10. k. 339. l. — 19. *Dubois*: Comptes rendus. 100. k. 1889. 360. l. — 20. *Widmark*: Ueber den Einfluss d. Lichtes auf die Haut. Hygiea. III. — 11. *Hammer*: Ueber den Einfluss des Lichtes auf die Haut. Stuttgart, 1891. — 22. *Unna*: Ueber das Pigment der menschlichen Haut. Monatschr. für Dermat. 1885. 285. l. — 23. *Finsen*: Hospitalstidende. 1893. julius 5. és Ueber die Bedeutung der chemischen Strahlen des Lichtes für Medizin u. Biologie. Leipzig, 1899. 13. l. — 24. *Dieudonné*: Beiträge zur Beurtheilung der Einwirkung des Lichtes auf Bakterien. Arbeiten aus dem kais. Gesundheitsamte. IX. k. 415. l. 1894. — 25. *Dieudonné:* Ueber die Bedeutung des Wasserstoffsuperoxyds für die bakterientötende Kraft d. Lichtes. Arbeiten aus d. kais. Gesundheitsamte. IX. k. 537. l. 1894. — 26. *Richardson*: The action of light in preventing putrefactive decomposition and in inducing the formation of hydrogen peroxide in organic liquids. Journ. chem. Soc. 1893. 1109. l. — 27. *Buchner:* Ueber den Einfluss des Lichtes auf Bakterien und über die Selbstreinigung der Flüsse. Arch. f. Hygiene. XVII. k. 1893. 179. l. — 28. *N. R. Finsen*: Behandlung von Lupus mit concentrirten chemischen Strahlen. 1897. (Ueber die Bedeutung der chemischen Strahlen des Lichtes für Medicin und Biologie. Drei Abhandlungen. Leipzig, 1899. 71. l.) és francziául: Le traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés. Semaine médicale. 1897. decz. 21. — 29. *Eder*: Die chemischen Wirkungen des Lichtes. 1891. 355. l. — 30. l. c. — 31. A kisérlet részleteit illetőleg lásd: *N. R. Finsen*: Ueber die Anwendung von concentrierten chemischen Lichtstrahlen in der Medicin. Leipzig, 1899. 22. l. — 32. cit. *Boubnoff*: Archiv f. Hygiene. X. k. 335. l. — 33. l. c. — 34. l. c. — 35. Részletesebben lásd: *N. R. Finsen*: Neue Untersuchungen über die Einwirkung des Lichtes auf die Haut. (Mittheil. aus Finsen's med. Lysinstitut). Leipzig. 1901. l. — 36. *Waldemar Bie*: Untersuchungen über die bakterientötende Wirkung der verschiedenen Abtheilungen des Spektrums. (Mitth. aus Finsen's Lysinstitut. I. 1900. 40. és köv. l.) — 37. *Lortet et Genoud*: La lumière agent thérapeutique. Methode du Prof. Finsen de Copenhague. Lyon. 1900. Appareil très simple pour l'application de la méthode phototherapique de Finsen. Compt. rend. de l'Acad. d. sciences, séance du 4. février 1901. CXXXII. k. 246. l. Appareil photothérapique sans condensateur. Compt. rend. de l'Acad. d. sciences; séance du 4. mars 1901. CXXXII. k. 528. l. Appareil phototherapique sans condensateur pour l'application de la méthode de Finsen. Lyon médicale. 17. mars. 1901. Appareil phototherapique Lortet et Genoud, sans condensateur. Simplification de la méthode Finsen. Par M. Gastou. Soc. de Dermat. et de Syphil. Séance du 15. avril 901, Ref. in Annales de Dermat. et Syph. 1901. 378. l. Phototherapeutischer Apparat zur Anwendung der Finsen'schen Methode ohne Condensator. Arch. f. Derm. u. Syph. 57. k. 1901. — 38. *S. Bang*: Eine Lampe für Lichttherapie nach einem neuen Princip. Vorläufige Mitth. Deutsche med. Wochenschr. 1901. szeptember. 39. sz. — 39. *Strebel*: Zur Frage der Kühlelectroden im Bogenlicht. Deutsche med. Woch. 1901. 44. sz. l. továbbá a Deutsche Derm. Gesellsch.-nak VII. (boroszlói) congressusát. — 40. *Below*: Reform des Lichtheilverfahrens für Hautkrankheiten. Archiv f. Lichttherapie u. verwandte Gebiete. III. évf. 1901. decz. 1. — 41. *Schmidt*: Das Institut für Lichtbehandlung an der kön. Univ. Poliklinik für Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Berl. klin. Woch. 1901. 32. sz. — 42. *N. R. Finsen:* Untersuchungen über das Häufigkeitsverhältniss von Lupus vulgaris in Dänemark. Mittheil. 1901. II. k. 139. és köv. l. — 43. *H. Forchhammer:* Die Klinik. Mittheilungen aus Finsens Institut. Leipzig, 1901. II. k. 133. l. — 44. *Forchhammer:* Die Finsen-Therapie und ihr gegenwärtiger Stand in der Dermatologie. VII. Congress der deutschen Dermatol. Geselsch. Breslau, 1901. — 45. l. c. — 46. *Lesser*: Ueber die Lichtbehandlung von Hautaffectionen nach der Finsen'schen Methode. Zeitschr. f. diät. und physik. Ther. 1901/1902. V. k. 6. f. — 47. *Forchhammer*: Die Klinik. Mitth. II. k. 132. lap. — 48. Ugyanaz. Die Finsen-Therapie. VII. Congr. d. Deutschen dermatol. Gesellsch. 1901. 10. l. — 49. *Leredde*: La phototherapie et ses applications à la thérapeutique des affections cutanées. Bulletin général de thérapeutique. 70. évf. 141. k. 129. l. — Ugyanaz. La cure photothérapique du lupus érythémateux. Bulletin de la Société de thérap. 36. évf. 4. s. VI. k. 21. l. — 50. *Basch:* A lupus gyógyitása a fény chemiai sugarainak felhasználásával Finsen szerint (ref. a kir. orvosegyesület 1898. október 22-diki ülésén). Orvosi Hetilap. 1898. 546 l. — 51. *Schein*: Alopecia areata Finsen módszere szerint kezelt esete. Betegbemutatás a kir. orvosegyesületnek 1901. nov. 25-dikán tartott ülésén. Orvosi Hetilap. 1901. 798. l. — 52. *Török-Schein*: Bőrbetegségek kezelése Röntgenfénynyel és Finsen módszere szerint. Orvosi Hetilap. 1901. 51. és 52. sz. — 53. *Bruckmayer*: Adatok a lupus vulgaris elterjedéséhez Magyarországon. Orvosi Hetilap. 1900. 193. l. — 54. *Nékám*: A dermatologiai anyag Budapesten. Orvosi Hetilap. 38. sz. 1901. (Melléklet.)

Huber Alfréd dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cholelithiasis belső kezelésének és az operativ beavatkozás indicatioinak újabb elvei.

Közli: **Hager Péter** dr.

(Vége.)

A faolaj nagy adagjainak specificus szerként való alkalmazása újabb időben nagyon elterjed. *Witthauer* esténként egy boros pohárnyival ad ol. menth. pip. hozzáadásával; ha a beteg igy nem tűrné, akkor vastagbélbeöntéseket ajánl 400—500 cm^3-rel, eleinte naponta később ritkábban, colica fenyegetésekor ismét gyakrabban. Szerinte ezzel a kúrával több beteget lehet az operatiotól megkimélni. *Rejchmann* szerint a nagy olaj adagok megszüntetik az epeutak gyuladását, szűkülését és görcsét, a májcolica tulajdonképeni okait, és ezáltal a kő eltávozásának akadályait. *Singer* ezen gyógyeljárástól tartós gyógyulást látott. *Jakobs* egyik esetében 17 nappal az olajadagolás után 12, 3 nappal később, újabb adag után 46 és további adag után 5 nap mulva 105 kő ürült ki a bélsárral.

A physikai therapiás eljárások közt *Möbius* a májmassage-t ajánlja, mely abból áll, hogy a beteg mélyen lélegzik, lehetőleg sokáig marad a belégzés magaslatán, azután lassan kilégez. Ezáltal könnyebb rohamokat talán meg lehet előzni, a rohamban pedig könnyebbülést létrehozni.

A hydrotherapiának *Florian* tulajdonit nagy fontosságot a cholelithiasis therapiájában: szerinte forró fürdők, meleg boritások a derék körül, vagy legalább a májtájra nagy befolyást gyakorolnak a máj vérkeringésére és igy az epeelválasztást fokozzák. A fokozott elválasztás azonban az epe pangását idézi elő, de ennek nincs elég nagy nyomása. Ez utóbbit rövid hideg procedurákkal éri el, melyek által a légvételek mélyebbekké tétetnek, a mi ismét a májra nyomást gyakorol, másrészt ugyanezen hideg procedurákról kisérletileg van kimutatva, hogy reflectorikus úton bélperistaltikát idéznek elő, a mi a choledochus összehúzódását is létrehozza. Végre nagy vízmennyiségeknek (egy liter 13° R.) a bélbe öntésével a tapasztalat szerint szintén fokozhatjuk az epelefolyást, ilyen módon kezelt egy esetét közli, melyben 14 nap mulva 5 kő távozott. Hasonló módon nyilatkozik a hydrotherapiás eljárásokról *Kowalski* is, a ki szerint a forró fürdők az epeelválasztás lassú, a hideg douche-ok annak gyors fokozását idézik elő.

A belső kezelés prognosisát illetőleg *Naunyn* igen biztatólag nyilatkozik, a mennyiben azt mondja, hogy az epeköveknek per vias naturales való távozása útján radicalis gyógyulás állhat be, a komoly következmények pedig, mint pl. carcinoma, ritkák. Az ilyen úton való teljes gyógyuláshoz azonban *Scheuer* szerint legtöbbször évek kellenek.

A sebészi kezelés indicatiojánál élénk vita folyik a korai operatio kérdéséről, vagyis arról, hogy tekintve az epeköveknek, mint a betegség okának operativ úton való teljes eltávolithatóságát, nem volna-e leghelyesebb a biztos epekő diagnosisnak felállításakor azonnal az operatiohoz fogni. Ezen kérdés elbirálására látszólag döntők a cholelithiasis életveszélyes és néha elég hirtelen bekövetkező complicatioinak nem túlritkasága és a már elég nagy számban lévő statistikus adatok, melyek a műtéti beavatkozások eredményeit elég kedvező szinben tüntetik fel,

Főleg *Richardson* és *Kocher* azok, kik a korai operationak absolut hívei. Azonnal kivánják az operatiot, a mint csak az epekő biztosan diagnostizáltatott, még pedig főleg tekintettel az epekövek hosszabb jelenléte által kiváltott pathologikus folyamatokra, melyek később az operatio különben absolut jó prognosisát kétségessé teszik. Ez okot bár *Dollinger* is elfogadja, mégis belőle csak azon következtetést vonja le, hogy nagyon későn ne operáljunk.

A korai operatiora vonatkozólag *Kehr* úgy nyilatkozik, hogy az bár theoriában az egyetlen helyes therapia, még sincs kellő czélja, főleg azért, mert a recidivák elég gyakoriak; az ő eseteiben 15%-ot tesznek ki. Vele teljesen ellentétes nézeten van *Peterson*, kinek tapasztalatai szerint, mindinkább valószinűbbé lesz, hogy az epeképződés folyamata elenyésző kivételektől eltekintve csak egyszer lép fel az életben és sikeres, czélszerű operatio után többé nem jelentkezik; ezért ő feltétlenül híve a korai operationak. Főleg az epekőileus könnyű bekövetkezése és ennek súlyos prognosisa miatt ajánlja *Karewski* a korai operatiot, a melyet a statistika utóbbi időben kedvező fordulásával is támogat. *Naunyn* szerint számos oly eset van, a mely egy vagy néhány roham után tartós, végleges vagy legalább évtizedekig tartó gyógyulásba megy át, s melyben rossz, életveszélyes következményeit a cholelithiasisnak nem látjuk. Ezen számos esetben tehát az operatio nemcsak nem szükséges, hanem felesleges és jogosulatlan. A sebészi oldalról felállított indicatiok tekintetbe vétele mutatja, hogy olyan esetek, melyek előreláthatólag rossz lefolyást fognak mutatni, igen ritkák, s így a korai operatio indicatioja is igen ritkán jön szóba. Sokkal több ok szól e szerint általában a mellett, hogy az operatiot inkább késleltessük, mint elhamarkodjuk.

A sebészi beavatkozást illetőleg *Kehr* szerint minden körülmények közt operálandó 1. az acut serosus-genyes cholecystitis és pericholecystitis, 2. az utóbbiból származó összenövések az epehólyag és a bél, gyomor vagy cseplesz közt, feltéve, hogy ezek a betegeknek fájdalmakat okoznak vagy peripyloritis által pylorus stenosist vagy duodenumstrangulatiot, ileust, stb. idéznek elő, 3. chronikus choledochus-elzáródás, 4. chronikus cysticus záródás (epehólyag hydrops, empyema), 5. mindazon cholelithiasis alakok, melyek mint könnyűek kezdődnek ugyan, de további lefolyásukban minden belgyógyászati kezelésnek daczolva, állandó betegségi tünetek (gyomornyomás, lesoványodás) által a betegnek az életét elkeserítik és hivatásának gyakorlását lehetetlenné teszik, 6. genyes cholangitis és májtályog, 7. az epeutak átfúródási processusai és peritonitis, 8. epekő morphinismus.

Naunyn az indicatioknál két csoportot különböztet meg. 1. Az acut és chronikus cholecystitis, melyek leginkább adják az operatio indicatioját. A palpabilis epehólyag szinte invitál az operatiora, a cholecystitis azonban néha oly gyorsan fejlődik vissza, hogy arra nem kerül a sor. Ilyen esetekre vonatkozólag mondja *Naunyn*, hogy a ki az elővigyázatot mindenek elé helyezi, inkább vár egy ideig és eseteinek nagyobb részét fogja operatio nélkül gyógyulni látni. Hogy meddig lehet várni, abban a beteg általános állapota dönt: ha az infectio igen súlyos, vagy máskép fenyeget veszély, akkor rögtön kell operálni. Az operativ beavatkozás időpontjára nem a palpatorikus lelet, a tumor kimutatása irányadó, hanem az általános orvosi lelet. 2. A chronikus recidiváló cholecystitis, az atypikus esetek nagy csoportját is magában foglalva: az epeutakban fennakadt epekövek, a chronikus cholecystitis, cholangitis, pericholecystitis, pericholangitis, fistulaképződés carcinoma adhaesiokkal. Mindezen esetek azonban csak akkor operálandók, ha előbb egy alapos karlsbadi kúra eredménytelenül kisértetett meg.

Naunyn főelve, hogy az operatio elhalasztandó, a meddig csak lehetséges, mig az összes belső szerek nincsenek kimerítve. Ezen tartózkodásra három ok mérvadó: 1. mindezen esetekben spontan gyógyulás még lehetséges, hónapok, sőt évek mulva is jól végződhetnek ily esetek (pl. choledocho-duodenalis fistula képződésénél) 2. ezen complikált és beláthatatlan esetekben az operatio nem veszélytelen, különösen, ha chronikus icterus áll fenn, 3. az operatio sem garantál biztosan állandó gyógyulást: egyes esetekben az operatio után adhaesiok okoztak további bajokat, más esetekben újabb kőképződés által valóságos epekőcolikák álltak újból be. Az operatio tehát csak akkor tanácsolandó, ha az elkerülhetetlenül szükséges.

Dollinger szerint a műtét indicatioit adják az idült choledochus-elzáródás, a hólyagban levő, sok fájdalmat és kellemetlenséget okozó epekövek, hydrops és empyema cystae felleae. *Friedler* nagyjában elfogadja a *Kehr* által felállított indicatiokat és az epehólyag hydropsa esetében akkor operál, ha kimutatható, hogy a folyadékfelszaporodás fokozódik, a mi a betegnek nagy fájdalmat okoz. Hangsúlyozza a gyors sebészi beavatkozást, ha peritonitises jelenségek közeli perforatioval fenyegetnek. *Schlesinger* az indicatiokhoz hozzácsatolja a gyomordilatatios jelenségek fellépését. *Löbker* azt mondja, ha kifejezett, ismételt colicarohamok daczára sem lép fel sohasem icterus és az epehólyag a rohamok közti időben is nyomásra érzékeny, úgy biztosan felvehető, hogy az epehólyagban és környékén súlyos lobos elváltozások készülődnek, vagy már jelen vannak; ilyenkor a várás veszélye sokkal nagyobb, mint az operatioé. Az általánosan elfogadott indicatiokon kivül *Rejchmann* még hangsúlyozza a beteg morphinismusát, mint az operatiot indikáló okot és a beteg szegénységét, mely hosszabb methodikus kezelést nem enged meg. Okvetlen és azonnal operálandó *Riedel* szerint a sikertelen epekőcolicarohamban szenvedő beteg, ha egyéb komoly baj nem contraindikálja a műtétet. A sikeres és sikertelen eperohamok azonban (mely megkülönböztetés a szerint történik, vajjon a kő kiszabadul e beékelt helyzetéből vagy nem) *Naunyn* szerint nem különböztethetők meg mindig biztosan: mindkettőnél egyenlő symptomák lehetnek. Kövek távozása sem ad ezen irányban biztosan útmutatást, mert kövek még maradhattak vissza; a köveknek a székben meg nem jelenése sem bizonyít semmit, mert a kiszabadult kövek néha csak hetek mulva üríttetnek ki, másrészt pedig, mint *Naunyn* kisérletileg bebizonyította, a kövek a bélben fel is oldódhatnak.

Mielőtt az operatio mint egyetlen gyógyító eljárás általánosan ajánlható volna a betegnek, megállapitandó, mennyiben garantál az biztos gyógyulást. *Naunyn* ezen mondatára felelve, *Kehr* az utóbbi 10 évben végzett 302 epeműoperatio statistikáját állította össze. Statistikája magyarázatánál megkülönböztet valódi és nem valódi recidivákat: az előbbiekhez azokat sorolja, melyeknél az epehólyag tökéletes kitisztitása után ismét új kövek képződtek, mig a nem valódiak alatt mindazon megbetegedéseket érti, melyek akaratosan vagy akaratlanul visszahagyott kövek, kiújult epehólyaggyuladás, adhaesioképződés, hernia létrejövetele által idéztetnek elő. Valódi recidivákat *Kehr* egyáltalában nem látott, nem valódi recidivák 15%-ot tesznek ki. *Herrmann* 4 valódi recidivát említ és ennek alapján kivánja az operativ beavatkozás megitélését.

A mortalitást illetőleg Scheuer 2%-ot mutat ki, *Dollinger* 10 operált esete közül 2 végződött halálosan. *Kehr* 174 operált betege közül 16% halt meg.

Ezen statisztikák azonban a prognosis megitélésére nézve nem adnak kellő képet és ezért *Wölfler* biographikus statistikát kiván, mely minden egyes betegnek legalább egy életdecenniumára vonatkozzék.

Könyvismertetés.

Kirmisson: Les difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence. Paris, Masson et Co. 1902.

A jeles franczia gyermeksebész ezen könyve folytatását képezi egy más, régebben megjelent, közkézen forgó művének, mely a veleszületett sebészi bántalmakat tárgyalja. Jelen munkában az orthopaediába vágó szerzett betegségeket adja elő igen világos, jól érthető és élvezetes modorban. Lehetőleg keveset terjeszkedik ki az irodalomra, bár annak alapos ismerete minden sorából kiviláglik s az orthopaedia jelenleg felszinen levő kérdéseire vonatkozólag a legújabb adatokról is tájékozást nyujt. Mindenütt saját tapasztalatának gazdag tárházából merit, mindent, a mit mond, érdekes és tanulságos esetekkel illustrál. Tárgyának feldolgozásában kiválóan klinikus szempontokat követ, csak in nuce adja az egyes bántalmak pathogenesisére, pathologikus anatomiájára vonatkozó tudnivalókat, mindenütt a symptomatologiára, a diagnostikára és therapiára helyezi a fősúlyt.

A munka négy részre oszlik. Az első, legterjedelmesebb rész, a tuberculosis okozta csontizületi bántalmakkal, a második a rachitis és a csontfejlődés egyéb zavarai által okozott deformitásokkal — scoliosis, coxa vara, genu valgum, lúdtalp —, a harmadik a neuropathikus alapon fellépett elferdülésekkel, végre az utolsó a traumák, osteomyelitis kapcsán kifejlődött orthopaediai bántalmakkal foglalkozik.

Nem lehet e helyen az egyes fejezetekben foglalt számos érdekes klinikai ténynek és diagnostikai és therapeutikus fogásnak még futólag sem ismertetését adni, csak annyit mondhatunk, hogy e könyvet minden a tárgy iránt érdeklődő nagy haszonnal és szeretettel olvashatja, mert egy önállóan gondolkodó, saját megfigyeléseire épitő klinikusnak hosszú évek tapasztalatai által megérlelt véleményét ismerteti meg minden egyes kérdésre vonatkozólag. A könyv kiállítása mintaszerű s a szöveg megértését 430 szép ábra, rajz és Röntgen-kép mozditja elő.

P. J. dr.

J. Krumpholz: Der Kampf gegen die Malaria. Pola, 1902. Buchdruckerei von Kleinmayr und Bamberg in Laibach.

Szerző katonaegészségügyi főnök Polában, a hol régebben nagy mérvben uralkodott a malaria s a hol még most is elég sok malariaeset fordul elő. Mint ilyen kénytelen a malariával és az ellene való védekezés módjaival is behatóan foglalkozni. Részint az irodalom beható tanulmányozása, részint személyes tapasztalatai alapján, melyeket Olaszországban a malariaellenes intézkedések tárgyában tett, irta meg munkáját, mely ugyan főleg a katonaorvosok igényeire van tekintettel, de azért minden orvos haszonnal tanulmányozhatja, mert ügyes összeállításban, kellő rövidséggel, nem fárasztó, eleven előadással mondja el benne mindazon dolgokat, melyek főleg a malaria ellen való védekezés szempontjából fontosak s így a gyakorló orvost leginkább érdeklik. E mellett azonban a malaria aetiologiáját is a legújabb kutatások világításában az olvasó szemei elé vezeti, de csak olyan terjedelemben, a milyen a védekezés módjainak megértetése szempontjából épen szükséges.

Bericht über die vom Comité für Krebsforschung am 15. Oktober 1900 erhobene Sammelforschung. Jena. G. Fischer, 1902.

A munka a „Klinisches Jahrbuch" I. pótfüzeteként jelent meg és a német rákbizottság által megindított gyűjtő-kutatás részletes végeredményeit tartalmazza. A bevezető rész után, melyben *Leyden* először gyanánt röviden vázolja a rák-kérdés mai állását és a rákbizottság keletkezésének történetét, *Kirchner* orvosi szemponból méltatja *Hirschberg* statistikai igazgató segéd minden lehető szempont tekintetbe vételével és kiváló gonddal végzett statistikus összeállításait. Definitiv válaszok a rákaetiologia és pathogenesis nyilt kérdésére — mint az előre volt látható — a gyüjtőkutatás eredményeiből sem voltak megállapithatók, a nyert eredmények azonban lehetőleg értékes támpontokat nyujtanak a további kutatáshoz. A végeredmények közül fontosabbak a következők:

Nagy városokban több nő betegszik meg rákban, mint vidéken; férfiakra nézve ennek ellenkezője tapasztalható. A férfiak és nők közti

megbetegedési arányszám is nagy kitérésekben ingadozik a városokat és azokat környező vidékeket összevetve. Ok gyanánt a népesség különböző kor-összetétele vehető fel. Egyes szomszédos községeknek rák-morbiditása közötti feltünő különbözet pedig (1 millio lakosra Hamburgban 536, Altonában 315, Elberfeldben 147, Barmenben 217 stb. rákos beteg esik) helyi viszonyok befolyásának felvételére utal. Feltünő az ipari központoknak szokatlanul alacsony rák-megbetegedési aránya.

Kor tekintetében mindkét nemnél alig szerepel az első 2 évtized. A harmadikban kezdődő szaporodása a morbiditás számarányának nőknél hamarabb kezdődik és később szünik meg. Culminatio a férfiaknál a 60. és 70., nőknél a 70. és 80. életévek között van; a 60. és 70. életév között azonban aránylag több férfi betegszik meg, mint nő.

A megbetegedett szervet tekintve, férfiaknál a tápcsatorna primaer megbetegedése — kivált nagy városokban — túlnyomó, ugyanez áll a nőkről az ivarszervek megbetegedésére vonatkozólag; metastasisok férfiaknál legtöbbször a májban (gyomor-rák után), nőknél a mirigyekben (mell-rák után) léptek fel.

A pathogenesist illetőleg az öröklékenység alig vehető számba, egyrészt, mert az összes anyagban is csak 9·8%-kal szerepel, má-részt mert elsődleges májrák feltünő kevés fordul elő, már gedig „in utero" átvitt betegségeknél a megbetegedés helyét legelőbb a máj szokta képezni; hogy családi betegséggé mégis miért fajulhat, azt a fertőzéssel lehet magyarázni, még pedig tekintve a tápcsatorna túlnyomó megbetegedését, felvehető, hogy a fertőzés a táplálékkal történik legtöbbször. Alkalmi okok közül kiemelendő a pipázás, kétségtelen befolyásával az ajakrák keletkezésére. Foglalkozás tekintetében feltünő nagyszámúak a bőrrák esetei férfi és női földmíveseknél és mosónéknál, aránylagosan gyakori a tüdőrák érczmunkásoknál, valamint az ivarszervek rákja nőcselédeknél és pinczérnőknél.

A csatolt 3 térkép áttekinthető képét nyujtja a rák előfordulási viszonyainak Németországban.

A füzetben közölt hollandi rák gyüjtő-kutatás eredményei nagyjában összevágnak a fent közlöttekkel, a különbségek a jóval kisebb számokkal való dolgozásnak (összesen 878 esetből vonnak következtetéseket) tudhatók be. *Palotai Andor* dr.

Uj könyvek. *Pribram:* Chronischer Gelenksrheumatismus und Osteoarthritis deformans. Wien, A. Hölder. — *Fischer*: Der Schutz der Geisteskranken in Person und Eigenthum. Leipzig, S. Hirzel. — *Graetzer:* Therapeutischer Rathgeber. Fünfte Auflage. Leipzig, Fiedler. — *Reuss*: Das Gesichtsfeld bei functionellen Nervenleiden. Wien, F. Deuticke. — *Scheube*: Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern. Leipzig, A. Barth. — *Kronthal*: Von der Nervenzelle und der Zelle im Allgemeinen. Jena, G. Fischer. — *Treitel:* Ohr und Sprache, oder über Hörprüfung mittelst Sprache. Jena, G. Fischer. — *Sicard:* Le liquide céphalo-rachidien, ponction lombaire et cavité sous-arachnoidenne. Paris, Masson et comp. — *Dominici:* Le ganglion lymphatique. Paris, Masson et comp. — *E. Blackwell*: Essays on medical sociology. London, E. Bell.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A fortoin, mely formaldehydnek cotoinra behatásakor keletkezik, kristályos, sárga szinü, izetlen, cinnamomumhoz hasonló szagú, alkaliákban jól oldódó, vizben és higitott sósavban oldhatatlan port képez. Physicalis és chemiai sajátságaira, valamint az állati szervezetre való hatására nézve csak kevéssé különbözik a cotointól. Előnye azonban, hogy nincsen kellemetlen, keserü ize és hogy formaldehyd-tartalma miatt erös antiseptikus hatást is fejt ki. 0·2—0·5 grammos adagokban adható 3-szor naponként, de még 3 grammnál nagyobb adagok is teljesen ártalmatlanok. *Zajaneczkowski* szerint a fortoin különösen idült bélhurutoknál aránytalanul kedvezőbben hat, mint más szerek, a mint azt már Pribram tanár is hangsúlyozta. És ez érthető is, a mennyiben a fortoin activ hyperaemiát létesit a bél nyákhártyáján, a melynek behatása következtében az epithel lassanként regenerálódik. (Deutsche Praxis, 1902. 11. szám.)

A jodipinről terjedelmes, 55 lapra terjedő értekezést irt *Feibes*, melyben a jodipinre vonatkozó irodalmi adatok ismeretése után saját vizsgálatairól és észleleteiről számol be. Nem terjeszkedhetünk ki a dolgozat behatóbb ismertetésére, csupán néhány pontot emelünk ki. Igy szerző pontos vizsgálatai kimutatták, hogy a subcutan alkalmazott 25%-os jodipin kifogástalanul kihasználódik. Syphilis maligna praecox jodipin nagy mennyiségének befecskendésével, kapcsolatban bedörzsölésekkel, biztosan meggyógyitható. Olyan esetekben, a melyekben a szervezet a jódkalit semmiképen sem türi, jodipinnel nagyon jó eredmények érhetők el. (Dermatologische Zeitschrift, 9. kötet.)

A tejsomatoset *Cattaneo* tanár mint a tej tápanyagait könnyen emészthető, compendiosus alakban tartalmazó, zsirmentes diaeteticumot igen jó eredménynyel használja gyermekkori súlyos dyspepsiáknál. Tapasztalatai szerint tejsomatose használata mellett a testsúly többnyire rohamosan emelkedik, a székletétek elvesztik zöld színüket és dyspepsiás jellegüket, keményekké, egyenletesekké, kissé sötét szinüekké lesznek. A tejsomatose, mely 5% vegyileg kötött csersavat tartalmaz, iz- és szagnélküli; rendelhető tejben, levesben, cacaoban, vizben, átlag 5—6 grammos napi adagokban. (Rendiconti della Associazione medico-chirurgica di Parma, 1902. 2. szám.)

Orr-, torok- és gégebajok.

A gégegümökór prognosisa *Freytag* szerint a saját tapasztalatai alapján is igen rossz. Negyven betege közül huszonnyolczat alkalma volt elejétől végig kezelni, azonban ezek legnagyobb része exitussal végződött.

Szerző nem hiszi, hogy a gégegümökór a tuberculosis-bacillusok belégzése következtében létrejöhetne. Nagyban hangsúlyozza ama már régtől fogva ismert tételt, hogy a gégegümökórnál a tüdők állapotára és annak a kezelésére szintén nagy súly helyezendő. A mi az endolaryngeal operativ eljárásokat illeti, szerző véleménye szerint a Krause-iskola eljárása, a mennyiben rossz általános állapotnál és előrehaladt folyamatoknál is operál, igen hibás, daczára annak, hogy szerző maga is elismeri, miszerint a betegnek a műtétből directe kára nem származik. Az operativ beavatkozás csupán azért contraindikált, mert az ily decrepid egyének igen érzékenyek.

A gége total- avagy partial-exstirpatiojáról szó sem lehet, habár több izben végezték, többnyire hibás diagnosis alapján.

Az infiltratiokat a galvanocaustikus beszúrásokkal hegedésre lehet birni, a curettezés igen czélszerü a gége hátsó falának, az aryporczoknak és az epiglottisnak a megbetegedéseinél, a dysphagiát ily esetekben jobban megszünteti, mint bármiféle más eljárás. A szerek közül ajánlja a tejsavat ötven perczentes és töményebb oldatokban, a parachlorphenolt, szétesésnek nem indult és ki nem fekélyesedett infiltratumoknál, miután egy bizonyos felszivó erővel rendelkezik. A tiz-harmincz perczentes mentholt dysphagiánál, e szer hatása alatt a fekélyek tisztulnak, az aryporczok és a hátsó fal gyuladása visszafejlődik. Insufflatiora a jodolt, aristolt, hetokresolt ajánlja.

Az orthoform igen előnyös por alakban vagy tiz perczentes nirvanin oldatban dysphagiát okozó ulceratiok és granulatioknál, úgyszintén műtéti eljárásoknál az utófájdalom elkerülésére.

Belégzésre megkisérelhető a menthol, alkohol és chloroformmal a tenyérben szétdörzsölve, avagy zsebkendőre cseppegtetve a tiz perczentes kreosotalkohol, avagy a perubalzsam alkohol, forró vizről elgőzölögtetve avagy a belégzésre szolgáló pipák segélyével alkalmazva. A lignosulfit igen alkalmas betegszobákban, miután az e folyadékba áztatott és kiteritett kendő a szoba levegőjét teliti a lignosulfit páráival.

(A mi a szerző ama nézetét illeti, hogy a bacillusok inhalatioja folytán gégegümökór létre nem jöhet, eltekintve a szerzők ama nagy seregétől, a kik ezt bizonyitják, bátor vagyok az Orvosi Hetilap 1901. 10—12. számában megjelent közleményem egy esetére (orvosözvegyre) hivatkozni, hol a gégegümökór csakis a gümőbacillusok belégzése folytán keletkezhetett. Hogy szerző a Krause-iskola eljárását oly éles szavakkal elitéli, csupán annak tulajdonithatom, hogy soha a Krause-klinikán meg nem fordult, különben mint nekem, úgy neki is alkalma lett volna meggyőződni arról, hogy még az igen decrepid egyének is mily szépen összeszedték magukat egy-egy műtét után, mivel a dysphagia megszünt, légzésük javult és jobban táplálkoztak, nyugodtabban aludtak. Ez irányban idehaza tett tapasztalataim teljesen megerősiteni látszanak a Krause-klinika álláspontjának a helyességét. A parachlorphenol ama kitünő tulajdonságait, mit szerző neki tulajdonit, soha nem tapasztaltam, de annyival inkább a phenolum natrio-sulforicinicuméit, mit szerző egy szóval sem emlit. A ref.) (Münch. med. Woch. 1902. 12. szám.) *Tövölgyi Elemér* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A bismutosét 23 esetben használta *Manasse*. Mindenekelőtt megjegyzi, hogy a szert a betegek — még kis gyermekek is — mindig szivesen vették, mert ize nem kellemetlen. Kevés forró vizzel mandolatejszerü emulsiot ad, a mely tetszés szerinti mennyiségü folyadékkal elegyithető, igy keményitő-oldattal is, a minek folytán a vastagbél alsó részleteiben levő megbetegedéseknél klysma alakjában is jól használható. A bismutose teljesen ártalmatlan, még nagyon nagy adagok sem okoznak káros mellékhatásokat s azért a gyomorbajok therapiájában is használható lesz a magisterium bismuthi helyett, a mely elég gyakran okoz mérgezési tüneteket. A bismutose mint adstringens és béltonicum minden esetben bevált, úgy hogy remélhető, miszerint állandó helyet fog találni gyógyszereink között, annál is inkább, mert olcsóbb, mint az újabban használtatni szokott adstringensek. (Therapeutische Monatshefte, 1902. 1. füzet.)

A hetolkezelésről a gyakorlatban ir czikket *Franck*, melyben tüdőgümökór 13 esetében szerzett tapasztalatai alapján oda nyilatkozik, hogy szövődményektől mentes, kezdődő tüdőgümökór esetekben hetolkezelés mellett alapos a remény javulásra és gyógyulásra. Legczélszerübb, ha egyidejüleg sanatoriumi kezelés is igénybe vétetik. (Therapeutische Monatshefte, 1901. 12. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 30. szám. *Jellachich István*: A rohamos szülésről. *Herszky Manó*: A vese- és uretersebészet fejlődése. *Vajda Géza:* A trachoma-gyógyitás.

Orvosok lapja, 1902. 30. szám. *Lukács Hugó*: A Gaertner-féle haemophotograph. *Rottenbiller Ödön:* Az iszapkezelés mai álláspontja.

Magyar orvosok lapja, 1902. 30. szám. *Sztahovszky Antal*: Másodkorszaki lueses idegbetegségek. *Deutsch Ernő*: A süketnémaságról. *Váli Ernő*: Extraduralis tályog operált esete.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 30. szám. *Stieda*: Szabad faggyúmirigyek. *Schnabel*: Sympathiás iridocycilitis. *Kassowitz*: Myxoedema infantilis, mongolismus, mikromelía. *Ullmann*: Az extragenitalis lágy fekély előfordulása.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 30. szám. *Alt*: A zenei hallás zavarai. *Schlesinger*: Az alimentáris glykosuria létesülésének felté-

telei. *Oppenheim:* Pigmentképződés tyrosinból. *Duffek*: Distomum hepaticum emberben.

Wiener medizinische Presse, 1902. 30. szám. *Stenitzer*: A 4. agygyomrocs szabad, izolált cysticercusai. *Kurz*: Méhenkivüli terhesség okozta haematocele retrouterina. *Wolf*: Vizsgálatok a Gärtner-féle tonometerrel.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 30. szám. *Orth*: Nehány kérdés a gümőkór köréből. *Hirschfeld*: A lép és a nyirokmirigyek myeloid átalakulása. *Holländer:* Lupus erythematodes. *Ruhemann*: Uj reactio néhány redukáló anyagra és a húgysavmeghatározás kérdése. *Reckzeh:* Anaemia perniciosa.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 30. szám. *Bonnet*: Embryotrophusok. *Hilbert*: Ritka okból eredt és szokatlanul lefolyt perforatios peritonitis. *Eschenhagen*: Sipolyképződés az epeutak és egy hörg között. *Kuhn*: A peroralis tubage technikája. *Weissbein*: A csecsemő mesterséges táplálásának kérdése, különös tekintettel a Soxhlet-féle tápczukorra. *Drygas*: Anaemia perniciosa progressiva három esete *Damrow*: Uj csípő idegen testek eltávolitására az orrból és fülből. *Beer*: A Bial-féle kémszer a diabetes és pentosuria megkülönböztetésére. *Friedmann*: Az anyatej megitélése a mikroskopi lelet alapján.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 28. szám. *Karewski*: A gyermekkori végbélelőesés kezelése paraffin-befecskendezésekkel. *Wolff*: Mikép érünk el teljes continentiát totalis végbélkiirtás után? *Karewski*: Fecskendő paraffininjectiokhoz.

La semaine médicale, 1902. 30. szám. *Bard:* Bothriopcephalus okozta anaemia perniciosa.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 30. szám. *Delcourt*: Diphtheriás croup 5 éves gyermeknél; intubatio 284 órán át; gyógyulás.

Gazette hebdomadaire, 1902. 58. szám. *Poncet:* A tuberculosus rheumatismus zsigeri és másnemű localisatioi. 59. szám. *Delore:* Thyroidectomia heveny genyes pajzsmirigylobban.

Le progrès médical, 1902. 29. szám. *Terrien*: A traumás eredésü ptosis.

British medical journal, 1902. julius 19. *A. Th. Brand*: A rák aetiologiája. *P. J. Freyer*: Prostatatúltengés gyökeres gyógyítása teljes kiirtással. *D. Newman*: Vándormáj esete erősen kitágult epehólyaggal; cholecystotomia. *W. E. Fry*: Gyermekágyi láz gyógyitása antistreptococcus-serummal. *H. R. Sedgwick*: Tetanus esete; gyógyulás antitetanusserum használata után.

The lancet, 1902. II. 3. szám. *A. A. Bowlby*: Idegsérülések. *Byrom Bramwell:* A tüdővész okai és megelőzése. *P. L. Daniel*: Pajzsmirigysarcoma néhány ritka esete. *F. W. Pavy:* Aceton-termékek összefüggése coma diabeticummal. *F. C. Wallis*: Az appendix intraperitonealis tályogának kezelése. *F. T. Travers*: Egy diverticulum intussusceptioja másodlagos ileo-colikus intussusceptioval. *E. Percy Paton:* Verticalis hermaphroditismus esete pyometrával és pyosalpynxszal. *E. H. Sweet*: Hat meningitis-eset egy házban. *R. T. Bowden*: Gerinczoszloptörés esete; laminectomia, gyógyulás. *W. Allen* és *J. W. Russell*: Rheumás hyperpyrexia, utána disseminált sclerosishoz hasonló kórkép. *H. W. Syers:* Erythema nodosum. *J. F. Hodgson*: Idült tüdőgümőkór esete, mely heveny sebészi emphysemával végződött. *G. Francis Smith*: Sárgaság foetusban. *W. Murrell:* Gümőkórral végződött leukaemia splenica.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 29. hetében (1902. julius 13-dikától julius 19-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 411 gyermek, elhalt 249 egyén, a születések tehát 162-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra 27·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16·9, az egy éven felüli lakosságnál: 13·4 az öt éven felüli lakosságnál: 12·7 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, angina diphtheritica 1, pertussis 9, morbili 6, scarlatina 8, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 8, meningitis 15, apoplexia 10, eclampsia 5, szervi szivbaj 15, pneumonia 16, pleuritis 0, pneum. catarrh. 4, bronchitis 4, tuberculosis pulmonum 34, enteritis 13, carcinoma 16, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 6, veleszületett gyengeség 13, paedatrophia 1, marasmus senilis 10, erőszakos haláleset 7, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2828 beteg, szaporodás e héten 913, csökkenés 895, maradt e hét végén 2846 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi julius 16-dikától julius 22-dikéig terjedő 29. 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 18 (17), diphtheria, croup 19 (20) hagymáz (typhus) 3 (2), kanyaró (morbili) 98 (105), trachoma 5 (5), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 21 (13), orbáncz (erysipelas) 16 (6), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1, (0) járv. fültőmirigylob 2 (1), ezenfelül varicella 9 (15).

∨ **Kitüntetés.** Ő Felsége *Weszetzky Márk* dr. szepesófalvi nyug. járásorvosnak sok évi buzgó szolgálata elismeréseül a koronás arany érdemkeresztet adományozta.

A tisztiorvosi vizsgára előkészitő tanfolyam Kolozsvárt szeptember hó 15-dikén kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágositást nyújt *Konrádi Dániel* dr. egyetemi tanársegéd, Kolozsvár, Trefort-utcza 8.

— **Henoch**, a híres gyermekgyógyász, a berlini egyetem nyugalmazott tanára, e napokban ülte doctorrá avatásának 60. évfordulóját.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Korytnicza*, julius 23. 859; *Stoósz*, julius 21. 271; *Mattoni Erzsébet*-sósfürdő, julius 22. 845; *Uj-Tátrafüred* julius 25, 601; *Lipik*, julius 26. 2888; *Tátrafüred*, julius 27. 1275; *Tátra-Lomnicz*, julius 24. 425.

> **A meiningeni ministerium** egy határozata október 1-jétől valamennyi tuberculotikus gyereket eltilt a nyilvános iskolák látogatásától.

— **A sulinai tengerészeti kórház sebészorvosi állásának pályázata.** Az európai Duna-bizottság a sulinai tengerész-kórháznál mütő sebészorvost kiván alkalmazni s megbizta végrehajtó bizottságát, hogy keressen az állásra alkalmas egyént. Az állás legalább három évre szóló kölcsönös szerződés alapján fog betöltetni, a javadalmazás megfelelő természetbeni lakáson kivül mintegy 8—10,000 frankra fog felmenni. Az angol nyelv birását szóban és irásban megkövetelik. Kivánatos, hogy a szóban levő állásra magyar mütő-orvos alkalmaztassék, miért is felhivatik rá az ifjabb hazai operateurök figyelme. A pályázatokat közvetlenül az európai Duna-bizottsághoz Galatzra kell intézni és pedig az osztrák-magyar delegatusnak a közös belügyminister úrhoz intézett 42,494. számú jelentésére való hivatkozással (71,056/1902. B. M. sz.)

— **Gyógyforrás engedélyezése.** A belügyminister Ádám Károly brassói lakos ügyvéd tulajdonát képező *málnási „Mária forrás"* lugossós, savanyú vize számára a gyógyforrás elnevezést engedélyezte. (36,890/1902. sz. a.).

A belügyminister Dániel Gábor dr. orsz. képviselő tulajdonát képező *felső-rákosi darabontai „Mária forrás"* nevü földes-, vasas-savanyúviz számára a gyógyforrás jelleget adományozta (70,738/1902. sz. a.).

□ **Az új általános kór- és gyógytani intézet** és a vele kapcsolatos Pasteur-intézet épitésére a Rákos-utczában a magánépitő bizottság kiadta az épitő engedelmet.

◁ **Egyetemi házi gyógyszertár** felállitását engedélyezte Kolozsvárt a belügyminister.

⊕ **„Közegészségügyi közigazgatás"** czim alatt irta meg Hegedüs János állami anyakönyvi felügyelő, a jegyzői iskolának 12 éven át volt előadója, azon szükséges tudnivalókat, melyekre a közegészségügyi igazgatás terén foglalkozó közigazgatási tisztviselőnek, orvosnak, gyógyszerésznek szüksége van; sőt a közigazgatási tanfolyam hallgatói is tankönyvként használhatják. A mű három főrészből áll, úgymint: *szervezeti* részből, melyben azon közegek tárgyaltatnak, a kik ezen igazgatási ágban résztvesznek; a második rész azon *egészségügyi intézkedésekkel* foglalkozik, melyek a tulajdonképeni közegészségügyi igazgatást képezik, mig a harmadik rész a *gyógyászat* ügyének van szentelve s itt vannak részleteson tárgyalva a kórházak ügyköre, betegápolás stb. A müvet felette ajánlóvá teszi a czélszerű könnyű beosztás és az, hogy a szöveget mindenütt kisérik a megfelelő újabb rendeletek, a ministeriumok és birságok elvi jelentőségű határozatai s döntvényei. Időszerűvé teszi e müvet most az, hogy az *új kórházi szabályrendeletet* is tárgyalja. A mű bolti ára 4 korona, ha azonban a megrendelés közvetlen a szerzőnél (Nagybecskerek) történik, akkor a müvet a postautalványon beküldött 3 korona 40 fillér ellenében küldik meg.

† **Elhunyt.** *Carl Gebhardt* berlini tanár, a híres belgyógyász, 70 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, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

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: A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (II. rendes ülés 1902. február hó 27-dikén.) 508. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1901. junius 29-dikén tartott szakülés.) 509. l. — (1901. szeptember 2-dikán tartott szakülés.) 509. l.

A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

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

Elnök: **Navratil Imre.** Titkár: **Zwillinger Hugó.**

Elnök: Megnyitja az ülést és bemutatja Thanhoffer Lajos dr. nyilv. rendes egyet. tanárt mint vendéget.

A homloköböl operált és gyógyult empyemája.

Fischer Aladár: R. J. 44 éves, kőművespallér, 16 év előtt állványról leesett és nyilt orrcsonttörést szenvedett. Sebe begyógyult, azonban orrgerincze besüppedt. Pár hónappal a baleset után tompa fájdalmak kezdtek jelentkezni a homloktájon. Nagyobb kellemetlenséget azonban a betegnek még nem okoztak.

Öt év előtt a fájdalmak fokozódó hevességgel léptek fel és beteg észrevette, hogy homloktája elődomborodni kezd. Másfél év óta a fájdalmak oly vehemensek voltak, hogy beteget aludni sem hagyták. Miután a folytonos gyötrő fájdalmak és az álmatlanság a beteget egészen elcsigázták és a szemtekékbe kisugárzó fájdalomérzés és szemkáprázás miatt beteg azt hitte, hogy bajának forrása szemeiben van, a Szt.-Rókus-kórház szemészeti osztályát kereste fel, honnan Grósz tanár által mult évi deczember hó 4-dikén osztályunkra utasittatott.

Jelen állapot: Jól fejlett csont- és izomrendszerű, a folytonos szenvedésektől kissé elcsigázottan kinéző férfibeteg. Belső szervek épek. Orrgyök behorpadt, rajta csillag alakú, sima, mozgékony heg. Mindkét oldalon a supraorbitalis táj nagy mértékben elődomborodott, a mit az orrgyök besüppedése még feltünőbbé tesz. Az elődomborodás legkiemelkedőbb pontja körülbelül 5 cm.-re van az orrgyök niveauja előtt. A bal szemhéj duzzadt. A homlok bőre a leirt elődomborodásnak megfelelőleg livid, feszes és tömöttebb. Az egész tájék nyomásra igen érzékeny, valamint a baloldali szemhéj is. A fenti anamnesis és a leirt tünetek alapján nem lehetett kételkedni, hogy a betegnél a homloköblök megbetegedésével, azok kitágulásával van dolgunk. Tekintettel a homlok bőrének elváltozására, a bal szemhéj duzzanatára, a betegnél esténként jelentkező hőemelkedésekre, világos volt, hogy a homloköblök empyemájával van dolgunk, mely mindenek szerint már a homlokcsont periostját is körébe vonta. Szóval azon kórformával állunk szemben, midőn a homloküregbeli genygyülem akár a csont arrosioja, akár a csontot átfuró venák útján már a szomszédságot is inficiálta.

Hasonló esetekben — és erre nézve ma már minden szerző egyetért — a legenergikusabb beavatkozás válik szükségessé. Hiszen a folyamat nemcsak a homlokot fedő lágyrészek és az orbita phlegmoneját, hanem pachy- és leptomeningitist, tályogképződést a homloki lebenyben és a sinus longitudinalis pyothrombosisát is vonhatja maga után. Ezeket szem előtt tartva tehát Navratil tanár megbizásából és utasitásai alapján betegnél bemutató radicalis műtétet végzett.

Tudvalevő, hogy a homloköböl megnyitása nem új dolog a sebészetben. Richter, Gooch és Weiz, emanczipálva magukat a Fallopia-féle tantól a homlokcsont sérüléseinek veszélyes voltát illetőleg, már a XVIII. században eszközölték a sinus frontalis megnyitását.

Nagyobb nyilásokat először Riberi, Hulke és Kocher készitettek. Az alsó fal (orbita) felül nyitották meg a sinust Berger, Jansen és Steinthal. Billroth, Nebinger és főleg Kuhnt pedig már az egész mellső falat eltávolitották.

A radicalis műtét, a sinusnak mint üregnek megszüntetése Riedeltől származik és eljárását hasonló esetekben ma már általánosan követik, annál inkább, mert az osteo-plastikus eljárások, melyeket Czerny, Schönborn és Brieger ajánlott, virulens genyet tartalmazó üregeknél, milyen jelen esetünk is, nem birnak értékkel. Betegnél tehát egy mindkét margo supraorbitalissal párhuzamosan haladó hosszú metszésből feltárta bemutató mindkét homloköböl mellső falát, azután a mellső falat vésővel mindkét oldalon megnyitotta.

A mellső fal 3—4 mm. vastag és erősen sclerotikus volt. A homloköböl genynyel és szétesö sarjakkal volt kitöltve. Ezeket bemutató eltávolitotta, azután vésővel az egész mellső falat mindkét oldalon, a két öböl közti sövényt és a homloköböl orbitalis falát levéste, úgy hogy az öblök helyén sima csontfal maradt vissza. Műtétnél kiderült az is, hogy a homlokcsont periostja alatt és a bal orbitában már egy-egy tályog volt jelen. A bőrsebet bemutató a közepén zárta, a két végén pedig jodoformgaze-tampon számára nyitva hagyta. Műtét után a beteget gyötrő fejfájások egy csapásra megszüntek, a beteg, kinek évek óta nem volt nyugodt éjszakája, ismét jó álomhoz jutott, a hőemelkedés megszünt. A seb összevarrott középső része per primam, a kitamponált oldalsó része pedig per secundam gyógyult zavartalanul.

Zwillinger Hugó: A beavatkozás indicatioit illetőleg tisztában vagyunk és az előadó álláspontján. Sinusitis frontalis exulcerans és abscedens eseteiben a szem mozgása be- és felfelé néha korlátolt. Esetet emlit, mérnök felesége, diplopia és erős fejfájás miatt szemorvost keresett fel, abducenshüdés volt jelen, hozzászóló sinusitis frontalist constatált influenza után. A bal középső orrjáratba 20% cocaintampont helyezett, ezután politzerezte, bő genyes-nyákos váladék kiürülése után a kettős látás, majd a fejfájás is megszünt. Valószinűleg az abducens hüdésnek és a sinusitisnek közös oka volt.

Pollatschek Elemér: Az ilyen operationál fontos követelmény, hogy az arczon ne származzék nagyobb torzitás. Legidealisabb osteoplastikus csontlebenynyel nyitni meg a homloköblöt, de ez nehéz, mert az öböl nagysága pontosan nem határozható meg. Az átvilágitás némi támpontot nyujt, de nem biztosat. A percussios auscultatio talán e tekintetben is használható lesz, most ez irányban végez kisérleteket.

Mohr Mihály: Az ilyen betegek a szemorvost keresik fel gyakran legelőször, mert panaszaik (kettős látás, papillitis, látótérszűkület) a szemre vonatkoznak és a gondos vizsgálat deriti ki a baj okát. Kérdi, milyen tüneteket okozott jelen esetben a baj a szemen és visszafejlődtek-e ezek? Egy kis leány esetét emliti, ki 10 napig szemhéjtályoggal járt be Promontorról. A baj bemetszésre javult, a bő genyedés azonban sondázásra csábitott és kiderült, hogy sinusitis frontalis van jelen. A sinus felvésése után agytályog találtatott. Az eset gyógyulófélben van s külön közlés tárgyát fogja képezni.

Ónodi Adolf: Kérdi, hogy a rostasejtek milyen állapotban voltak, és pedig azért, mert Jansen azt állitja, hogy ilyen esetekben, ha sinusitis frontalis van jelen, rendesen a többi melléküregek is betegek és igy azok megvizsgálását és kikaparását is ajánlja; egy esetében ő is igy járt el a rostasejtekkel.

Polyák Lajos: A homlokürcggenyedések nem ritkák, bár a bemutatotthoz hasonló eset a ritkábbak közé tartozik. Hogy a műtét ezen esetben indokolt volt, ahhoz szó sem fér, mert alaposabb a kitisztogatás is, mint az orron keresztül. Egy esetében egy bulla frontalis volt jelen, mely a homloköbölben kiterjedt. Az öblöt feltárta, egy év óta kezeli, de most sem gyógyult be. És mert ilyen lassan gyógyulnak az esetek, kérdés, végezzünk-e mindig radicalis műtétet-e és nem jobb-e esetleg az orron át kezelni?

Donogány Zakariás: A percussios auscultatio felhasználása a homlokürcg nagyságának meghatározására tetszetősnek látszik. Jansen túlságosan radikalis beavatkozásairól, melyekkel az összes melléküregeket összeköti egymással, megjegyzi, hogy tudvalevőleg vagy a mellső öbölcsoport, vagy a hátsó szokott együttesen megbetegedni s igy elégséges ezen öblök egymással való egybekötése.

Fischer Aladár: A szemben Grosz tanár vizsgálata szemkáprázást, fájdalmat és korlátolt mozgékonyságot constatált. Ezen symptomák eltüntek. Az osteoplastikus resectiot, mert az üreget állandóan nyitva kell tartani, nem tartja helyénvalónak. A lefelé való megnyitása a sinusnak sok esetben nem elegendő a baj meggyógyitására és csak radicalis úton gyógyitható meg az üreg megszüntetésével.

Baumgarten Egmont: A kivülről való operálás mellett szól.

Scleroma laryngis esete.

Lénárt Zoltán. B. J. 30 éves, nős, nyiramegyei földmives, 1901. novemberben betegedett meg. Baja köhögéssel kezdődött, a melyhez egy hét mulva nehézlégzés társult s e miatt november 19-dikén kórházba vétette fel magát, a hol tracheotomiát végeztek rajta. 6 heti kórházban tartózkodás után decanulement. A canule eltávolitása után nem volt teljesen szabad a légzése, s mert ez az utóbbi időben fokozatosan rosszabbodott, f. hó 17-dikén Navratil tanár Szt.-Rokuskórházi osztályára vétette fel magát.

Felvételkor a beteg nehezen, zörejesen lélegzik. Ajkai és körmei cyanotikusok. Az erősen fejlett beteg mellkasi szervei épek. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik s jelen baja kezdetéig állitólag mindig egészséges volt, de orrából már gyermekkora óta rossz szag áradt. Atyja és 6 testvére él és egészséges, anyja előtte ismeretlen bajban halt meg.

A gége a következő képet mutatja: A nyákhártya általában belövelt. A hangszálagok, de különösen a baloldali, megvastagodottak. A hypoglotticus nyákhártya mindkét oldalon vastag köteg alakjában domborodik be a gége üregébe, a miáltal ennek jelentékeny szűkületét okozza. E columnák összefolynak a hangszálagokkal, s a baloldali a hangszálag szabad szélével egy vonalban van, míg a jobb oldalon a hangszálag szabad széle túl nyúlik a subglottikus kötegen. A kötegek halvány vörösszinűek, felületük finoman szemcsés, s födve van szürkésbarna, pörkszerű beszáradt nyákkal.

Hangoztatásnál a jobb hangszálag mozgásai szabadok, a baloldali csak igen keveset mozog. Hang fátyolozott.

A beteg lehelete intensive büzös.

A garat hátsó fala nyákkal fedett, catarrhalisan belövelt, itt-ott apró granuloma.

Velum halvány, a baloldali hátsó garativ közepének szabad szélén babnyi csomós infiltratum van, a mely a környező nyákhártyához képest valamivel halványabb, fájdalmatlan és kemény tapintatú.

Rhinoscopia posterior. Mindkét oldalon a plica salpingopharyngeának megfelelőleg két vastag, piros, sima felületű, hosszúkás dudor, a mely a tubanyilásoknál kezdődve lefelé mindinkább ellaposodik. A Rosenmüller-féle árkok helyén mindkét oldalon gömbölyű, élénkpiros

csomók. A fornix részben fedve van szürkés-fehér, sűrű nyálkával, helyenként szürkés-barna beszáradt pörkök.

Orr: Bal oldalon erős erosio septi. A középső kagyló túltengett, szorosan odafekszik a septumhoz; mellső vége szürkés-fehér, finoman szemcsés, infiltrált. Alsó orrjárat szűk, a septumon több lapos, borsónyi, finoman szemcsézett csomó. A jobboldali orrüreg tág; a kagylók lényegesebb eltérést nem mutatnak. Az alsó orrjáratban több szemcsés felületű, széles alapon ülő csomó.

Ugy ezen csomók, mint a naso-pharynxban lévő kötegek és a subglottikus üreg dudorai sondával vizsgálva, kemény tapintatúak.

Ezen kép alapján scleromára tettük a diagnosist, a melynek biztositása végett a jobb alsó orrjárat egyik csomójából próbaexcisiot végzett. A kivágott részt Pertik tanár kórboncztani intézetében voltak szivesek megvizsgálni és a szövettani diagnosis is scleroma volt, a jellegzetes scleroma-bacillusokkal.

A felvételt követő harmadik napon, február 20-dikán, kisérletet tett az intubatioval. A 15-ös számú O'Dwyer tubus igen könnyen volt bevezethető. A beteg 2 óráig tűrte a tubust, a melyet ezután kiköhögött.

21-dikén a 16-os számú, 22-dikén a 17-es számú tubust vezette be s a beteg mindkét napon 4 óráig volt intubálva. 23-dikán és 24-dikén a 18-as tubust alkalmazta 8 órán keresztül. Ekkor a beteg légzése már lényegesen szabadabb volt, ajkai és körmei elvesztették cyanotikus színezetüket. 25-dikén és 26-dikán 19-es számú tubust vezetett be 8—8 órai tartamra.

Ma már a légzés szabad. A subglottikus kötegek mindkét oldalon ellaposodtak, a mi különösen a bal oldalon constatálható meglepő mértékben.

A beteget addig szándékunk a kórházban tartani, a míg a 22-es tubus bevezethető, a mi néhány nap mulva lehetséges lesz, azután azzal az utasitással bocsátjuk haza, hogy otthon hetenként járjon el a kórházba intubálás végett.

Mint érdekes körülményt bátorkodik felemliteni, hogy a beteg oly vidékről származik, a mely igen egészséges és hogy sem a beteg családjában, sem a környékben a hol lakik és a honnan 9 év óta el nem távozott, az ő bajához hasonló betegségben senki sem szenved. Érdekes volna tudni, hogy az infectio mily módon jött létre?

Baumgarten Egmont: Arra nézve, hogy előadó nem tudja, hol aquirálta a beteg a rhinoscleromát, az a megjegyzése, hogy jó volna, ha azt meg tudnók állapitani. Ez a dolog még felette homályos. Egy embert mutatott be multkor, ki 18 év óta nem volt távol Budapesttől. Örvend a tágitással elért eredménynek, a beteget azonban nem bocsátaná el, míg ő maga nem tudja intubálni magát.

Zwillinger Hugó: A bemutatott eset paradigmája a Stoerk által annak idején blennorrhoeának elnevezett eseteknek. Stoerk esetei kezdetben Lengyelországból és a Bukovinából jöttek, de később egy ebünnen is, a baj ma sporadikusan mindenütt előfordul. Aetiologiája eldöntött. A beteget csak akkor bocsátaná el, ha az a tubust maga be tudja vezetni.

Lénárt Zoltán: A beteget ez esetben nem szükséges addig itt tartani, míg ő maga megtanulja a tubus bevezetését, mert ott, hová megy, kórházi orvosok vannak, kik bevezethetik neki a tubust.

(Folyt. következik.)

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

1901. junius 29-dikén tartott szakülés.

(Folytatás.)

2. **Fráter Imre** dr. a **fossa popliteából kiirtott aneurysma** kórboncztani készitményét mutatja be.

A beteg, a kitől a készitmény származik, 65 éves férfi. Szerinte baja két éves és egyszerre, hirtelen vette kezdetét s nyomban keletkezése után már a fossa popliteában látható dag (aneurysma) oly nagy volt, mint a jelentkezés napján. Sok kellemetlenséget nem okozott, csak néha érzett benne nyilaló fájdalmat.

A jelen állapot következő: a bal térdhajlatban gyermekfejnyi, rugalmas, eléggé tömött, egyenletes, sima terimenagyobbodás, a mely felett a bőr kissé feszes, de szabadon mozgatható. A dag alapjához erősen odatapadt, el nem mozdítható. Felette mindenütt egyaránt erősen érezhető, szétterülő lüktetés tapintható, stethoscoppal surranás hallható, főkép a tumor felett, az arteria poplitea felett. A bal art. tibial antica nem tapintható, míg a jobboldali igen. A szivhangok tiszták.

A kiirtás minden nagyobb zavar nélkül sikerült, a beteg felgyógyult.

3 **Fráter Imre** dr. ezután bemutatja és ismerteti a helyben, a biharmegyei közkórházzal kapcsolatban létesitendő új **elmebetegek kórházának tervezetét.**

A kórház több kisebb épületen kivül egy nagy kétemeletes főépületből fog állni, a melyben 24 kórterem lesz 150 férfi- és 150 nőbeteg részére. Lesz megfelelő számú czella. A helyiségek szellőztetése légcsatornák s az ablakokon elhelyezett készülékek segélyével fog történni. Villamos világitás és alacsony nyomású gőzfütés van tervbe véve, általában az egész épitkezés és berendezés modern lesz s a hygiene követelményeinek megfelelő.

Az ürülékek eltávolitásáról úgy gondoskodnak, hogy a vízvezetékes ürszékek tartalma desinficiálva a kórház létesitendő csatornájába jusson.

A betegek foglalkoztatására a souterrainben kötő-, varró- és tollfosztó műhelyek lesznek a nők, czipész-, szabó- és kosárfonó-műhelyek a férfiak számára.

Lesz ezenkivül három kert a nők, három a férfiak részére, 7200 □-m. alapterülettel, összesen 240 beteg számára. A többi 60 beteget a műhelyekben és az intézet gazdaságában fogják foglalkoztatni.

Lesz ezeken kivül az intézetnek jégverme, hullaháza és több melléképülete.

Az összes költségek felszeréssel együtt mintegy 540,000 koronára fognak rúgni.

1901. szeptember 2-dikán tartott szakülés.

1. **Konrád Béla** dr. egy **spontan gyógyult perityphlitises beteget** mutat be.

A 19 éves férfi betegsége lázzal és csikaró hasfájdalmakkal kezdődött, a melyeket nem tudott localizálni, székrekedéssel. Ekkor mindkét Poupart-szalag fölé 3—3 nadályt és beöntéseket kapott, a melyek csak kissé szinezve jöttek vissza.

Betegsége negyedik napján (junius 12-dikén) hajnalban, az első vizsgálatnál, 37·1 hőmérséket, 90 érverést, bevont nyelvet, a has alsó részében jobboldalt nagy fájdalmasságot és homályos resistentiát talált. Jégtömlőt rendelt az ileocoecalis tájra, két óránként 10 csepp tinct. opiit, absolut nyugalmat, táplálékul jégbehűtött tejet.

A lázmenet a következő volt: junius 13-dikán reggel 38·6, este 38·4, 14-dikén r. és e. 38·4, 15-dikén r. 38·9, e. 38·3, 16-dikán r. 38·0, 17-dikén r. 37·5, 18-dikán r. 37·2, 19-dikén r. 38·0, 20-dikán r. 37·1, 21. 22. és 23-dikán láztalan, az érverés azonban állandóan 100—110.

A has jobb alsó negyedében ellentállás és absolut tompulat észlelhető, mely a csipőároktól felfelé a bordaivig, hátra a vesetájig, mellfelé a bimbóvonalig terjed.

Junius 20—23-dikáig az állapot javult, önként volt székürülése, a fájdalmasság csökkent. Junius 24-dikén r. 39·0, 25-dikén (betegség 15-dik napján) r. láztalan, este mintegy fél liternyi, ele nte genynyel kevert, azután tiszta híg és alvadt vér ürült a végbélből. Másnap a leirt tompulat helyén a kopogtatási hang csak kissé tompult dobos, láztalan, érverés 100, közérzet javult.

Ettől kezdve egy hétig láztalan, közérzete jó.

Julius 3-dikán, talán valamely diaetahiba miatt ismét profus bélvérzés, kimutatható tompulat a flexura sigmoidea táján.

Julius 4-dikén este csuklás, hányásinger, spontan heves hasfájdalmak, 36·5 hőmérsék, 120 érverés.

Coffein és az előbbi kezelés.

Julius 5-dikén hőmérsék 36·9, P. 95, néha csuklás. Julius 8-dikán este 7 órakor erős hidegrázás, 40·4 hőmérsék. Th. hideg lepedő a test mellső felszinére és 1·0 antipyrin. Kilencz órakor 38·7. Julius 9-dikén r. és ettől kezdve végig láztalan, közérzet jó, érverés lassan a rendes szaporaságra tér, székletét rendes, a nagyon lesoványodott beteg (42 kgm.) az utolsó héten 5 kgm.-ot gyarapodott. Az ileocoecalis tájon, a mélyben most is tapintható resistentia, mely azonban nem fájdalmas.

A betegség perityphlitis. E betegség pathogenesiséről való ismereteink és nézeteink az utolsó 5—10 év alatt nagy változáson mentek át. Azelőtt általános volt a nézet, hogy a perityphlitis kiindulása typhlitis, a vakbélnek többnyire bélsárpangás által mechanice okozott lobja (typhlitis stercoralis); ma ezt kétségbe vonják és a perityphlitis eredetét az appendixnek, a processus vermiformisnak lobjában keresik.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

2394/1902. szám.

A vezetésem alatti **bpest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézetben** megüresedett **II-dik másodorvosi állásra**, a mely évi 1000 korona fizetés, szabad lakás, világitás, fütés és első osztályú élelmezés élvezetével van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Az 1883-dik évi I. t.-cz. 9. §-ának követelményeire való utalással felhivom mindazon orvostudor urakat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a belügyminister úrhoz czimzett, egy koronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevéllel, születési bizonyitványnyal és esetleg az eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat **folyó évi augusztus hó 23-dikáig** bezárólag hozzám nyujtsák be.

Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1902. évi julius hó 22-dikén.

3—1 *Oláh*, igazgató.

5258/V. 1902. sz.

Zólyomvármegye alispánjának megbizása folytán a **Beszterczebánya** szab. kir. város **új kórházában** 1600 korona évi fizetés, természetbeni lakás, fütés és világitás élvezete mellett rendszeresitett **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. II. pontjában előirt képesitést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványokat **folyó évi augusztus hó 10-dikéig** bezárólag Zólyomvármegye alispánjához kell benyujtani.

Beszterczebánya, 1902. évi julius hó 20-án.

2—1 *Csesznák Gyula*, polgármester.

1378/fü. 1902. sz.

A szegzárdi kir. törvényszéki fogháznál megüresedett és évi 600 korona tiszteletdijjal javadalmazott **fogházorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A törvényes képesitettséget, valamint az 1894: 16,379. I. M. sz. rendelettel előirt törvényszéki orvosi képesitettséget igazoló pályázati kérvények ezen hirdetménynek a hivatalos lapban harmadszori megjelenésétől számitott **14 napon belül** hozzám nyujtandók be.

Pécs, 1902. évi julius hó 30-dikán.

A kir. főügyészség ideigl. vezetője:
Vízlendvay Imre dr., királyi főügyész-helyettes.

5852/902. sz.

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

Felhivom mindazokat, kik ezen, jelenleg évi 600 korona, jövő 1903. évi január hó 1-étől évi 800 korona fizetés, természetbeni lakás, fütés, világítás és kórházi élelmezés élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, miszerint 1 koronás bélyeggel ellátott s a képesitést, esetleg eddigi működést igazoló okmányokkal kellően felszerelt pályázati kérvényeiket **folyó évi augusztus hó 25-dikéig** hivatalomnál annyival inkább nyujtsák be, mivel az elkésetten érkezett pályázatok figyelembe nem vétetnek.

Losoncz, 1902. évi julius hó 24-dikén.

Polgármester helyett: *Draskóczy Ede*, főjegyző.

Egyéb üresedésben levő állas.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Aug. 6.	körorvos	Gyula-Varsánd (Aradm.)	1600 k.	Mladin Miklós főszolgabiró, Elek

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.

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.

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 **pathisis, gümökór, lepra** stb. Irodalom és vénymináták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagybani eladásra Ausztria-Magyarország részére:

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

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

Mercurocrême.

Szabadalmazva.

Teljesen zsír- és szagtalan.

Törv védve.

33 1/3 % higany- tartalommal.

Készítője: 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 bőrt nem izgatja, nem bűzös,** 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.

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.

Vereinigte Chininfabriken

ZIMMER & Co., FRANKFURT A. M.

EUCHININ keserü izétől megfosztott chinin.

EUPYRIN Antipyreticum.

SALOCHININ Antineuralgicum.

RHEUMATIN Antirheumaticum.

EUNATROL Cholagogum.

FORTOIN Antidiarrhoicum.

VALIDOL Analeptic., Antihysteric., Stomachicum.

UROSIN köszvény és húgysavdiathesis ellen.

DYMAL antiseptikus sebhintőpor.

Minták, irodalom és egyéb részletek rendelkezésre állanak.

Egyéb különlegességek: **Chinin, chiningyöngyök, cocain, caffein, kivonatok, jódkészitmények stb.**

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale.

Kitünő hatású gyógyszere a **bélhurutnak** 1 üveg 1 kor. 60 f., 5 üveg bérmentes = postaszállitással 9 kor. 20 f. =

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

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszertárában Budapesten.

Iglófüred.

Klimatikus gyógyhely. — Vízgyógyintézet. — Nyaralóhely.

Vasúti állomás Igló (Kassa-Oderbergi vasút) Szepesmegyében, 580 méter magasságban a tenger szine felett, nagy kiterjedésü fenyvesek közepette, pompás sétányokkal. Tükör-, kád- és fenyőfürdők. Villanyozás, massage. Kiválóan alkalmas gyógyhely ideggyengeség, légzőszervek bántalmaiban szenvedőknek, üdülők részére. Jó konyha, mérsékelt árak. Zongora, olvasóterem. Lawn-tennis.

Fürdő-évad: **Május 15-től szeptember végeig.** Az elő- és utó-évadban tetemes árleengedés. Fürdőorvos: **dr. Neubauer Lajos.** Posta- és távirdaállomás helyben. Utazás: **Budapest—Kassa—Igló, vagy Budapest—Ruttka—Igló.**

Prospektussal szolgál a

fürdőigazgatóság Iglófüred.

Negyvenhatodik évfolyam. 32. szám. *Budapest, 1902. augusztus 10.*

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.

Ifj. Klug Nándor: Tuberculosis és hallószerv. 511. lap.

Kollarits Jenő: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) Egynehány reflex viselkedése egészségeseken és tabesben. 513. l.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfővárosi Szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. Az „eczema"-kérdéshez. II. Okoznak-e mechanikai behatások és köztük elsősorban a vakarás eczemát? 514. lap.

Tárcza. Palotai Andor: A rák terjedése és az ellene irányuló németországi mozgalmak. 516. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* Dalmady Zoltán: A cytotoxinok. 518. lap. — *Könyvismertetés. Marschalkó Tamás*: A nemi (venereus) betegségek és az azok elleni védekezés népszerű ismertetése. (Nékám.) 519. lap. — *Éduard Lang*: Lehrbuch der Hautkrankheiten. (Sellei.) 519. lap. — *Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. di Nola*: Dormiol. — *Reye, Heiss, De Buck*: Agurin. — *Belgyógyászat. Montoro de Francesco*: A malaria néhány súlyos alakja. — *Leredde*: A tabes és paralysis kénesőkezelése. (—ts.) — *Orr-, torok- és gégebajok. H. Arnsperger*: Hyperkeratosis lacunaris pharyngis gyógyult esete. (Tóvölgyi E.) — *Krebs*: Pharinxgangraena egy idülten lefolyó esete. (Tóvölgyi E.) — *Clar*: Borszeszlámpa mint fényforrás. (Tóvölgyi E.) — *Hanszel*: Rhinoscleroma esete. (Tóvölgyi E.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Geiringer*: Unguentum Credé-vel kezelt gyermekágyi láz. — *Blank*: Jodipin. — *Folyóiratok átnézete.* 520—521. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Winkler Lajos dr. — Kubiss Ágost dr. — Schwarcz Károly dr. — A Bókay-szoboralapra befolyt adományok. — A pesti izr. hitközség Bródy Adél gyermekkórháza. — Ösztöndíj-pályázat. — A budapesti poliklinika. — Az egyetemi I. sz. női klinika. — A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya. — Fürdőink személyforgalma. — Lakásváltoztatás. — Elhunyt. — Tudomásul. 521—522. lap. — Hirdetések. Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tuberculosis és hallószerv.

Irta: Ifj. *Klug Nándor* dr., kórházi főorvos.

A hallószerv gümős megbetegedése leginkább mint otitis media suppurativa chronica tuberculosa, mint úgynevezett otorrhoea, fülfolyás szokott fellépni. Úgy, hogy midőn a hallószerv gümős megbetegedéséről van szó, azt szokás alatta érteni. A megbetegedés többnyire egy a sziklacsontra átterjedő, beolvasztó folyamat. Gümős tömegeket sziklacsonton már régebben is irtak le, így 1837-ben *Grisolle*,[1] ugyanezen évben *Nélaton*,[2] majd *Geisler*-nél és másoknál találjuk megemlítve.

Az ilynemű gümős megbetegedésekről mind mai napig számos alapvető tanulmány jelent meg. Már 1853-ben *Wilde*[3] pontosan leirja néhány rövid sorban, ennek jellegzetes tüneteit, a tüdőgümőkórral való összefüggését, jelzi az Eustach-kürtön át történő tovaterjedés lehetőségét, a therapia meddő, tehetetlen voltát. A gümős középfülgenyedések pathologia-anatomiáját tanulmányozta és adja *Schwartze*,[4] ki a dobüreg nyálkahártyájának sajtos infiltratioját irja le, *Politzer*[5] ezek histologiáját tanulmányozta, míg például *Habermann*,[6] *Hegetschweiler*[7] gümőkórban elhalt egyének sziklacsontját tették vizsgálatuk tárgyává. Ezen és számos más megfigyelők annyira világos képét adták a tuberculosus otorrhoeának, hogy *Bobone*[8] ezekre és saját vizsgálataira támaszkodva, már 1882-ben ajánlotta mint külön kóralakot e megbetegedést *otitis media purulenta chronica phthisicának* elnevezni.

A gümős fülgenyedés többnyire secundaer folyamat, igen ritkán észlelték primaeren. Kifejlődik elsősorban tüdőgümőkórral kapcsolatban, gyakran ennek utolsó napjaiban, mikor igen progrediáló jelleggel lép fel; valamivel ritkábban, de társul mirigy- és csonttuberculosishoz, főleg gyermekkorban. Igy a lefolyt évben a kórházban hét tuberculotikus otorrhoeás gyermeket operáltam, a hét közül háromnak volt multiplex cariese, egynek nyaki mirigyei voltak és ezekhez társult a gümős fülmegbetegedés. Mind e négy eset műtétre került, Zaufal methodusa szerint a középfülüregek megnyitását végeztem rajtuk. Ezek közül három teljesen meggyógyult, bár egyebütt a cariesei még fennállottak, a negyedik még ma is kezelésem alatt van. Primaeren mint fültuberculosis igen ritkán fordul elő, ilyenkor a székhelye többnyire a csecsnyújtvány; vannak, kik vitatják még ma is, vajjon a mastoideus primaer osteomyelitise létezik-e? Néha nehéz eldönteni, vajjon mivel állunk szemben, primaer csonttuberculosissal és másodlagos dobüri megbetegedéssel, vagy, a mi jóval gyakoribb, a megfordított folyamattal?

Praedisponáló momentum gyanánt itt is ugyanazok szerepelnek, mint más gümős megbetegedéseknél, elsősorban is a hereditás, azután a rossz táplálkozási és lakás visszonyok, gümős beteg egyénekkel való együttlakás, nagyvárosi poros rossz levegő stb.

A mi az előfordulás számát illeti, úgy látszik aránylag véve elég gyakori. Elegendőnek tartom, ha ez irányban *Bezold*[9] statistikájára hivatkozom. *Bezold* 17,087 beteget vizsgálva 127 betegnél talált gümős fülmegbetegedést, tehát 0·7%-ban, míg az összes chronikus otorrhoeák 4·4%-ot tettek ki. Az itt jelzett összegből: 5·5% esett gyermekekre, 94·5% pedig felnőttekre. Egyoldalú folyamat volt 67·7%, kétoldali folyamat volt 32·3%. E kis statistikai táblázat mutatja, hogy elég gyakoriak a gümős fülfolyások. Mások statistikájából hasonló vagy megközelítő eredmények jönnek ki. A két oldal közül némelyek véleménye szerint sürübben fordul elő bal, mint jobb oldalon. (Fent említett hét esetem közül 5 volt baloldali, 2 jobboldali.)

E fülaffectiok létrejöttére több utat ismerünk. A leggyakoribb út, úgy látszik, a tubán át történő fertözés, melyre már *Wilde*[3] is figyelmeztet. A betegek köhögvén, könnyen bevetnek a sputumból részeket a tubán át a dobüregbe, annál is inkább, mert mint

Ostmann vizsgálataiból is tudjuk, az ily betegeken a tuba is atrophiás lévén, ez nagyobb, tágabb lumennel bir, melyen át tehát a behatolás annál könnyebben történik. Ez úton, az Eustach-kürtön át, történvén a fertőzés, ez is egyik oka lehet annak, hogy a megbetegedés többnyire a dobüregből indul ki. A fertőzés egy másik lehetősége gyanánt felvehető lenne az, ha az illető egyénnek már előzőleg volt perforatioja a dobhártyán, és a fertőzés ezen át kivülről a külső hallójárat felől történnék. Vajjon ez mennyiben lehető és mily gyakran következik be, az természetesen ma még el nem dönthető. Végül harmadszor létrejöhet a fertőzés a lymphutakon is, haematogen úton is. *Barnick*[10] ily haematogen infectio lehetőségét veszi fel, a közép- és belső fül gümőkórjánál, főleg scrophulás mirigy- és csontgümőkórban, vagy miliaris tuberculosisban szenvedőknél. Görvélyes egyéneken, *Barnick* szerint, bacillusszegény, elsajtosodott gócz áttöréséhez csatlakozva, a fertőző csirok a vér által csak egyenként lesznek odébb víve. E felsorolt háromféle mód volna az út, melyen a fertőzés létrejöhet.

Lássuk ezek után ama elváltozásokat, melyeket ily fertőzések a középfülben létrehozni képesek, és ama következményes folyamatokat a melyekkel e megbetegedés járni szokott.

A dobhártyakép ritkán olyan, hogy abból valami következtetést tudnánk vonni; a betegek, midőn hozzánk kerülnek, többnyire már dobhártya destructioval, bő folyással keresnek fel. A tuberculosisnak a dobhártyán való megjelenése lehet ennek külső részén, a cutison, vagy a belsőn, a mucosán. A fellépési módok ismerete a fent jelzett okból még nagyon hiányos és az eddig tárgyaltak oly különféleképen vannak leirva, hogy azokra különkülön kell kitérnem. Az egyik megjelenési formát irja le *Stacke*.[11] Esetében a dobhártya belövelt volt és úgy tünt fel, mintha áttetsző exsudatumtól sárgásan elszínesedett lenne. Felületén apró kölesnyi, szürkés-sárga, előálló kis csomócskák voltak. A dobhártya azután mind jobban és jobban elpirosodott, mígnem lepedékes fekély képződött. *Politzer*[12] szerint ama ritka esetekben, hol a dobhártya még látható, néha vereses, kissé belövelt, egy vagy több helyen — ép úgy mint *Stacke* esetében — élesen körülirt, tuberculumcsomók által képzett gyöngyszürke foltok lépnek fel. Ezek néhány nap mulva elfekélyesednek, áttörnek és így a dobhártya néha két-három helyen is perforálva van. Ily kis perforation át látott *Preysing*[13] egyenletes, világos húspiros, granulatios anyaghoz hasonló tömeget, melyről kitünt, hogy gümős sarjszövet. *Preysing* szerint úgy tünik fel a dolog, mintha a dobhártya tumoranyaggal infiltrálva és fellazulva lenne. A dobhártya szövetének gyors szétesése, beolvasztása folytán a perforatiok összefolynak és kiterjedt defectussá válnak, melyen át jól látni az erősen secernáló, szürkés-lepedékes, vagy pirosas, vagy gyorsan növekedő granulatiokkal fedett promontoriumfalat.

Ez a destructiv folyamat többnyire a dobüreg mucosájáról terjed a dobhártyára, a mint azt *Habermann*[6] histologiai vizsgálataival kimutatta. *Habermann* e vizsgálatait gümős hullák hallószervein végezte. Összesen 38 halántékcsontot vizsgált meg, ebből 13-nál volt a hallószervben gümös elváltozás kimutatható. Az általa végzett szövettani vizsgálatok nagy fontossággal birnak ezirányú ismereteinkre. Hasonló vizsgálatokat végeztek *Politzer*,[5] *Gomperz*[14] és *Barnick*[10]. Tuberculumokat a dobhártyán és dobüregben látott *Schwartze*[4] és ugyancsak ő irta le a mucosának ritkán előforduló sajtos infiltratioját is. *Habermann*[6] vizsgálatai szerint a folyamat a következő volna: tuberculum-göbök képződnek, a melyek a dobhártyán mint sárgás, kissé kiemelkedő foltok lépnek fel, ezek hamar szétesnek és a dobhártya teljes beolvasztásához vezetnek. Ezért lehet egyszerre több perforatio is a dobhártyán, midőn a göbcsék szétesése alkalmával a fekélyek nem folytak még össze. Említenek az irodalomban eseteket, így *Friedrich*[15] is, melyekben csak a mucosa, másokban pedig a substantia propria volt a megbetegedés kiindulási pontja.

A mi a kórképet és a diagnosis felállítását illeti, erre nézve, bár a jellegzetes tünetek egész sora ismeretes, mégis gyakran fordulnak elő tévedések. Feltétlenül helyesnek kell elfogadnunk *Barnick*[10] és *Politzer*[12] azt a nézetét, hogy gümőkorós egyéneken fellépő fülfolyás még nem okvetlen otitis media suppurativa phthisica. Ezt *Barnick*[10] különösen *Bezold*-dal szemben hangsúlyozza, ki hajlandó így felvenni a dolgot. Nekem magamnak is volt egy otorrhoeás betegem, ki kifejezett tüdőgümőkórja mellett a fennálló otorrhoeából — conservativ kezelés mellett — meggyógyult, kinél több izben vettünk a fülváladékból vizsgálati anyagot és abban tuberculosis-bacillust találnunk nem sikerült. A gümős fülfolyás diagnosisának felállítása nem minden esetben könnyü, és a bacillus ki nem mutathatósága még távolról sem azt jelenti, hogy az otorrhoea nem gümős eredetü, a bacillus-hiány még mit sem bizonyít, a mint azt *Brieger* is megerősíti vizsgálataival. Ezt az álláspontot foglalja el többek között *Bezold*,[9] ki ismertet eseteket, hol a secretumban, ép tüdők mellett, a Koch-bacillust kimutatni tudta. *Bezold* cholesteatomás tömegben is vélt már gümőbacillusokat látni, bár ezeket *Politzer*[12] valamely más mikroorganismusnak tartja. *Bezold* annyira nem tulajdonít fontosságot a tuberculosis-bacillus kimutatásának, hogy nem is kivánja ennek pontos keresztülvitelét otorrhoeánál, és a diagnosist egyéb jelekből biztosan felállíthatónak tartja. Tényleg a Koch-bacillus oly kevés a váladékban és annyira inconstans, hogy néha többszöri keresésre sem találni. Az elsők, kik ily bacillust otorrhoeánál kimutattak, *Voltolini*[16] és *Eschle*[17] voltak. Nagyobb és behatóbb tanulmány tárgyává tette ezt a kérdést *Nathan*[18] egyik munkájában. *Nathan* 40 gümös otorrhoeát vizsgált, és csak 12-szer találta meg a tuberculosis-bacillust. A tuberculosis-bacillus nehéz kimutathatóságát csontgümőkórnál *Krause*[19] abból magyarázza, hogy csonttuberculosisos esetekben a a bacillusok száma igen csekély. Nálunk ez irányban *Krepuska*[30] tett vizsgálatokat. Ő két betegről számol be. Mindkettőnek fülgenyéből, többszöri vizsgálat daczára, gümőkórra vonatkozólag semminemü positiv adatot nem talált. Egyik esetében csak a dobüreg mélyebb részeiből vett szövetmetszetekben sikerült találnia szorgalmas keresés mellett óriás sejteket, Koch-féle bacillusokat. Második esetében szintén egy exstirpált polypusban találta ezeket, úgyszintén bacillusokat a nyirkedényekben, szövetrészekben, sőt a lymphoidsejtekben is. Tekintve, hogy mennyire bizonytalan a diagnosis felállítása, ha a gümőbacillusok kimutathatóságából akarjuk ezt megtenni, *Milligan*[20] a diagnosis biztosítása végett ajánlja a lekapart nyákhártya vagy csontrész nyúlra való átoltását. Azóta *Brieger* kimutatta már ennek is negativ eredményét. Ily chronikus folyamatoknál idők folyamán a váladékban streptococcusok és staphylococcusok lépnek fel, ezek pedig idővel úgy háttérbe szoríthatják a gümőbacillust, hogy maguk látszanak kórokozóknak. Látjuk ezekből, és ugyane meggyőződést erősitik meg a gyermekkórházban *Preisich* dr.-ral végzett bakteriologiai vizsgálataink, hogy nagyobb az esetek ama száma, hol a gümőbacillus kimutatása nem sikerül, mint a hol igen, és azért diagnosisunk felállításánál inkább a tünetekre kell figyelmünket fordítani. A diagnosis idealisan biztos felállítása természetesen az marad, ha akár a gümőbacillusok utján, akár szövettanilag lehet a tuberculosist kimutatni.

A gümős otorrhoea klinikai képe igen változatos, úgy hogy arról tiszta áttekinthető képet adni kissé bajos. Még a legutolsó időben is jelentek meg közlemények, melyek a diagnosis felállításához, a klinikai képhez adatokat tartalmaznak, így újabban *Ferreri*,[21] majd *Urbantschitsch*,[22] *Politzer*[12] mult év folyamán megjelent tankönyvükben adják annak leirását. *Bezold*[9] leirásában jellegzetesnek mondja mindjárt a kezdeti szakot is, a folyamat ugyanis úgy lép fel, mint az acut esetekben, a dobhártyaáttörés egyszerre áll be és mégis az egész inkább egy chronikus képnek felel meg, mert minden lobtünet, pír, duzzanat, fájdalom hiányzik. A roncsolás igen gyorsan halad előre, daczára, hogy a lefolyás, eltekintve a fül folyásától, majdnem tünet nélküli. A roncsolás oly gyorsan haladhat előre, mint azt például scarlatinánál, szóval acut infectiosus betegen szoktuk látni, a perforatio hirtelen nagyobbodik és a dobhártya destruál.

A legjellegzetesebb tünet, mindenesetre a fájdalom, a reactio nélküliség.

Black és *Buck*[23] a fájdalom nélküli infiltratiot és beolvasztást a hátsó felső quadransban tartják jellegzetesnek. A perforatio szélein a reactiv lob hiányzik. A dobhártya beolvasztása gyorsan történik, a granulatiok kifejlődése szintén hamar következik be, ez lenne az acutabb lefolyás, melyre alább még vissza fogok térni.

Mi a tuberculosus otitiseket rendesen már mint chronikus középfülgenyedéseket kapjuk szemünk elé. A folyás bő, esetleg hígan folyó geny, a mely többnyire többé-kevésbbé foetid. A nyákhártya exulcerálodott a szétesett sajtos tuberculumok következtében. A hallócsontokat eliminálva, vagy összeköttetés-

seikből felszabadítva a belső izmokat szétesve, a középfül csontos falait lecsupaszítva találhatjuk. A hallás rohamosan roszabbodhatik, és ennek magyarázata a kiterjedt gyuladás, mely csakhamar reáterjed a fenestrákra, a labyrinthre; a bonczolatok $^1/_3$ részében valamelyik tömkeleg-ablakot áttörve találták, ez maga után vonja a tömkeleg elpusztulását, mely így a hallás rohamos elvesztéséhez vezet. Fejfájás, szédülés ritka. Természetesen ily kiterjedést véve a folyamat, súlyos functionalis zavarok elkerülhetetlenek. A mélybe való terjedéssel eléri a carotis internát, ennek arrosiáját okozhatja halálos vérzéssel. Ily eseteket állított össze egy közleményében *Hessler*,[21] sőt magam is ismertettem egy ilyet. Elroncsolja a facialis csatornáját, és itt, vagy a már azelőtt fennállott dehiscentián keresztül megtámadja az ideget, azt elpusztítva létrejönnek a facialis hüdések typikus tüneteikkel.

Magában rejti a koponyaüri szövődmények veszélyét, mint agytályog, vagy meningitis basilaris kútforrása, mikor is a legsúlyosabb esetekkel szinte tehetetlenül állunk szemben. *Politzer*[12] szerint az intracranialis complicatiok gümős otitis mellett ritkábbak, mint például streptococcus invasio eseteiben; nem egyszer dura, sinus szabadon feküdhet a genyben, a nélkül, hogy megtámadva lennének. Ezeknél a halál inkább tüdőtuberculosis folytán áll be, mint sinus phlebitis, agytályog, vagy akár genyes, akár gümős meningitis miatt. A gümős otorrhoeával kapcsolatban, néha mint elsődleges folyamat, lépnek fel a cariosus folyamatok. Az ilynemü csontmegbetegedések izoláltak lehetnek, szorítkozhatik a caries csak az egyes hallócsontokra, vagy a dobüreg valamelyik falára. Ha csak a hallócsontokra szorítkozik, lehet a kalapács és üllő együttes cariese, ez a leggyakoribb, gyakori az üllő cariese magában is, már ritkább a kalapácsé, hol főleg ennek a feje szokott cariosus lenni, míg egyedül a kengyel cariese eddig felette ritkán lett találva. Ha a dobüreg csontos falában jelentkezik a caries, akkor az lehet 1. a promontoriumon, a mi aránylag elég gyakori, és innen vezet a fertőzés útja a csigába, lehet 2. a dobüreg fenekén, pinczéjében (Keller, plancher), mely a kezelésnek igen nehezen hozzáférhető, 3. az atticus (recessus epitympanicus) cariese, mely aránylag gyakori, a mikor, ha ennek elülső fala pusztul el, jól beláthatunk a dobüreg felső részébe, 4. a facialis lefutását körülvevő csontváz (facialis sarkantyú, Facialis Sporn) cariese, mely a facialis hüdésekhez vezet, végül 5. ide számíthatjuk az antrum cariesét is. Eme ostitises folyamatok diagnostizálására *Lermoyez*[20] szerint valószinűségi és biztos jelekkel rendelkezünk. Az előbbiek sorába tartoznak: a fülfolyás régi volta, ennek jellege: foetid, összeálló volta, a hallójárat concentrikus stenosisa, polypusok a dobüregben, paralysis facialis. Biztos a diagnosis, ha látjuk vagy sondával tapintjuk az érdes csontot. Látjuk tehát, hogy a cariosus rész a helyzetét illetőleg lehet a csontocskákban, a dobüreg csontos falában, vagy combinálva mindkét helyt egyszerre. A cariosus csontok elsajtosodnak, sequestrálódnak, néha nagy kiterjedésben is; máskor szürkés-piszkosan elszínesedett felülettel fekszenek előttünk, a csont porhanyó, elmálló. Meglepő, különösen gyermekeknél, minő mélységbe juthatunk be a sequester eltávolításánál, a mint erről műtéti eseteim néhányában meggyőződtem magam is. Igy az egyik esetemben a pars petrosa majd teljes egészében távolodott el, a másik esetben a középső koponya árok durája meglehetős, mintegy koronányi terjedelemben lett szabaddá téve, egy harmadik esetemben pedig a horizontalis ívjáratot találtam megtámadva, miért óvatos véséssel ezt megnyitottam, a cariosus ívjáratfalat eltávolítottam; az eset gyógyult.

Érdekesek a gümős megbetegedésekre vonatkozólag *Bezold*[9] fejtegetései, a ki a kórbonczi leleteket szem előtt tartva jut következtetéseihez. Ő is, mint azt már az előzőkből láttuk, a reactiohiányt tartja jellegzetesnek a folyamatra, olyképen tünve fel a processus, mintha a megtámadott szövetek a rájuk ható destruáló ártalmakra nem is reagálnának. Más, nem gümős folyamatoknál a váladék előbb serosus, majd nyálkás-genyes, a nyákhártyák duzzadtak, később a csont sclerosisa következik be, mind ez a tuberculosis eseteiben hiányzik. A váladék eleitől kezdve genyes, a perforatio szélein granulatiok nem igen láthatók. A dobüreg többnyire üres, nagyobb sarjaktól ment. A csont sclerosisa nem fejlődik ki; a középfülüregek csak genynyel vannak megtelve, nem duzzadt mucosával, a csont lecsupaszított, a granulatio kevés, élettelen. A középfülben semmi hajlandóság az epidermisatiora. A csecsnyújtvány sejtjei többnyire megnagyobbodottak. A sequester körül nem igen találunk, vagy csak igen kevés burjánzást. *Bezold*[9] a gümős fülfolyás egy másik alakját is leirja, ennek lefolyása acutabb, többnyire scrophulás gyermekeken látható, hol a tüdők a folyamatban nem vesznek részt. Ez esetekben is caries, necrosis lép fel, a roncsolások itt is nagyok, de az üröket edényekben gazdag granulatiok töltik ki, ily esetekben még csontsclerosis is felléphet, sőt a csontfolyamat relativ gyógyulása után még epidermisatio is megindulhat.

(Folytatása következik.)

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

Egynehány reflex viselkedése egészségeseken és tabesban.

Észrevételek a tabes korai felismerésére.

Irta: *Kollarits Jenő* dr., idegklinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

Azon esetek közül, melyekben az inreflexek kiválthatók voltak, még kiemeljük a következőket.

A 29. sz. esetben renyhe pupilla-fényreactio, egyenlőtlen pupillák, hypotonia, szaggató fájdalmak, nehéz vizelés és abducens bénulás voltak a tünetek. Ataxia nincs.

A 85. sz. esetben renyhe pupilla-fényreactio, egyenlőtlen pupillák, hypotonia, crises gastriques, hasogató fájdalmak adták a tabes képét. Ataxia nincs.

Azon esetek, melyekben *az inreflexek is megvoltak, a pupillák is jól reagáltak*, a következők.

A 32. sz. esetben 6 éve állottak fenn hasogató fájdalmak, vizelés és székzavar, a 48 éves férfinak 2 éve nincs libidoja. Két oldalt abducens bénulása van, hypotoniája kifejezett, ataxiája nincs.

A 44. sz. esetben szaggató fájdalmakon és szemizombénuláson kivül vizelés nehézség és hypotonia állott fenn, ataxia nincs.

Az 5[illegible]. sz. esetben hypotonia, abducens bénulás és a pupillák különböző volta, feledékenység, szaggató fájdalmak, a lábakban támadó paraesthesiák adták a kórismét, ataxia nincs.

Az 57. sz. esetben az egyik alsó végtag hypotoniás, ataxia és Romberg tünet van, a lábakban szúró fájdalmak voltak, régebben egynehány hónapig kettős látása volt a betegnek, a ki 7 éve feledékeny. A vizelet csepeg. Paraesthesiák vannak felső és alsó végtagjain, a jobb láb öreg ujjának talpi oldala nem érzi az érintést.

Ezen esetekben a kórisme támogatója gyakran a szemizombénulás és hypotonia volt, melyhez egy vagy más kisebb fontosságú tünet csatlakozott. A hypotoniával kissé bővebben kell foglalkoznunk.

E tünet teljesen tanulmányozva nincs. *Leyden* említette először (1863), hogy a hátulsó gyökerek atrophiájában az izmok lazák, a mi a tonus csökkenésének következménye. Ebből származik a végtagok könnyü mozgathatósága. *Jendrássik*[1] egy kórtörténetében említi, hogy a tabesra jellemző túlhajlíthatóság az izületekben eredményezi, hogy a beteg előrehajolva fejét lábszáraira tudja fektetni. Hasonló észleleteről ad számot *Frenkel*,[2] a ki mint Leyden is, az izomtonus csökkenéséből magyarázza a tüneményt; más bajban, mint tabesban, hypotoniát nem talált, viszont minden súlyos ataxiában megtalálta e tünetet. A tabes korai szakában jelentékeny hypotoniát nem talált, néha azonban az izmok passiv megfeszülésekor az ínak feszessége nem volt oly feltünő, mint egészséges egyénen szokott. Az ataxia és hypotonia között arányt nem talált. *Jendrássik*[3] összefüggést keresett a mozgás-zavar, inreflexek és izomtonus között és e czélból a tonust specialis, e czélra szerkesztett módszerével vizsgálta és azon szöggel fejezte ki, melyet a czomb a medenczével, illetőleg az alszár a czombbal alkot.

[1] *Jendrássik.* Orvosi Hetilap. 1888.
[2] *Frenkel.* Neurol. Centralbl. 1896. 355. l.
[3] *Jendrássik.* Orvosi Hetilap. 1898. Neurol. Centralbl. 1896. 781. l.

Egyénileg egészségeseken is már igen nagy ingadozást talált. Igy azon szög, melyben a czomb a törzshöz áll, a mikor legmagasabbra van passive felhajlítva, 52 és 102 között ingadozik, gyakran tabesban sem kapunk magasabb számokat, sokszor azon ban azok jelentékenyen nagyobbak, a legnagyobb szög 148 volt. Ebből következik, hogy kórjelző értéke csak a nagyfokú hypotoniának lehet, míg kisebb különbségeknek csak akkor tulajdonithatnánk súlyt, ha a beteg előbbi állapotát ismertük volna.

Mint a fenti adatokból látszik, a hypotoniának nem egyszer vettük jó hasznát a kórjelzésben. Hasonló tapasztalatokat *Frenkel*[1] is közölt.

A tabes tüneteinek támadásában nem állítható határozott sorrend. Az egyik eset látóideg sorvadással kezdődik, a másikon a szemizombénulás az első tünet, míg ismét máskor ezek a betegség előhaladott szakában sincsenek meg. A leirt kórtörténetekben a tünetcsoportok igen eltérők, egy esetben sincs meg valamennyi tünet. Ezért a kórismében hol az egyik, hol a másik adja a döntést, *a korai szakban a szemizombénulás, hypotonia, érzészavar, a reflexek közül sokszor az Achilles-ínreflex hiánya igazitanak útba ott, a hol a tabes egyéb tünetei nem elegendők.*

Egynehány más szempontból érdekes esetet a következőkben részletezek.

Bár a tabesban a pupillamerevség jellemző és az alkalmazkodásban támadó zavar nem tartozik a rendes tünetek közé, észleltünk két érdekes esetet, melyek alkalmazkodásbénulással vették kezdetüket és hosszú ideig semmi más tabesra jellemző tüneteket nem mutattak. Ezért igen soká kétes maradt a kórisme, a míg valami tabesra valló jel felbukkanása el nem döntötte a kérdést.

E két eset kórtörténet-kivonatát a következőkben adjuk elő.

I. B. K. (31. sz. a táblázatban) 23 éves cseléd 1898. szeptemberben jelentkezett először a klinikán. Családjában ideges terheltség nincs. Atyja egészséges, anyja méhrákban halt meg, 3 leány-, 2 fiútestvére egészségesek. 1895-ben történt defloratioja után néhány hónapig fejfájásban szenvedett, ugyanakkor haja is hullott.

Jelen baja 1898. év januárjában megelőzött fejfájás nélkül kezdődött kettős látással. Májusban maga vette észre tükörbe nézéskor, hogy jobb szembogara tágabb a balnál, úgy tünt fel neki, mintha homályosan látott volna jobb szemén, juliusban bal szemével is homályosan kezdett látni. Julius 15-dikén eszközölt szemvizsgálat szerint látása mindkét szemen teljes, szinlátása és látótere rendes, a szemfenék ép volt; a jobb szem alkalmazkodása teljesen, a bal szemé csaknem teljesen bénult, a jobb abducens paresisban volt. (*Grósz E.*) Szeptemberben jobboldali félptosis csatlakozott a képhez. Novemberben a jobb m. rect. int. megbénult és a bal abducens is meggyengült, deczemberben a jobb rectus sup.-t is gyengének találtuk. Sajátszerű tünetet találtunk azonkivül, mely abban állott, hogy mind a két szem néha egyszerre, máskor egyedül a beteg akaratától függetlenül elfordult, sőt néha a bal egynehány rángást is tett. A beteg ilyenkor kellemetlen vongáló érzésről is panaszkodott. 1899. január 17-dikén szemvizsgálat szerint a jobb szem alkalmazkodásából 5. D. hiányzott, a bal-é majdnem teljesen béna volt. A jobb tágabb pupilla merev, a bal középtág, fényre igen renyhén reagál. Szemfenék, látótér ép. Hypermetropiája van. (*Grósz E.*)

1899. áprilisban jobb szemen kisfokú exophthalmus támadt. Ugyanekkor álmatlanság bántotta, minden kis zajra összerezzent. Nyaka megduzzadt, keze alig reszketett, érverése nem volt szapora.

1898 október havában férjhez ment, más állapotba nem jutott.

1898 májusban az addig jól kiváltható patella-ínreflexek már csak kézfogással voltak kiválthatók. Panaszkodott, hogy lábaiba gyakran villámszerű fájdalmak csapnak. Vizelése nehezen indul, néha, ha hosszabb ideig nem vizelt, egy két csepp el is folyik. Ugyanakkor a meleggel szemben hyperaesthesiás volt, a mennyiben a meleg viz érintését törzsén nem tudta tűrni. A bal oldalon a szivcsúcs és a lapoczkaszöglet táján kis anaesthesiás folt volt kimutatható.

1901 október 26-dikán láttuk utoljára, akkor sem patella-ínreflex, sem Achilles-ínreflex nem volt már kiváltható. Ataxiája nem volt.

II. V. M.-né (79. sz. a táblázatban), 38 éves, kőmives felesége. 1898. október 5-dikén jelentkezett először a klinikán. Atyja 62 éves korban ismeretlen bajban halt meg, köhögős ember volt, anyja 63 éves, egészséges. A beteg egy 36 éves öcscse egészséges. Idegbaj, golyva, előduliedő szem családjában elő nem fordult.

A beteg 6 éves korban tüdőgyuladást állott ki, utána $^3/_4$ éven át csukamájolajat szedettek vele és heptikásnak mondották. 18 éves korban ment férjhez, 10 évig nem volt más állapotban. Ekkor született első fia, kinek 5 éves korában szeg ment a lábába és tetanusban halt meg. Második terhessége a 6. hónapban elvetéléssel végződött.

30 éves kora óta gyakran szédül. E szédülés rohamokban jön reá. A roham bágyadtsággal kezdődik, szeme elhomályosul, kettősen lát, és olyan érzése támad, mintha fülét bedugnák, ilyenkor leülni kénytelen, hogy el ne essék, majd éles hangokat hall fülében, mintha czintányérokat ütnének össze, és akkor a szédülés elmulik. Eszméletét nem szokta elveszteni, görcsei nincsenek. Utána fáradt. E szédülések egy nagyobb megerőltetés után (hordókat gurított) annyira fokozódtak, hogy 6 hétig állandóan ágyban feküdt. Bár teljesen jól érezte magát, felkelni nem tudott, mert valahányszor felkelt, ilyen szédülésrohama támadt.

33 éves kora óta van szivdobogása. Ez a baj hirtelen lepte meg, mikor kis fia beteg volt, és az orvos váratlanul mondta neki, hogy nem lehet rajta segiteni. Ugyanazon idő óta nagyon ijedős, minden zajtól összerezzen, rosszul alszik, rémes álmai vannak. Szivdobogása azóta folyton van, bár kisebb mértékben, és hevesebb csak akkor lesz, ha valami bántja.

Panasza azonkivül, hogy sokszor fáradt a legkisebb munka után is. Különösen a keze fárad el hamar és reszket, ha dolgozik, vagy ha izgatott. Gyakran van forróság érzése, és a legkisebb meleget sem tudja elviselni, a meleg szobából kénytelen kimenni, a meleg takarót nem tűri.

Mindezen bajokba már beletörődött, de 1898. nyarán gyakran ismétlődött kettős látása; ha olvasott, összefolyt a betű a szeme előtt, a kézimunka öltéseit nem látta. Körülbelül ugyanazon idő óta gyakran heves fájdalma van bal homlokán a szeme felett, és mikor e fájó helyet dörzsölni akarta, feltünt neki, hogy érzéstelen.

Rossz látása miatt fordult a szemklinikára. Itt 1898. október 4-dikén a szemtekék összetérítésének hiányos volta tünt fel. A jobb pupilla tágabb volt a balnál. Egyik sem reagál sem fényre, sem alkalmazkodásra. A jobb szemteke a balnál előállóbb, szemfeneke ép.

A betegnek kis strumája a jobb oldalon a balnál kifejezettebben állott elő. Létrejöttének időpontjáról nem tud. Kinyujtott kezei apró lengésekben a Basedow-kórhoz hasonlóan reszkettek. Patella-ínreflexei jól kiválthatók voltak. Mozgásában semmi zavar sem állott elő. Érlökéseinek száma 110—120 között változott.

A beteggel való beszélgetés közben többször feltünt, hogy hol a jobb, hol a bal szeme, mialatt a másik szem fixál, hirtelen kitér, ilyenkor kellemetlen vongáló érzése van szemében. Graefe-féle tünet mindkét szemen, de főleg a jobbon, kifejezett volt.

Az arcz bal oldalán, a trigeminus első ágának területén részint teljes érzéstelenség, részint hypaesthesia volt a tapintással szemben. Az anaesthesiás hely a villamos áramot sem érezte meg, a szúrást nyomásnak mondta, ez érzéstelen helyeken hol szúró fájdalmai voltak, hol bizsergést és hangyamászást érzett. A bal szemhéj, cornea és conjunctiva is gyengén érzett. Paraesthesiái voltak azonkivül mindkét keze kisujjaiban is.

A beteg a következő évek folyamán állandóan járt rendelésünkre. Érverése nyugalomban is 120, 136, 116, 108 között változott perczenként, ideges panaszai bántották leginkább, de egyébként a kórkép semmit sem változott.

1902 január hó 31-dikén jött újra, egy év szünet után, rendelésünkre. Strumája most visszafejlődött; érverése 110 volt perczenként. Patella-, triceps-ínreflexe kiváltható volt, de az Achilles-iné nem. Lábaiban szurkáló fájdalmakat érezett. Vizelése kissé nehezen indult. A törzsön és hason széles érzéstelen öv volt kimutatható és igen nagyfokú hypotoniája volt. Összetett lábbal ingadozott, járása ataxiás nem volt.

Az előbbi (B. K.) esetet érdekessé teszi, hogy alkalmazkodási bénulással kezdődött, ehhez szemizombénulások csatlakoztak. Az azután támadt tünetek: az exopthalmus, a struma, reszketés, az ideges tünetek, az álmatlanság, keletkező félben levő Basedow-kór csonka alakjának gyanuját ébresztették fel; és a mikor egy hosszabb szünet után a beteg újra elénk került, a 24 éves, négy év előtt valószinüleg lues-szal inficiált leányon tisztán állott a tabes képe.

A második esetben (W. M.) az alkalmazkodásbénulás és a fényreactio hiánya, a trigeminus 1. ágának érzéstelensége, Menière-féle szédülés mellett, struma, exopthalmus, szapora érlökés, ideges tünetek, Möbius és Graefe tünete, nagy fáradékonyság, körülbelül egy időben került észlelésre. Itt is a Basedow-kór tünetei állottak előtérben. Hosszabb időköz után újra vizsgálva a beteget, a tabes tiszta képe előtt állottunk hypotoniával, szaggató fájdalmakkal, anaesthesiás övvel és a többi ínreflexek megtartott volta mellett az Achilles-ínreflex hiányával.

(Folytatása következik.)

[1] *Frenkel.* Die Behandlung der tabischen Ataxie. 1900. (64. l.)

Közlemény a székesfővárosi Szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról.

Az „eczema"-kérdéshez.

Irta: *Róna Sámuel* dr. főorvos, egyetemi rk. tanár.

(Vége.)

Hátra volna itt még azon ellenvetés, hogy hátha ezen 118 scabieses egyénnél valamennyinél hiányzott a bőrnek azon sajátsága, mely vesiculás eczema képződésre hajlamosit? Hát ezen ellenvetés nem volna ugyan eddigi deductioimra nagy csapás, mert beismerné, hogy ezen körülmény aránytalanul ritkábban fordul elő, mint azt eddig hittük, de egyenesen meg is czáfoltatik azon már említett

esetem által, a hol ulcus cruris kapcsán régóta állott fenn „nedvező eczema“ és daczára a közbejött scabiesnek, a köztakaró többi részén csak a jelzett hyperaemiás oedemás göcsök és excoriatiok léptek fel. Megczáfoltatik továbbá azon másik eset által is, melyet a scabies tárgyalásnál külön vettem. Azon eset az, a hol a törzsön excoriatiok és elszórt hyperaemiás oedemás göcsök, a czombhajlatokban, scrotumon stb. pedig vesiculák, ezekből nedvező papulák és ezek összefolyásából eredt nagyobb nedvező területek voltak láthatók. Tehát a törzsön és a végtagokon, a hol csak a mechanikai insultus vádolható a laesiokért, csak hyperaemiás oedemás göcsök, ellenben a czombvágányban, hol a copiosus izzadság felgyülemlésének és egyéb pathogeniás momentumoknak is jutott szerep, *vesicula és nedvező eczematisatio* is keletkeztek. Ezen betegről különben exstirpáltam is egy miliaris hyperaemiás oedemás csomót és egy erodált vesiculát histologiai vizsgálat és összehasonlítás czéljából. *A klinikai differentiák a szöveti szerkezetben is kifejezést nyertek.*

A hyperaemiás oedemás göcsön szabad szemmel alig tudtam a minimalis hámhorzsolást észrevenni és a góreső a következőket mutatta: A *hám* az egész göcs területén csaknem *normális*, kivéve a középen mintegy 4—5 papillányi darabot, hol a *szarúréteg* egészen hiányzik, és hol a Malpighi-réteg sejtjei magfestést nem mutatnak, csak két interpapillaris csapnak megfelelőleg. A papillák e darabon elmosódottak és helyükön, valamint a subpapillaris rétegben egymagvú leucocytákból álló infiltratum foglal helyet. A papillaris és subpapillaris ereket egymagvú fehér vérsejtekből álló hüvely veszi körül. A nyirokrések kissé tágultak. Tehát egy *minimalis erosio*, csekély papillaris és subpapillaris oedemával és kisfokú perivascularis infiltratioval volt jelen.

Egészen más kép a *nedvező göcsé*. Itt a nedvező terület *makroskopice* a legfeltünőbb jelenség volt. *Kis nagyításnál* ezen területnek megfelelőleg a Malpighi-réteg jórészt hiányzik, helyét magvas szarúsodási folyamat foglalja el. Két helyen a papillák felett a Malpighi-réteg teljesen hiányzik. A Malpighi-réteg megmaradt részeiben vesiculák láthatók. A papillaris és subpapillaris rétegben kifejezett oedema és mérsékelt fokú infiltratum állapítható meg. *Nagy nagyításnál*: az erodált terület szélein a szélesedett Malpighi-réteg sejtjei között és a sejtekben oedema. A keratohyalin-réteg hiányzik. Az *erodáltnak látszó területen* magvas szarúsodási folyamat, mely alatt helyenként közvetlen a papillaris réteg következik. A Malpighi-réteg itt megmaradt részein a sejtek teljesen perturbáltak, nagy fokban oedemásak és két helyen mikroskopos vesiculák, melyek savójában mérsékelt számú egymagvú leucocyták láthatók.

Ezen kitérés után visszatérve az *elszórt hyperaemiás oedemás göcsökre*, megjegyzem, hogy még ezek elbirálásánál sem szabad a *vakarást mint egyedüli pathogeniás momentumot* megannyi számára odaállítani.

Ugyanis nem szabad tekinteten kivül hagyni azt, hogy még azok sem mind a vakarás által idéztetnek elő, hogy egy részük maguk a hímatkák és az álczák sokasága által okoztatnak, melyek nem rendes menetet fúrnak, hanem épen csak beékelik magukat a hámrétegbe. Én részemről azt hiszem, hogy a többhónapos scabiesnél a hason, mellen stb. észlelhető hyperaemiás oedemás göcsöknek egy részét ezen utóbbi atkák és nem a vakarás okozzák.

Nem szabad továbbá tekinteten kivül hagyni, hogy egyikmásik hyperaemiás oedemás göcs, a milyen pl. a kiirtott és fent ismertetett göcs volt, minden viszkető bőrön a vakarás által okozott minimalis excoriatio vagy a felvájás alkalmával bejutott idegen anyag körül *utólag, secundaer, mint reactiv jelenség is kifejlődhetik* (l. a művileg előidézett laesiokat). Ezek azonban további vizsgálatokat igényelnek.

A mi a többi 34 scabies-esetet illeti, 20 esetben a már jelzett elváltozásokon kivül elszórtan, néha nagy számban, *gombostűfejnyi, leginkább perifollicularis pustulákat, vagy papulo-pustulákat, élénk hyperaemiás udvarral észleltem*. A sorsuk ezeknek egy pár órai vagy *egy* napi élet volt, aztán beszáradás, minimalis var vagy varpikkely és gyógyulás.

Megjegyzendő, hogy ezek fejlődését különös figyelemben részesítém, kezdetük mindig *ab origine genyes* volt, úgy hogy arról vagyok meggyőződve, miszerint *ab ovo* banalis genyesztő mikroorganismusok által idéztettek elő és nem *secundaer* módon egy-egy különálló menet feletti vesicula infectioja folytán, bár ha egyik-másik esetben ez utóbbi történt volna is, sem volna „vakarási vesiculá“-nak tartható. Ezek különben is olyan igénytelen jelenségek, hogy sehol sem tesznek róluk említést a tankönyvek, jóllehet, a mint látni fogjuk, a legtöbb bőrviszketésnél észlelhetők.

Nem is hiszem, hogy ezeket a pustulákat valaki is eczemának nézné.

Egy kimetszett ilyen pustulácska a következő viszonyokat tünteté fel:

Kis nagyításnál. Körülbelül 8—10 papillányi területen a szarúréteg éles határral felemelkedett, alsó felületére összeálló sejttömeg tapad, ez alatt egyetlen nagy üreg látszik, melynek fenekét a Malpighi-réteg maradványa képezi. E helyen a papillaris réteg mérsékelt fokban oedemás és infiltrált. A határokon az épbe való átmenet hirtelen.

Nagy nagyításnál. A pustula teteje magtalan szarúsejtek rétegei által képezett, a hozzátapadt sejttömeg több magú fehér vérsejt sűrű tömegéből áll; a fenekét Malpighi-réteg maradványai alkotják, de a Malpighi-rétegben csak kisfokú sejtközti oedema van és hiányzik az intracellularis alteratio. A papillaris és subpapillaris réteg e helyen meglehetős számú több magvú fehér vérsejtet és mérsékelt perivascularis gömbsejtes infiltratiot mutat. Bakteriumfestéssel *staphylococcus-csoportokat* találtunk a pustulában.

Tehát ennek szöveti szerkezete *toto coelo* elüt úgy a *hypreaemiás oedemás göcsétől*, mint a *erodált vesiculáétól*.

Ugyanilyen megitélés alá esik a következő 5 eset is, a hol az előbbiekhez hasonló kis gombostűfejnyi és valamivel nagyobb, néha közbe-közbe még nagyobb pustulák, papulo-pustulák és gyér vesico-pustulák csoportokká egyesülve, lencsényi, körömnyi, koronányi és még nagyobb éles határú plaque-okat, majd beszáradásuk után varos vagy hámló területeket képeztek. Egyes plaques szélein követhettem a friss miliaris pustulák képződését. Sohasem észleltem ezen esetekben sem előzetes vesiculafejlődést, mindig *ab ovo* pustula volt jelen.

Nos, hát akárhogy is fogjuk fel az eczemás bőrlaesiot, azt nem concedálhatjuk, hogy az *ab origine pustulát* annak tartsuk. *Bockhardt, Bender* és *Gerlach* legújabbi kisérleteiből ugyanis kiderül, hogy a staphylococcusok toxinjai képesek ugyan tiszta, eleinte steril savóval telt hólyagcsákat előidézni és így esetleg még a vesiculás bőrlaesiot is mikroorganismus hatására vihetnők vissza, de maguk a staphylococcusok soha; ezek mindig ab origine genyes hólyagok képződéséhez vezetnek. Tehát az *ab origine* pustulát ki kell venni az eczemás bőrlaesiók sorából.

Mindehhez még hozzáteszem, hogy az utóbbi 5 esetben is a laesiok gyors (napok usque 1 hét alatt) gyógyulási tendentiát mutattak és a legerősebb antiscabiosus szerekre sem progrediáltak, sőt azokkal együtt nagy részük eltünt. Teljesen megfelelnek ezen gombostűfejnyi és miliaris pustulák azoknak, melyeket Bockhardt, Bender és Gerlach a staphylococcus pyogenes aureus és albusnak beoltása által a bőr *előzetes irritatioja* után elértek.

De ha valakinek mégis némi kétsége volna az iránt, hogy ezeket a laesiokat pyogen bakteriumok idézik elő és nem a vakarás, az nem zárkózhatik el ezen felvétel elől az utolsó 9 esetnél, a hol a krajczárnyi usque tenyérnyi éles határú vastagabb varas plaque-oknak közönséges kendermagnyi, lencsényi impetigokból való összetételét könnyedséggel lehet a laesiokból leolvasni, vagy az impetigokból fejlődésüket követni. Az átmenet ezen alak és az előbbi miliaris között is észlelhető.

Ezen esetekben sem okozott az antiscabiosus kezelés rosszabbodást és csak egyes esetekben kellett 1—2 plaque-ot külön kezelni.

Ezen utóbbi (5 + 9) 14 eset a 152 között tehát az, a mit ezelőtt a scabiesnél *„varas (impetiginosus) eczema“* névvel jeleztünk. *Azt hiszem, hogy az elmondottak után állíthatjuk, miszerint a 152 scabies-betegen nem keletkeztek a mechanikai insultusok direct eredményeképen olyan bőrlaesiok, melyeket joggal tarthatnánk eczemásnak.*

2. De menjünk tovább és nézzük az *epizoákat*.

A *pediculi capitis* jelenlétében tisztán a vakarás kifolyásaképen, csaknem kivétel nélkül csak excoriatiokat és impetigo vulgarist és ezek összefolyásából származó varas vagy nedvező területet észleltem.

*

Azt hiszem, hogy ezt ma már mindenki concedálja.

A *pediculi pubis* kapcsán is, ha chemiai befolyások nem complikálják a mechanikai insultusokat, csak excoriatiok és elszórt hyperaemiás göcsök észlelhetők. Ez mind nem „eczema“. A poloskacsípések kapcsán is csak *urticaria papulosa* és excoriatiok voltak észlelhetők.

A 42 *pediculi vestimenti* eset közül 22-nél csak pont-vagy csikszerű excoriatiokat láttunk.

A 6 esetben még ezenkivül észlelt sürün elhelyezett, de különálló kölesnyi hyperaemiás oedemás, jórészt excoriált göcsök rendkivül gyorsan, órák alatt nyomtalanul visszafejlődtek, melyeknek nagyobb része kimutathatólag a tetvek által okozott urticaria papulosa residuuma volt. Csak egy kis részüket okozhatta maga a vakarás, és ezek ép oly kevéssé tarthatók másnak, mint legalacsonyabb fokú reactios jelenségeknek, mint azt már a scabiesnél kiemeltük és a mely absolute képtelen progressiv pathologiai metamorphosisra. A többi eset egyáltalán nem nyujt oly momentumokat, melyeket elemezni kellene.

Tehát az epizoák csípése provocálta vakarás sem okoz „eczemás“ bőrelváltozást.

3. És igy áttérhetünk a *prurigokra.*

A 19 különböző prurigo-eset közül csak egy scabies complikálta ferox-eset és a lichenificatios esetek volnának elemezendők, de az előbbinél a laesiok annyira megegyeztek a scabiesesetek utolsó *9 pyodermitises* laesioival, hogy csak ismételnem kellene az ott mondottakat. Különben csak prurigo-göcsöket, exoriatiokat és impetigot, ekthymát találtam.

A mi a *lichenificatiot* illeti, arra a pruritusoknál térek ki.

Tehát a prurigok lefolyásában sem okozott a vakarás „eczemás“ bőrelváltozásokat; az a mi ott varas eczemaszerű, úgy mint a scabiesnél, itt is egyszerű pyodermitis.

4. Az utóbbi időben észlelt *6 lichen planus*-eset között csak 2 akadt, a melyben az excoratiokon kivül még óriási számban mulékony hyperaemiás-oedemás miliaris göcsök voltak észlelhetők. Ezeket, úgy a mint a pediculi vestimentinél és scabiesnél, alacsony rendü reactiós jelnek tartom.

A 2 *mycosis fungoides*, az *urticariák*, egy igen erősen viszkető *psoriasis* esete semmi elemezni valót nem nyujt.

5. Végül 31 különböző eredetü *pruritusnál* észlelt laesiok elemzésénél, miután a 2 esetben észlelt varas genyedő plaque-okat a már a scabiesnél és prurigoknál ismertetett pyodermitises laesiokhoz sorolom, az itt-ott jelentkezett hyperaemiás és oedemás göcsöket pedig már többször classifikáltam, csak a már a prurigoknál is említett lichenificatioról (10 esetben észleltem) kell szólnom.

A *lichenificatiot* azonban, szerény véleményem szerint, itt teljesen tekinteten kivül lehet hagyni, mert klinice jól el lehet különiteni az *acut „eczemá“-tól.*

Az igazi lichenificatio ugyanis sohasem szokott *vesiculát* mutatni, *futólagos nedvezést* is csak a szarúréteg lehorzsolása után és egyes esetekben secundaer infectio nyomán *genyedést. Histologiai* szerkezeténél fogva is elválasztható az acut „eczemá“-tól.

Tehát mondhatjuk, hogy a pruritusoknál sem keletkezik a vakarás nyomán eczema.

Uraim! Fenti vizsgálataim eredményei a jelen előadásom czimében feltett kérdésre tagadó választ adnak. Ezek szerint a mechanikai behatások és köztük elsősorban a vakarás nem képeznek sem az egészséges, sem a beteg bőrre, még a praedisponáltra sem oly ingert, hogy az *„eczemás“* bőrelváltozással reagáljon.

Vizsgálataim nyomán ugyanis, azt hiszem, kiderült az, hogy az a mit a vakarás még „eczemára“ praedisponált bőrön is közvetlenül előidéz, nem tartható eczemás bőrelváltozásnak, és hogy az, a mit eddig helytelenül *„eczemás bőrelváltozásnak“* „eczematisationak“ mondtunk viszkető bőrbajok és pruritusok lefolyásában, nem a *vakarás + praedispositio* közvetlen eredménye, hanem, hogy e két tényező közé egy 3-diknak okvetlenül be kell ékelődni és ezen 3-dik tényező a banalis genyesztő mikroorganismus. *Igy állván a dolog, ezen utóbbi laesiokat ki kell emelnünk az „acut eczemák“ tömegéből és oda sorolni, a hová tartoznak, a pyodermitisek sorába.*[1]

[1] A pyodermitisekkel egy más alkalommal behatóbban fogok e helyen foglalkozni.

Mindezek után röviden összefoglalva következtetéseimet, azok a következők:

A *mechanikai behatások*, köztük *elsősorban a vakarás*, még praedisponált egyéneken sem okoznak más bőrlaesiokat, mint erosiokat, excoriatiokat, futólagos reactios hyperaemiát és csekély oedemát és csak hosszabb idő mulva és arra különösen hajlamos egyéneknél circumscript vagy diffus papillaris és epithelalis hypertrophiát (lichenificatiot). Az autorok által *vesiculosus vagy nedvező eczema alatt* értett bőrelváltozást a *vakarás egymagában* semmi körülmények között sem képes előidézni.[1]

TÁRCZA.

A rák terjedése és az ellene irányuló németországi mozgalmak.[2]

Miután az orvostudomány az epidemiákkal felvett harczot sikeresen végig küzdötte, nagyobb mértékben kezdte figyelmét az endemikus betegségek felé fordítani. A kórházaknak mindinkább szaporodó beteganyagán való áttekintés által egyes megbetegedések charactere felől új vélemény kezdett formálódni, a mióta pedig a statistikai összeállitások is meghonosodtak az orvostudományban, komoly socialis veszedelmeknek ismertek fel oly betegségeket, melyeket addig látszólag ritka előfordulásuk miatt figyelembe alig vettek. Igy concentrálódott az egész világ orvosi karának figyelme a tuberculosisra, ennek folytán indult meg azon minden országokra kiterjedő mozgalom, melyet oly lelkesedéssel karolt fel minden culturállam vezetősége és közönsége is és melynek czélja a tuberculosis terjedésének a lehetőségig való meggátlása megfelelő hygienikus viszonyok teremtésével, az abban szenvedőknek pedig ellátása és gyógyitása volt. Mindkét feladaton egyforma buzgósággal dolgoztak, mert a két czél egyformán fontos, sőt ha fokozati különbséget lehet tenni, úgy a terjedés meggátlása a fontosabb, már csak azért is, mert orvosi tudásunk mai állása olyan, hogy sokkal előrehaladottabb tudásunk a hatásos prophylaxishoz szükséges intézkedések ismeretében, mint a már aquirált betegségek meggyógyitásában.

Ujabban egy más megbetegedés is magára vonta az orvosvilág figyelmét azzal, hogy lassan, de folytonosan terjed a föld csaknem minden emberlakta vidékén és annak minden néposztálya között. A rák az, melyről kivált német, angol és amerikai orvosok kimutatták statistikus összeállitásokkal, hogy aggasztóan szaporodik áldozatainak száma. *R. Behla*[1] a ráknak az egész földön való elterjedtségéről szól, ez szerinte Közép-Európában általános, északon (Grönland) és délen (Török- és Görögország) ritkább; ritka északi Ázsiában, Arábiában és Syriában, valamivel gyakoribb Nyugat-Indiában, még inkább Japánban; Afrikában igen ritka, csak Algir és Madeirában gyakoribb, viszont Abessinia, Tunis, Egyptom és Dél-Afrika majdnem rákmentesek. Az északamerikai nagy városokban gyakori, mig fenn a magas északon és Dél-Amerikában ritkább; Ausztráliában pedig tuberculosis és enteritis után rákban hal meg a legtöbb ember. A rákos megbetegedéseknek és halálozásoknak az utóbbi évtizedekben való állandó szaporodásáról irnak: *Wutzdorff*,[2] ki pontos statistikai adatokból constatálta, hogy a rák-betegség Németországban 1883-tól 1898-ig folyton szaporodott, ezenkivül azt találta, hogy a szaporodás főként a férfiak rovására esik, és hogy a halálozás maximuma a fiatalabb kor felé tolódik el. Legtöbb rák okozta halál (1898-ban) északon Lübeck, Hamburg és Schleswig-Holsteinben volt, délen Baden és Württembergben, középen pedig Szászország, Braunschweig és Berlinben. Adatait részletezve következőket találjuk: a kórházi statistika, mely 1879-től 1898-ig terjed, azt mutatja, hogy az első évben a rák miatt felvett betegek száma 6630 volt és pedig 2732 férfi és 3898 nő. Ezen számok állandóan szaporodnak 1898-ig; az ebben az évben felvett rákbetegek száma 24,266 és pedig 10,000 férfi és 14,166 nő. Ez tehát megfelel 266% szaporodásnak. Csakhogy az eredmény azért nem helyes, mert nincs tekintetbe véve az évről évre növekedő száma a kórházi ápolást igénybe vevőknek. A mortalitás statistikája már pontosabb adatokat nyujt; ez ugyan az összes álképletek mortalitására vonatkozik, de tekintve, hogy az előforduló összes neoplasmák 75%-a rák, könnyen átszámitható. 1892-ben 100 halálesetre 2·6 neoplasma miatti esik, 1898-ban pedig 3·5; azaz mig 1892-ben 39 halálra esett egy, melynél álképlet volt a halál ok, addig 1898-ban csak 29-re. Az előkre vonatkoztatva, mig 1892-ben a német birodalomban 100,000 élőre 59·6 álképlet miatti halál esik, addig 1898-ban 70·6; tehát a szaporodás 18·5%, mely azonban csakis a rák gyakoribb előfordulása miatt okoztatik.

Poroszországra specialisan *Kirchner*[3] mutatta ki, hogy a rákhalálozás 10 év alatt 10,000 élőre férfiaknál 3·73-ról 5 29-re, nőknél pedig 4·45-röl 6·05-re szaporodott. Az emelkedés tehát körülbelül 50%. Hamburgban *Reiche*[4] szerint 1872-ben 90 férfi és 158 nő halt el rákban,

[1] Jelen dolgozatomban nem vehettem figyelembe *Török* kartársamnak e lap 30. és 31. számaiban közölt: *„Milyen bőrelváltozások idézhetők elő a bőr erőművi ingerlése által“* czimü és újabbi megváltozott álláspontját jelző czikkét, mert az márczius 17-dikén (nevezett czikkben a márczius 10-diki dátum *lapsus calami*) az én előadásom és az azt követett vita után olvastatott fel.

[2] Előadás, tartatott a budapesti kir. orvosegyesület XV-dik rendes tudományos ülésén.

1898-ban pedig 300 férfi és 412 nő. Férfiaknál az emésztő szervek rákja 85·8%-a az eseteknek, nőknél 41·2% esik a nemi szervekre; ezeken kivül ő is feltünőnek tartja a Wutzdorff által észlelt, ezen esetekben is kimutatható, fiatalabb korba való eltolódását a halálnak. *Maeder*[5] Poroszország, Szászország és Badenben a rákhalálozás progressioját kivált a városokban észlelte. Németalföldön *J. de Itaan*[6] az utolsó 25 évben ezer lakosra 0·47-ről 0·859-re látta emelkedni azoknak számát, kik rákban meghaltak. *Payne*[7] a londoni hivatalos nyilvános táblázatból kimutatta, hogy Angliában és Walesben 40 év alatt 86%-kal növekedett a rákban elhaltaknak száma. *Newsholme*[8] Angliában 1891-től 1895-ig egy millió lakosra eső átlagban 712 rákos halállal szemben 1896-ban 764-et talált és azt a kissé túlzó állitást koczkáztatja meg, hogy rákban több ember pusztul el, mint minden más betegségben, kivéve a tuberculosist, pneumoniát és bronchitist. *Nason*[9] szerint az utolsó 30 évben férfiaknál 78%-kal, nőknél 42%-kal növekedett a rákos halálozások száma Angliában. Norvégiában *Geirswald*[10] észlelte a szaporodást, kivált 60 évnél idősebb személyeknél. Az amerikai Egyesült Államokban a rák terjedését *Roger Williams*[11] mutatta ki, a mennyiben a rákos halálozás aránya a népességhez viszonyitva 1840-ben 1 : 5646-hoz volt, mig 1896-ban 1 : 1306-hoz. Hasonló emelkedést mutatnak ki New-York államra *Park*[12] és *Betton Massey*,[13] Buffalora pedig *Philipp Lion*,[14] ez azonban a rákos halálozásoknak 70·90%-át a bevándorlottakra esőnek mondja.

A magyar viszonyokra vonatkozólag Budapest főváros rákhalálozási statistikáját mutathatom be az elmult 9 évről, melyet Thirring dr. fővárosi statistikai hivatali aligazgató úr szivességéből hevenyében elkészithettem. Hosszabb időről azért nem lehetett a statistikát elkészíteni, mert az 1893. év előtti statistikákban a rák az összes többi álképlettel együtt szerepel. E szerint Budapest főváros területén rákban elhalt :

Év	Férfi	Nő	Összesen
1893-ban	113	246	359
1894-ben	123	288	411
1895-ben	178	293	470
1896-ban	132	260	392
1897-ben	161	296	457
1898-ban	185	292	478
1899-ben	180	328	508
1900-ban	190	311	501
1901-ben	238	325	563
Összesen:	1500	2639	4139

Azt látjuk tehát, hogy 9 év alatt 359-ről 563-ra szökött fel a rákhalálozások száma Budapesten, ez pedig megfelel 56·82% szaporodásnak. Csakhogy ezen szám nem nyujt tiszta képet, hacsak a főváros népességének szaporodásával össze nem hasonlitjuk. Budapest főváros népessége

1893-ban 562,543
1901-ben ... ... 733,358 lélek volt; ez megfelel 30·25% szaporodásnak. A két számot egybevetve tehát azt látjuk, hogy a rák szaporodása ezen 9 év alatt a népesség szaporodásának majdnem duplája.

Jobb áttekintés czéljából, ha 100,000 lakosra nézzük a szaporodást, úgy azt találjuk, hogy mig 1893-ban 100,000 lakosra 63·8 halt meg rákban, addig 1901-ben 76·7, tehát 12·9-el több.

Viszonyitsuk ezek után a rákban elhaltak számát az összes halálozásokhoz :

Év:	Összes halálozás	Rákos halálozás	Százalék
1893-ban	14,459	359	2·48
1894-ben	13,511	411	3·04
1895-ben	14,707	470	3·18
1896-ban	14,782	392	2·65
1897-ben	13,811	457	3·30
1898-ban	14,305	478	3·34
1899-ben	15,040	508	3·37
1900-ban	14,800	501	3·38
1901-ben	13,924	563	4·04

Azt látjuk tehát, hogy mig az átlagos halálozás határozottan csökkenő félben van, addig azon belül a rákos halálozások fokozatos progressioja észlelhető. Azaz:

1893-ban 40·27 halálra jutott 1 rákos
1894-ben 32·87 „ „ „
1895-ben 31·29 „ „ „
1896-ban 37·70 „ „ „
1897-ben 30·22 „ „ „
1898-ban 29·92 „ „ „
1899-ben 29·60 „ „ „
1900-ban 29·45 „ „ „
1901-ben 24·73 „ „ „

Itt is világosan látható a fokozatos progressio. Ha már most az első tabella férfi- és nőhalálozásait veszszük szemügyre, úgy legelső sorban feltünik az, hogy a nők jóval nagyobb számot képviselnek, még pedig összesen 63·75%-ot, a miből az eseteknek majdnem fele, 41·87%-a méhrákra esik. Legfigyelemreméltóbb azonban azon különbség, mely a férfiak és nők között észlelhető a halálozások szaporodásánál, t. i. mig a nőknél a szaporodás kilencz év alatt 32·11%, tehát a népesség szaporodásával majdnem arányos, addig a férfiaknál a szaporodás 110·62%. Mondhatjuk tehát, hogy a szaporodás többlete majdnem teljesen a férfiak rovására esik.

Mindezek után következő következtetéseket vonhatjuk le ezen vázlatos összeállitásból:

1. A rákhalálozás Budapesten állandó és fokozatos növekedésben van;

2. ezen növekedés a népesség szaporodását jóval túlszárnyalja és állandóan tart az általános halálozás javulása daczára;

3. a rákhaláloknak majdnem 2/3-a nőkre esik, ezeknek pedig majd fele méhrákban pusztul el;

4. a szaporodást kiváltkép a férfiaknak gyakoribb rákos megbetegedése okozza.

A ráknak ezen szaporodását sokan kétségbe vonják és a statistika által kimutatott folyton nagyobbodó számokat következő tényezőknek tulajdonitják: az orvosok számának növekedésével és képzettségüknek fejlődésével sok oly rákos betegedés kerül a statistikába, mely azelőtt orvos által constatálva nem lévén, abba bele nem kerülhetett; a pontos diagnosis megállapitása és a gyakoribb bonczolat is hozzájárul azon szám növeléséhez; az általános és egyéni hygienikus viszonyoknak megjavulásával pedig mind többen jutnak abba a korba, a melyben a rák előfordulni szokott. Ezek ellen *Payne*[7] azt hozza fel, hogy a diagnostika fejlődése azért nem érv, mert a régebbi rossz diagnosisok által, a mennyiszer nem ismerték fel a rákot, annyiszor tartották ráknak azt, a mi nem volt az. *Wutzdorff*[2] a német munkásvédelem törvénybe iktatása óta — tehát a mióta a kezelés a nép legnagyobb contingensében kötelezővé vált — nem látott feltünő változást a rákhalálozás lassú, fokozatos szaporodásában, meglehet, hogy a többlet az orvosok által korán megdiagnoskált, megoperált és igy meggyógyult esetek által egyenlíttetett ki; végre a javult hygienikus viszonyok által feltételezett szaporodását a magasabb korú embereknek azért tartja rossz érvnek, mert helytelensége mindjárt szembetünik, mihelyt a népesség egyes korokban való szaporodásának tabelláját és az egyes kórok rákos elhalálozásait egybevetjük.

Végre *Leyden*[15] azon kijelentése után, hogy a rák diagnostikája az utóbbi évtizedek alatt alig javult, mindenkinek el kell ismerni a rákos megbetegedések és halálozások számának tényleges növekedését, mely ugyancsak Leyden szerint oly aggasztó módon terjed, hogy egy bizonyos korra vonatkozólag a rákhalálozások a tuberculosishalálozásoknak 1/4-ét teszik ki már most is. Habár a rák ezen terjedésének *okait* épen olyan homály burkolja, mint az egész rákaetiologiát, mégis azokat a következő tényezőkben lehetne keresni:

1. az *öröklékenység*; ha ennek kérdése még eldöntve nincs is, általánosságban el nem fogadtatott; különben is öröklékenység esetében arithmetikusan kellene szaporodni a rákos megbetegedéseknek, a mit tapasztalni eddig nem lehetett, úgy hogy helyébe most már csak az öröklött egyéni dispositio kérdése lépett;

2. a *contagiositás*; a „contagium volatile“ kizárható, ellenben a „fix“ contagiositás felvételére sok körülmény utal. Ilyenek a ráknak mondhatni endemikus characterű fellépése körülirt területeken, városok egyes kerületeiben, egyes utczáiban sőt házaiban; az úgynevezett „Krebs häuser“-ek létezését kétségen kivül kimutatta *Powert*[16] és a „cancer à deux“ ténye már régen ismeretes. Úgy, hogy *Boas*[17] erélyesen hangsúlyozza a prophylactikus intézkedések szükségességét: a rákos betegek szigorú elkülönitését, ex- és secretumaik, evő, ivó és ápolási eszközeik desinficiálását;

3. a rákot okozó agens iránt *ellentálló képesség csökkenése*, melynek oka akár életviszonyok, életmód és szokások, akár specifikus degeneratioban kereshető. Ezen irányban kutatott a szerzők legtöbbje, de eredményeik merőben ellentétesek.

Igy *Haviland*[18] Angliában és Walesben a rák orvosi geographiáját tanulmányozva azt tapasztalta, hogy a rákos megbetegedések sokkal gyakoriabbak agyagos talajú, árvíztől gyakran felkeresett, mélyen fekvő vidékeken, mint krétás talajú, magasan fekvőkön; geographikus különbségekre figyelmeztet *Kirchner*[3] is. Velök szemben *Reiche*[19] kimutatta, hogy a rák terjedése nincs összefüggésben a vizellátás, magas fekvéssel vagy mély elhelyeződéssel, ezeken kivül független a viz minőségétől, a népesség sűrűségétől, jólététől, vagy szegénységétől is. A hygienikus viszonyok jóságának vagy rosszaságának egy szerző sem tulajdonit fontosságot, mert hiszen a rák terjedése épen az általános és egyéni hygienikus viszonyok javulásával egyidejű. A táplálkozásnak befolyását találjuk felemlitve *Behla*-nál[1], ki a főzelékekkel (kivált kellel) táplálkozóknál talált több rákos megbetegedést, mig *Boas*[17] a nagy mértékű húsevésben látja a rák terjedésére befolyást gyakorló táplálkozási módot; végre *Roger Williams*[11] a sok húsevés mellett való folyton kevesbbedő testgyakorlatokat tartja a — kivált férfiaknál — szaporodó rákmegbetegedések okának. Az alkoholélvezet és gyomorrák terjedése között szintén ilyen ellentmondók a vélemények;

4. végre a *rákot okozó agens terjedése*. Ezen oknak felvétele a legjogosultabb, már csak azért is, mert a fentebb emlitett okok csak mint az ezt befolyásoló, elősegitő vagy meggátló körülmények szerepelnek; kimutatni azonban lehetetlen, mert a rákot okozó agens mindeddig — tudvalevőleg — ismeretlen. Épen ezért igyekeztek a kutatók, a legkülönfélébb szempontok megvilágitásával, következtetni — ha nem is magára a kórokozó agensre —, de legalább a terjedését előmozditó vagy gátló körülményekre.

Az eddig elmondottakon végigtekintve, érthetővé válik azon mozgalom, mely most néhány éve Németországban megindult. Tulajdonképeni kezdeményezője Alexander Katz dr. volt, ki a „Deutsche med. Wochenschrift“ 1899. évi 16. számában a rákbetegség internationalis gyüjtő búvárlatát inditványozva, nagyjában körvonalozta azon tervet, mely szerint az eljárás meginditandó lett volna; ezen terv azonban nagyobb figyelemben nem részesült. 1900. év elején Meyer tanár vette kezébe

újra a dolgot, és Leyden tanár titkos tanácsost az ügynek megnyervén, most már együttesen február 18-dikára egy bizottságot hivtak össze, a mely „Comité für Krebsforschung“ néven megalakulván, tagjai közé Németország legnevesebb orvosait beválasztotta, továbbá gondoskodtak, hogy a bizottság tagjai között orvosokon kivül statistikus, állatorvos és botanikus is legyen képviselve. A berlini magistratus hivatalosan két taggal, a német gynaekologusok egyesülete és a belgyógyászok congressusa szintén 2—2 taggal képviseltették magukat. Az előzetes költségek fedezéséhez hozzájárultak „Berlin“ biztositó intézet és a belgyógyászok congressusa 500—500 márkával, a belügyek államtitkára pedig 3000 márkát juttatott a bizottsághoz az állami pénztárból.

Palotai Andor dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közli: **Dalmady Zoltán.**

Irodalom. Ascoli: Isoagglutinine ed isolisine dei sieri di sangue umani. Clinica med. 1901. 1. sz. — Ascoli: Isoagglutinine und Isolysine menschlicher Blutsera. Münch. med. Woch. 1901. 1239. l. — Bard: De l'hématolyse dans les liquides hémorrhagiques d'origine cancéreuse. La sém. méd. 1901. 21. k. 26. sz. 201. l. — Bard: Du diagnostic par l'hématolyse de la nature cancéreuse des pleurésies et des peritonites hémorrhagiques. Compt. Rend. d. Soc. Biol. 1901. 7. sz., La sem. méd. 1901. 21. k. 60. l. — Barendrecht: Die Agglutination von Hefe. Cbl. f. Bact. II. Abth. VII. 1901. 17—18. sz. 623. l. — Baumgarten: Mikroskopische Untersuchungen über Haemolyse im heterogenen Serum. Berl. klin. W. 1901. 50. sz. 1241. l. — Behring: Ueber die Beziehungen der Blutantitoxine zu den zugehörigen Infectionsgiften. Deutsche med. W. 1899. 1. sz. — Belfanti et Carbone: Produzione di sostanze tossique nel siero di animali inoculati con sangue eterogeneo. Giornale della R. Accad. di med. di Torino. 1898. 8. sz. — Ugyanaz: Ueber die blutbildende Eigenschaft verschiedener Haemolysine. Medicina moderna. 1900. 16. sz. — Bergel: Kritische Bemerkungen zu Ehrlichs Toxin- und Antitoxintheorie. Cbl. f. d. med. Wissenschaft. 1901. 51. sz. 865. l. — Besredka: La leucotoxine et son action sur le système leucocytaire. Annal. Inst. Pasteur. 1900. 390. l. — Ugyanaz: Les antihémolysines naturelles. A. I. P. 1901. 10. sz. 785. l. — Bier: Die Transfusion von Blut. Münch. med. W. 1901. 15. sz. — Bierry: Recherches sur l'injection de sang et de sérum nephrotoxique au chien. C. R. Ac. d. Sciences. 1901. 132. k. 18. sz. 1145. l. — Bigard-Bernard: Sérum surrenotoxique. C. R. Soc. Biol. 1901. 7. sz. és La semaine médicale. 1901. 8. sz. — Bordet: Les serums hémolytiques, leur antitoxines et les theories des serums cytolytiques. A. I. P. 1900. 14. k. 257. l. — Bordet: Sur l'agglutination et la dissolution des globules rouges par le sérum d'animaux injectés de sang défibriné. A. I. P. 1898. 688. l. — Ugyanaz: Sur le mode d'action des sérums cytolytiques et sur l'unité d'alexine dans un même sérum. A. I. P. 1901. 303. l. — Ugyanaz: Les leucocytes et les propriétés actives du serum. A. I. P. 1895. — Ugyanaz: Agglutination et dissolution des globules rouges. A. I. P. 1899. 273. l. — Ugyanaz: Le mecanisme d'agglutination. A. I. P. 1899. 13. k. 225. l. — Bordet-Gengon: Sur l'existence de substances sensibilatrices dans la plupart des sérums antimicrobiens. A. I. P. 1901. 15. k. 5. sz. 289. l. — Ugyanaz: Recherches sur la coagulation du sang et les sérums anticoagulants. A. I. P. 1901. 15. 3. sz. 129. l. — Bougiovanni: Azione emolitica ed agglutinante comporativa in vivo ed in vitro. Riforma med. 1901. 103—105. sz. — Brodie: Les effets immédiats des injections de serum. La presse méd. 1901. 68. sz. 98. l. — Buchner und Seret: Ueber ein krystallinisches Immunisierungsprodukt. I.-és II. Münch. med. W. 1901. 29. és 32. sz. — Buchner: Zur Kenntniss der Alexine, sowie der specifisch bactericiden und specifisch haemolytischen Wirkungen. Münch. med. W. 1900. 9. sz. 277. l. — Bulloch: Ueber die Uebertragung von Haematolysinen von den Eltern auf die Nachkommen. Cbl. f. Bakt. (Ref.) 1902. 6. sz. 110. l. — Buchner: Sind die Alexine einfache oder complexe Körper. Berl. klin. W. 1901. 38. k. 33. sz. — Camus et Gley: Sur le mécanisme de l'immunisation contre l'action globulicide du sérum d'anguille. C. R. Ac. Sc. 127. k. 2. félév. 1898. 330. l. — Ugyanaz: De l'action destructive d'un sérum sanguin sur les globules rouges d'une autre espèce animale. Immunisation contre cette action. C. R. Ac. Sc. 126. k. 1898. 1. félév. 488. l. — Ugyanaz: A propos de l'existence, dans un sérum sanguin, d'une action antagoniste de l'action hémolytique. C. R. Soc. Biol. 1901. 25. sz. 732. l. — Ugyanaz: Nouvelles recherches sur l'immunité contre le sérum d'anguille. A. I. P. 1899. 779. l. — Camus et Pagniez: Action globulicide des urines. Hémoglobinurie d'origine urinaire. Journ. de phys. et path. génér. 1901. 3. k. 4. sz. 592. l. — Ugyanaz: Un cas d'hémoglobinurie. Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux. 1900. 14. sz. 406. l. — Ugyanaz: Action globulicide de certaines urines et de quelques liquides de l'organisme. C. R. Soc, Biol. 1900. 858. l. — Ugyanaz: Influence de l'alcalinité sur le pouvoir globulicide des urines. C. R. Soc. Biol. 1900. 975. l. — Ugyanaz: Variabilité de l'alexine dans les sérums pathologiques. Existence d'une substance antihémolysante dans le sérum humain. C. R. Soc. Biol. 1901. 25. sz. 730. l. — Ugyanaz: D'un pouvoir agglutinant de certains sérums humains pour les globules rouges de l'homme. C. R. Soc. Biol. 1901. 9. sz. 242. l.

Általánosan elfogadott felfogás az, hogy valamely szervezet immunitását oly benne jelenlevő anyagoknak köszönheti, melyek egyrészt elpusztítják a szervezetbe kerülő anyagokat, másrészt valamiképen hatástalanná teszik a megfelelő mérgeket.

Régebben azt tartották, hogy immunizálni csak olyan anyagok ellen lehet, melyek a szervezetet megtámadják, újabban azonban némileg módosult e felfogás. Kiderült, hogy beláthatatlan nagy azon anyagok száma, melyek ellen a szervezet antitesteket tud képezni. Tudunk immunizálni nemcsak a bakteriumok s mérgeik ellen, hanem növényi és állati mérges és nem mérges fehérjék: abrin, ricin (Ehrlich), crotin, növényi albumose (Kowarsky) stb.; kigyóméreg (Calmette, Phisalix és Bertrand, Fraser stb.), ichthyotoxin, méhek mérge stb. ellen is. Sejtekből kivonható fermentek ismételt injectioja is antitestek termelésére birja a szervezetet, igy kaptuk a bakteriumok peptonizáló fermentje ellen ható antipepsint, a Deutsch-féle antidesoxydaset, mely a bakteriumok reducáló fermentje ellen hat; immunizálhatunk oltó erjesztő (Briot, Morgenroth), pepsin, trypsin (Landsteiner), zymase (Macfadyean) stb. ellen. Reagál a szervezet a legkülönbözőbb fehérjefélék befecskendezésére is, igy ismerjük a tej caseinja ellen ható lactoserumot (Bordet), a tojásfehérje (Uhlenhuth), kristályos fehérjék (Myers), különböző globulinok stb. antiserumait.[1]

Már a felsorolt anyagok között is láthatunk nem egyet, mely nem támadja meg a szervezetet és mégis provocálja az immuntestek keletkezését.[2] El kell tehát ismernünk, hogy az immunizálásnál szereplő anyagnak nem kell mérgesnek lennie, elég ha valamiképen idegenszerű a kisérleti állat szervezetére.

Ezeket ismerve, nem fogjuk meglepőnek találni azon Bordet nevéhez fűződő nagy horderejű felfedezést, hogy az egyes sejtfajtákkal szemben is tudunk specifikus immunitást létesiteni. A sejtfajok ellen immunizált állatok vérsavója a „cytotoxikus serum“, s ennek főanyaga a csak hatásáról ismert „cytotoxin“.

A hatás itt is specifikus, még pedig két irányban is; csak azon sejtfajra hat, melylyel az állatot kezeltük, s csak azon állatfajra, melytől a kezelésre használt sejt származott.

Rövid három év alatt igen sokféle cytotoxint sikerült előállítani, s noha beláthatatlan, mi minden fog még róluk kiderülni, az eddigi kutatások és eredményeik megérdemlik, hogy foglalkozzunk velük.

A haemotoxin.

A legrégebben és legbehatóbban a vérsejtekre ható haemotoxint ismerjük.

Már a XIX. század elején észreveszik Dumas, Prevost, Scheel, Blundell, Dieffenbach és mások, hogy különböző állatfajok vére egymás ereibe jutva, méregként hat, de csak Landois tette a dolgot érthetővé, mikor kimutatta, hogy a vér savója bizonyos idegen állatfajok vérsejteit oldja. A vérsejtek oldása, melyet csaknem mindig agglutinatio előz meg, rendkivül hasonlit ahhoz a folyamathoz, melyet Gruber és Bordet már 1896 elején észrevettek, hogy t. i. némelyik normalis állat seruma mikroorganismusokat old. Az immunizálás nagy mértékben fokozza a vér bakteriolytikus képességét; nem lehetne-e a haemolytikus képességet is igy fokozni?

Erre a kérdésre feleletet adandó, Bordet 1898-ban házinyúlvért fecskendezett ismételten tengerimalaczba, s csakugyan, a haemolytikus képesség óriási fokozódását constatálhatta. Bordet lángelméje egyszerre belátta ezen lelet fontosságát, úgy hogy innen kell számitanunk a cytotoxinok történetét. Ez a kisérlet nyitotta meg ez új területet a kisérleti kutatás előtt, noha vele egyidőben, sőt tán valamivel előtte is, történtek búvárlatok, melyek a cytotoxinok jelenlétét sejttették.

Igy Belfanti és Carbone is „immunizáltak“ vér ellen, s a nyert serumot rendkivül mérgesnek találták azon állatokra, melyek a kezeléshez használt vért nyujtották.

Az ilyen serum tehát toxikus hatású a vérsejtekre, tehát cytotoxikus, illetőleg haemotoxikus.

Hatása azonban nemcsak az oldásban nyilvánul. Ha *A*) faj vérét egy *B*) fajú állatba fecskendem, ismételten, úgy a mint az az immunizálásnál szokás, akkor *B*) seruma *A*) vérével szemben specifikus képességeket nyer, t. i. 1. a vérsejteket agglutinálja, 2. oldja, 3. a savóban csapadékot idéz elő. Mind a három hatás, de különösen az utolsó kettő specifikus. Egymástól nem függenek, külön-külön előidézhetők és megsemmisithetők, úgy hogy fell kell vennünk, miszerint külön-külön ható-anyagok jelenlétében kell e jelenségek magyarázatát keresnünk. Van tehát a specifikus serumban agglutinin, a mely a sejtek összecsapzódását, agglutinatioját okozza, lysin, mely a sejtoldást idézi elő, végül praecipitin, melynek a csapadék köszöni eredetét.

A két elsőt Bordet, az utolsót Tchistovitsch találta meg a cytotoxinoknál.

A haemolysis jelensége csaknem minden részletében megegyezik a Pfeiffer-féle tüneménynyel, a bakteriolysissel. Mindkettőnél két anyag együttes szereplésével van dolgunk. Ép úgy, miként a cholera-antiserum elveszti bakteriolytikus képességét ha $^1/_2$ óra hosszat 55° C. melegen tartjuk, ép úgy elvész a specifikus haemolytikus serum oldóképessége is hasonló körülmények között. (Bordet.) Az elveszett oldóképesség azonban menten visszaáll, ha az előbbi módon inactivált serumhoz normalis állati vérsavót adunk. A hevités által tehát tönkrement a vérsavóban egy oly hatóanyag, mely nélkül az oldás nem jöhet létre; a normális serum pedig csak az által állitatja helyre ezt a haemolytikus képességet, ha az elpusztult anyag helyett újat visz a keverékbe.

Ha az activ serumot nemcsak 55°-ig, hanem tovább, egész 56—67° C-ig hevitjük, a vérsejtoldó képesség egyszer s mindenkorra elvész, s a serum semmi eddig ismert módon nem reactiválható.

A haemolytikus serumban tehát egymástól főleg thermolabilitásukban különböző anyagokat kell felvennünk.

Ezek egyike, az 55°-nál pusztuló, minden ép serumban is megvan, hiszen a reaktiválásnál némely esetben még az oldandó vér saját seruma is jól használható. Ennek a hatása nem specifikus, mindenféle serumot reactivál, persze néhány kivételtől eltekintve, mert pl. az inactivált marhaserum többé egyáltalán nem reactiválható (Meltzer) vagy például

[1] Még oly egyszerű vegyület, mint a keményitő ellen is sikerült Deutschnek immunizálni, sőt voltak, kik még az alkoholismus ellen is specifikus gyógyserumot ajánlottak. (Toulouse, Broca, Sapelier és Thiebaut.)

[2] Grubernek sikerült immunizálni oly megölt bakteriumculturákkal, melyek egyáltalán nem látszottak mérgeseknek.

nyúlból nyert, tyúkvérre ható serum inactiválva, nem nyeri vissza tyúkserumtól hatását (Bordet). Metchnikoff szerint ez az anyag eredetileg a fehér vérsejtekben van, s csak ezek szétesésével válik szabaddá. Neve: complement, addiment (Ehrlich és Morgenroth); alexin (Buchner, Bordet); cytose (Metchnikoff). Nevezzük legrégibb nevén *alexin*-nek (Buchner, 1891).

A másik anyag, mely jobban ellenáll a hőnek, a specifikus hatás hordozója. A normális serumban nincs meg, csak az immunizálás folyamán keletkezik. Nincs a fehér vérsejtekben, hanem magában a vérplasmában. Nevei: substance sensibilatrice (Bordet); Zwischenkörper, Immunkörper, amboceptor (Ehrlich-Morgenroth); copula (Müller); phylocytase (Metchnikoff). Magyar szerzők immuntest, érzékenyítő, sensibilizáló anyag névvel szokták jelölni. Használjuk az először említettet.

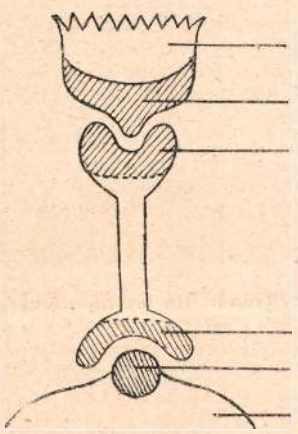
Az oldó hatás tehát az alexiné, de ez csak akkor érvényesülhet, ha az immuntest előkészíti számára a talajt, mivel ez utóbbi a specificitás hordozója, a lytikus serumok elective képességüket ennek köszönhetik (Trumpp, Metchnikoff, Bordet, Gruber, Durham).

Hogy azonban ez miként történik, azt ismét más- és másként gondolják a szerzők.

Ehrlich hires oldallánczelmélete szerint — mely részletes kidolgozását épen a haemolysinek vizsgálatának köszönheti — egyrészt a protoplasma molecula és immuntest, másrészt az immuntest és az alexin között áll fenn chemiai vonzódás, még pedig az elsők között nagyobb az affinitas, mint az utóbbiak között. Az immuntestnek tehát kétféle szereplő molecularcsoportja — haptophorja — van, az egyik — a zymophyl haptophor — a sejt megfelelő csoportja — receptor —, a másik — a complementophyl haptophor — az alexin számára.

A alexinnek is kétféle ható csoportja van, az egyik, a mely az immuntesttel — Ehrlich ampoceptora — kapcsolódik, a másik a toxikus hatás hordozója: a zymotoxikus csoport. Az alexin haptophorja azonban nem tud kapcsolódni a sejt receptorával, s igy nem is jöhet létre roncsolás, tehát mindenkor szerepelnie kell az immuntestnek, hogy a kapcsolatot létesítse.

Az összefüggést talán jobban megérteti Ehrlich rajza:



Fontos tehát az, hogy az alexin nincs közvetlen érintkezésben a sejttel. Épen ez a pont az, melyben Ehrlich felfogása eltér Bordet és mások felfogásától.

Bordet szerint a sejt saját affinitása köti az alexint, de erre csak akkor képes, ha „sensibilizálva“ van. Az immuntestnek nem is kell érintkeznie az alexinnel, mint az a bakteriolysinekről is már régebben kiderült (Bordet-Gengon).

Az immuntest szerinte valamiképen megtapad — nem chemiai egyesüléssel — a sejteken s ekkor már hathat az alexin, mely chemice csatlakozik a sejthez. Olyanforma a folyamat, mint midőn a szövetek (ipari) festésénél a fixáló folyadékkal alkalmassá teszszük a rostokat a festék felvételére.

Az immuntest physicalis megkötése mellett szól, hogy a vérsejtek többet tudnak belőle megkötni, mint a mennyi az oldásra szükséges volna. Ezt elismerik Ehrlich és Morgenroth is, csakhogy ez nem zárja ki a chemiai egyesülés lehetőségét, hiszen ismerünk analog chemiai folyamatot is; a specificitás is ellene szól stb.

A dolgot még semmi esetre sem lehet tisztázottnak tekinteni. Valószinű, hogy úgy physikai, mint chemiai hatások egyaránt szerepelnek.

Az alexinek mivoltáról is más és más véleményeket alkottak a szerzők. Vannak, a kik szerint az alexin egységes test, s csak egy fajta van, mely minden immuntesttel összeköttetésbe léphet (Buchner, Bordet). Mások szerint többféle alexint kell felvennünk.

Metchnikoff csatlakozik Leber (1891), Buchner, Ehrlich stb. nézeteihez, hogy az alexin fermentszerű hatást gyakorol. Az immuntest hatását azon fermentum hatásához hasonlitja Metchnikoff, melyet Chapowolnikoff fedezett fel a kutyák succus intestinalis-ában, mely, noha maga hatástalan az albuminoidokra, feltünően elősegíti a pankreas fermentumainak hatását.

Az eddigiekben, mint láttuk, leginkább fermenthatásnak tekintik a buvárok a vérsejtoldást. Nolf azonban kimutatja, hogy az alexineknek egyáltalán nincs semmiféle peptonizáló vagy proteolytikus hatásuk. Az alexinnek szereplése ő szerinte abban áll, hogy beivódik a stromába, azt úgyszólván impregnálja, s a vizhez való affinitását annyira növeli, hogy ez még az isotonikus oldatakból is von el vizet s ezáltal úgy változik meg, miszerint a haemoglobin átdiffundálását megakadályozni többé nem képes. Az immuntestnek itt is csak eligáló és előkészítő szerepe van, növelve a sejt alexinabsorbeáló képességét.

Baumgarten szerint is kizárólag diffusio viszonyok változásában keresendő a vérsejtoldódás oka. Utal arra is, hogy mikroskop alatt ugyanazon alaki elváltozásokat figyelhetjük meg a serum hatása alatt álló vérsejten, mint azokon, melyek hasonlóan anisotonikus sóoldatban vannak. Az „inactiválás“-nál az osmosis-viszonyok változnak, s a neutralis serum ezt vissza tudja változtatni, de reactivál bizonyos megfelelő hyperisotonikus konyhasó-oldat is. Baumgarten szerint az egész folyamat tisztán physikailag, alexinhatás felvétele nélkül is teljesen megmagyarázható.

Az a körülmény, hogy 0°C.-on a haemolytikus képesség megszünik, noha ilyenkor az immuntesteket a sejtek kimutathatólag megkötötték, az alexinek ferment volta mellett látszik szólani. Ha azonban tekintetbe veszszük, hogy több chemiai anyag, mint például az ammoniumchlorid is elveszti e hőmérsékleten vérsejtoldó képességét, ahhoz a felvételhez kell fordulnunk, hogy e hőfok magát a vérsejt falát változtatja meg, impermeabilissé téve a jelzett anyagok számára.

E serumok kissé methaemoglobinizálnak is (Nolf).

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Marschalkó Tamás: A nemi (venereus) betegségek és az azok elleni védekezés népszerű ismertetése. Budapest, 1902. Dobrowsky és Franke. 110 lap. Ára 2 korona.

Terjednek-e napjainkban a nemi betegségek? Több-e a nemi betegek száma ma, mint volt hajdanában, vagy csak jobban nyomozzuk, jobban felismerjük őket? E kérdés elveszti praktikus fontosságát akkor, a midőn a gyakoriság már oly óriási, hogy úgy tetszik, nagyobb nem is lehet, a mikor minden állam, minden család, minden ember individualiter fenyegetve van általuk. És minthogy az emberiség általános szempontjából tekintve az életet gyorsan elpusztító nagy járványok és az egészséget aláásó, generatiokat megfertőző, complicatioik által pusztító mételyek veszedelme között csak quantitativ különbség van, evidens, hogy az emberiség túlságosan keveset tesz ez utóbbiak ellen, és épen egy ilyen alarm, a fenyegetettek felriasztása, Ucalegon kiáltása Marschalkónak jelen könyve, melyben a müveltebb laikus közönséghez fordul.

A füzet 27 előadásban leirja, igen decensen, röviden, hypokrizistől menten a mai közönségnek a genitaliákat, azok jelentőségét, szerkezetét és azt, a mit betegségeikről a müvelt közönség veszély nélkül megtudhat. Foglalkozik a nemi bajokkal és a családalapitással, továbbá a prostitutionak, a prophylaxisnak s az egyéni magatartásnak kérdéseivel, és a mig egyrészt sehol therapiát nem emlit, másrészt mégis sok jó tanácsot ad, balhitet oszlat el, szóval hasznára válik a fogékony, és értelmes olvasónak.

Talán nem ártott volna jobban kidomborítani azokat a fő sarkigazságokat, melyeket a közönségnek be kellene tanulnia: hogy a coitálás nem életszükséglet, hogy az attól való tartózkodás nem ártalmas; az ondó nem méreg, melytől szabadulni kell, mint a vizelet, de becses idegstimulans, melylyel takarékoskodjék az, ki nehéz munkát végez, sportot üz, fárasztó szellemi foglalkozással bir. Jól ki kellene emelni azt is, hogy a közönségnek, ha genitalis baja van, két dolgot kell tenni: beszüntetni a cohabitatiot és orvoshoz menni; minden betegségnek idő kell a gyógyulásra, és holmi csalók újságbeli hirdetéseiben igért 24 óra alatti gyógyulások csak mystificatiok; hogy egészséges nőkkel, pláne virgokkal való coitus a meglevő bajt nem gyógyitja meg; hogy senki se kezelje a saját baját; hogy a látszólagos gyógyulás még nem végleges is egyúttal . . . Mindezek oly pontok, melyeket Marschalkó is megemlít dolgozatában, de a melyeket közönségünknek lelkiismeretlenséggel határos tájékozatlansága mellett nem lehet elég hangosan, elég kiméletlenül a szemébe vágni.

A könyvecske azonban, mint említettük, igy is igen sok hasznosat mond, s teszi ezt világosan, élvezhető stylusban a tárgyra vonatkozó bő ismeretek átcsillanásával. Óhajtandó volna tehát, ha minél többen olvasnák azt. A statistikát megváltoztatni nem fogja — ehhez társadalmunk és viszonyaink átalakulásán kivül sok ezer szó, figyelmeztetés és parancs kell —, de buzgó ember szakértő kisérlete, s mint ilyen, nem fog hatástalanul elmulni. *Nékám.*

Eduard Lang: Lehrbuch der Hautkrankheiten. Wiesbaden, 1902. Verlag von J. F. Bergmann.

A dermatologia iránt érdeklődőknek nagy számánál fogva, kik theoretice is elsajátítani óhajtják a tárgyat, az utolsó néhány esztendőben a bőrgyógyászati kézikönyvek egész legioja — a civilizált világ minden nyelvén — látott napvilágot, fényes tanúbizonyságot adva a mindenütt serényen folyó munkálkodásról és a dermatologia iránti érdeklődésről. Az előttünk fekvő kézikönyv egy tapasztalatokban gazdag és az önálló búvárkodás terén sok érdemeket szerzett tudós munkája. A könyv tulajdonképen *dermatologiai practicum*, mert nélkülöz minden felesleges sallangot és a dolgok lényegét tárgyalja, mindenkor a klinikai alapra fektetve a fősúlyt és a szerző személyes tapasztalatait tolmácsolva.

Az első 100 oldal a bőr boncztani, élettani viszonyai, továbbá az általános tudnivalók tárgyalása után az *acut infectiosus exanthemák*-kal

foglalkozik. Habár tagadhatatlan, hogy pl. a morbili, scarlatina, variola stb. tágabb értelemben véve a dermatologia keretébe tartozik, úgy mégis azt hiszem, mert e betegségekkel való foglalkozás most mindenütt már specialis szakmává nőtte ki magát, melylyel részint a gyermekgyógyászat, részint az acut infectiosus exanthemák tana foglalkozik gyakorlatilag, e betegségek tárgyalása dermatologiai kézikönyvekbe nem veendő fel.

A könyv többi része — mint említettük — a bőrbajokat főleg practikus, klinikus alapon tárgyalja, nem fárasztja a tanulót hosszú histologiai magyarázatokkal, hanem a betegség klinikai képét domborítja ki, lefolyását, gyógyítását mutatja be. A gyakoribb bőrbántalmakat hosszasabban méltatja, azonban a ritkább bőrelváltozásokról is elmondja a legfőbb tudnivalókat. *Sellei* dr.

Uj könyvek. *Vulpius:* Die Sehnenüberpflanzung und ihre Verwertung in der Behandlung der Lähmungen. Leipzig, Veit und Comp. — *Dohrn:* Über die gesetzliche Verantwortlichkeit des Arztes bei geburtshülflichen Operationen. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Determann* und *Schroeder*: Die Einwirkungen des Höhenklimas auf den Menschen. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Lejars:* Technik dringlicher Operationen. Jena, G. Fischer. — *Hermann:* Die Lebensführung im hohen Alter. Leipzig, Otto und Comp. — *Leyden:* Verhütung der Tuberculose. München und Berlin, R. Oldenbourg. — *Suck*: Die Hygiene der Schulbank. Berlin, Wiegand und Grieben. — *Hoppe*: Die Stellung der Aerzte in den öffentlichen Irrenanstalten. Halle a. S., C. Marhold. — *Fink*: Das Heufieber und andere Formen des nervösen Schnupfens. Jena, G. Fischer. — *Bézy* und *Bibent*: Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter. Berlin, Vogel und Kreienbrink. — *Ziehen:* Psychiatrie. 2. Auflage. Leipzig, S. Hirzel. — *Bing:* Die otologisch-diagnostische Verwerthung der Stimmgabel. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Pollak*: Dreissig Jahre ärztlicher Praxis. Greifswald, J. Abel. — *Hartmann*: Die Orientirung. Die Physiologie, Psychologie und Pathologie derselben. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Laumonier:* Les nouveaux traitements. Paris, F. Alcan. — *Fursac:* Manuel de psychiatrie. Paris, F. Alcan. — *Leven:* La vie, l'âme et la maladie. Paris, C. Doin. — *Berdal*: Traité pratique de la syphilis. Paris, A. Maloine. — *Carton:* De la durée de la vie chez les épileptiques. Paris, Boyer. — *Galliot*: Dysenterie aiguë et chronique. Paris, Masson et comp. — *W. H. Corfield*: The etiology of typhoid fever and its prevention. London, H. K. Lewis.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A dormiolt elmebetegségek különböző alakjainál használta *di Nola*, ezenkivül kisérleteket végzett úgy egészséges egyéneken, mint arteriosclerosisban szenvedőknél, valamint szivbajosokon, nemkülönben a szabaddá tett békaszíven is a dormiolnak a vérkeringésre gyakorolt hatását illetőleg. Tapasztalatait a következőkben foglalja össze: 1. A dormiol mint hypnoticum nagyon megérdemli az elmeorvosok figyelmét; kedvező hatása olyan esetekben is mutatkozhatik, melyekben más szerek hatástalanok maradtak. 2. A dormiol hypnotikus hatását illetőleg a chlorallal hasonlítható össze, a nélkül, hogy ez utóbbinak kellemetlen mellékhatásaival birna. Ennélfogva használata különösen azon esetekben javalt, a melyekben a vérkeringés zavarai vannak jelen. 3. A dormiol megszokásától hosszabb használat esetén sem kell félni. 4. Nincsen kizárva, hogy a dormiol az epilepsiás rohamok gyakoriságát is csökkenti. Szerző a dormiolt következő módon használta: Rp. Dormioli 1·0—3·0; Sol. gummi arabici, Syr. simpl. āā 30·0. D. S. Egyszerre elfogyasztani. (Policlinico, 8. kötet.)

Az agurinra vonatkozólag ismét több közlemény látott napvilágot. *Reye* (Heilkunde, 1902. 6. füzet) Lenhartz tanár osztályán 15 betegnél tett kisérletet az agurinnal. Tapasztalatai szerint pangással járó szivbajok egyes eseteiben jó hatású, úgyszintén idült interstitialis veselobnál is jó eredményeket látott; a szert mindig egymagában adta 1/2 grammos adagokban 5-ször naponként. Véleménye szerint némely esetben az agurin határozottan hatékonyabb, mint a diuretin. *Hess* (Therapie der Gegenwart, 1902. 6. füzet) Fürbringer tanár osztályán különböző okokból eredő pangás és hydrops 30 esetében használta az agurint, és különösen myocarditis eseteiben tapasztalta jó diuretikus hatását; vesebajok közül csak idült interstitialis nephritisnél látott jó eredményt. A diuretin fölé azért helyezné az agurint, mert salicylsavat nem tartalmazván, a gyomor sokkal jobban tűri. *De Buck* (Belgique médicale, 1902. 24. szám) szintén értékes diureticumnak mondja az agurint, főleg olyan esetekben, melyekben a vese némileg még intakt. Általában elégségesnek tart 2 grammot naponként, de azért bátran adhatók nagyobb adagok is, a nélkül hogy kellemetlen melléktünetek mutatkoznának.

Belgyógyászat.

A malaria néhány súlyos alakjáról értekezik *Montoro de Francesco* tanár. Ezen esetekben mindig 2—3 fajta haematozoon van egyidejűleg jelen, köztük állandóan és legnagyobb számmal a Laveran-féle alak. Többnyire súlyos tünetek vannak jelen az emésztőszervek részéről, a melyek gyomor- és bélvérzésig fokozódhatnak és súlyos typhusra emlékeztetnek. A chinin rendes adagai teljesen hatástalanoknak bizonyulnak, sőt kicsiny, ismételt chininadagokra még emelkedni is szokott a láz. A gyógykezelést illetőleg legczélszerűbb egyszerre legalább 2 gramm chininum bihydrochloricumot adni subcutan, és azután naponként 1 grammot befecskendezni ugyanezen szerből mindaddig, míg a láz már 3—4 nap óta szünetelt. Végül körülbelül egy hónapon át naponként 1 gramm euchinin is veendő per os és e melllett általános tonizáló eljárás (vasarsen-készítmények, czélszerű diaeta) is foganatositandó. Az euchininnek szerző azért ad előnyt, mert ez az egyedüli chinin-készítmény, melyet a betegek kivétel nélkül jól tűrnek, s a mely gyomorzavarokat vagy más kellemetlen melléktüneteket soha sem okoz. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1902. 23—25. szám.)

A tabes és paralysis kénesőkezelése. *Leredde* a tabes és paralysis erélyes kénesőkezelését ajánlja. Szerinte a kezelés a baj kezdeti szakában csak akkor nem vezet eredményre, ha az adag gyenge volt. A kénesőkenőcsöt nem alkalmazza, mert hatása nem jól kiszámítható. Legjobbnak találja a befecskendezéseket és mint „dose suffisante" szerinte 0·10 gramm sublimatot kell adni hetenként. Az eredmény az, hogy a tabes és dementia megáll. *Déjerine* ezzel szemben kiemeli az előadást követő vitában, hogy a tabes sok esetben 10—30 évig marad a praeataxiás szakban, daczára annak, hogy kénesőkezelés nem volt alkalmazva. *P. Marie* a kénesőkezelést mindig alkalmazza a kezdeti szakban, de óva int attól, hogy a *Leredde* nagy adagjait alkalmazzuk, mert ezek sokszor rosszabbodást hoznak létre. (Semaine médicale, 1902. április 23. és Revue neurol. 1902. julius 15.) —*ts.*

Orr-, torok- és gégebajok.

A hyperkeratosis lacunaris pharyngis egy szépen gyógyult esetét közli H. Arnsperger. E bántalmat kezdetben a pharyngomycosis leptothricia névvel illették, de hibásan, miután a leptothrix buccalis nem okozója e bajnak, és csupán mint másodlagosan bevándorolt gombafaj van jelen.

Arnsperger esetében egy előzőleg nyolcz nappal nyelési nehézség, étvágytalanság, bágyadtság és fejfájdalom tünetei között megbetegedett tizenkét éves leánynál a felvétel napján a következő elváltozások voltak láthatók a torokban. A megduzzadt és gyuladt mandolákon számtalan sárgásfehér csap, a melyek közül néhányan a lacunáris csapoknál nagyobbak, kissé a mandola felületén kiemelkedők voltak és ellentétben a kisebbekkel, erősen tapadtak alapjukhoz, keménységük miatt csak nagy erő alkalmazása mellett voltak szétmorzsolhatók. A hátsó garatfalon hasonló elváltozások találtattak. E kórkép úgy fogandó fel, hogy a mandolák és hátsó garatfal egy már fennálló megbetegedéséhez egy angina follicularis acuta csatlakozott. A rendes kezelési módra (jégborogatás a nyakra, jéglabdacsok, belsőleg chlorkali) az acut tünetei az anginának megszüntek, de a csapok továbbra is fennállottak és erősen szaporodtak. A háromperczentes lapis-ecsetelés szintén nem sokat segitett, a miért is alapos cocainozás után a csapokat éles kanállal kaparták ki és ez eljárást a mandolákon négyszer, a garatfalon hatszor ismételtették meg, mire a beteg teljesen meggyógyult.

Szerző a továbbiakban a differential diagnosisnál számba jöhető hasonló bántalmakat (tonsillitis follicularis, lacunaris chronica, mandolacsapok) említi. A bántalom, bár B. Fraenkel hozzávetőleg száz esetet észlelt, meglehetősen ritka, főleg fiatal egyéneknél fordul elő, de hogy nőknél gyakrabban lépne fel, tévedés. A kezelésnek sokféle faja divik, úgymint gargarizálás, ecsetelés, étetés, égetés, kikaparás. (Münch. med. Woch. 1902. 9. szám.) *Tövölgyi Elemér* dr.

A pharynxgangraena egy idülten lefolyó esetét közli *Krebs*. Egy negyvenéves nőnél, influenza után, a bal mandola közepén egy lencsenagyságú, kifekélyesedett, folliculushoz hasonló fekély képződött. Tizenegy nap elmultával (a mely idő alatt a beteg kezelésben nem részesült) a mandola felső részlete vastag, piszkos-szürkés, tapadós varral volt fedve, ez alatt fekélyes, szétesö részletek. A hátsó bal szájpadív nagy fokban beszűrődött és kifekélyesedett. A bal submaxillaris mirigy almanagyságra megdagadva. A therapia hydrogensuperoxyd gargarismából és jodkali belső adagolásából állott.

Ez eljárás mellett a fekélyesedés ugyan megszünt, azonban a mandola felső részletén egy kerek, kiemelkedő és borsónagyságú massa képződött, mely végül az egész mandolára kiterjedt, a midőn is az ujj, valamint fogó és kanál segitségével a bal mandola el lön távolítva. A szövettani vizsgálat egy nekrotizáló és fekélyesedő felület-gyuladást állapitott meg, minden specifikus jelleg nélkül. A beteg ez operativ beavatkozásra teljesen meggyógyult.

Szerző nem tudja biztosan eldönteni, hogy nem egy angina Vincenti (szürkés hártyával fedett felületes mandolafekélyesedés, foetor ex ore, kis láz, dysphagia, az áll alatti mirigyek duzzadása stb.) állott-e fenn; mindenesetre ez ellen szól, hogy a jelen esetben az álhártyákban nem a tiz-tizenkét μ nagyságú, közepükön vastagabb bacillusokat, de noma-bacillushoz hasonló hosszú fonalakat találtak, e mellett a nekrosis a mélybe leterjedt és a folyamatnak idült volt a lefolyása. (Deutsch. med. Woch. 1902. 17. szám.) *Tövölgyi Elemér* dr.

Egy borszeszlámpát demonstrált *Clar* a bécsi gégeorvosok egyesületében, mely főleg a vidéki gyakorlatban igen czélszerűen használható fényforrásnak. H. Reiner műszerész spiritus-Auer-lámpáján egy olyan lámpagolyó van elhelyezve, mely a fényt csak egy meridionalis hasadékon bocsátja át. A stativon alkalmazott csavar segélyével a fénysugár verticalis irányban eltolható. *Tövölgyi Elemér* dr.

A rhinoscleroma egy esetét (subchordalis, a glottist igen megszűkitő daganattal) említette meg a bécsi gégeorvosok egyesületének ülésén *Hanszel*, a mely az időközben fellépett arczorbánczra teljesen meggyógyult, majd ennek lefolyása után újból előállott és jelenleg növekedésben van, de még mindig csak fél olyan nagyságú, mint volt az orbáncz előtt. *Tövölgyi Elemér* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Unguentum Credé-vel kezelt gyermekágyi láz nagyon súlyos esetét irja le *Geiringer* a wiedeni közkórház III. orvosi osztályáról. Naponként 3—5 gramm unguentum Credé-nek a czombok külső felületén, a csipő táján és a karokon bedörzsölése után csakhamar nagyfokú javulás jelentkezett, és a már elveszettnek gondolt beteg rövid idő alatt meggyógyult. Szerző megemliti, hogy azóta már több esetben használta hasonló jó eredménynyel az unguentum Credé-t, olyankor, a mikor kifejezett helyi tünetek a peritoneum részéről hiányoztak, és az általános sepsis tünetei voltak jelen. (Wiener medizinische Presse, 1902. 8. szám.)

A jodipint illetőleg *Blanck* az idetartozó irodalmi adatok, valamint saját tapasztalatainak egybevetése alapján az alábbi következtetésekre véli magát feljogositottnak: Olyan esetekben, melyekben jod használata javalt és gyors hatást kell elérni, még ma is elsősorban a jodkalium használandó. Ha ezt a szájon át rosszul türnék a betegek, klysma alakjában adhatjuk vagy 10%-os jodipint rendelünk belső használatra. Ha tartós, huzamos hatásra van szükségünk, vagy ha a jodkaliumot és a jodipint belsőleg nem türik a betegek, a jodipin bőr alá fecskendezendő. A jodkiválasztás állandósága miatt jodipin subcutan alkalmazása után ez a módszer mint prophylacticum is jelentőséggel birhat luesnél; segélyével az idült intermittáló jodkezelés nagyon jól végezhető, és azért hivatva van a syphilis gyógyitásában fontos szerepet játszani. (Die medicinische Woche, 1901. 49. és 50. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 31. szám. *Kaczvinszky János*: Rendszeresség a rák műtevésében. *Jellachich István*: A rohamos szülésről. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 31. szám. *Körmöczi Zoltán*: Adatok a szájpadlás-defectusok rationalis kezeléséhez. *Rottenbiller Ödön*: Az iszapkezelés mai álláspontja.

Magyar orvosok lapja, 1902. 31. szám. *Kirchner József*: Polycystikusan elfajult vese mint szülési akadály. *Tauffer Jenő*: Ismétlő bábatanfolyam Temesvárott.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 31. szám. *Biedl*: A láz lényege és kezelése. *Jess*: Immunizáló kisérletek. *Baer*: A syphilis kezelése asterollal. *Hrach*: A tüdő lobos megbetegedései 1900—1901-ben és kezelésük.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 31. szám. *Frisch*: Adrenalin az urologiai gyakorlatban. *Czyhlarz* és *Marburg*: Megjegyzések a cerebralis eredésű hólyagzavarokat illetőleg. *Paschkis*: Az élesztő mint gyógyszer. *Lohnstein*: A prostataváladék reactioja idült prostatitisben. *Alt*: A zenei hallás zavarai.

Wiener medizinische Presse, 1902. 31. szám. *Woyer*: Adat a női nemi szervek sérüléseinek casuistikájához. *Ravasini*: A húgyhólyag és húgycső idegen testeinek casuistikájához. *Reichelt*: A gyermeklisztek használatáról a csecsemőkorban.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 31. szám. *Riedel*: A typusos tompulat hiánya a jobb fossa iliacaban appendicitisben. *Riechelmann*: Rákstatistika kórbonczlani szempontból. *Meyer*: Traumás eredésü hysteria combinálva az idegrendszer organikus megbetegedésével. *Wulff*: Zsirszövetnekrosis.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 31. szám. *Zangemeister* és *Wagner*: A terhesek, szülőnők és gyermekágyasok lekocytáinak száma a vérben. *Dorendorf*: Egy eddig kevés figyelemre méltatott aneurysmatünet. *Grützner*: Az ixodesek hatása állati vérre. *Freidenberg*: Sikeres Bottini-műtét néhány esete nagyon hosszú ideig fennállott teljes vizeletrekedésnél. *Rörig*: Adat a Bottini-műtét statistikájához. *Flatau*: A roborat nevü tápkészitmény a magángyakorlatban.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 14. szám. *Huber*: Vérnyomásmeghatározások. *Lindt*: Állcsont-cysta néhány esete. *Vortisch*: Ép öreg emberek hőmérséke.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 31. szám. *Lochbihler*: Az alvadást változtató fehérjékről pneumoniások vizeletében.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 29. szám. *Riedel*: A vena femoralis megtartása az utolsó szakaszig a femur kiizelésénél Rose szerint. 30. szám. *Weischer*: Inoperabilis arczangiomák kezelése.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 14. szám. *Sorgo*: Isolált izomgörcsök subcorticalis eredése. Adat a corpora quadrigemina daganatainak klinikájához. *Reich*: Új módszer nagyon finom histologiai készitmények előállitására metszet centrifugálással. *Kron*: Hysteriás vakság.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902 julius. *Vogt*: A katatoniás tünetek psychologiához. *Cassirer*: Egy ritkán leirt tünet periferiás facialis hüdésben.

Dermatologisches Centralblatt, 1902. julius. *Behrmann*: Herba violae tricoloris acne vulgaris eseteiben.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 13. kötet, 7. füzet. *Hassler*: A cavum Retzii sejtszövetének idiopathiás lobja. *Goldberg*: A katheterek sterilizálása.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1902. 11. kötet. 6. füzet. *Feinberg*: A ganglionsejt szerkezete és magjának megkülönböztetése egysejtű állati szervezetek magjától. *Probst*: Kéregizgalom a primaer és secundaer motorius pályák elroncsolása után. *Stransky*: Adat a periodusos mania tanához. *Juliusburger*: A kényszerképzet-psychosisok tanához. *Kaes*: A dementia paralytica kórbonczlana. 12. kötet, 1. füzet. *Warda*: A kényszerképzet-psychosisokról. *Kahlbaum*: A katatonia casuistikájához. *Schupfer*: Infantilis góczsclerosis; másodlagos elfajulások disseminált sclerosisnál.

Zeitschrift für klinische Medicin, 45. kötet, 5. és 6. füzet *Nicolaier*: Az adenin átalakulása az állati szervezetben. *Steinhaus*: A vérkeringési és emésztő-készülék amyloid és hyalin infiltratiojának ritka alakja. *Wolff*: A lymphoidsejt jelentősége normális vérképződésnél és leukaemiában. *Roosen-Runge*: A trauma jelentősége a disseminált zsirszövetnekrosis aetiologiájában. *Götzl* és *Salus*: Az urotropin hatása. *Sticker*: Brom kimutatása a húgyban és a nyálban. *Hampeln*: Súlyos abdominalis tünetek pneumonia vagy pleuritis kezdetén. *Preuss*: Bibliai talmud pathologia. *Einhorn*: Asthma dyspepticum.

Le progrès médical, 1902. 30. szám. *Narich*: A hydrocephalia diagnosisa utánajövő fejnél. 31. szám. *Clado*: A gümőkór aetiologiája és prophylaxisa.

Gazette hebdomadaire, 1902. 60. szám. *Audebert* és *Payran*: Transversalis és veleszületett hüvelyelzáródások és jelentőségük a terhességet és szülést illetőleg. 61. szám. *Andry*: Prostatomonosis. *Follet*: Peripheriás asphyxia (Raynaud-féle syndroma) typhusban. 62. szám. *Milhiet*: A cholecystectomia indicatioi epekőbetegségben.

La semaine médicale, 1902. 31. szám. *Schmoll*: A gyomor- és béleméstés és az albuminoid anyagok assimilatioja.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 31. szám. *Buys* és *Veilers*: A meninxek multiplex sarcomái. *Heger*: A synovialis follicularis cysták.

Bulletin général de thérapeutique, 143. kötet, 23. füzet. *Amat*: Az adrenalin. *Laval*: A látás functionalis zavarai. Daganatok a szemben és függelékeiben. 24. füzet. *Robin*: A vérköpés kezelése. *Vigenaud*: „Methylarsinate disodique“ használata gümőkórban. *Bardet* és *Chevalier*: „Ulmarène“. *Danlos*: A syphilis gyógyitása higanyinjectiokkal. 144. kötet. 1. füzet. *Gorovitz*: Néhány új gyógyszer.

Archives de neurologie, 1902. julius, *Bourneville* és *Ambard*: Adat a vertigos epilepsia tanához és kezeléséhez bromcamphorral. *Féré*: Adatok a valeriana physiologiai hatásához.

The lancet, 1902· II. 4. szám. *A. A. Bowlby*: Idegsérülések. *Byrom Bramwell*: A tüdővész okai és megelőzése. *M. A. Mc Intyre Sinclair*: Puerperalis aphasia. *F. W. Pary*: Aceton-termékek diabetesos comában. *D. Newmann*: Motorius aphasia 3 esete fejsérülés után. *S. Gurney Champion* és *A. L. Vaughan*: Diptheria. *Ch. H. Bedford*: Bélfőveny esete. *R. Muzio Williams* és *M. H. Spencer*: „Sprue“ esete. *W. Carrington Hearnden*: Humea elegans okozta dermatitis esete. *W. Gifford Nash*: Heveny intussusceptio spontan reductioja. *E. W. Ronghton*: Cerebellaris tályog drainezése mesterséges légzés közben. *P. S. Hichens*: A cerebralis sinusok thrombosisa chlorosis után; gyógyulás.

British medical journal, 1902. augusztus 2. A „British medical association“ ez idei összejövetelének tárgyalásait tartalmazza.

The Edinburgh medical journal, 1902. junius. *B. G. A. Moynihan*: Homokóra-gyomor. *Th. D. Luke*: A chloroform tisztasága. *H. Lamber Lack*: A homloköböl idült genyedésének kezelése. *W. H. Battle*: A felső állcsont daganatai. *H. Campbell Thomson*: A kar és kéz némely hüdése. *S. L. Craigie Mondy*: Vérzés a bal homloklebenyben. Julius. *G. A. Gibson*: A szív ideges bajai. *A. Carless*. Gastrostomia. *D. Fraser Harris*: A hemicrania periodusos volta férfiban. *D'Arcy Power*: A rák oktana. *H. M. Traquair*: Vidéki gyakorlat az „Orange River Colony“-ban. *R. T. Williamson*: A centrum ovale gliomája.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 30. hetében (1902. julius 20-dikától julius 26-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 393 gyermek, elhalt 265 egyén, a születések tehát 128-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 26·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18·0, az egy éven felüli lakosságnál: 13·4 az öt éven felüli lakosságnál: 13·0 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 4, morbili 1, scarlatina 4, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 8, meningitis 15, apoplexia 10, eclampsia 5, szervi szivbaj 15, pneumonia 16, pleuritis 0, pneum. catarrh. 4, bronchitis 4, tuberculosis pulmonum 34, enteritis 13, carcinoma 16, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 6, veleszületett gyengeség 13, paedatrophia 1, marasmus senilis 10, erőszakos haláleset 7, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2846 beteg, szaporodás e héten 832, csökkenés 894, maradt e hét végén 2784 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi julius 23-dikától julius 29-dikéig terjedő 30. 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 16 (18), diphtheria, croup 17 (19) hagymáz (typhus) 8 (3), kanyaró (morbili) 57 (98), trachoma 13 (5), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 17 (21), orbáncz (erysipelas) 14 (16), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 2, (1) járv. fültömirigylob 0 (2), ezenfelül varicella 9 (9).

± **Kitüntetés.** Ő Felsége a magyar király *Than Károly* tanárt a tudomány terén kifejtett kiváló érdemeiért a Ferencz József-rend nagy keresztjével tüntette ki. A magyar tudományos cultura minden barátja őszinte örömmel tekinti e nagy kitüntetést, mint tanujelét annak, hogy az államkormányzat legfelsőbb köreinek tudatában a hazai tudományos cultura fejlesztésében kifejtett eredményes működés kellő elismerésének és méltányolásának szükségessége hovatovább terjedőben van.

— **Winkler Lajos** dr. m.-tanárt és adjunctust a király ő Felsége a vegytan nyilvános rendkivüli tanárává nevezte ki.

∧ **Kubiss Ágost** dr.-t Nyitravármegye főispánja az érsekújvári közkórházhoz alorvossá nevezte ki.

— **Schwarcz Károly** dr.-t az igazságügyminister a nagykanizsai törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendők rendes ellátásával bizta meg.

◎ **A Bókay-szoboralapra** befolyt adományok és gyüjtések *VI. kimutatása.* Weisz Ede dr. (Pöstyén) 10 k., Szelényi Oszkár dr. (Pozsony) 20 k., ivén: Losonczi Lajosné, Sohajda Kálmán, Kéler Béla dr. 1—1 k., Mildner Gyula, Sz. O., egyenként 50 fillér; Bayer Sándor dr. 2 k., a Budapesti Gyógyszerész-Egyesület 100 k., Egressi Lajos dr., 14 k., ivén: Miklósné 4 k., Ehrenreich Gizike 2 k.; Trajtler István dr. 10 k., Vámos Gyula dr. gyüjtése 63 k., (Vámos Gyula dr. 30 k. Heuthaler Józsefné 10, Müller Rezső 5, Varjassy Dezső, Tomka gyermekek, Gerlóczy Mártha 4—4 k., Peláthy Béla, Özv. Gorove Antalné, N. N. 2—2 k.); Dobos József dr. (Miskolcz) gyüjtése 24 k., (Dobos J. dr. 10 k., Egri Miksa dr., Rosenfeld I. dr., Kazai Mór dr., Singer Henrik dr., Altmann Ign. dr., Havas Leó dr. Sidlauer Ármin dr. egyenként 2 k.); Perényi István dr., Papp Károly dr., Kriegner Kálmán 10—10 k., László Kálmán dr. (Somorja), Erdélyi Jakab dr. 5—5 k., Daits Ede dr. (Felka) gyüjtése 40 k. (Daits E. dr., 20 k., Felkai Bank R.-T. 10 k., Krompecher E. M. fiai, Rottenberg János dr. 5—5 k.); Posner Alfrédné 6. k., Gottstein Jakabné, Gyérei Richárdné 5—5 k., Özv. dr., Kern tivadarné Tóvárosi Fischer Emilné, dr., Fraenkel Sándorné Fellner Sándorné, Friedmann Bernátné, dr., Hirschfeld Antalné P. N. egyenként 2 k., Schütz Aladár dr. gyüjtése 18 k. (Schütz A. dr., 4 k., Schütz Lipót 10 k., Erzsike és Dönike 2—2 k.); Lórencz Gyula dr.(Nyiregyháza) gyüjtése 63 k., (Lórencz Gy. dr. 10 k., Kállay Rudolf dr., 5 k., Szopkó Alfréd 4 k., Ernyei János dr. 3 k., Korom Lajos dr., Saáry Sándor dr., Hoffmann Emil dr., Török Gyula, Laufer Miksa dr., Donahl I. dr., Flegmann Sándor dr., Márton József, Paczauer Béla dr., Korányi Imre, Gara Leó dr., Szabó Károly, Zinner Jenő dr., Rosenberg Emil dr., Jósa András dr., Kondor Nihály dr., Ács Sándor dr. 2—2 korona, olvashatatlan aláirások 7 k.); Zsiday Dániel dr. (Kis-Várda) gyüjtése 16 k. (Zsiday D. dr., Fried Sámuel dr., Lukács Vilmos dr. és K György 4—4 k.); Fodor Sándor dr. (Gáda) gyüjtése 16 kr; Kain József dr. (Büd-Szt.-Mihály) és ivén Lukács Dénes 2—2 k.; Dékány Lajos dr. (Tisza-Polgár) 2 k.; Szőke János dr. (Mária-Pócs) gyüjtése 6 k. 50 fillér; Terray Pál dr. 10 k., összesen 489 k. 50 fillér, az eddigi kimutatásokkal együtt összesen *7115 korona és 50 fillér.* A nemeslelkű adakozók és gyüjtők fogadják ez úton is hálás köszönetünket. A Bókay-szoborbizottság nevében Bauer Lajos dr. elnök, Linsbauer Rezső dr. pénztáros, Faludi Géza dr. ellenőr.

— **A pesti izr. hitközség Bródy Adél gyermekkórházának** az 1901. évről szóló *ötödik* évi jelentéséből pótlólag még a következő adatokat emlitjük fel: Az elmult évben 1140 fekvő beteget ápoltak és pedig a belgyógyászati osztályon 754 beteget (ezek közül volt 177 diphtheriás és 133 scarlatos), a sebészeti osztályon 248 és a szembeteg osztályon 138 beteget. Az 1140 beteg összesen 29,780 ápolási napot töltött az intézetben, melyekből egy betegre átlag 26 nap jutott. Az 1140 fekvő beteg közül volt 301 fizető (165 izr. és 137 más vallású) és 838 ingyenes (401 izraelita és 437 más vallású). A 302 fizető beteg 4406 ápolási napot (átlag 14 nap), a 838 ingyenes beteg pedig 25,374 ápolási napot (átlag 33 nap) vett igénybe. A közös kórtermekben kezeltek 1050 beteget; ezek közül 241 volt fizető (123 izr. és 118 más vallású) és 809 ingyenes (383 izr., 426 más vallású). Külön szobán kisérővel 90 beteg vétetett fel; ezek közül volt 61 fizető(42 izraelita, 19 más vallású) és 29 ingyenes (18 izraelita, 11 más vallású). A 90 különszobás összesen 1143 napot töltött a kórházban. Az 1130 kórházi beteg közt volt nemre nézve 602 fiu és 538 leány; korra nézve 42 egy éven aluli, 227 1 évtől 3 évig, 440 3—7 évig, 213 7—10 évig és 218 10—14 évig. Ezen 1140 fekvő beteg közt volt 725 budapesti és 405 vidéki és 10 külföldi. *Haláleset 107* fordult elő, a mi 9%-nak felel meg. Szükségesnek tartjuk azonban felemliteni, hogy ezek közül *9 haldokolva hozatott* a kórházba. Ezen számot levonva az előbbiből, marad *98* (*8·75%*), a mely halálozási százalék elég kedvezőnek mondható. Kórboncolás 83 esetben történt. Ezek közül 10 esetben *Preisz Hugó* dr. m. kir. állatorvosi főiskolai tanár úr, távollétében pedig *Feldmann Ignácz* dr. egyetemi tanársegéd úr végezte a bonczolást, a többi 73 esetben a kórházi orvosok maguk végezték azt.

A kórházi nyilvános rendelésein 13,361 bejáró beteget kezeltek. A 13,361 bejáró beteg közül a belgyógyászati osztályon megfordult 7570, a sebészeti osztályon 2477, a szembeteg osztályon 2064, a bőrbetegek rendelésén pedig 1250 beteg. Ezen betegeknél végzett rendelések száma a következő volt: belgyógyászati rendelés 15,442, sebészeti rendelés 12,331, szembeteg rendelés 19,321, bőrorvosi rendelés 2072. Az összes rendelések száma 49,166 és igy átlag 1 napra 135 ambulans beteg jut. A 13,361 ambulans beteg közül volt 11,425 budapesti és 1936 vidéki. Himlő elleni védőltásban részesült 503 gyermek.

A végzett műtétek száma a sebészeti osztályon: 1288, a szembeteg osztályon 132.

A heveny fertőző betegségekre vonatkozó adatok a következők: A kórházban mint fekvő beteget kezeltek: 177 diphtheriásat, 133 scarlat 1 morbilli, 21 typhus abdominalis, 2 septichaemia, 4 febris intermittens, 3 erysipelas és 3 polyarthritis rheumaticában szenvedő beteget. Ezeken kivül a kórház nyilvános rendelésein még a következők fordultak meg: 12 scarlatina, 112 morbilli, 7 erysipelas, 36 varicella, 2 laryngitis crouposa, 15 febris intermittens, 29 parotitis epidemica, 168 pertussis, 4 diphtheritis faucium, 15 diphtheritis faucium cum laryngitide crouposa, 7 polyarthritis rheumatica. A diphtheriás betegeknél a serumtherapiát alkalmazták és pedig a belügyministeriumtól kapott állami (Preisz-féle) serummal kezelték betegeiket. 173 diphtheria-eset közül, melyeknek kezelése az 1901. évben fejeztetett be, 154 meggyógyult és 19 meghalt, a mi 10·28%-nak felel meg. Csakhogy ezen 19 elhalt eset közül volt 2 olyan, a mely haldokló állapotban vitetett be a kórházba, melyeket leszámitva, marad 171 esetre 17 haláleset, a mi 10%-nak felel meg. 81 diphtheriás croup-, illetőleg tiszta croup-eset közül 34 esetben végeztek intubatiot; ezek közül gyógyult 18, meghalt 16. Az utóbbi számból levonva a 2 haldokló állapotban behozottat, marad 32 esetre 18 gyógyult (57·5%) és 14 meghalt (42·5%). A 34 intubált eset közül 6 esetben végeztek secundaer tracheotomiát, ezek közül 1 gyógyult, 5 meghalt; 2 esetben primaer tracheotomiát, ezek közül az egyik meggyógyult, a másik meghalt.

A kórház összes kiadásai 103,096 koronát tettek ki; 1—1 fekvő beteg ápolása az összes kiadásokat (beleértve az összes személyzetet illető kiadásokat is) számitva 90 kor. 43 fillérbe került. Az összes kiadások betudásával 1 ápolási napra 3 kor. 46 fillér, 1 napi élelmezésre 68 fillér esik. A kiadások előirányzatát (87,470 kor.) 15,626 koronával túllépték, a mely körülményt részben a betegforgalom emelkedése, túlnyomó részben azonban több rendkivüli és előre nem látott kiadás (új fertőtlenitő beszerzése, tetőjavitás stb.) okozta. A kórház főorvosai: *Grósz Gyula* dr. (belgyógyászat), *Alapy Henrik* dr. (sebészet), *Mohr Mihály* dr. (szemészet). Rendelő orvos: *Beck Soma* dr. (bőrgyógyászat).

‖ **Ösztöndíj-pályázatot** hirdet 1000 koronával az izraelita országos alap végzett orvos számára tanulmányainak a külföldön való kiegészitésére

< **A budapesti poliklinikán** julius hóban 3280 új betegnek 10,275 rendelés történt.

∧ **Az egyetemi I. sz. női klinika** szülészeti poliklinikájának segélyét julius hóban 79 esetben 46 műtéttel vették igénybe. Évi folyó szám: 559.

| **A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya** julius hóban 62 esetben nyujtott segélyt. Az esetek évi folyó száma 438.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Előpatak*, julius 28. 907; *Uj-Tátrafüred*, augusztus 2. 857; *Taresa*, julius 31. 752; *Tátrafüred*, augusztus 2. 1559; *Tátra-Széplak*, augusztus 1. 732; *Tátra-Lomnicz*, augusztus 2. 507; *Korytnicza*, julius 28. 1019; *Szt.-Margit-sziget*, julius 27. 674.

◁ **Ifj. Klug Nándor** dr. fülorvos, kórházi főorvos lakását IV., Koronaherczeg-utcza 10. szám alá helyezte át.

† **Elhunyt**: *Herszky Manó* dr., a ki a magyar orvostudományi mozgalmaknak a külföldi sajtóban megismertetésével nagyon hasznos szolgálatokat tett, Berlinben — a hol Israel tanár osztályán működött — rövid betegség után 29 éves korában elhunyt.

— **Tudomásul.** *A magyar orvosi könyvkiadó társulat* elnöksége tisztelettel tudatja, hogy az igazgató tanács határozata alapján a társulati tagok 1902-diki könyvilletménye Kauffmann tanár hirneves kórboncztani kézikönyvének fordítása leend. A könyv első felének magyar fordítása mintegy negyven ivnyi terjedelemben már ki van nyomva, a másik felének fordítása és nyomása szintén folyamatban van és remélhetőleg az év végeig teljesen elkészül, a midőn szét fog küldetni a tagok számára az egész kötet.

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

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (II. rendes ülés 1902. február hó 27-dikén.) 523. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (I. ülés 1902. február 20-dikán.) 524. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (Szakülés 1902. február hó 22-dikén.) 425. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1901. junius 29-dikén tartott szakülés.) 526. l. — (1901. október havi szakülés.) 529. l

A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

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

Elnök: **Navratil Imre.** Jegyző: **Zwillinger Hugó.**

(Vége.)

A gége nyirokerei, készítmények bemutatása és demonstrálása.

Navratil Dezső (mint vendég): Előadó három újszülött gégéjét mutatja be, melyeket a Gerota-féle módszerrel injiciált.

E praeparatumok demonstrálása előtt röviden ismerteti azon eljárási módszereket, melyeket a legrégibb időtől fogva a nyirokerek láthatóvá tételére használtak, így pl. a rotha-ztást, vagy a tejjel, tintával való megtöltést.

Ezen primitiv eljárási módszereket azonban kiszorította a higanynyal való injiciálási technika.

De még ez a módszer is kezdetlegesnek mondható, mert a higanynyal való injiciálásnak azon hátránya mellett, hogy nem lehetett a nyirokpályákat directe valamely kiválasztott helyről injiciálni, hanem valamely nagyobb nyirokértörzsbe kellett a canult belekötni, még több hátránya is volt és pedig részint az, hogy a nagyobb nyomás alatt álló vékonyfalú nyirokér rendesen megrepedt és így a könnyen futó higanymassza a nyirokpályákból kiszaladt; részint a már kész demonstrativ praeparatumokat hasonló sors érte, a mennyiben hideg helyről meleg helyre vitt praeparatumokban a hő behatása alatt a higany tágult és a nyirokerek megrepedtek és a higany kifolyt.

Mindamellett ezen eljárással sikerült *Sappey*-nek gyönyörű nyirokér készítményeket előállítani s megteremteni alapját a nyirokérrendszer mai ismereteinek.

Ezen fáradságos és némiképen hálátlan technikával szemben *Gerota*[1] igen ügyes eljárást talált fel s közölt 1896-ban.

Eljárása a következő: vesz két rész olajfestéket (poroszkék, cinober vagy fekete festék) s ezt három rész terpentinnel oldja, majd 15 rész aether sulfuricust ad hozzá és a nyert massát kétszer szarvasbőrön átszűri s a nyert festéket egy általa szerkesztett fecskendőbe teszi, melynek végén egy csavarmenet van s ebbe illeszti be szorosan keztyűből segélyével a lehető legvékonyabbra kihúzott egy-két mm. lumenű üvegcsövet.

Ha bőrt injiciál, akkor magába a cutisba szúr, ha nyálkahártyát injiciál, akkor a mucosába.

Vigyázni kell a beszúrásra és a lassú előretolására a dugattyúnak, nehogy túlságos mélyre beszúrva vagy nagy nyomást fejtve ki extravasatumokat kapjunk.

Az eljárást kissé complikálja olykor, hogy a kis venák is megtelnek; de ez nem nagy baj, mert a gyakorlott szem a praeparálásnál mindjárt felismeri, hogy nem nyirokér, a mennyiben nem vezet nyirokcsomóhoz.

Gerota ezen új technikájával nagy lendületet adott a nyirokérrendszer vizsgálatának.

Ezen eljárással végezték vizsgálataikat:

Dorendorf (alajk), *Küttner* (nyelv), *Oellendorf* (fogak, foghús), *Küttner* (külső orr), *Most* (orrgarat), *Most* (gége), *Gerota* (emlő), *Most*, *Cucceo* (gyomor), *Stahr* (vese), *Bruhns* (penis), *Walter* (prostata), *Most* (here), *Bruhns* (női külső nemi szervek), *Peyser* (uterus), *Pólya* és *Navratil* (a pofa nyálkahártya nyirokerei).

Ezeknek előrebocsátásával áttér az előadó tulajdonképeni tárgyára demonstratiojának, a gége nyirokereinek ismertetésére.

Az egyes régibb szerzőknél nagyon kevés van e themáról megemlítve. Így *Hyrtl*[2] csak röviden említi, hogy a gége nyirokerei a glandulae jugulares superioresekbe (trig. cervic. sup.), sőt még a glandulae jugulares inferioresekbe is (15—20) ömlenek (fossa supraclavicularis).

Rauber,[4] *Henle*,[3] *Henle-Merkel*[5] azt találták, hogy a gége nyirokerei a mély felső nyaki mirigyekbe ömlenek.

Már bővebben szól a gége nyirokereiről *Luschka*[6] könyve, a mennyiben ő *Mascagnit* idézi. (Vasorum lymphatic. historia et iconographia. Tab. 26 és 27.)

Mascagni ugyanis egy erősebb nyirokeret talált, mely a lig. conoideum mellett lép elő és egy másikat, mely a vena thyreoidea sup. kiséretében halad.

Mindkettő egy nyirokmirigybe ömlik, mely a vena fac. communis végénél foglal helyet. (Előadó praeparatumán is látható.) Továbbá talált ő egy kisebb nyirokmirigyet a m. hyothyreoideuson és egy másikat a cart. thyr. és cric. között a membrana crico-thyreoideán, melyek minden kétséget kizárólag a gége nyirokereit felvették. (Ez utóbbi a praeparatumon szintén megvan.)

De legbővebben szól a gége nyirokereiről *Sappey*[1]: „A gége nyirokerei feltünnek erősségük és kifejlettségük által, különösen a larynx felső nyilásának magasságában sokszorozódnak meg. Nagy mértékben terjednek ki az ary-epiglott. redőknek nyálkahártyájára, de beborítják az egész epiglottist és a larynx nyálkahártyájának egyéb összes helyeit is, alkotva egy hálózatot, bővebb reczékkel.

Ezen hálózatból, melyet ezen ágacskák és törzsek anastomosisai képeznek, mindkét oldalról két, néha három törzs ered, mely áthalad a membrana thyreohyoideán és beleömlik a mirigyekbe, a melyek a larynxtól jobbra és balra a sternocl. mast. alatt feküsznek.

Testut[2] így szól: A gége nyálkahártya igen gazdag nyirokedényhálózattal rendelkezik. A nyirokerek gyérebbek a két valódi hangszálagon, főleg az alsó szalag szélén.

A nyiroktörzsek, melyek a gazdag hálózatból erednek, egy felső és egy alsó pályára oszthatók.

A felső pályák nyirokerei, számszerint minden oldalon 3—4, előrehajolva ugyanazon irányt követik, mint az art. laryng. sup.; miután ezek átfúrták a membrana thyreohyoideát, előtünnek és a st. cl. mast. feletti nyirokmirigyekbe ömlenek, a carotis oszlása szintájánál.

Az alsó nyirokpálya nyirokerei, melyeket először *Poirier*[3] említ, a hangrés alatti részből erednek; követve az art. laryng. inf.-t, áttörik a membr. cricothyreoideát és beleömlenek egy vagy két nyirokmirigybe, melyek a larynx előtt feküsznek, abban a *V* alakban, melyet a két musc. cricothyreoideus képez; a mennyiben e két mirigy hiányzanék, akkor e nyirokerek azokba a nyirokmirigyekbe ömlenek, a melyek a cart. cricoidea mellett feküsznek a carotis communis és larynx között.

Előadó praeparatumán a membrana cricothyreoideán volt egy mirigy, a mely két nyirokeret vett fel, mindamellett egyes nyirokerek a carotis communis és larynx között fekvő mirigyekbe is ömöltek.

Ezen előbbi szerzőkkel szemben, kik higanynyal injiciáltak, *Most*,[4] a ki a boroszlói anatomiai intézetben bő és alapos vizsgálatait a gége nyirokerei körül *Gerota*-féle módszerrel végezte, az alábbi eredményekre jutott.

Ő tizenegy esetet vizsgált; injectioit felerészben a valódi hangszálagokból, a másik felét a gégenyálkahártya különböző részeiből végezte. Hogy az injiciálandó területhez könnyebben hozzáférhessen, a gégét laryngofissioval megnyitotta; e nyilást egy fadarabbal szétfeszitette és homlokreflector használata mellett injiciált.

A gége nyirokereire vonatkozólag a következőket találta: a gége nyirokereinek bősége a gége különböző helyein különböző, és pedig:

Az epiglottis oldalsó részei, a hol a larynx felső részéből eredő nyirokerek összeszedődnek, továbbá az álhangszálagok és a Morgagni-féle tasakok bővelkednek nyirokerekben s e nyirokerek vastagabb kaliberüek; ellenben az epiglottis hátsó-középső részén csak gyéren vannak a nyirokerek.

A gége hátsó fala gazdagon van ellátva nyirokerekkel. A valódi hangszálagok alatt szintén bő recze van; e hangszálagok azonban nyirokerekben a legszegényebbek.

Igy a gégében a valódi hangszálagok azok, melyek határt vonnak a felső és alsó nyirokpályák között.

A felülső pályák nyirokerei az epiglottis oldalán az aryepiglottikus redő mellett szedődnek össze, hogy a membrana thyreohyoideán át kilépjenek. Az alulsó pályák nyirokerei a cartilago cricoidea felett lépnek ki. A valódi hangszálagokból mindkét pálya injiciálható, ez azonban *Sappey*-nek nem sikerült; e hangszálagokon *Most*-nak nem sikerült injectiojával nyirokreczét előállítania.

A gége hátsó falán nincs ilyen határ, az alsó pályák nyirokerei a felsőkkel szorosan összefüggnek. A gége nyirokerei közlekednek a szomszédággal: a pharynxszal, a tracheával, a nyelvgyökkel.

Most vizsgálatai *Teichmann*-éval megegyeznek, de nem ért egyet *Sappey*-vel — mint előadó sem —, ki azt mondja, hogy a gége nyirokerei felülről lefelé számra nézve kevesbbednek.

Teichmann véleménye helyesebb és érthetőbb, a mennyiben ő azt mondja, hogy ott több a nyirokér, a hol a gége nyálkahártyája vastagabb. *Most* a nyirokerek számát és a nyirokmirigyeket illetőleg a következőket jegyzi meg:

A felső pályák nyirokerei, számszerint 3—6, a membrana hyothyreoidea lateralis szélén áthaladva 2, legfeljebb 3 ággá egyesülnek és az art. laryngea sup. mentén a carotis oszlása szintáján levő mirigyekbe

[1] Gerota: Zur Technik der Lymphgefässinjection. Eine neue Injectionsmasse der Lymphgefässe. Polychrome Injection. Anat. Anz. XII. Bd. 216—224. 1896.

[2] Hyrtl: Jahrbuch der Anatomie des Menschen. 1867. 968. oldal.

[3] Henle: Handbuch der Gefässlehre des Menschen. 1868. 427, 429. old.

[4] Rauber: Lehrbuch der Anatomie des Menschen. 1873. 233. old.

[5] Henle-Merkel: Grundriss der Anatomie des Menschen. 1901. 644. oldal.

[6] Luschka: Die Anatomie des menschlichen Halses. 1867. 244. oldal.

[1] Sappey: Traité d'anatomie descriptive. 1889. (IV., 398. oldal).

[2] Testut: Traité d'anatomie humaine. 1894. 730. old.

[3] Poirier: Traité d'anatomie humaine 457. l.

[4] *Most*: Über die Lymphgefässe und Lymphdrüsen des Kehlkopfes. Anat. Anz. 1898. II. 387—393.

ömlenek; olykor nem is e mirigyekbe, hanem a felső jugularis mirigyekbe, miközben a biventer hátsó hasa mögött haladnak el, sőt e nyirokutak a mélyebb nyaki mirigyekbe is ömölhetnek. Az alsó pályák nyirokerei két helyen léphetnek elő, és pedig:

A ligamentum cricothyreoideumon vagy a lig. cricotrachealen keresztül; tehát a cartil. cric. felett vagy alatt. A cartil. cric. felett kevés, nagyon vékony ágacska lép elő. Injectioja ritkán sikerül. Egy ágacska egy nyirokcsomóhoz vezet, a mely a gyűrűporczon vagy e mellett is fekhetik; olykor e mirigy alatt is van még egy, melybe az isthmus gland. thyr.-n haladó nyirokér vonul. Olykor egy vagy két vékony ág halad a gland. thyr. felső szélén egy vagy két jugularis mirigybe

A cart. cric. alatt a membr. cricotrach.-t több nyirokér fúrhatja át, melyek a trachea és oesophagus közötti résben előlépnek, szétterjedhetnek és reczét képezhetnek a pajzsmirigy táján.

E nyirokér nyirokmirigyei a gl. thyreoidea tokján feküsznek és lateraliter a trachea mellett, sőt még a sternumig is leterjedhetnek. Mostnak egy esetben sikerült még a supraclavicularis mirigyeket is megfesteni.

Most felsorolt adataival előadó vizsgálatai is teljesen megegyeznek, melyekről a következőkben számol be.

Három újszülött gégéjét vette vizsgálat alá és ezeket a *Gerota*-féle módszerrel injiciálta. A praeparálás könnyebbségére való tekintettel a gégét a nyaki szervekkel együtt vette ki, mint a hogy azt *Most* is tette és hogy a gége mellső részén futó nyirokeret a laryngofissioval meg ne sértse, a gégét hátulról nyitotta meg és az injectiot a valódi hangszálagokba és a gégenyálkahártya különböző részein eszközölte.

Előadó a felülső nyirokpályákra nem volt annyira tekintettel, mivel ez már *Sappey*-ban is bőven van ismertetve, hanem különösen az alsóbb pályákra fordította figyelmét s ezen vizsgálatairól a következőket jegyzi meg: A három eset közül két esetben talált egy nyirokcsomót a lig. conicumon, a mely nem mint *Most* említi, csak egy nyirokágacskát kap, hanem kettőt, sőt hármat is. Egy esetben sikerült a lig. conicumon átfúródó nyirokeret a felső jugularis mirigyekig követni s ez esetben két nyirokmirigy is volt injiciálva. Ez ág két ágacskára oszlott szét. Mindhárom esetben azonban a valódi hangszálagokon nyirokérreczét nem sikerült előállitania, mint ez *Most*-nak sem sikerült, de látta azt a nyirokérreczét, melyet *Most* említ a trachea oldalán és mellső részén; s mindhárom esetben sikerült, bár két esetben volt egy praelaryngealis mirigy, a paralaryngealis mirigyeket is megfesteni, melyeket *Poirier* és *Testut* is említ.

Előadó ennyit akart röviden a gége nyirokereiről demonstrative elmondani és ismertetni az egyes szerzők vizsgálatait e téren, mivel e thema különösen fontos napjainkban, a mikor a rák operativ gyógyitása a nyirokérrendszer ismeretét feltétlenül megköveteli.

Ezek után előadó köszönetet mond az egyesületnek azon szivességéért, miszerint megengedte, hogy e praeparatumokat bemutathassa és köszönetet mond Lenhossék Mihály tanárnak, főnökének, ki szíves volt őt útbaigazításaival támogatni.

Pollatschek Elemér: Ismeretesek Thanhoffer kisérletei, melyeket élő állatokon végzett, a szájpad, a torok és orr nyirokereiről. Axel Key és Fischer leirásai hullákra vonatkoznak.

Fischer Aladár: A kérdés megoldása eminens practikus fontosságú. A carcinoma operativ irányzata olyan, mely a radicalis kiirtás végett a nagy edények mentén való haladást követeli meg és az itt lévő mirigyek kiirtását. E végett mindkét vena jugularist szabaddá teszszük. Ezen czélra ajánlja azon metszést, melyet kiterjedt nyaki lymphomáknál szoktak végezni a proc. mastoideustól le az angulus venosusig a sternocleidomast. hátsó széléig feltárjuk és akkor az egész terület előttünk van és a mirigyek teljesen kiirthatók.

Elnök: Köszönetet mond előadónak és az ülést berekeszti.

Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(I. ülés 1902. február 20-dikán.)

Elnök: **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Illyés Géza**, majd **Kuzmik Pál**.

Elnök az ülést megnyitva, bejelenti, hogy a szakosztály ügyrendjét az Orvosegyesület elfogadta és jóváhagyta.

Resectio urethrae.

Illyés Géza: T. N. 56 éves férfibeteg előadja, hogy 1901. október 23-dikán deszka élére esett, a gátját nagyon megütötte s vér folyt ki húgycsövéből. Egy hó mulva vette észre, hogy nehezebben vizel. Ez állapottal vétetett fel az egyetemi I. számú sebészeti kórodára, a hol a beteget Dollinger megbizatása folytán bemutató megoperálta. Felvételkor a scrotum hátsó részének megfelelő húgycsőrészlet mint tömött képlet tapintható a gáton, s ugyanitt a sondával erős ellenállást érezni. Műtét a heges húgycsőrészlet kimetszésében és elsődleges varrat alkalmazásában állott. Gyógyulás per primam, 10 napig állandó katheter. Jelenleg, vagyis két hónappal a műtét után (műtét deczember 20.) 20-as sz. gombos katheterrel vizsgálva, a resectio helyén finom kis egyenetlenséget érezünk. Egyébként a húgycső 30. Charrière-fémkatheterrel igen könnyen átjárható, a beteg tökéletesen vizel s teljesen jól érzi magát. Megjegyzendő, hogy *két hó óta a húgycsövében semmiféle eszköz nem volt.*

A húgycsőresectionak azon alakját végezte, melyet totalis resectionak neveznek, vagyis midőn az egész húgycsőhenger egy részét eltávolitjuk; de végezhetünk partialis resectiot is, midőn a húgycsőhenger csak egy részét, rendesen a kóros alsó falat távolitjuk el, meghagyva a felső csikszerű darabját.

A műtét indikálva van főleg traumás eredetű szűkületeknél, melyek gyorsan fejlődnek s így a hólyag-izomzatnak nem lévén ideje compensatorikusan hypertrophizálni, incomplet retentióhoz vezethetnek, de e mellett jól elhatároltak, másféle kezelésnek ellenállanak s nem nagy kiterjedésűek.

Indikálva van továbbá a gáton levő heges sipolyoknál, hol a kóros szövetek eltávolitása után a gyógyulás akár a szomszédos ép szövetek összevarrása, akár plastica útján jöhet létre; ilyenkor, ha csak lehet, partialis resectiot végez s a húgycső felső falát hagyja meg.

Végezhető végre lobos eredetű szűkületeknél is, ha azok különállók, jól elhatároltak s másféle kezeléssel daczolnak.

A resectio után a húgycső lefutásának helyreállitása történhetik vagy másodlagos sarjadzás útján bevezetett állandó katheter felett, vagy a csonkok primaer összevarrása utján, a szomszédos lágyrészek összevarrása vagy nagy kiterjedésű resectioknál plastica útján. Legjobb kétségtelenül a primaer varrat, de ezt csak ott lehet végezni, hol a resekált húgycsőrész 3 cm.-nél nem hosszabb.

A mi az eredményeket illeti, mondható, hogy minden resectio egy időre jó eredményeket ad, azonban állandó jó eredményt ott nyerhetünk, hol a jól elhatárolt, könnyen kiirtható szűkületet eltávolitottuk, hol a húgycsőcsonkok elsődleges összevarrása jól sikerült, hol a gyógyulás per primam következett be; ilyenkor ép szöveteket egyesitve, a kezelés radicalisnak nevezhető, mint bemutatott esetben is látható, mely műtét után két hónapig egyáltalán nem volt kezelve s ma megvizsgálva, a resectio helyén gombos kutatóval alig érezhető csekély egyenetlenség van, de a húgycső 30. Charriere-fémsondával jól átjárható.

Lipscher Mór: Herczel tanár osztályán több esetben végezték a hegesen szűkült húgycső resectioját jó eredménynyel. Igaz ugyan, hogy egyik esetükben sem lehetett a húgycső csonkjait körkörösen egyesiteni és oly idealis eredményt elérni, mint azt a bemutató demonstrálta, mert betegük mind lobos eredetű, hosszabb kiterjedésű és sipolyoktól áttört szűkületben szenvedtek és azért csak a felső fal egyesitésére szoritkoztak. Catguttal varrnak és külső húgycsőmetszés módjára kezelik a sebet. Ha a kiirtott húgycsőrészlet $2^1/_2$—3 cm.-nál hosszabb, a sebszélek egyesitése már nem sikerül, ilyen esetekben Thiersch-féle lebenyekkel bélelik ki a hegektől megtisztitott, vályúalakú sebüreget. Ily módon gyorsabb gyógyulást érnek el ugyan, mint az egyszerű külső húgycsőmetszéssel, de recidiváktól ezen eljárás sem menti meg mindenkor a beteget.

Bakó Sándor: Habár a műtét után még nem hosszú idő, csak két hónap telt el, mégis fontosnak tartja, hogy a húgycső megtartott a normális ürterét, jóllehet ezen idő alatt utókezelésben nem részesült, illetőleg tágító bougiek nála nem alkalmaztattak. Vajjon továbbra is megmarad-e a húgycső ezen állapotában? Erre nézve az eddigi tapasztalatok nem épen kedvezőek. Guyonnak a legutóbbi időben tett közlései is mutatják, hogy a traumás eredésű, jól, sikerrel műtett szűkületek után is beáll a recidiva, ha a betegek a bougie bevezetését elmulasztják. Ezért ajánlatosnak tartaná, hogy a beteg, daczára a mostani jó eredménynek, figyelmeztessék bougiek időnkénti bevezetésének szükségességére.

A tisztelt bemutató említette, hogy a húgycsővégeket selyemfonállal egyesitette. Tekintettel azon körülményre, hogy a húgycső mellső falának egyesitésénél a csomó a húgycső ürterébe esik, mely csomóra a vizeletből lerakodás történhetik, czélszerűbbnek tartja ezen varratra catgutot használni. B. a húgycsőn kivül eső többi elsülyesztett varrathoz is catgutot használ.

Kosztka Emil kérdi, hány naponként változtatták az állandó kathetert és fontosnak tartja az elért eredményben azt, hogy a kóros húgycsőrészlet resecálásánál a húgycső utólagos bougierozása is feleslegessé lett.

Rihmer Béla: A mi a partialis resectiokat illeti, túlmehetünk a 3 cm. határon és ilyenkor kedvező esetben a gát lágyrészeiből képezhetünk állandó katheter felett húgycsövet, úgy mint azt Guyon ajánlotta. Nogues thesisében ilynemű műtét után pár szép és tartós eredményről értesit. Legszebb mégis Ljunggren esete, hol 6 cm. darab resectioja után 4 és $^1/_2$ év mulva vastag sugárban vizelt a beteg, bár utólagos sondázás nem történt. Ilyen esetek daczára az utolsó nemzetközi congressuson azon nézet uralkodott, hogy lobos szűkület resectioja után, még ha elsődleges egyesülés állott is be, az utólagos sondázás szükséges. Traumás szűkület esetén, ha ez kis terjedelmű volt és resectio után prima gyógyulás állott be, lehetőnek tartották a végleges eredményt utólagos sondázás nélkül is. Ismerünk azonban már recidiviákat is. A Bakó tagtárs említette esethez fűzhet egy másikat, melyet szintén Guyon kórodájáról közöltek. A prima gyógyulás után a beteget három éven át itt-ott sondázták, aztán elmaradt és újból három évre súlyos visszaeséssel jelentkezett. Ezen esetek azt mutatják, hogy még az ilyen idealisan gyógyult esetekben sincs kizárva a recidiva és hogy az utólagos időszakonkénti sondabevezetés nem felesleges.

Dollinger Gyula: Egy esetben szintén resekálta a hegesen szűkült urethrát, de miután ezen eset blennorrhoeás eredésű volt, elsődleges gyógyulást nem ért el. A betegnél sipolyok képződtek, melyek kezelés alatt állanak.

Illyés Géza: Bakó tagtársnak megjegyzi, hogy a beteg ki lett tanitva az irányban, hogy időnként vizsgáltassa meg magát s ha esetleg szűkülés állana be, azt kellő időben kezeltesse. A mi a húgycsővégeknek egyesitését illeti, azt bemutatott esetben úgy végezte, hogy az összevarrandó húgycsővégeket köröskörül kipraeperálta a környezetből s ilyen módon lehetséges volt az egyesitést úgy végezni, hogy az öltések a húgycső mellső falán is a submucosában haladtak, igy tehát a fonál a húgycső ürterébe nem ért be és igy a húgyalkatrészek lerakodásától

nem kell félni. Bemutató ezen műtétnél is varróanyagul finom selymet használt, mert az I. seb. klinikán, a hol csak lehet, selyemmel varrnak, de azért a catgut is jó lehet.

Kosztka tagtársnak megjegyzi, hogy az állandó Nelaton-katheter ez esetben 12 napig volt benn a húgycsőben s csak egyszer lett megváltoztatva, mert semmiféle reactiot nem csinált s a beteg is jól türte.

Húgycső-végbélsipoly (blennorrhoeás alapon) műtéttel gyógyult esete.

Lipscher Mór: 26 éves férfibeteg, hét év előtt gonorrhoeát szerzett, négy évvel rá szűkület tünetei jelentkeztek. Két évvel ezelőtt egyszerre több helyen sipolyai keletkeztek, kettő a gátra és egy a végbélbe nyilt. A gáton lévők a szűkületnek bougiekkel történt tágitása után spontan záródtak, de a végbélbe nyiló nem. Felvételkor a végbélben mintegy 4 cm.-nyire az anus felett borsónyi, simaszélű nyilást lehetett látni, melyen át vizeléskor a vizeletnek mintegy $^2/_3$-a a végbélbe folyt. A húgycsőbe 22. sz. franczia fémsondát könnyen be lehetett vezetni, ha a végbélbe vezetett ujjal a sondát a helyes irányba tereltük, különben az eszköz rendszerint a végbélbe hatolt. Vizelet savi, csak kevés genyet tartalmazott. A műtétet oly módon végezte, hogy félholdalakú metszéssel felárta a végbél-húgycső közötti tájékot, a végbelet leválasztotta a húgycsőről, addig mig a sipolyhoz hozzáférhetett.

A pars membranaceába nyiló sipoly széleit körülmetszette és submucosusan vezetett catgut-varratokkal elzárta. A végbélnyákhártyát a sphincter felett 3—4 cm. hosszban összevarta, de a sphinctert átmetszette és a bőrsebet egyesitette. A műtét igen fáradságos, de teljes gyógyulást eredményezett.

Bakó Sándor: A t. bemutató előadásában nem tett említést a sipoly keletkezési módjáról, pedig ez a műtét indicatiojára nézve fontossággal bir. A szűkülethez csatlakozott sipolyok a szűkület gyógyitásával külön beavatkozás nélkül is rendesen gyógyulni szoktak és a t. bemutató említé, hogy midőn kezelése alá vette a beteget, nála már szűkületet nem talált. Kérdi, vajjon a sipoly nem prostatatályog áttörése, avagy cowperitis után támadt complikatiok folytán támadt-e?

Kosztka Emil osztja előtte szóló Bakó tanár úr azon nézetét, hogy az ilyen sipolyok a legtöbb esetben a szűkületek megszüntetésével meggyógyulnak. Körülbelül egy év előtt a honvéd helyőrségi kórházba egy őrmester áthatolhatatlannak tartott húgycsőszűkülettel vétetett fel.

A gáton három sipolynyilás volt s majdnem az egész vizelet ezeken át ürült ki: a vizelet erősen büzös, zavaros és alkalikus volt. Ily vizeletnél belső húgycsőmetszést nem végezhetünk, a mit húgycsőszűkületeknél rendesen végezni szokott, ha fokozatos tágitással czélt nem ér. Törekvése tehát oda irányult, hogy a vizeletet normálissá tegye.

E czélból — bár hosszas kisérletezés után — sikerült egy fonalvastagságú selyembougieval a hólyagba rendes úton bejutni; ezt 48 óra mulva egy nyolczas számú Charrière-selyemkatheterrel cserélhette fel, melyen át az ápoló által minden 2—3 órában 4%-os meleg bóroldatot fecskendeztetett a hólyagba. A katheter végét gummicső segélyével az ágy alatt elhelyezett carbololdattal félig telt üvegedénynyel kötötte össze és rögzitette és igy a hólyagot állandó drainage alatt tartotta. Tiz nap mulva a vizelet feltisztult és savi vegyhatásu lett: a húgycsőszűkület 14-es számú selyembougieval átjárhatóvá vált s három hét mulva lassú tágitás után a 30-as számú sondát is befogadta. A sipolymenetek teljesen zárultak; a beteg gyógyultan hagyta el a kórházat.

Az ütőerek viselkedése endoarteritis chron. deformansból származó gangraena miatt végzett amputationál.

Dollinger Gyula: Egy 36 éves férfibeteget mutat be, kinél endoarteritikus gangraena miatt alszáramputatiot végzett. A beteg bal lába és alszára 3 év óta, különösen éjjel erősen fáj, 3 hó előtt a talpán egy kétfillérnyi fekélye támadt, mely azóta növekedett. Mintegy két héttel a klinikára való felvétele előtt a láb elszinesedett és a műtét alkalmával a láb legnagyobb része fekete, összezsugorodott. Dr. Faraboeuf-féle alszáramputatiot végzett az alszár felső harmadában. A czombra alkalmazott Esmarch-pólya eltávolitása után egyetlenegy ütőér sem vérzett és azért D. levette a ligaturát az Esmarch-pólya eltávolitása előtt lekötött art. tib. anticáról és posticáról, de vérzést ezekből sem kapott. Ezelőtt mintegy $1^1/_2$ évvel D. egy 60 éves férfinál ugyancsak endoart. chron. deformansból származó alszárüszkösödés miatt czombamputatiot végzett az alsó harmadban. Miután az ütőerek nem véreztek, magas czombamputatiot végzett, de ekkor sem véreztek a felső harmadban átvágott ütőerek. Daczára ennek, a bevarrt seb per primam begyógyult. E tapasztalatra támaszkodva már most ez esetben nem végzett magasabb amputatiot, hanem a sebet bevarrta, mely minden complicatio nélkül meggyógyult.

E kettős tapasztalatból tehát az következik, hogy ha endoart. deformans miatt keletkezett üszkösödés miatt az egészséges szövetben amputálunk és ütőeres vérzést nem kapunk, nem szükséges az amputatioval magasabbra menni, mert a gyógyulás a nélkül is bekövetkezik. Ugy látszik, hogy az ilyen esetben a csonk táplálása a legfinomabb ütőerek és a capillarisok útján történik. Ez a tapasztalat meglepő és ezért D. érdemesnek tartotta ennek közlését.

Chudovszky Móricz: Egy 32 éves férfibeteget vettek fel a mult év végén a szt. János-kórház sebészeti osztályára, a kinek jobb alszára és lába egy hét óta üszkösödött. A mig az üszök elhatárolódott, eltelt még egy hét. A végtagot a czomb alsó harmadában csonkitották; a midőn az érszorító pólyát levették, a csonk nem vérzett, a súlyos endoarteritist mutató ütőerek csonkjait biztonságképen lekötötték. A kórboncztani lelet szerint az ütőér falának megbetegedése bujakóros eredésű volt. A csonk azután elsődlegesen gyógyult. A midőn a beteg a műtét utáni 13. napon fel akar kelni, megfájdul a bál lába, este rosszul lesz és embolia folytán hirtelen meghal. Ezen esetben is azt látta, hogy a luetikus eredésű érgyuladás után oly módon elváltoztak az érfalak, hogy a csonk átmetszett erei nem vérzettek. Egyúttal azt is láttuk, hogy az érmegbetegedés következtében az egyén mily hirtelen elpusztul.

Bakó Sándor: Hasonló esetben a véredények elfajulásán kivül, úgy hiszi, a szív állapota is tekintetbe jöhet. A leszoritó pólyák levétele után és gyenge szivműködés mellett a vérzés egy pár pillanatig szünetelhet.

Anatomikus vizsgálatok az ajak- és pofarák terjedésének útjairól.

Pólya Jenő: Az ajak- és pofarák terjedési útjaira vonatkozó anatomikus vizsgálatairól számol be, melyeket a Lenhossék tanár vezetése alatt álló I. sz. boncztani intézetben részben Navratil Dezsővel együtt végzett. Bevezetésképen rövid áttekintést nyujt arról, hogy az újabb idők radicalisabb operativ eljárásai mennyiben javitották meg a rák különféle fajainál a végleges gyógyulások statistikáját s oda concludál, hogy a rák némely fajainál a rák elterjedésének anatomikus megismerésére alapitott műtéti eljárások tényleg a végleges gyógyeredmények határozott megjavulását idézték elő (pl. az emlőrák a régi műtéti eljárások mellett 4%, a Rotter, Watson Cheyne, Halsted-féle operatiok után 40% három éven felüli gyógyulást mutat) s a hol az úgynevezett radicalis műtéteknél a várt siker elmarad, az az esetek nagy számában tudható be annak, hogy a rák ama fajára nézve az elterjedés útjai és módja kellően tisztázva nincsenek s emiélfogva a sebészeti beavatkozás nem is lehet észszerűen radicalis, nem lehet eléggé körültekintő.

Az ajak- és pofarákok terjedése a klinikai tapasztalatok szerint majdnem kizárólag a nyirokpályák révén történik. Ezen nyirokpályák s a hozzájuk tartozó nyirokmirigyek pontos anatomikus leirása képezte az előadás tulajdonképeni czélját. Az ajkak nyirokereire vonatkozólag előadó 12 újszülöttön végzett a Gerota-féle injectios eljárás segélyével vizsgálatokat: ezek eredménye megegyezik Stahr és Dorendorf leleteivel. A pofa nyirokereit Navratil dr.-al együtt 25 újszülöttön vizsgálta, kiterjesztve figyelmét egyúttal az arczbőr, foghús, szájpad és tonsilla nyirokereire is, mint a mely képletekre a pofarák átkapaszkodni szeret. Ezen boncztani vizsgálatok eredményeinek részletezése e helyt nem lehetséges. (Teljes közlés a M. Orv. Archivum 1902. évfolyamában.)

Végül a nyert anatomikus leletekből azon chirurgikus következtetést vonja le az előadó, hogy ajakráknál mindkét oldali állalatti és mély felső nyaki, úgyszintén a submentalis mirigyeket kell a műtőnek figyelembe vennie, a pofaráknál pedig ezeken kivül még az ugyanazon oldali parotis csúcsát és az ez alatt elhelyezett felületes felső nyaki mirigyeket is el kell távolitani. A mirigykiirtásnak sohasem szabad egyes mirigyekre korlátozódnia, hanem az egész mirigycsoportot a kötőszövettel együtt el kell távolitani.

Vita a jövő ülésre halasztatik.

Elnök az ülést bezárja.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(Szakülés 1902. február hó 22-dikén.)

Elnök: **Brandt József.** Jegyző: **Filep Gyula.**

1. **Marschalkó Tamás** egy „**malum perforans pedis**“-ben szenvedő férfibeteget mutat be. Az érdekes és ritka bántalom lényegével tudvalevőleg még nincsenek tisztában az autorok. A bántalom a lábtalpon vagy a lábujjak hajlitó felületén szokott fellépni, azokon a helyeken, a melyek állandó, folyton ismétlődő nyomásnak vannak kitéve. Először rendesen egy tylotikus bőrmegvastagodás keletkezik, ez alatt csakhamar az irhaszövet lobja, esetleg vérdús lebenyek; végre lob és genyedés által a megvastagodott hám leválik, az atrophicus irhaszövet meg tönkremegy, és egy mély, tölcsér alakú fekély keletkezik, melynek alapja szennyes vörös szinű, egyenetlen és viscid, többnyire büzös váladékot produkáló sarjaktól fedett, széiei pedig a megvastagodott kérges hám által képeztetnek. Ha a külső, ártalmas hatányok tovább tartanak, úgy a fekély mindig mélyebbre hatol, a csonthártyáig és esetleg még mélyebbre. A fekélyek, melyek néha többes számmal lépnek fel, mindig torpid jelleget, csekély fájdalmasságot és rossz gyógyulási hajlamot mutatnak, egyrészt, mert a sarjszövet képzése az irha atrophiája és a hiányos vascularisatio miatt tökéletlen, másrészt meg a fekély széleit képező vastag és kérges, elszarásodott hámréteg a sarjszövet hámmal való bevonását felette megnehezíti. Kérdés most már, hogy mi okozta e bántalmat? Némely autorok (Lévay) edény elváltozásokban, azoknak atheromatosus folyamat által okozott obliteratiojában keresik a baj okát, ez azonban nem képes az esetek többségében megmagyarázni a fekély képződését, különösen a kérgesedést, mely azt megelőzi. Tény az, hogy a malum perforans igen gyakran gerinczagybántalmak (tabes, syringomyelia) vagy más idegmegbetegedések (lepra) nyomán lép fel, miért is némelyek mint „trophoneurosist“, mint „neuro paralyticus“ fekélyesedést fogják fel; természetes, hogy ezek csak puszta hypothesisek, ép úgy, mint maga a trophoneurosis. Legplausibilisebb nézete szerint ama szerzők felfogása, a kik, mint L. R. Müller, a fekélyképződést mechanikai okokból keletkezettnek tartják s mint

nyomási, traumatikus fekélyt fogják fel; az ideges zavarok megvannak, de nincs trophoneurosis, hanem egyszerűen csak csökkent érzékenység, ennek a következése az, hogy a beteg nem kiméli a lábát; először egy clavus, azután szövetlob és szövetelhalás keletkezik és kész a fekély. E mellett szól az is, hogy a nyugalomnak jótékony befolyása van a malum perforansra. Hogy azután a talp érzési rendellenességének oka miben rejlik (tabes, syringomyelia, lepra, környi laesio) az Müller szerint teljesen mindegy.

A bemutatott beteg 37 éves, nős, MÁV. váltóőr; azelőtt teljesen egészséges volt; öt év előtt vette észre, hogy mindkét láb talpán, állítólag minden ok nélkül bőrmegvastagodások és ezek alatt nemsokára fekélyek keletkeztek, a melyek pár hónapi fennállás után a láb pihentetése és jodoformos kötésre lassan begyógyultak, körülbelül három év előtt azonban ismét kiújultak és azóta makacsul persistálnak. Ha a beteg lábát hosszabb ideig nem használta, úgy gyógyulásnak indultak; sőt be is gyógyultak; mihelyt azonban járni kezdett, ismét kiújultak. Fájdalmai a betegnek sohasem voltak. Felvételkor (január 16-dikán) mindkét láb talpán a metatarso-phalangeal izületeknek megfelelőleg a bőr erősen megvastagodott, tylotikus küllemű, és összesen öt helyen mutat a fentebb leirt jellegű fekélyesedést. A fekélyek közül a két legnagyobb és legmélyebb (körülbelül korona nagyságú és 1—1·5 cm. mélységű) a jobb láb nagyujjának metatarso-phalangealis izülete felett van elhelyezve; ezen utóbbitól két oldalt a nagyujj és a harmadik ujj metatarso-phalangealis izülete felett egy-egy kisebb, körülbelül tizfillérnyi, a jobb láb talpán pedig a kis ujj hason izületének megfelelőleg még egy hasonló fekély van. A több heti kórodai tartózkodás alatt a fekélyek alapja már sokat telődött, de a bemutatott és közvetlen a beteg felvétele utáni időből származó stereoskopikus fényképen jól látható, hogy mily mélyre terjedtek. A betegnél a tabesnek vagy más gerinczbántalomnak semmi tünete sem mutatható ki. A szemfenéki vizsgálat, a melyet maga *Hoór* tanár volt szives eszközölni, szintén nem mutat semmi rendellenest. Egyedül a bal láb nagy- és második ujjának megfelelőleg mutatható ki a bőrérzés határozott csökkenése, sőt részben érzéstelensége, durvább érintésre is. Nevezetes, hogy mindkét láb ujjai, különösen a jobb oldalon, meglehetős diformitásokat mutatnak; erre nézve a beteg előadja, hogy hét év előtt, tehát két évvel az első fekélyek fellépése előtt, egy izben egy pár hétig igen szűk csizmát viselt és ez okozta a lábujjak meghajlását. A kezelés nyugalom, sublimát lábfürdők alkalmazása, a tylotikus helyeknek salicyl-tapaszszal való befedése, a fekélyeknek lapis-pálczikával való edzése és lapis-perubalzsam kenőcscsel való befedésében áll. A beteg továbbra is észlelés alatt marad.

2. **Jancsó Miklós** dr. magántanár előadása: **„Adatok a lumbalis punctio diagnostikus értékéhez.“** (Az „Értesitő“ egész terjedelmében közli.)

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

1901. junius 29-dikén tartott szakülés.

(Vége.)

Érdekes, hogy Grisolle már 1839-ben a csípőárok phlegmoneiről irt értekezésében és tankönyvében praecis módon leirja az appendix önálló, spontan vagy belejutott concrementumok, idegen testek által előidézett lobját (Inflammation limitée à l'appendice vermiforme), átfúródását, gangraenáját stb

A leirt eset kétségtelenül az appendicitiseknek az az alakja, melyet Sonnenburg appendicitis perforativa suppurativának nevez. Az anamnesisben előzetes rohamokról nincs szó, de azért itt is bizonyára — a mint azt Sonnenburg minden esetben felveszi — lappangó appendicitis simplex ment előre, a mely nem vezetett fájdalmas rohamokra, míg az átfúródást kisérő roham nem következett be.

A kórboncztani képet ez esetben úgy kell képzelnünk, hogy a féregnyúlvány belső lobosodása bélsárkőképződés útján vagy a nélkül a fal fekélyesedéséhez — esetleg necrosisához — vezetett, a mit azután az átfúródás követett; az átfúródást megelőzőleg vagy közvetlenül utána a környező fali hashártya és bélkacsok közt összenövések jöttek létre, ennek eredménye, hogy az átfúródás okozta hashártyalob partialis maradt. A kitapintható tumort tapasztalás szerint nemcsak a sokszor vastagodott, duzzadt falu appendix és a genynyel telt űr képezi, hanem a genyes gócz körül sejtes-savós infiltratioja jön létre a szöveteknek, a hashártyának, környező fasciáknak, izomszövetnek, sokszor a bőrnek is és ez a beszüremkedés is részt vesz a resistentia és tompulat képzésében, valamint a nem közvetlenül genynyel fertőzött hashártyarészletre lecsapódó rostányos izzadmány is.

A további lefolyás olyan volt, a hogy azt a spontan gyógyult esetek nagy számánál találjuk. A tályog áttört a bélbe. Az áttörés helyét biztosan nem állapithatjuk meg. A tapasztalás szerint leggyakrabban a vakbélbe vagy az ileum alsó részébe szokott történni az áttörés; ezek rendesen részt is vesznek a tályog falának képzésében.

Esetében az áttörés oly kedvezően történt, hogy a geny jórészt kiürült, a hasűri nyomás a tályog falait egymáshoz közelitette, a helyett, hogy a béllel való tág közlekedés a geny rothadásához vezetett volna, viszont az a ritka jelenség tette az áttörést veszedelmessé, hogy valamely nagyobb véredény arrodálva lett. Az áttörés bizonyára a bél mesenterialis széléhez közel történt, a hol a bélfal edényeinek törzsei érkeznek a bélhez. Az irodalomban erről kevés található.

Sonnenburg szerint az arteriák áttörése igen ritka; az ő nyomán idézi Bryant esetét, a hol a csípőizület felé sülyedő tályog az a. circumflexa ileit arrodálta s egészen ketté választotta. Powel egy esetében az appendix az a. iliaca internához volt nőve és a két üreg communikált, a kitágult vak- és vastagbélben gáz és sötét vér volt. Ball is emliti két esetét az a. iliaca int.-ba való áttörésnek. Gyakoribb a venákba való áttörés, következményes thrombophlebitis purulentával és metastatikus májtályoggal.

Sonnenburg azt mondja: vérzésekről sohsem tesznek említést; a vérzés azért nem következik be, mert a lassan haladó genyedés először az edény falában okoz lobosodást. Az intima megváltozása thrombusképződést eredményez a fenyegetett helyen, csak azután következik az áttörés immár nem a véredény űrterébe, hanem a thrombus anyagába.

A bemutatott esetben a bélvérzés oka az áttört véredény thrombusának lazaságában, leválásában keresendő.

A julius 5-dikén fellépett peritonitikus tünetek az u. n. peritonitikus izgatottság képét mutatták, a melynek oka, a posteriori itélve, akban keresendő, hogy a tályogűrben egyidőre megrekedt genyből toxinok jutnak a környezet nyirokedényeibe s ennek folytán vegyi, u. n. toxinperitonitis fejlődik ki, a mely a toxin közömbösitése vagy felszívódása után órák alatt elmulik.

A julius 8-dikán fellépett hidegrázást is a tályogűrben megrekedt geny felszívódásának kell tulajdonitanunk. Ettől kezdve bizonyára a genykiürülés a bélbe, a tályogűr obliterálásával együtt zavartalanul haladt s a gyógyulás bekövetkezett.

Hogy végleges-e, azt egyelőre nem dönthetjük el. Lehet, hogy a most tapintható resistentia csak a hashártya és fascia azon részletében, mely a tályog falát képezte volt, visszamaradt kérges vastagodásokból áll; de nem tudható, nem zárnak-e magukba az összenövések egy még bakteriumtartalmú kis genygócot, hogy a féregnyúlvány űrtere obliterálódott-e, azért a prognosis tekintetben, a recidivát illetőleg nem lehetünk nyugodtak.

A perityphlitisek gyógykezelésében az utóbbi időkben nagy változás történt. Az eredetileg kizárólag belső gyógykezelés után a sebészek vették a tért birtokukba s az u. n. korai operatio elve szerint minden esetet maguknak vindikáltak. A tapasztalat azt mutatja, hogy az igazság a középen van. A belgyógyászok nem idegenkednek az eseteket sebészi beavatkozás alá bocsátani, a sebészek meg túlzott álláspontjukról visszatértek s a sebészi beavatkozás indicatioját gondosabban állapitják meg.

Sonnenburg például 1895-ben minden diagnostizált appendicitis perforativánál azonnal műtétet tart szükségesnek, 1900-ban már ezt irja: „Die Ansicht, jeden perityphlitischen Anfall wegen der eventuell daraus entstehenden Gefahren sofort operativ behandeln zu wollen, wird von Chirurgen, welche viel Erfahrung auf dem Gebiet haben, heut zu Tage nicht mehr getheilt.“ Szerinte csak 4—5 nap mulva, ha a tünetek nem mutatnak egyenletes javulást, kell beavatkozni; a műtét nagyon veszélyes, mert a hashártya ilyenkor nagyon érzékeny a bakteriumokkal szemben.

A műtétnél legfontosabb, hogy az adhaesiokban a szabad hasűri hashártya elkerülésével operáljunk. Sonnenburgnak 150 a roham alatt operált appendicitis perforativa eseto közül 15 halálhoz vezetett.

A bemutatott esetnél figyelemreméltó, hogy kizárólag belgyógyászati kezelésben részesült, nem mert ez volt indikálva, hanem mert a beavatkozást a külső viszonyok nem engedték meg.

Az előadáshoz *Weinstock Armin* fűzött nehány megjegyzést. Szerinte a perityphlitis annál veszedelmesebb, minél gyakrabban lépnek fel a rohamok. Ezeknek gyakorisága teszi elsősorban indákáltta a műtétet.

Bartha János szerint az ismertetett eset oly súlyos volt, hogy itt a műtét, ha a kedvező fordulat be nem állt volna, elkerülhetetlenné vált volna.

2. Havas Imre (vendég) a biharmegyei közkórház beteganyagából egy **bőrbeteget** mutat be, a kinek arczán, nyakán, állán sajátságos bőrelváltozása van, a mely apró borsónyi, sőt ennél nagyobb framboesiaszerű bőrdaganatokból áll. A környezetben levő mirigyek duzzadtak. Az apró daganatok megnyitásánál azokból detritusszerű massa ürül ki. A betegség egy év előtt vette kezdetét s attól kezdve rohamosan fejlődött. A beteg cachexiás.

A kóros szövetek górcsői vizsgálata nélkül biztos kórisme nem állapitható meg. Előadó a bőrbetegséget mindenesetre *rosszindulatú daganatokból* állónak tartja.

Bartha János hasonló véleményen van s a betegséget a *bőr carcinomatosus elfajulásának* tartja.

Weinstock Ármin ezzel ellentétben a betegséget a *bőr sarcomájának* tartja.

3. Mayer László a városi főorvos távollétében *Nagyvárad ez évi augusztus havi közegészségügyi viszonyairól* tesz jelentést.

A jelentés szerint a viszonyok kedvezőbbek voltak, mint az előző hónapban. Szórványos typhus-esetektől eltekintve a közegészségügyi állapot elég jó volt. Az évi születési arányszám 36·5‰, halálozási arányszám 25·9‰ volt, csak a helybelieket tekintve 21·2%.

Kanyaróban megbetegedett 3 beteg, vörhenyben 5, hökhurutban 12, (elhalt 2), typhusban 18 (elhalt 4), tuberculosisban elhalt 17, bélhurutban 23 beteg.

Élve született 155 gyermek (31 törvénytelen), halva 6 (1 törvénytelen), 0—1 éves korig elhalt 33 gyermek (5 törvénytelen), 1—5 éves korig 14 (1 törvénytelen).

1901. október havi szakülés.

1. **Altmann Jakab** egy 67 éves férfibeteget mutat be, a kinek alsó és felső végtagjain szerinte **angioneurotikus alapon fejlődött bőrelváltozás** keletkezett. Gyakorlatában hasonló megbetegedést csak egy izben látott még.

A bemutatott beteg négy hét előtt került észlelés alá, a midőn gastrikus lázzal megbetegedett. A beteg a feltünő bőrelváltozás felől kikérdezve, azt adta elő, hogy annak első jelei már 16 év előtt mutatkoztak. Az elváltozott bőrrészek, a melyek az alsó és felső végtagokon nagy terjedelemben láthatók, sötétvörösek. E helyeken közelebbi megtekintésre megszámlálhatatlan felületes hajszálvéredény látható. Az élénk vörös helyeken ujjnyomásra a pirosság eltünik s helyette a bőrnek rendes fehér szine jelen meg. A régebben megbetegedett helyeken, igy a lábfejen s az alszár alsó részén, a foltok szennyes kékes-feketék, a minők a varicosus lábak szoktak lenni. A törd elváltozást nem mutat, bőre ép, rendes testszinű, illetőleg valamivel fehérebb. Egy régi heg helyén szintén ilyen. A foltok terjedőben vannak úgy az alsó, mint a felső végtagokon. A törzs, hát és az arcz szabad.

Előadó szerint lényegileg *telengiectasiáról* lehet szólni. Kicsinyben ezt a képet mutatják az anyajegyek, naevusok.

2. **Konrád Márk** egy a helybeli bábaképző-intézetben laparotomizált betegről tesz jelentést. A műtét **ovariotomia** volt, a melyet a 28 éves nőn négy hó előtt hajtott végre. A nő másfél év előtt szült utoljára ikreket, azóta hasa feltünő mérvben nő. Étvágytalan, hasában nyomást érez s állapota járásban, munkában gátolja, székletétnél fájdalmat érez. A vizsgálat a hasban két gyermekfejnyi, több nagy góczból álló, több rekeszű, rugalmas, egyes részeiben fluctuáló, más helyen tömött daganatot derített ki, mely mellett jobboldalt a méh érezhető, a melylyel kocsánynyal függ össze. Hüvelyvizsgálatnál jobb oldalt a daganat kocsányát lehetett tapintani. Jobboldalt volt tehát a cystoma ovarii. A hüvely középtág, a portio elongált, a méhüreg 12 cm. hosszú.

A műtétet chloroformnarcosisban a következő módon végezte: a hasmetszést, a medianmetszést valamivel a köldökön túl végezte, a nagy kiterjedésű, de laza adhaesiokat leválasztotta. A daganat ugyanis laza állhártyákkal volt körül odanőve. A dag kifejtése nem okozott nehézséget. Egy rekesz, a cystoma legfelső feszülő gócza ekkor megrepedt s közel két liter folyadék, barna colloid-anyag ömlött a hasűrbe. Ez bajt nem okozott, steril gaze-zel kitakarították. Az egész cystomát kiemelve, a kocsányt selyemmel lekötötte és levágta. A hasseb érczsodrony étage-varattal egyesittetett. A mélyebb varrások selyemmel eszközöltettek.

A gyógyulás nem teljesen per primam történt, mert a felső sebzúgban egy selyemfonál mentén kis genyedés állt be. Jelenleg szép linealis heg látható.

E műtétnél előadó arról győződött meg, hogy a cysták tartalma, a colloid-anyag, nem fertőző, a hasűrt és a sebet nem fertőzi, ha onnan kitakarítják.

A műtét részleteiről előadja még, hogy a peritoneum leválasztása könnyen sikerült. A szabaddá tett daganatot kiemelte, az egyes rekeszeket felszúrta, kiürítette s miután igy a daganat kisebbé lett, kocsányát lekötötte, átmetszette s azután utóbbit elsülyesztette. A beteg felvételnél cachectikus volt, a bemutatásnál már jó szinben van.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

1678/1902. kórházszám.

Jász-Nagy-Kún-Szolnok vármegye közkórházánál egy megüresendő s egy újonnan rendszeresitett **segédorvosi állás** lesz folyó évi október 1-jével betöltendő, melyekre ezennel pályázatot hirdetek. Javadalom: 1000 korona évi fizetés (egyik állásnál januártól előreláthatólag 1100 korona), butorozott lakás, fütés, világitás, tiszti élelmezés, mosás, kiszolgálás. A kinevezés két évre történik, de meghosszabbitható. Magángyakorlat (kivéve első segélyt és bejáró beteget) nincs megengedve.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, esetleg eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve, hozzám **f. évi november hó 6-dikáig** küldjék be. Később érkező folyamodványok nem vétetnek figyelembe.

Szolnok, 1902. évi augusztus hó 5-dikén.

3—1 *Papp Gábor* dr., igazgató-főorvos.

A temesvári „Fehér Kereszt“ egyesület szülészeti kórodáján és gyermekkórosztályán f. évi október hó elsejétől két évre betöltendő és esetleg újabb két évre meghosszabbitandó, 1000 korona fizetéssel, az intézetben levő szabad lakás, fütés, világitás, kiszolgálás és élelmezéssel javadalmazott **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A magyar nyelven kivül a román nyelvnek tökéletes birása feltétlenül szükséges.

A pályázni kivánó nőtlen orvostudorok oklevelükkel, netaláni kórodai, laboratoriumi vagy kórházi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt és a temesvári „Fehér Kereszt“ Egyesület igazgató tanácsához czimzett folyamodványaikat **f. évi augusztus hó 31-dikéig** hozzám küldjék be.

Temesvár, 1902. évi augusztus hó 1-jén.

2—1 *Tauffer Jenő* dr., a szülészeti kóroda főorvosa.

2394/1902. szám.

A vezetésem alatti **bpest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézetben** megüresedett **II-dik másodorvosi állásra**, a mely évi 1000 korona fizetés, szabad lakás, világitás, fütés és első osztályú élelmezés élvezetével van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Az 1883-dik évi I. t.-cz. 9. §-ának követelményeire való utalással felhivom mindazon orvostudor urakat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a belügyminister úrhoz czimzett, egy koronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevéllel, születési bizonyitványnyal és esetleg az eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat **folyó évi augusztus hó 23-dikáig** bezárólag hozzám nyujtsák be.

Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1902. évi julius hó 22-dikén.

3—2 *Oláh*, igazgató.

5258/V. 1902. sz.

Zólyomvármegye alispánjának megbizása folytán a **Beszterczebánya** szab. kir. város **uj kórházában** 1600 korona évi fizetés, természetbeni lakás, fütés és világitás élvezete mellett rendszeresitett **rendelőorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. II. pontjában előirt képesitést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványokat **folyó évi augusztus hó 10-dik ig** bezárólag Zólyomvármegye alispánjához kell benyujtani.

Besztercebánya, 1902. évi julius hó 20-án.

2—2 *Csesznák Gyula*, polgármester.

1378/fü. 1902. sz.

A szegzárdi kir. törvényszéki fogháznál megüresedett és évi 600 korona tiszteletdijjal javadalmazott **fogházorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A törvényes képesitettséget, valamint az 1894: 16,379. I. M. sz. rendelettel előirt törvényszéki orvosi képesitettséget igazoló pályázati kérvények ezen hirdetménynek a hivatalos lapban harmadszori megjelenésétől számitott **14 napon belül** hozzám nyujtandók be.

Pécs, 1902. évi julius hó 30-dikán.

A kir. főügyészség ideigl. vezetője:
Vizlendvay Imre dr., királyi főügyész-helyettes.

Egyéb üresedésben levő allas.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Aug. 14.	körorvos	Somberek	1200 k., 100 lakbér	Szinkovich fsz., Mohács
15.	körorvos	Taksony	600 k. és 300 k. úti á.	Uj István fsz., Galánta
20.	körorvos	Radosócz	1200 k. 400 k. úti fuvar	Lipovszky János szb., Holics
24.	közs. o.	Hegyeshalom	800 k. és lakás	Sötér szolgab., Rajka
25.	alorvos	Losoncz	600 k. és teljes ellátás	Draskóczy Ede főjegyz., Losoncz
25.	körorvos	Pánczél-Cseh	800 k. és 400 úti átal.	Szomody főszolgab., Csáki-Gorbó
szept. 1.	körorvos	Vág-Besztercze	1200 k.	Rada Ignácz főszolgb., Vág-Besztercze
1.	közs. o.	Darócz	1200 k. és lakás	Szabady Tivadar fősz. helyettes, Okland
—	fogházo.	Szegzárdi törv. fogház	600 k.	Dr. Vizlendvay Imre főügyészhely., Pécs
—	sebészo.	Sulinai tengerészeti kórház	8—10,000 frank és lakás	Európai Dunabizottság, Galatz

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.

UJ-TÁTRAFÜRED * Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

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

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

— **Mindig nyitva!** —

Dr. Fái Mátyás Miklós
rendelő orvos.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magánygyógyintézet. Felvétetnek férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hizlaló kúrák; tabeses betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetése alatt. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

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

—— **Prospectus kivánatra ingyen és bérmentve.** ——

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsöi és bacteriologia

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

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 vasas-víz: **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, pormentes, szélcsendes levegő, erdős-lankás vidék 300 méterrel a tengerszin fölött.**

Felvilágosítás és prospektus ingyen.

Lakásmegrendelések a gyógyhely-igazgatóságnál Gleichenbergben.

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.

Zambeletti-féle oldható vasarseniát

vérszegénység, sápkórság és kachexiák kezelésére.

Cseppek, labdacsok, injectiók.

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

A t. orvos urak kéretnek díjmentes minták végett a lerakatokhoz fordulni. Kérdezősködések a következő lerakatokhoz intézendők:

MAGYARORSZÁG: Dr. Budai Emil, Városi gyógyszertár, Váczi-utcza, BUDAPEST.

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

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

Kizárólagos képviselő és kiviteli vezérügynök Magyarország, Ausztria és Németország részére: **SCHLESINGER LEÓ, BUDAPEST.**

Gyógyszertár az „ANGYALHOZ"

Budapest, IX., Üllői-út 39.

A kir. magyar tudomány-egyetem klinikáinak gyógyszerszállítója.

·PURGO·

Kitünő ízű, páratlanul enyhe hatású hashajtó, a legkiválóbb orvos urak által rendelve, még csecsemőknek is adható.

Gyermekeknek a **„P. mitior"** (0·05) **ára 1 kor.** Felnötteknek a **„P. fortior"** (0·10) **ára 1 kor.** Fekvőbetegeknek a — **„P. fortior Fekvőbetegeknek"** — (0-50) p_2-phthalein tartalmú tabletták **ára 50 fillér.** Irodalom és minták ingyen és bérmentve.

Dionin

kitünő pótszere a codeinnak és morphinnak.

Largin

magas-százalékú ezüstfehérnyevegyület különösen a gonorrhoea és a szembántalmak kezelésében.

Jodipin

a jodkaliák bevált pótszere, különösen harmadlagos bujakórnál és görvélykórnál, továbbá asthmánál és emphysemánál.

Stypticin

bevált méhbeli haemostaticum.

Tannoform

kitünő adstringens és antidiarrhoecum.

Bromipin

új csillapító szer, különösen ajánlható ideges állapotok és epilepsia ellen.

Diphtheria-ellenes gyógyserum

Irodalom ingyen és bérmentve. ✱ államilag felülvizsgálva, 500- és 1000-szeres normal-egység. ✱ Irodalom ingyen és bérmentve.

E. Merck vegyi gyára, **Darmstadt**

Budapest, 1902. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenhatodik évfolyam. 33. szám. *Budapest, 1902. augusztus 17.*

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.

Fornet Elemér: Közlemény a budapesti általános poliklinika laboratoriumából. (Vezető: Vas Bernát dr. egyetemi magántanár.) Kisérleti adatok a glaubersótartalmú ásványos vizek befolyásáról az állati szervezet anyagcseréjére. 528. lap.

Ifj. Klug Nándor: Tuberculosis és hallószerv. 530. lap.

Kollarits Jenő: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) Egynehány reflex viselkedése egészségeseken és tabesben. 532. l.

Tárcza. Palotai Andor: A rák terjedése és az ellene irányuló németországi mozgalmak. 536. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Dalmady Zoltán**: A cytotoxinok. 537. lap. — *Könyvismertetés. Meige* et *Feindel*: Les tics et leur traitement. (Kollarits Jenő.) 537. lap. — *Lapszemle. Belgyógyászat. P. Marie* és *Guillain*: A capsula interna területére tett localisatiok. (—ts.) — *Sebészet. Coenen*: Kiirtott Gasser-dúczok szövettani vizsgálata. (Holzwarth.) — *Kessler*: Az ondóhólyagokon és környezetükön végezhető műtétek. (Holzwarth.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Beeler*: Europhen. — *Tendlau*: Hedonal. — *Folyóiratok átnézete.* 538—539. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Meghivó a második országos elmeorvosi értekezletre. — A legközelebbi tisztiorvosi vizsgák Budapesten. — Hirdetmény orvosnövendékeknek. — Iskolaorvosi cursus. — Pasteur szobra. — Fürdőink személyforgalma. — Hőgyes tanár Pasteur-intézete. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A nyitramegyei „Ágoston" közkórház. — A szabolcsvármegyei nyiregyházai „Erzsébet" nyilvános közkórház. — Lakásváltoztatás. — Megjelent. — Elhunyt. 540. lap. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti általános poliklinika laboratoriumából. (Vezető: Vas Bernát dr. egyetemi magántanár.)

Kisérleti adatok a glaubersótartalmú ásványos vizek befolyásáról az állati szervezet anyagcseréjére.

Irta: *Fornet Elemér* dr., marienbadi fürdőorvos, volt egyetemi belklinikai I. tanársegéd.

A régebbi időből származó egynémely anyagcserekisérlet és a klinikai észleletek bizonyos csoportjának értelmezése révén úgy az orvosi köztudatban, mint a szakirodalomban is nagy tért hódított ama felfogás, mely szerint kivált a konyhasó- és a glaubersótartalmú ásványos vizek a szervezetben a fehérjeforgalmat fokozzák. Különösen *Voit C.* ama kisérlete, melyben a konyhasónak bekebelezése után a kisérleti kutya hugyanykiválasztását fokozottnak találta, lön felhasználva arra, hogy a konyhasó-, a keserűsó- és a glaubersótartalmú vizeknek a fehérjeanyagcserét fokozó hatása kisérletileg is megállapítottnak elfogadtassék. *Weiske*, továbbá *Deha* — utóbbi chlorkaliummal emberen kisérletezett —, *Mering* keserűsóval végzett anyagcserevizsgálatai annyira összhangzásban voltak *Voit C.* már jól megállapítottnak vélt eredményeivel és következtetéseivel, hogy *Dubelir*-nek, *Mosler*-nek és *Markwald*-nak ellenkező kisérleti adatai sokáig figyelmen kivül hagyhatónak tekinttettek. Hazai szerzők közül *Vas B.* és *Gara G.* végeztek a lipiki égvényes forrás vizével anyagcserekisérleteket, melyeknek eredményét szintén a fehérjeanyagcsere fokozott voltának bizonyítására vélték alkalmasnak. *Dapper* a kissingeni és a hamburgi konyhasós vizekkel egészséges és beteg embereken kisérletezett, s úgy találta, hogy e vizek a szokásos, sőt annál nagyobb adagokban sem befolyásolják a N-kiválasztást oly módon, hogy abból a fehérjeanyagcserét fokozó hatásukra lehetne következtetni. Negativ eredményre jutott azon néhány esetben is, hol ezen vizeknek a húgysav napi mennyiségére gyakorolt befolyását tanulmányozta. A klinikai tünetek közül az észlelők azon jó hatásból, mely kivált a glaubersós vizek adagolása után a húgysavas lerakódásoknak — tehát a fehérje bomlástermékeinek — gyorsabb felszívódásában nyilvánul, véltek a szóban forgó ásványos vizeknek a fehérjeanyagcserét élénkítő voltára következtetni.

A mi a szervezet zsírállományára gyakorolt hatást illeti, a glaubersó- és a konyhasó-tartalmú ásványos vizek tekintetnek olyanokul, mint a melyek a zsírszövet fogyását lényegesen fokozni képesek. Ezen tétel felállítására és általános elfogadására részint a megfelelő gyógyhelyeken elért fényes eredmények, részint pedig *Zuntz*-nak és *Mering*-nek, valamint *Löwy A.*-nak kisérleti eredményei szolgáltak alapul. *Zuntz* és *Mering* kisérletei szerint ugyanis só-oldatok elfogyasztása után az élenyfogyasztás és a szénsavkilégzés növekedik. *Löwy A.* pedig kimutatta, hogy sós hashajtók az élenyülési folyamatokat átmenetileg egész 30%-ig képesek fokozni. Ezen hatás magyarázatára a glaubersós vizeknek az emésztő és a vérkeringési szervek működését élénkítő befolyását s így közvetve a caloriaszükségletet fokozó tulajdonságát, valamint a peristaltica gyorsítása folytán a tápláléknak egyúttal hiányosabb kihasználását szokás felvenni.

Az itt közlendő kisérleti sorozat czélja az volt, hogy anyagcserevizsgálat révén megállapítsam, vajjon mutatkozik-e a természetes glaubersós ásványos víznek az ép állati szervezet fehérjeanyagcseréjére és zsírszöveti elhasználására valamelyes specifikus hatása.

A fehérjeforgalom szemmeltartásakor nemcsak a bekebelezett és a kiválasztott összes nitrogenmennyiség magatartására, hanem

egyúttal a vizelettel távozó főbb N-tartalmú anyagoknak, a hugyanynak, a húgysavnak és az ammoniaknak egymás közötti arányára is tekintettel voltam. A vizeletben az eme meghatározások után fenmaradó N-mennyiséget a creatininre, továbbá xanthintestekre, hippursavra, festenyanyagokra s néhány ismeretlen vegyületre vonatkoztatva, mint N-maradékot tüntettem fel. Ismeretes, hogy a húgysav képződésére, kiválasztására s aránylagos mennyiségére vonatkozólag még keveset tudunk, s hogy az esetenként normálisan is mutatkozó, gyakran igen jelentékeny különbségeket az egyéni sajátságok vajmi keveset értelmező magyarázata alá kell subsummálnunk. S ha mégsem tartottam teljesen feleslegesnek emez anyagcseretermék magatartását a glaubersós víz fogyasztása közben s azon kivül összehasonlítólag meghatározni, tettem ezt azért, mert eme vizek épen oly bántalomnál használtatnak gyakran feltünő jó eredménynyel, melynél a húgysavképződés rendellenessége, illetve abnormis helyeken való lerakódása uralja a kórképet, értem a köszvényt. A húgysav szerepét a köszvénynél kisérletileg *Garrod* tanulmányozta először, s kisérletei, melyekre a köszvényelméletet alapította, azt mutatták, hogy a húgysav az ezen bántalomban szenvedő egyéneknél a vizelet útján, kivált a köszvényes rohamok idején, hiányosan üríttetik ki s a vérben felhalmozódik. *Garrod* eme kisérleteit a teljesen megbizhatatlan *Heintz*-féle módszerrel végezte, s azért bizonyító erővel annyival is kevésbbé birnak, mert nemcsak *Lécorché* és *Bauchard*, hanem jó módszerekkel *Spragne*, *Vogel* és mások is a köszvényes bántalom minden időszakában oly húgysavértékeket találtak, melyek a normálistól nem tértek el. *Pfeiffer E.* kisérleti eredményeiből ugyan azt következteti, hogy a typusos, de állandó anatomiai elváltozást nem mutató köszvénynél a húgysav kiválasztása kevesbbedett, míg az idült, nem typusos köszvénynél fokozódott, de ha kétségtelenül helytelen számítási módszerét helyesbítjük, eme szerző adatai is csak a normális húgysavkiválasztás keretében mozognak. *Pfeiffer E.* szürőkisérletei már nyilván csak történeti értékkel birnak. Ismeretes, hogy *Kolisch* a köszvény kóroktanában az alloxurtestek megszaporodott voltát szerepeltette, eme felvétel helyessége azonban sem a kisérleti eredmények, sem az elmélet által beigazolást nem nyert. Úgy, hogy azt kell mondanunk, miszerint a vizelet vegyi tulajdonságai — még ha a hugyanynak és a húgysavnak egymás közt való arányára is tekintettel vagyunk — semmi jellegzetest a köszvényes bántalomra nem mutatnak. Az itt elmondottakkal kapcsolatban még megjegyezni kivánom, hogy a köszvény nyilvánulásának magyarázatául szolgáló elméleteknek, melyek közül a legtöbb a húgysavval telített vérre *(Garrod, Ebstein, Bouchard, Pfeiffer)* helyez súlyt, míg *Noorden* a szöveteknek valamelyes helyi fermentum behatása alatt ott helyben húgysavvá való átalakulását veszi fel, egyike sem nyugszik biztos alapon.

A húgysavkiválasztás tanulmányozása közben arra voltam tekintettel, hogy vajjon nem észlelhető-e a glaubersós víz behatása alatt ép állati szervezetben oly körülmény, mely kóros esetekben a húgysavas lerakódásoknak az ivókúrák alatt biztosan megállapított gyorsabb felszívódását megmagyarázhatná.

A glaubersós víz használatának a szervezeti zsírszövetre gyakorolt hatását ezen huzamos tartamú kisérlet alatt nem az élenybelégzés és a szénsavkiválasztás meghatározása által ellenőriztem, hanem erre a testsúly ingadozásából következtettem az előzőleg már huzamosabb ideig nitrogenegyensúlyban és testsúlyállandóságban (caloriaegyensúly) tartott állatnál, a megfelelő egyéb elővigyázati rendszabályok lehető legpontosabb betartása mellett. Ezen kisérleti eljárás az élenyülési folyamatoknak aránylag mindig csak rövid tartamú meghatározásával szemben nézetem szerint jelentékeny előnyökkel bir s biztosabb következtetésekre jogosít.

A kisérleti berendezés a következő volt. A növekedésben már teljesen megállapodott, lemért súlyú hím kutya egy az ürülékek felfogására alkalmas szekrénybe helyeztetett. A pontosan lemért súlyú táplálék, mely sovány húsból és rizsből állott, N-tartalmára vegyelemeztetett. A 24 órán át gyüjtött vizelet mennyiségéhez hozzáadatott naponta a catheterrel nyert részlet. A vizeletben foglalt összes nitrogen (Kjehldal szerint), hugyany (Mörner-Sjöqvist szerint) és húgysav (Folin szerint) naponta, az ammoniak (Schlösing szerint) több napi arányos mennyiségből, a bélsárban foglalt N pedig a megfelelő kisérleti szakasz alatt kiürített anyagból határoztatott meg.

Mintegy három heti előzetes kisérletezés után sikerült a kisérleti állatot nemcsak N-egyensúlyba, hanem caloriaegyensúlyba is hoznom, mert a fenti berendezés mellett erre a testsúly állandóságából biztosan lehet következtetni. Ekkor egy hétig gyomorsondán át naponta 200 gramm marienbadi Ferdinandsbrunn-vizet, azután ismét egy hétig 300 gramm Ferdinandsbrunn-vizet adagoltam. Végül öt napig ismét glaubersós víz adagolása nélkül vizsgáltam az anyagcserét. A testsúly mindenkor a catheterezés és a defaecatio után lön meghatározva.

A következő táblán az összes adatok fel vannak tüntetve.

Kisérleti nap	Nitrogen a táplálékban	A vizelet napi mennyisége	Nitrogen a vizeletben: összes N	N a hugyanyban	N a húgysavban	N az ammoniakban	N maradék	Nitrogen a bélsárban	N a vizeletben + a bélsárban	Jegyzet
			I. Időszak.							
1	5·37	420	5·07	4·15	0·15	0·48	0·29	0·22	5·29	Testsúly 6350 g.
2	5·37	400	5·13	4·20	0·20	0 46	0·27	0·22	5·35	
3	5·37	410	5·09	4 13	0·18	0·46	0·32	0·22	5·31	
4	5·37	380	5·10	4 22	0·13	0·46	0·29	0·22	5 32	
5	5·37	420	5·13	4·22	0·15	0·46	0·30	0·22	5·35	Testsúly 6355 g.
			II. Időszak.							
6	5·40	630	5·69	4·60	0·22	0·30	0·57	0·26	5·95	Testsúly 6355 g.
7	5·40	610	5·56	4·50	0·33	0·30	0·43	0·26	5·82	
8	5·40	580	5·13	4·20	0·15	0·30	0 38	0·26	5·39	
9	5·40	600	5·15	4·54	0·15	0·28	0·16	0·26	5·41	
10	5·10	610	5·08	4·27	0·21	0·28	0·32	0·26	5·32	
11	5·40	580	5·22	4·29	0·20	0·28	0·45	0·26	5·48	
12	5·40	590	5·15	4·47	0·19	0·28	0·21	0·26	5·41	Testsúly 6250 g.
			III. Időszak.							
13	5·42	610	5·17	4·25	0·17	0·28	0·47	0·28	5·45	Testsúly 6240 g.
14	5·42	625	5·02	4·30	0·16	0·26	0·26	0·28	5 30	
15	5·42	600	5·15	4·13	0·22	0·26	0·54	0·28	5·43	
16	5·42	615	5·09	4·27	0·19	0·26	0·37	0·28	5·37	
17	5·42	590	5·08	4·32	0·19	0·26	0·57	0·28	5·36	
18	5·42	580	5·12	4·31	0·21	0·40	0·20	0·28	5·40	
19	5·42	610	5·10	4·24	0·18	0·40	0·28	0·28	5·38	Testsúly 6085 g.
			IV. Időszak.							
20	5·42	590	5·12	4·22	0·18	0·40	0·32	0·21	5·33	Testsúly 6080 g.
21	5·42	520	5·24	4·17	0·22	0·40	0·45	0·21	5·45	
22	5·42	460	5·25	4·26	0·20	0·40	0·39	0·21	5·46	
23	5·42	430	5·18	4·22	0·16	0·42	0·38	0·21	5·39	
24	5·42	450	5·20	4·31	0·19	0·42	0·50	0·21	5·41	Testsúly 6075 g.

Ha már most a fenti táblázat adatait áttekintjük, úgy azt látjuk, hogy a glaubersós víznek adagolása a szervezet N-egyensúlyát nem befolyásolta. Eltekintve ugyanis a glaubersós víz használatának első két napján mutatkozó, némileg fokozódott N-kiválasztástól, mely azonban a szervezetnek a növekedett diuresis által okozott kilugozásában teljes magyarázatot nyer, a bevétel és a kiadás tételei a kisérleti hibák igen szük határain belül fedik egymást. S emez eredmény annyival is inkább szembeötlő, mert nemcsak aránylag nagy mennyiségü glaubersós víz kebeleztetett be, hanem azért is, mert a N-egyensúly zavara még a beállott testsúlycsökkenés daczára sem mutatkozott, holott tudjuk, hogy ez ily alkalommal még glaubersós víz fogyasztása nélkül is elég gyakran jelentkezik. Arról tehát, hogy a glaubersós víz — mely a marienbadi források között a legerősebb, s melynek glaubersó-tartalma még egyszer annyi mint a karlsbadi forrásoké — esetünkben a fehérjeszétesést fokozta volna, szó sem lehet. S eme kisérleti adat jó összhangzásban is van a mindennapi tapasztatattal, mely azt mutatja, hogy megfelelő táplálkozás mellett a szervezetnek fehérjeállománya a rendszeres glaubersós vízkúrák folyamán nemcsak érintetlenül marad, de legyengült szervezetekben akárhányszor igen könnyen fokozható is, s így a fehérjeanyagcsere fokozásáról szóló legendának nemcsak ezen és más

kisérletek, hanem az orvosi gyakorlatban szerzett tapasztalat is ellene szól. Nem habozom ezek után kijelenteni, miszerint mindazon esetekben, a melyekben a hasonló összetételü ásványos vizekkel végzett kisérletekből a fentiekkel ellenkező következtetések lőnek levonva, az adatok értelmezését hibásnak tartom. Félreértések kikerülése végett azonban megjegyzem, hogy a fehérjeanyagcsere specifikus fokozása alatt, úgy mint mások is, csupán azt értem, ha valamely ásványos víz a szervezet caloriaegyensúlya mellett képes a fehérjeszétesést fokozni.

A köszvényes göböknek a glaubersós ivókúrák alatt észlelhető gyorsabb felszívódása ezen és más kisérleti adatokkal szemben úgy volna magyarázható, hogy eme ásványos vizek a húgysavas lerakódásokra oldó és kilugozó hatással vannak, a mi mellett még a tapasztalat szerint az is valószinü, hogy a szervezetben az abnormissá vált sejtmüködést a normalis anyagcsere értelmében befolyásolják.

A nitrogentartalmú anyagok egymás közt való aránya a vizeletben a glaubersós víz használata által csak kevéssé befolyásoltatott. Az egyes időszakok alatt nyert értékeket összeadva, azt találjuk, hogy a hugyany százalékos aránya a vizelet összes N-jéhez az I. időszakban 81·3%, a II. időszakban 83·8%, a III. időszaban 83·2%, a IV. időszakban 81·5% volt. Az értékek általában alacsonyak, a mutatkozó ingadozások pedig a normalis kereten belül mozognak. A húgysav százalékos aránya a vizelet összes N-jéhez viszonyítva az első időszakban 3·1%, a II. időszakban 3·9%, a III. időszakban 3·7%, a IV. időszakban 3·7% volt. Egyedül az ammoniak magatartása mutat a víz hatása alatt lényeges változást. Míg ugyanis az I. és a IV. időszakban mennyisége a vizelet összes N-jéhez viszonyítva 9·0%, illetve 7·8%-ot tesz ki, addig ezen érték a II., illetve a III. időszakban 5·4% és 5·9%-ra száll alá. Eme magatartás magyarázatául szolgál az a körülmény, hogy aránylag nagy mennyiségü alkaliák bekebelezése által részben ezen anyagok szolgáltak a szervezetben keringő savak megkötésére, s hogy így a fehérjebomlásból származó ammoniak nagyobb része alakulhatott át egyéb termékekké, első sorban hugyanynyá. Mint látható, a kiválasztott ammoniakértékekben mutatkozó különbözet azonban nem esik tisztán a hugyany javára.

A szervezeti zsírszövetnek a glaubersós víz adagolása következtében történt megfogyatkozása kisérletemben kétségtelen. Tekintve ugyanis azt, hogy a kisérleti állat előzőleg már huzamosabb ideig testsúlyállandóságban volt, s aránylag bőséges N-tartalmú táplálék mellett mindvégig N-egyensúlyban is maradt, tekintve továbbá azt, hogy az említett rendszabályok mellett végzett kisérleti berendezés alkalmazásával a mutatkozó súlyveszteség más, a szervezetben levő anyagnak elvesztése által egyáltalán nem magyarázható: azt csakis a zsírszövet megfogyatkozására kell vonatkoztatni. Ezen hatás magyarázatául felveszem, hogy a glaubersós víz az emésztési és esetleg a vérkeringési szervek élénkebb müködtetése s a tápláléknak hiányosabb kihasználása által a szervezetet caloriadeficitbe hozta, s így a szükségelt hőmennyiség pótlását a zsírszövet elégetése által eszközölte.

A nyert adatok eredményét összegezve tehát azt mondhatjuk, hogy a glaubersós víz kisérletünkben

1. A szervezeti zsírszövet megfogyasztása által súlyveszteséget idézett elő.

2. A fehérjeanyagcserét nem fokozta.

3. A fehérjéknek bomlástermékei közül a vizelet útján kiürülő ammoniak mennyiségét csökkentette, s a hugyany mennyiségét valamivel növelte. Fel kell vennünk, hogy a glaubersós vizeknek a köszvényes lerakódások felszívódására mutatni szokott jó hatása a kórosan felhalmozódott húgysavnak és a húgysavas sóknak kilugozásában áll.

* * *

Igen kedves kötelességet teljesítek, midőn Vas B. dr. egyetemi magántanár úrnak lekötelező szíves előzékenységéért, melylyel laboratoriuma bőséges eszközeit rendelkezésemre bocsátva, e munkálat kivitelét lehetővé tette, e helyen is őszinte, hálás köszönetet mondok, valamint azon érdeklődéséért is, melylyel vizsgálataimat mindvégig kisérte.

Tuberculosis és hallószerv.

Irta: Ifj. *Klug Nándor* dr., kórházi főorvos.

(Vége.)

Mindezekből vonja azután le *Bezold*, igen érdekesen, következtetéseit. Ezeket szeretném röviden tárgyalni, mert bár nagyrészt ismeretesek, mégis sok érdekkel birnak. *Bezold* fenti észleleteiből ugyanis azt következteti, hogy nem egyedül a bacillus hatása az, a melynek a szövetek, a fentebb leirt reactio jelenségek nélkül, áldozatúl esnek, de hogy ennek okát az organismusban is kell keresni. Részemről hozzátenném még azt is, hogy ennek oka az illető egyén korában is keresendő, a mennyiben felnőtt egyénnél a reactio hiánya gyakoribb jelenség, mint gyermekeknél; erre tanitottak saját észleleteim, de e mellett bizonyitanak *Bezold* szavai is, ki maga is említi, hogy a gümős invasiora reactios tüneteket mutató esetei többnyire scrophulás gyermekek voltak. Saját, a Stefánia gyermekkórház anyagán tett tapasztalataim is azt bizonyitják, hogy a reactio-képesség, a gyógyulási hajlam épen a gyermekkorban tetemesen nagyobb; ezeknél többször láttam a gümős fülgenyedések lefolyását reactios tünetektől kisérve, mint felnőtteknél, és kisebb beavatkozásra is már szép gyógyeredményeket észleltem.

Bezold további fejtegetéseiben felemliti ama észleleteket, melyek azt bizonyitják, hogy több körülmény összejátszásából magyarázhatjuk meg ama csökkent ellenálló képességet, melylyel phthisikusok rendelkeznek.

Ily kezdődő phthisises fülbajok oly korán léphetnek fel, midőn a tüdőbeli folyamat még alig mutatható ki. Ily esetekben, mikor tehát az általános táplálás még alig szenvedett, és mégis a reactios tünetek, a granulatio képződés stb. nem áll be, vagy csak felette renyhén, *Bezold* szerint fel kell venni egy veleszületett vagy szerzett diathesist, mely a szervezetet a belejutott ártalmak ellen kevésbbé resistenssé teszi. Magam nagyobb szerepet tulajdonitok a szerzett diathesisnek, mint a veleszületettnek épen a fentebb jelzett tapasztalataim folytán, minthogy gyermekeknél még megvannak ama védőfolyamatok (reactiok), melyek egészséges szövetek rendelkezésére állanak, és gümős szövetekben felnőtteknél inkább hiányzanak. Úgy látszik a gyermekek nagyobb többségében eme diathesis még nincs meg és ezt csak később szerzi meg, avagy latensan lévén benne, csak későbbi években lép előtérbe, de a fiatal szervezet a behatásokra még prompt reagál a maga védő folyamataival, a gyógyulásra az intentio megvan, csak elő kell segiteni, csak meg kell ragadni az energikus, esetleg mütéti beavatkozás kellő pillanatát, hogy a gyógyulás be is álljon. Igy tapasztaltam magam azt az esetek nagyob többségében gyermekanyagomon és csak kevés esetben láttam majd teljes reactionélküliséget, a védőfolyamat e hiányát.

Bezold[9] fejtegetéseiből végül a következő conclusiokat vonja le: „a hallószervben levő chronikus folyamatok"-nak, melyek progrediáló és destructiv jellegüek, mint prototypja az otitis phthisica szerepelhet, melyarra figyelmeztet minket, hogy ily folyamatoknál nemcsak a localis elváltozásokra figyeljünk, de az egész szervezet viszonyait is tartsuk szem előtt. Mi azonban a fentebb leirt védőfolyamatok becsét is csak akkor tanuljuk megismerni, ha látjuk, mily segély nélkül áll az az organismus, mely ezeket nélkülözi.

Az otitis phthisica prognosisa az esetek túlnyomó többségében rossz, infaust. Spontan gyógyulás igen ritka, és ily esetben kérdéses, vajjon gümős fülfolyással volt-e dolgunk, avagy gümősen megbetegedett egyénnek volt-e fülfolyása? Azon esetekben pedig, midőn gyógyulás áll be, az a legritkább esetben tökéletes és igaza van *Jansen*-nek,[28] ha azt mondja, hogy ezek többnyire nehéz hallás és dobhártyadefectus visszamaradásával gyógyulnak. *Milligan*[26] véleménye szerint a prognosis annál súlyosabb, minél fiatalabb az illető egyén, főleg a serdülő korban. Gyógyulás még leginkább a cariosus részek eltávolitásával érhető el, ha a tüdők szabadok. Hallottam, hogy kezdődő csúcshurutokat láttak visszafejlődni idejekorán végzett mütétek után, míg ellenkezőleg, ha a tuberculosus folyamat a tüdőkben csak némileg is előre volt haladva,

a legrosszabb prognosis áll fenn, sőt az ilyenkor végzett műtét mintegy siettetni látszik a tüdőbeli folyamat kifejlődését. *Lermoyez*[27] is ama nézetének ad kifejezést, hogy a phthisikusokat műtéttel kínozni felesleges, mert eredményt velük úgy sem érünk el és a már úgy is elgyengült és szenvedő betegnek csak még több fájdalmat, szenvedést okozunk. Magam is azt a nézetet vallom és követem, hogy előrehaladt tüdőbeli folyamatoknál conservativ kezelés mellett tartom felügyelet alatt a beteget. Saját tapasztalataim is azt bizonyítják, hogy ellenkező esetben műtéttel szép eredményeket érhetünk el. Ép úgy határozottan állíthatom, hogy jók a műtéti eredmények mindazon esetekben, hol a gümős fülmegbetegedés csont- vagy mirigytuberculosissal kapcsolatban lép fel. Gümős otorrhoeát a lefolyt évben 7 esetben operáltam; halál egy esetben állt be, hol a tüdőfolyamat igen előrehaladt volt, és hol a műtétet egyéb kényszerítő javalat miatt kellett végeznem, az exitus itt tüdőtuberculosis és leptomeningitis következtében állott be. Egyik betegem a javulás útján még most is kezelésem alatt áll, míg a többi 5 teljesen gyógyult. Ez utóbbi 5 közül 4 csont- és mirigygümőkóros gyerek multiplex cariessel, melyek ma is fennállanak és daczára ennek sikerült a cariosus csontrészek és beteg nyálkahártyák eltávolításával a visszamaradt ür epidermizálását elérnem. Ezért hiszem, hogy ily gyermekeknél idejekorán beavatkozva, gyógyulást érhetünk el és ilyeneknél a prognosis sem oly súlyos. Némi befolyást gyakorol a prognosis felállítására az is, hogy hol van a cariosus csont székhelye; erre nézve *Lermoyez* nézetét közölhetem, úgy mint azt tőle, annak idején, midőn kórházában dolgoztam, hallottam: szerinte aránylag jobb prognosist nyujtanak azon esetek, hol a recessus epitympanicus falában van a caries; igaz úgyan, hogy ez is sok veszélyt rejt magában, hiszen közel fekszik már a középső agygödörhöz és genyretentiók így könnyen infectiohoz vezethetnek; rossz prognosist nyujtanak ama esetek, hol a labyrinth cariese következett be, mert eltekintve az utána beálló süketségtől, igen veszélyes a folyamat, minthogy az ideg mentén tova terjedve, könnyen vezethet cerebralis complicatiokhoz, meningitisekhez. Végül legsúlyosabbak ama esetek, hol az egész sziklacsont cariese van jelen.

A gümős otorrhoea kezeléséről szólva, sok újat és biztatót nem mondhatunk. A kezelés maga általános és helybeli kell, hogy legyen. E kettő együttes alkalmazásával egyes esetekben némi eredmények elérhetők. Az általános kezelés itt is az lenne, mint egyéb gümős megbetegedéseknél. Igy már *Bobone*[8] ajánlja például általános kezelés gyanánt a klimatikus gyógyhelyet, de hozzáteszi, hogy ez csak támogatja a helyi beavatkozásokat. *Urbantschitsch*[22] ugyanezt mondja, midőn felemlíti, hogy ilyen igen makacs fülfolyás minden direct kezelése igen sok esetben hiábavaló, mindaddig, míg emellett nem jut a beteg kedvező klimatologiai viszonyok közé. Ily betegek első és fökelléke szintén a friss, csiramentes levegő, mely hathatós támogatója a helyi kezelésnek. E mellett nagy gond fordítandó a szervezet jó táplálására, tejjel, tojással, hússal, szóval fehérjedús anyagokkal. *Milligan*[20] különféle tonizáló szereket ajánl: így syrupus ferri jodatit, csukamájolajat és így tovább. A tuberculin-injectiokat szintén megkisérlették, így *Bezold*, *Schwabach*, *Zarniko* is, de teljesen eredménytelenül.

A helybeli kezelés háromféle lehet, úgymint: conservativ, vegyes (mixte), ebbe a categoriába tartoznak a kisebb, hallójáraton át történő művi beavatkozások, és végül operativ eljárás.

Conservativ eljárásunk többé-kevésbbé itt is olyan, mint a többi fülfolyásoknál, elsősorban is gondoskodnunk kell a lefolyás szabad voltáról, a geny kellő kitisztításáról és végül az antiseptikus anyagok odaviteléről. Ez utóbbi szerek egész hosszú sora használatos ez esetekben is, ép úgy, mint más eredetü otorrhoeáknál. Ilyenek gyanánt ajánlják a jodolt, *Milligan*[20] a jodoformot, sarjakra a zincum chloratumot, chromsavat, *Lermoyez* a hydrogenium hyperoxydot, melynek desinficiáló és tisztító hatása egyaránt érvényesül. Mások ajánlják a xeroformot, bioformot, airolt beporzásoknak, vagy a jodoformnak butyrum cacaoval keverve pálczika alakot adatnak, ezt így vezetik be a dobüregbe, mely ott lassan széjjelmenve hosszabb ideig hat be a dobüreg felületére, mint az egyszerü poralakban való befúvásnál.

A vegyes (mixte) eljáráshoz tartoznak ama kisebb beavatkozások, melyeket a külső hallójáraton át végezhetünk, így pl. nagyobb polypusok kiirtása, esetleg egyes megközelíthető csontrészletek kikaparása. Ide tartozik az egyes hallócsontok eltávolítása is. Vannak esetek — ritkábban ugyan —, hol, mint fentebb már említettem, csupán csak egyes hallócsontok cariosusok, a mikor ezek eltávolítása után beáll a gyógyulás, és így ily úton néha kitünő eredményeket érünk el. *Lermoyez* e beavatkozásról a legnagyobb elismerés hangján beszélt nekem, midőn néhány így gyógyult esetét mutatta.

Harmadik módja a helybeli kezelésnek a műtéti eljárás. Igen eltérítene tulajdonképeni tárgyamtól, ha részletesen akarnám e műtét mibenlétét és technikáját tárgyalni. Összes gyógyeljárásaink között természetesen ez a legradicalisabb, de a legszebb eredményeket is adja. Ezen eredményekre némileg már reá mutattam ott is, hol a gümős fülfolyás prognosisáról szólottam. Ez eljárás a középfülüregek szabaddá tételében, a cariosus részek eltávolításában áll. Hogy az így nyert gyógyulási eredményeink a legkedvezőbbek, ma már általánosan el van ismerve, és legtöbben hangsúlyozzák ama gyógyulást, melyet ily úton gyermekeken tudunk elérni, melyről magam is a már fentebb jelzett eseteimben meggyőződhettem. A gyógyeredmény természetszerüleg annál jobb, minél korábban történik a beavatkozás, minél kevésbbé mélyek a roncsolások, és ép azért ily esetekben a műtét ok nélküli kitolása csak a beteg kárára szolgál.

Az operatio indikált *Politzer*[12] és *Brieger* szerint mindama középfültuberculosis-esetekben, midőn a tüdőgümőkór még nem haladt előre és a sziklacsont cariosus folyamata biztos. Ily esetekben nemcsak localis gyógyulás érthető el, de esetleg javulhat a tüdő állapota is, a műtét után az egész szervezet ereje növekedvén — miután az organismusból egy beteg gyengítő részt kiküszöböltünk —, és így ellenálló képessége is nagyobbodik. Ellenkezőleg azonban, előhaladt tüdőgümőkórosak eseteiben a műtét hiába való, dyscrasiás, lefogyott egyéneknél az operatio, ha egyáltalán szóba kerülhet, legfeljebb mint palliativ eljárás számíthat. Ilyen egyéneknél a necrotizáló folyamat a műtét daczára nem áll meg, feltartóztathatlanul halad előre.

E műtéti beavatkozás eredménye, a mint azt már említettem, első sorban attól függ, vajjon elég korán végeztetik-e az illető betegen? A mennyire szomorú prognosist nyujtanak az elkésve kezünk alá került ily betegek, annyira igazán meglepő szép eredményeket érhetünk el olyanoknál, kik idejekorán keresik fel a szakértő orvost. Ezért is tartom helyesnek, ha a betegek, a közönség figyelmeztetve lesznek arra, hogy, a mint fülfolyást észrevesznek, azonnal forduljanak orvoshoz, ki a betegséget megfigyelve, a fentebb részletesen említett tünetekből — a folyás minőségéből, mennyiségekből, otoskopikus képből és így tovább — tudja a kellő pillanatban a szükséges, ha kell radicalis, még nem késő beavatkozást megtenni. Főleg gyermekeknél láttam, hogy ott, hol az eset még nem volt elhanyagolva és az idejekorán került kezelésre, a fenti eljárásokkal még elég jó gyógyeredményeket lehet elérni. A néhány gyógyult eset mindig arra biztat, hogy ott a hol csak lehet, ne késsünk a gyógykezelés szigorú és pontos végzésével, hogy így az úgy is rossz prognosisú megbetegedést legalább némileg igyekezzünk megkönnyíteni, esetleg javítani és gyógyítani.

Végül szabadjon még néhány szót mondanom ama óvatossági szabályokról is, melyek a fül gümős megbetegedésével kapcsolatban állanak. Minthogy ezek legnagyobb része teljesen magától értetődő dolog, csak rájuk akarok mutatni, a nélkül, hogy őket hosszasabban tárgyalnám. Elsősorban — a mint már előbb említettem — keresse fel az ily beteg az orvost, és tudja meg, mily nagyon hibás ama széles körben elterjedt felfogás, miszerint a fülfolyás a rossz nedvek levezetésére szolgál, és majd eláll magától, a mint erről nem egyszer győződtem meg, mert ha kérdeztem a beteget, miért jön bajával — vagy beteg gyermekével — oly későn, hogy aligha lehet rajta segíteni, azt a feleletet kaptam tőle: „Azt hittem tisztul a fejem, vagy azt hittem, tisztul a gyerek“. Értessük meg az ily beteggel, hogy baja igen komoly, mely, ha nincs állandó szakfelügyelet alatt, könnyen vezethet súlyos következményekhez, süketséghez, sőt életveszélyes folyamatokhoz. Ha ily betegekkel

vattát hordatunk a fülben, ki kell tanítani, miként bánjék a vattájával; kioktatandó az ily beteg, hogy hányszor cserélje ki azt naponta; ne dugja túl mélyen, hogy esetleg aztán nem tudván kivenni, azt higyje, kiesett a füléből, míg az esetleg a mélyben napokig is elheverhet; meg kell tanítani az ily beteget, hogy a kivett már használt vattát égesse el, dobja tüzbe, és ne dobálja el az utczán, vagy otthon a lakásában, miáltal a genynyel teleivódott vatta a fertőzés tovavitelében részes lehet. Erre főleg a szegényebb néposztály betegei és a gyerekek figyelmeztetendők. A szülők figyelme felhivandó arra, hogy ily irányban ügyeljenek a gyermekekre, kik részint rosszaságból, részint mert zavarja őket, kiszedik a fülbe dugott vattát, és a hol épen vannak, ott dobálják el. Mindeme kellemetlenségek elkerülése természetesen legegyszerűbben úgy érhető el, ha a betegekkel a fülben vattát egyáltalán nem hordatunk. Úgy hallottam, hogy *Siebenmann* Baselben eme eljárást követi és betegeivel soha sem hordat vattát, a minek káros voltát eddig még egyszer sem látta. Nálunk még igen elterjedt a betegekkel való vattahordatás a fülben, és bár magamnak ez irányban tapasztalataim még nincsenek, de meggyőződésem, hogy ma sok esetben feleslegesen hordatjuk betegeinkkel a fülben a vattát, hol annak elhagyása kártékonyan nem hathatna. Ha *Siebenmann* nézetét követjük ily gümős esetekben, mindenesetre elkerüljük azt, hogy a vatta, mint a fertőző virus tovavivője szerepelhessen.

A másik igen gyakori és így számottevő eljárás a fül kifecskendezése, azért röviden kitérek erre is. Első és födolog, hogy orvosi rendelet nélkül a beteg fülfecskendőt ne használjon. Részemről betegeimnek fülfecskendő helyett gummiballont adok a kezükbe, melylyel nem sérthetik meg fecskendezés közben a hallójáratukat, esetleg a középfület. A fecskendő avagy ballon tisztántartására a betegek ép úgy betanítandók, mint arra is, hogy a fecskendezésre használt folyadékot felforralják és úgy hagyják lehülni. Figyelmeztetendők a betegek, hogy a visszafolyó folyadék ne frecscsenjen szét a szoba padlójára vagy a beteg ruházatára, hogy az arcz, fül nedvessége tiszta, csupán e czélra használt törlővel le legyen jól törülve. A visszafolyt folyadék kiöntése ne történjék csak egyszerűen ki a szabadba, az udvar kövezetére, a mint azt kisebb vidéki helyen magam is láttam, de öntsék legalább is a csatornába ott, a hol jó csatornázás van, hol nincs, az árnyékszékbe. Egyáltalában a legnagyobb, a pedantériáig menő tisztaság a beteg részéről, a vizsgálati és kezelő eszközök pontos sterilizálása az orvos részéről megkövetelendő.

Ezek és ehhez hasonló utasítások megadását, szem előtt tartását szükségesnek vélem. Elismerem, hogy a gümős megbetegedés tovavitelénél a fül részéről történő fertőzés igen ritka, de kizárva egyáltalában nincs, és ha a fentiek szem előtt tartásával csak egy-kétszer akadályozzuk is meg a betegség tovaterjedését, már is nagy szolgálatot tettünk az emberiségnek.

Irodalom. 1. *Grisolle:* Revue médical franc. et étrang. 1837. — 2. *Nélaton*: Recherches sur l'affection tubercul. des os. Paris, 1837. — 3. *W. Wilde:* Practical observation on aural surgery. 1853. Német fordítás *Haselberg*-től. 1855. Göttingen, H. G. Wigand. — 4. *Schwartze*: Pathologische Anatomie des Ohres. 1878. — 5. *Politzer:* Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 1. kiadás. — 6. *Habermann J.*: Ueber die tuberculöse Infection des Mittelohres. Zeitschrift für Heilkunde. 6 k. — Ugyanő: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Tuberculose des Gehörorgans. Ugyanott, 9. k. — 7. *Hegetschweiler J.*: Die phthisische Erkrankungen des Ohres auf Grund von 39 Sectionsberichten *Bezold's*. Bergmann, Wiesbaden, 1895. — 8. *Bobone*: Sopra alcune osservazioni di otite media purulenta nella tisi. 1882. — 9. *Bezold*: Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. Bergmann, Wiesbaden, 1895. — 10. *Barnick O.*: Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge des mittleren und inneren Ohres. Arch. f. Ohrenhk. 40. k. — 11. *Stacke:* Statistischer Bericht über die in der Poliklinik für Ohrenkranke zu Halle a/S. vom 15. Oktober 1882, bis 15. Oktober 1883 untersuchten und behandelten Fälle. Arch f. Ohrenhk. 20. k. — 12. *Politzer:* Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Enke. Stuttgart, 1901. 4. kiadás. — 13. *Preysing H.*: Multiple tuberculöse Tumoren am Schädel und in beiden Trommelhöhlen. Zeitschrift f. Ohrenhk. 32. k. — 14. *Gomperz B.*: Beiträge zur patholog. Anatomie des Ohres. Arch. f. Ohrenhk. 30. k. — 15. *Friedrich P. E.*: Rhinologie, Laryngologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgem. Medicin. Leipzig, W. Vogel. 1899. — 16. *Voltolini:* Tuberkel-bacillen im Ohre. Monatschrift. für Ohrenheilkunde etc. 1884. 1. f. — 17. *Eschle*: Tuberkel-bacillen in dem Ausflusse bei Mittelohreiterungen von Phthisikern. Deutsche Med. Wochenschrift, 1883. 30. sz. — 18. *Nathan J. S.*: Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen bei Otorrhoea. Deutsch. Arch. für klin. Medic. 35. k. — 19. *Krause*: Tuberkulose der Knochen und der Gelenke. Leipzig, 1891. — 20. *Milligan W.*: Tuberculous disease of the mucous membran of the middle ear and its adnexa; an experimental investigation. Brit. Medic. Journal. 1895. II. 1223. lap. — 21. *Ferreri Gh.*: Sulla diagnosi della tuberculosi nelle suppurazione croniche dell orechio. Arch. italian. di otolog. etc. X. kötet. — 22. *Urbantschitsch*: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Urban und Schwarzenberg. Wien, 1901. — 33. *Buck A. H.*: On painless ulceration and perforation of the membrana tympani, probably of tubercular nature. The New-York Medic. Journal, 1886. II. kötet, 208. lap. — 24. *Hessler*: Über Arrosion der arteria carotis interna infolge von Felsenbeincaries. Arch. f. Ohrenheilkunde, 18. k. — 25. *Klug N.*: A sziklacsont cariese következtében beálló carotis internavérzésekről, eset kapcsán. Orvosi Hetilap, 1901. 34. szám. — 26. *Milligan W.*: Tuberculous disease of the middle ear. Brit. Med. Journal II. 1895. 1564. lap. — 27. *Lermoyez M:* Quand faut il trépaner l'apophyse mastoide dans les otites aigues. La Presse Médicale 1900. 50. sz. — 28. *Jansen A.*: Die Entzündung des Mittelohres und ihre Behandlung. Die Deutsche Klinik im XX. Jahrhundert. 1901. 28—29. Lieferung. — 29. *Lermoyez M. et Boulay M.*: Thérapeutique des maladies de l'oreille. Paris, Octave Doin, 1901. — 30 *Krepuska G.*: A hallásszervbeli gümőkóros megbetegedésekről. Orvosi Hetilap, 1891. 37. szám.

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

Egynehány reflex viselkedése egészségeseken és tabesban.

Észrevételek a tabes korai felismerésére.

Irta: *Kollarits Jenő* dr., idegklinikai tanársegéd.

(Vége.)

A Basedow-kór szempontjából sem érdektelen ez a két eset, melyben a tabeshez egyéb nyúltvelői tünetek mellett a Basedow-kór egynéhány tünete csatlakozott.

Donath[1] közölt a fent említettekhez hasonló esetet, melyben a paralysis progressiva tüneteinek mutatkozása előtt egymásután látott előbb a bal szemen pupillatágulatot teljes sphincter bénulással és nemsokára rá accomodatio-bénulást. Öt hét mulva csak az alkalmazkodási bénulás maradt meg. Egy héttel később a jobb szemen támadtak ugyanily tünetek. Mindezek visszafejlődtek. *Thomsen*[2] hasonló két esetről tesz említést.

Mint a tabes igen korai nyilvánulását említjük fel a következő esetet.

Gy. J. (3. sz. kórtörténet), 21 éves hajadon szabónőt 1901. márczius 12-dikén vettük fel. 18 éves korában szült először, három éves fia egészséges. 20 éves korában, 1899—1900. év telén, másfél hónapig igen heves fejfájásban szenvedett, ugyanakkor haja nagy mértékben hullott. 1901 február 3-dikán hét hónapos terhesség után macerált magzatot hozott a világra. Négy nappal a szülés után kettősen látott, a mely tünet a bal abducens bénulás következménye volt. A vizsgálatkor (1901 márczius 13.) ezen kivül a patellareflex hiányát találtuk, az Achilles-inreflex nem volt vizsgálva, a pupillák jól reagáltak. Sem ataxia, sem más tabesra valló tünet nem tünt fel. Április hó folyamán kezdett a beteg szúró fájdalmakról panaszkodni egész testében, ugyanakkor hyptonia is kimutatható volt. 1901 augusztus havában és 1902 márczisban láttuk újra a beteget. Ekkor a patella- és Achilles-inreflex kiváltható nem volt, a tricepsreflex és lapoczkacsonthártyareflex jól kiváltható. Ataxia nem volt, Romberg kis fokban. A hyptonia igen kifejezett volt. Az alsó végtagokban élénkebbek a fájdalmak. A pupillák jól reagáltak, a szemizombénulás megszünt.

Ezen tabes-eset annyiban érdekes, mert 21 éves korban támadt, kevés idővel lueses fertőzés után (éjjeli fejfájás, hajhullás, macerált magzat). Hogy a szülés mint trauma hozzájárult-e a tünetek oly korai kifejlődéséhez, nehezen itélhető meg, mindenesetre fontos, hogy az abducens bénulás négy nappal a szülés után támadt.

Eseteink kórtörténetkivonatát a következő táblázatban foglaltuk össze:

[1] Orvosok Lapja, 1900. 22—23. sz.
[2] Allgem. Zeitschrift f. Psych., 1896.

Sorszám	Kelet	Név, nem	Kor	reflex: Achilles-in-	reflex: Patella-in-	reflex: Triceps-in-	reflex: Lapocz-csont-hártya-	reflex: Pupilla fény-	Hypotonia	Ataxia	Egyéb tünetek
1	1901 VIII/15.	F. M. n.	54	0	0	0	0	0	nagy	+	17 éve szurkáló fájdalmak a lábakban. Vizeletcsepegés. Renyhe szék. Pupilla középtág j. ⩾ b. Érzéstelen gyűrű az emlők magasságában.
2	„	S. G. f.	34	+	+	j. J.-al b. 0	+	0	+	0	2 éve szűk pupillák. Nyilaló fájdalmak. Bal oculomot. bénulás, jobb oculomot. paresis, bal abducens paresis. Brach-Romberg. 1901. májusban körülbelül 3 cm. érzéstelen folt volt a scapulán, most eltünt.
3	VIII/18.	Gy. J. n.	21	0	0	+	+	+	nagy	0	1901. II/7. óta kettős látás. Bal abducens paresis. Pupilla középtág. Kisfokú tűszúrások az egész testen. Romberg.
4	VIII/20.	B. Ö. f.	30	+	+	+	+	0	0	0	Vizeletcsepegés. Renyhe szék. Heves szaggató fájdalmak a lábakban. Akadozó beszéd. Kéz reszket.
5	„	R. A. f.	44	0	0	0	0	0	nagy	+	Két térdben arthropathia. Szaggató fájdalmak. Romberg ülőhelyzetben. Anaesthesiák a mellen és háton. Vizelés, szék renyhe. Impotentia.
6	„	L. J. f.	54	0	0	0	0	+	nagy	+	1890 óta szaggató fájdalmak és paraesthesiák a háton és a bal kéz kisujjában. Ataxia hirtelen esés után támadt. Felállani nem tud. Ülő helyzetben csukott szemmel Romberg. Pied bot tabetique. Anaesthesiák. Vizelészavar. Renyhe szék.
7	VIII/21.	P. L. f.	51	b. ⩾ j.	+	+	+	0	+	kis fokú	8 év óta lát rosszul. Szemfenéken chorioretinitis nyomai. Jobb szemen teljes oculomot. bénulás, abducens paresis; balon ptosis, abducens bénulás. Romberg. Anaesthesiás folt a mellen. Nyilaló fájdalmak. Vizeletcsepegés. Renyhe szék.
8	1901. V.	W. J. f.	38	0	j. + b. J.-al	?	?	renyhe	0	0	2 év óta romlik látása. Pupilladifferentia. Atrophia n. opt. Nyilaló fájdalmak. Nehezen vizel.
	VIII/22.	„		0	0	0	0	„	0	kis fokú	Paraesthesiák a lábakban.
9	VIII/25.	J. H. f.	33	0	0	+	+	0	+	+	Abducens bénulás. Pupilladifferentia. Szaggató fájdalmak. Romberg. Anaesthesiák a lábakon. Nehéz vizelés és szék.
10	VIII/26.	R. É. n.	38	+	j. 0 b. J.-al	+	+	j. + b. 0	+	0	11 év óta szaggató lábfájás. Jobb pup. ⩽ b. Romberg. Hyperaesthesia a háton és czombokon.
11	„	G. K. n.	47	0	+	+	+	0	0	0	Romberg. Bal pupilla ⩾ j. Nehéz vizelés és szék. Szaggató fájdalmak. Feledékeny. Zsibbadtságérzés a lábakban.
12	VIII/28.	F. A. f.	42	+	+	+	+	0	0	0	Abducens bénulás. Pupilladifferentia. Hasogató fájdalmak.
13	„	S. I. n.	25	j. ⩾ b.	j. ⩾ b.	j. ⩾ b.	+	0	0	0	Atrophia n. opt. Jobb szemen ptosis. Szaggató fájdalmak a lábakban.
14	IX/1.	P. V. n.	49	+	+	+	+	0	+	0	Crises gastriques. Szaggató fájdalmak. Romberg nincs. Anisocoria, j. ⩾ b. Vizeléskor erőlködni kell.
15	IX/3.	N. L. f.	39	j. ⩾ b.	j. J.-al b. +	j. 0 b. +	j. + b. J.-al	0	0	0	Atrophia n. opt. 6 éve szaggató fájdalmak. Vizelésnehézség.
16	„	B. J. f.	54	+	+	0	0	0	+	kis fokú	Atrophia n. opt. Myosis. Nehezen vizel. Törzsön anaesthesia.
17	IX/5.	M. S. f.	44	0	0	0	0	0	+	+	10 éve szaggató fájdalmak és nehéz vizelés. 4 éve ataxia. Romberg. Myosis. Hyperaesthesiák a mellen.
18	IX/12.	I. S. f.	44	0	0	0	0	0	+	+	Romberg. Szaggató fájdalmak. Anaesthesiás öv a derékon és hason. Nehéz vizelés és szék. Anisocoria.
19	IX/14.	H. F. n.	44	0	0	0	0	0	+	+	Anisocoria. Feledékeny. Keze reszket. Romberg. Vizelése nehéz, néha csepeg. Renyhe szék. Szaggató fájdalmak. Hyperaesthesiák a törzsön.
20	„	S. S. f.	44	0	0	0	+ J.-al	0	+	+	Atrophia n. opt. Vizeletcsepegés. Paraesthesiák, nyilaló fájdalmak.
21	„	Cs. F. f.	40	0	0	0	0	0	+	+	Szaggató fájdalmak. Nehéz vizelés. Impotentia. Anisocoria. Feledékeny. Szótagbotlások. Romberg.
22	X/16.	Sz. F. f.	33	0	0	0	0	0	+	+	Crises gastriques. Romberg. Vizeléscsepegés. Paraesthesiák.
23	IX/21.	K. Á. f.	48	0	0	0	0	0	+	+	6 éve nyilaló fájdalmak. Vizelése nehéz. Hyperaesthesiás öv a jobb oldalon az 5—9., balon a 6. borda magasságában.
24	IX/21.	Zs. L. f.	32	+	+	+	+	0	0	+	Pupilladifferentia, feledékenység. Vizelészavar. Nyilaló fájdalom.
25	IX/24.	M. S. f.	43	0	0	0	0	0	+	+	Szaggató fájdalmak. Nehéz vizelés. Impotentia. Romberg. Akadozó beszéd. Feledékenység. Derékon övben anaesthesia. Anisocoria.
26	IX/26.	S. I. f.	45		+	0	0	0	+	+	Aort. insuffic. Nehéz vizelés. Szaggató lábfájás. Romberg.

Jelmagyarázat: f. = férfi; n. = nő; 0 = a reflex nem váltható ki, illetőleg a tünet nem mutatható ki; + = a reflex kiváltható, illetőleg a tünet megvan; J.-al = a reflex csupán Jendrássik kézfogásával váltható ki; j. = jobb; b. = bal.

A szemvizsgálatokat *Blaskovits* dr. és *Scholtz* dr. tanársegéd uraknak köszönöm.

Sorszám	Kelet	Név, nem	Kor	reflex: Achilles-in-	reflex: Patella-in-	reflex: Triceps-in-	reflex: Lapocz-csont-hártya-	reflex: Pupilla fény-	Hypotonia	Ataxia	Egyéb tünetek
27	X/7.	F. M. n.	42	0	0	0	0	0	+	0	Atrophia n. opt. Hyperaesthesiás öv a bimbó magasságában. Szúró fájdalmak a hátban.
28	X/14.	K. I. n.	46	b. J.-al j. 0	0	0	b. + j. 0	0	+	0	5 éve kettős látás. Most bal abducens bénulás. Anisocoria. Romberg. Vizelés és székzavar. Nyilaló fájdalmak. Paraesthesiák a trigeminusban.
29	X/21.	S. I. f.	33	+	+	+	+	renyhe b.⁄j.	+	0	1 év óta szaggató fájdalmak a lábakban. Nehéz vizelés. Jobb abducens bénulás. Anisocoria.
30	„	K. F. n.	38	0	0	j. + b. 0	+	0	+	0	Nyilaló lábfájás. Atrophia n. opt. Myosis. Romberg. Nehezen vizel.
31	X/26.	B. K. n.	27	0	0	+	+	0	0	0	Lábaiban heves szúrások. Vizelet nehezen indul, néha csepeg.
32	X/30.	H. I. f.	48	+	+	+	+	+	+	0	6 éve hasogató fájdalmak, vizelés-, székzavar. 2 éve nincs libido. Bal abducens bénulás, jobb abducens paresis.
33	„	F. J. f.	48	0	0	0	0	0	+	+	10 éve kereszttáji, 2 év óta a lábban nyilalások és paraesthesiák. Romberg. Anisocoria. Anaesthesia a törzsön övben. Albuminuria.
34	XII/1.	K. A. f.	52	0	0	j. J.-al b. 0	+	0	+	+	Szaggató fájdalmak. Vizelet és székzavar. Érzéstelenség. Romberg.
35	XII/2.	K. F. n.	39	0	0	+	+	0	+	+	Anaesthesia a törzsön. Szaggató fájdalmak. Nehéz vizelés. Hyperaesthesia a hideggel szemben.
36	„	D. S. n.	46	0	+	+	+	0	0	0	10 éve nyilaló fájdalmak a lábakban. Paraesthesiák a háton, itt a ruha érintése fájdalmas.
37	XII/3.	M. M. f.	41	0	+ J.-al	b. + j. J.-al	+	0	+	0	12 éve nyilaló fájdalmak a lábakban. Romberg. Mindkét szemen oculomot. paresis. Hyperaesthesiás öv a bimbó magasságában.
38	XII/6.	N. J. f.	47	0	0	0	0	0	+	+	Szaggató fájdalmak. Romberg. Paraesthesiák.
39	„	P. A. n.	35	0	j.⁄b.	+	+	0	+	0	4 éve szaggatások a lábakban. Anisocoria.
40	XII/7.	G. Gy. f.	58	b. + j. 0	b. + j. J.-al	+	+	0	+	0	2 éve kettős látás. Jobboldali oculomot. bénulás. Anisocoria. Impotentia. Anaesthesiás folt a hason.
41	XII/8.	K. M. n.	38	0	0	j.⁄b.	j.⁄b.	0	+	+	Szaggató fájdalom. Nehéz vizelés. Fájdalmas paraesthesiák a háton. Romberg.
42	XII/9.	L. S. n.	48	b.⁄j.	b.⁄j.	+	+	0	+	+	Atrophia n. opt. Anisocoria. Szaggató fájdalmak. Romberg. Érzéstelenség a jobb scapula alatt tenyérnyi területen.
43	„	A. M. f.	45	0	0	+	j. + b. J.-al	0	0	0	Jobboldali oculomot. paresis. 2 éve lát kettősen. 6 éve szúró lábfájdalmak. Renyhe szék. Övalakú anaesthesia a törzsön. Romberg.
44	„	R. A. f.	35	+	+	+	+	+	+	0	3 éve szúró lábfájdalmak. Baloldali abducens bénulás. Vizelés nehezen indul.
45	XII/10.	R. M. f.	39	+	+	+	+	0	+	0	Szaggató fájdalmak elmultak. Vizelés nehéz volt, most jobb. Anisocoria.
46	„	K. Gy. n.	34	+	+	+	J.-al	b. + j. 0	0	+	3 éve szaggatás a lábakban. Bal abducens paresis. Anisocoria. Romberg. Anaesthesiás folt a mellen és háton. Az egész törzs egyébként hyperaesthesiás.
47	„	I. Gy. n.	41	0	0	b. + j. J.-al	+	0	+	+	Bal térden arthropathia. Malum perforans pedis. Szaggató fájdalmak. Nehéz vizelet és renyhe szék. Érzéstelen hely a bal emlőn.
48	„	A. Gy. f.	40	0	0	+	+	+	+	+	Atrophia n. opt. Anisocoria. Romberg. Heves fájdalmak a karban.
49	„	E. M. f.	43	0	0	j. 0 b. +	0	0	+	+	Néha a vizelés nehéz vagy csepeg. Anisocoria. Érzéstelen öv a mellkason. Bal hemiparesis. Szaggató fájdalmak. Impotentia.
50	„	T. S. f.	38	+	+	+	+	+	+	0	Bal abducens paresis. Anisocoria. Szaggató fájdalmak. Paraesthesiák a lábakban. Feledékenység.
51	XII/11.	I. I. f.	32	b. + j. J.-al	0	0	+	0	0	0	8 éve romlik a szeme. Atrophia n. opt. Anisocoria. Impotentia. Paraesthesiák a lábakban, néha szaggatás.
52	„	P. I. f.	45	0	j. + b. 0	+	+	0	0	0	Feledékeny. Anisocoria. Szúrkálás a lábakban. Vizeletcsepegés. Csökkent potentia. Romberg. Hyperaesthesia a háton.
53	„	B. J. n.	44	+	+	+	+	0	+	0	2 éve hasogató fájdalmak. Anisocoria. Romberg. Vizelés nehéz.
54	„	P. I. n.	50	0	0	0	0	0	0	0	5 éve lábakban szaggatás. Atrophia n. opt. Myosis, Romberg alig. Anaesthesiás folt a talpon.
55	„	B. Á. f.	53	b. + j. 0	b. + j. 0	+	+	0	0	+	5 éve nyilaló fájdalmak a lábakban. Romberg. Potentia gyenge. Anaesthesiás zóna a hason.

Sorszám	Kelet	Név, nem	Kor	reflex: Achilles-in-	reflex: Patella-in-	reflex: Triceps-in-	reflex: Lapoczcsont-hártya-	reflex: Pupilla fény-	Hypotonia	Ataxia	Egyéb tünetek
56	XII/11.	W. F. f.	51	+	+	+	+	0	+	+	Atrophia n. opt. Bal oculomot. bénulás. Anisocoria. 6 éve nyilaló lábfájás. Nehezen vizel. Egész teste hyperaesthesiás. Keze reszket.
57	XII/12.	G. A. n.	41	+	+	+	+	+	j. + b. 0	+	Lábakban szúrás. 10 év előtt kettős látás. 7 éve feledékeny. Romberg. Vizeletcsepegés. Paraesthesiák. Jobb láb öregujj talpa érzéstelen.
58	„	G. I. f.	47	0	0	0	0	b. 0 j. +	0	0	Atrophia n. opt. 3 éve szúrkálás a lábakban. Romberg. Vizelés nehéz. Anaesthesia a törzsön.
59	XII/13.	I. I. f.	36	0	0	j. 0 b. +	+	0	0	0	Atrophia n. opt. Szaggató fájások az alsó végtagban. Nehéz vizelés. Anisocoria.
60	„	V. L. n.	51	0	+	+	+	0	+	0	Szúrkálás a lábban. Romberg. Anisocoria. Myosis. Anaesthesiás folt a bal lapoczka alatt.
61	XII/14.	B. S. n.	31	j. ⩽ b.	j. + b. J.-al	+	+	0	+	0	Jobb oculomot. bénulás. Romberg.
62	XII/16.	L. A. f.	43	0	0	0	+	0	0	+	5 éve crises gastriques és lábzsibbadás. 3 éve diplopia, nehéz vizelés, renyhe szék. Romberg. Anaesthesia a törzsön.
63	XII/17.	B. A. n.	43	0	0	j. + b. 0	+	0	+	0	Lábában szúró fájdalmak. Anaesthesia övalakban a derékon. Myosis. Atroph. n. opt. Romberg.
64	„	B. B. f.	42	+	+	+	+	j. 0 b. renyhe	+	0	Jobboldali oculomot. bénulás. Anaesthesiás öv a derékon. Körülötte hyperaesthesiás gyűrű.
65	XII/20.	A. I. f.	41	0	0	0	0	j. 0 b. alig	+	+	Lábszaggatás. Romberg. Hyperaesthesiás öv a hason.
66	XII/24.	T. I. f.	48	+	+	+	+	+	0	0	Atrophia n. opt. Lábában hasogatás. Vizelés nehéz.
67	„	N. P. f.	37	0	0	0	+	j. renyhe b. 0	j. + b. kis fokú	+	Atrophia n. opt. 2 éve nehezen vizel. 7 éve szúró lábfájás. Potentia nincs. Anaesthesia a glanson.
68	XII/28.	A. I. n.	46	0	+	+	+	0	+	0	Myosis. Nehéz vizelés. Hyperaesthesiás bőr a törzsön.
69	XII/29.	H. M. n.	45	j. 0 b. J.-al	+	+	+	+	+	0	5 éve szaggató lábfájás. Vizelés nehéz. Hyperaesthesiás bőr a háton.
70	XII/30.	E. Á. f.	36	0	0	0	+	j. 0 b. +	b. ⩽ j.	+	Jobboldali abducens paresis. Lábszúrás. Libido nincs. Vizelés nehéz. Hibás beszéd, rosszul számol. Anaesthesiás öv a mellen.
71	1902. I/2.	B. F. f.	39	j. + b. J.-al	+	+	+	0	0	0	Anisocoria. Feledékeny. Potentia gyengült. Lába fáj. Keze zsibbad.
72	I/4.	S. Gy. f.	42	0	0	0	j. + b. 0	0	+	0	Anisocoria. Atr. nervi opt. Romberg. Szaggató lábfájdalmak. Paraesthesiák a lábakban.
73	I/24.	R. Gy. n.	35	0	0	0	0	0	+	+	Hasogató fájdalmak a lábakban és kezekben. Anisocoria. Övben anaesthesia a törzsön.
74	I/26.	W. A. f.	49	0	0	0	0	0	+	+	Szaggató fájdalmak. Övben anaesthesia. Nehéz vizelés. Romberg.
75	I/28.	B. I. f.	37	0	0	0	0	j. + b. 0	+	+	Szaggató fájdalmak. Malum perforans a jobb lábon. Vizeletét nem jól tartja. Anaesthesia az alhason.
76	I/29.	V. L. f.	39	0	0	0	0	0	+	+	Atrophia nerv. opt. Érzéstelenség a derékon. Romberg. Szaggató fájdalmak. Vizelés- és székzavar.
77	I/31.	B. K. f.	36	0	j. J.-al b. 0	0	0	0	0	0	Anisocoria. Romberg. Nehezen vizel. Nyilaló lábfájdalmak. Anaesthesia a mellen övben.
78	„	S. S. f.	26	0	0	0	+	0	+	+	Lábban szaggató fájdalmak. Romberg. Anisocoria. Övben anaesthesia a hason.
79	„	V. M. n.	41	0	+	+	+	0	0	0	Anisocoria. Alkalmazkodási reactio nincs. Romberg. Baloldali trigeminus anaesthesia. Anaesthesiás öv a derékon és hason.
80	„	S. I. f.	41	+	+	+	+	j. + b. 0	0	0	1896 óta anisocoria. A pupilla tág, fényre és alkalmazkodásra nem reagál. Szaggató fájdalmak. Vizeléskor erőlködnie kell, potentia csökkent.
81	II/3.	P. I. f.	46	0	0	j. + b. 0	j. + b. J.-al	0	+	+	Szaggató fájdalmak. Anaesthesia a hason. Vizelés nehéz.
82	II/4.	R. I. n.	48	+	+	+	+	0	0	0	Myosis. Romberg. Lábban szaggató fájdalmak. Tuberculosis pulmonum.
83	II/6.	T. V. n.	52	0	0	0	0	0	+	+	Pupilladifferentia. Romberg. Szaggató lábfájás. Anaesthesia a törzsön és lábakon.
84	II/7.	T. A. f.	32	0	0	0	j. + b. J.-al	0	+	+	Polyuria. 6—7 liter vizelete van naponként. Vizelés, szék nehéz. Romberg. Anisocoria j. ∠ b.
85	II/9.	K. A. f.	33	+	+	+	+	renyhe	+	0	Anisocoria. Crises gastriques. Szaggató lábfájás.

Sorszám	Kelet	Név, nem	Kor	reflex: Achilles-in-	reflex: Patella-in-	reflex: Triceps-in-	reflex: Lapocz-csont-hártya-	reflex: Pupilla fény-	Hypotonia	Ataxia	Egyéb tünetek
86	II/9.	N. I f.	38	0	0	0	0	0	+	+	Jobb térdarthropathia. Szaggató fájdalmak. Nehezen vizel. Romberg. Anaesthesia a talpon.
87	II/10.	W. L. f.	45	0	0	0	0	0	+	+	6 éve szaggató fájdalmak. 1 éve nehezen vizel. 8 hónapja impotens. Romberg. Anisocoria. Mellkason érzéstelen öv.
88	II/11.	K. F. f.	34	j. + b. J.-al	j. ↗ b.	+	+	0	+ j. ↗ b.	0	Atrophia n. opt. Szaggató fájdalmak a lábakban. Hyperaesthesia a meleggel szemben. Sziven és lapoczkaszögletben anaesthesiás folt.
89	II/12.	F. Gy. f.	43	0	0	0	0	0	+	+	Myosis. Anisocoria j. ↗ b. Anaesthesia övben a mellen és hason. Vizelés nehéz, széke rendetlen. Szaggató fájdalmkk a lábakban.
90	„	N. I. f.	25	+	+	+	+	0	0	+	Övérzés, hyperaesthesiás derék. Vizelet csepeg. Szék nehéz. 2 év óta impotentia. Romberg. Szaggató fájdalmak a lábakon.
91	II/19.	K. M. f.	44	0	0	b. 0 j. +	+	0	+	+	2 éve szaggató fájdalmak. Érzékenység a talpon. Romberg. Anisocoria. Atrophia nerv. opt.
92	„	H. E. f.	42	0	0	0	0	0	+	+	10 éve crises gastriques. Szaggató fájdalmak. Vizelés- és székzavar. Impotentia. Hyperaesthesia a gyomortájon, anaesth. a mellen. Romberg.
93	„	T. A. f.	51	j. J -al b. 0	0	j. + b. 0	+ J.-al	0	+	+	8 éve szaggató fájdalmak. Vizelés- és székzavar. Paraesthesia a lábon. Hyperaesthesia a háton. Anaesthesia a hason. Crises gastriques. Feledékenység. Anisocoria.
94	III/1.	Sz. I. f.	38	0	0	0	+	0	+	+	Szaggató fájdalmak. Érzéstelenség a törzsön és talpon. Vizelés és székzavar. Romberg.
95	III/13.	E. F. f.	49	0	0	0	0	0	+	+	Anaesthesia a mellen. Szaggató fájdalmak. Vizelés- és székzavar.
96	III/14.	I. D. f.	58	0	+	+ J.-al	+ J.-al	0	0	0	Szaggató fájdalmak. Atrophia nervi opt.
97	III/18.	V. J. f.	60	0	0	0	0	0	0	+	Atrophia n. opt. Vizelés- és székzavar. Romberg. Anaesthesia a hason.
98	III/19.	N. I. f.	47	0	+	+	+	+	+	+	Szaggató fájdalmak. Vizelés- és székzavar. Feledékenység.
99	III/26.	M. I. f.	39	0	0	0	0	0	+	+	Érzéstelenség a scapula alatt. Fájdalmak. Vizelés és székzavar.
100	III/27.	M. A. f.	52	0	0	0	0	0	+	+	Jobb térden arthropathia. Fájdalmak. Anaesthesia a mellen. Vizelés- és székzavar.

TÁRCZA.

A rák terjedése és az ellene irányuló németországi mozgalmak.

(Folytatás.)

Ezen bizottság — mint azt Leyden bevezető beszédében kifejtette — következő feladatot tűzte maga elé: Mivel tény, hogy a rákbetegség terjedésével egy minden néposztályt fenyegető általános kórrá kezd válni, közös és egyöntetű munkálkodással kell utakat és módokat találni elfojtására. A mióta a rák mint betegség ismeretes, tehát azon időtől fogva, mióta csak feljegyzések történtek az orvosi történelemben, mindig igyekeztek annak gyógyszerét is megtalálni, de sikertelenül. A megalakult bizottság sem kecsegtette magát hiú reményekkel a specificum megtalálását illetőleg, hanem czéljául kitűzte, hogy elterjedtségének és az ezt kisérő összes mellékkörülményeknek, halálozási arányszámának, de kivált okának pontos megismerésével oly prophylaxist állapitson meg, melylyel a terjedésnek gátat lehet majd vetni. Míg az elterjedtség, az azt kisérő mellékkörülmények és a halálozási arányszámnak megállapítása nem egyéb mechanikus munkánál és így könnyen elvégezhető, addig az aetiologia megállapítása nyilt kérdés, melyre mindeddig hiányzik a még némiképen is kielégitő válasz. Két irány áll itt egymással szemben, melyek közül egyik sem bir úgy érvelni, hogy valamelyik is véglegesen elfogadható volna. Az egyik irány a *Johann Müller* által kezdeményezett anatomikus theoria, melyet *Virchow* megerősitett, *Thiersch* és *Waldeyer* pedig alkalmazott. Ezek szerint a rák nem egyéb egyes sejtek beteges túlburjánzásánál, melyet *Cohnheim* visszamaradt embryonalis csiroktól eredőnek mondott; újabban többek közt v. *Hansemann* és *Ribbert* is állitottak fel sejt-theoriákat. Ezekkel szemben áll a parasitaer theoria, melynek manapság sokkal több hive van. Ezek a prophylaxis megállapításának lehetőségében erősen biznak, mert hisz ebben az esetben a megbetegedések egy oly fajtája volna a rák is, a melyek ellen való küzdésben oly nagy sikereket mutathat fel az orvostudomány. A parasitaer theoriának első szószólója és egyúttal áldozata is *Scheuerlen* volt, ki 1886-ban egy rákparasitát irt le, a melyről azonban nemsokára kitünt, hogy nem más mint egy közönséges burgonya-baeillus. Utána majdnem évenként fedeztek fel újabb és újabb, állitólag rákot okozó parasitákat, melyek azonban, mivel a kutatás folyamán való tévedésen vagy hibán alapultak, sorban lekerültek napirendről úgy, hogy *Plimmer*, *Foà*, *Soudakevitsch*, *Leopold*, *Gaylord*, *Schaudinn*, *Leyden*, *Sanfelice*, *Schüller*, *Feinberg* stb. parasitái ma már komolyan számba nem is jönnek.

A most lefolyt berlini sebészeti congresuson *Doyen* állitotta, hogy talált egy mikroorganismust, melyet nemcsak a rák, hanem az összes neoplasmák okozójának lehet tekinteni, és melyet ezért „mikrococcus neoformans"-nak nevezett el. Doyen következő neoplasmákban találta meg ezen mikrococcust: a mell rákjában és az inficiált mirigyekben, a méhrákban és peritonealis metatasisaiban, a mamma és ovarium proliferáló kystomáiban, rapid lefolyású strumákban, pleuralis lymphosarcomákban, izom-sarcomákban és az ondóvezeték gyorsan növekedő lipomáiban. Jellegzetes, hogy a mely álképletben ezen mikroorganismust nem találta meg, az sohasem recidivált, rendesen azonban tömegesen lehet őket feltalálni és vannak közöttük coccusok és diplococcusok. A kimutatás és tenyésztés módszereire kiterjeszkedni itt nincs helyén, csak hatásáról emlékezve meg röviden, az Doyen szerint úgy történik, hogy ezen parasita a vele érintkező normális sejteknek multiplicatioját idézi elő, még pedig a gyuladás egy neme által, a fehér vérsejteknek phagocytosisa nélkül. A mikrococcus neoformans sósavas chininnel és cacodyl-lel legyengített toxinjainak injiciálása után figyelemre méltó reactio áll be nem túlsúlyos eseteknél, melynek következtében az álképlet visszafejlődik, még pedig minden necrotikus folyamat nélkül egyszerűen az álképlet szövetének ép szövettel való pótlása által.

Habár a Doyen által elmondtak nem lehetetlenek, mégis igen sok megerősitésre szorulnak. A tévedést különben Doyen maga sem tartja kizártnak, mert előadása végén kijelentette, hogy a kitenyésztést Berlinben is meg fogja próbálni, kideritendő, nem a *párisi levegőből* származik-e a mikrococcus neoformans.

Legújabban a belgyógyászoknak most lefolyott wiesbadeni congressusán *Leyden* titkos tanácsos jelentette, hogy egy tüdőrák górcsövi metszetén betokolt nagy tömegű sporangiumokat látott, melyek a rák spórák tiszta culturáinak felelnének meg. Hogy tényleg azok-e, idővel eldől.

Ezen rövid áttekintésből láthatjuk, hogy igen nagy és nehéz munka vár még az aetiologia kutatóira.

A prophylaxis megállapitását czélozó fennebb emlitett egyéb tényezőknek megismerése czéljából a bizottság elhatározta, hogy egy egész Németországban megindítandó *gyüjtő kutatással* lehetőleg pontos

statistikus adatokat fog beszerezni azon czélból, hogy ezen adatokkal a prophylaxis körüli kutatásokat egységes mederbe terelje.

A bizottság kebeléből kiküldött számláló albizottság még 1900 év őszén küldte szét a hatóságok révén 25,300 körlevelét az összes német orvosoknak és orvosi intézeteknek. Mindegyik körlevélhez 6 kérdőív lett csatolva, melyeket az orvosok illetőleg intézetek október 15-dikén kezelésük alatt lévő összes rákbetegekről (mindegyikről egyet) kitölteni tartoztak. A kérdő-íveken következő kérdések voltak felvéve:

1. Név (kezdő betük) és nem.
2. Kor, foglalkozás, állapot, lakóhely.
3. Mikor léptek fel az első tünetek.
4. Minek alapján lett megállapitva a diagnosis.
5. Melyik szerv támadtatott meg először.
6. Melyek később.
7. Felmenő vagy oldalágú rokonságnál előfordult-e rákos megbetegedés, ha igen: kinél és mely szervben.
8. Ugyanazon lakásban, házban vagy szomszédságban fordult-e elő rák; ha igen: kinél, hol és mikor.
9. Infectio vagy másféle átvitel felvehető-e; ha igen: mily okból.
10. Egyéb fontosabb anamnestikus adatok (alkoholismus, syphilis, dohányzás, trauma stb.).
11. Hol lakott a beteg az utóbbi 5 évben.
12. Megjegyzések.

Látjuk tehát, hogy egy elég fontos tényező: a recidiva és a recidivával kapcsolatos egyéb kérdések az íveken teljesen negligálva vannak. Ezen mulasztást most pótolják, és ezen csoportra nézve most küldenek ki újabb kérdő-íveket.

A beérkezett válaszokat Hirschberg dr., a berlini statistikai intézet igazgatósági segéde dolgozta fel minden irányban; a számadatokat illetőleg a végeredmény következő: 2700 orvos nem válaszolt, a beérkezett 22.600 válasz közül 8000-nél több helytelen és így használhatatlan volt. 14,000 orvos és intézet közül körülbelül 6000-en jelentettek 12,000-en felüli rákos beteget. Ezen 12,000 pontosan kitöltött kérdőív megbecsülhetetlen statistikai alap, melyre a további munkálkodást bizvást lehet építeni. Hirschberg dr. ezen munkája „Bericht über die vom Comité für Krebsforschung am 15-ten Oktober 1900 erhobene Sammelforschung“ czimmel már meg is jelent.

Palotai Andor dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közli: **Dalmady Zoltán.**

(Folytatás.)

Cantacuzène: Sur les variations quantitatives des globules rouges provoquées chez le lapin par les injections de sérum hémolytique. A. I. P. 1900. 378. l. — Ceconi e Robecchi: Citotossina ovarica. Rif. med. 1901. 215—216. sz. — Centanni: La citoprecipitina e il suo valore diagnostico. La Rif. med. 1901. 294—295. sz. és 1902. 5—6. sz. — Ugyanaz: Das Nervenserum: zerstörendes und schützendes Serum für das Nervensystem. Rif. med. 4. k. 32. sz. — Cevidalli: Esperienze ed osservazioni sulle citotossine pancreatiche. Rif. med. 1901. 211. sz. — Chiaruttini: Beitrag zur Pathogenese der paroxysmalen Hämoglobinurie. Arch. sur le sc. med. Fasc. 1. 1900. — Delezenne: Serums nephrotoxiques. A. I. P. 1900. 686. l. — Ugyanaz: Mode d'action des sérums antileucocytaires sur la coagulation du sang. C. R. Ac. Sc. 131. k. 1488. l. — Ugyanaz: Contribution à l'étude des sérums antileucocytaires. Leur action sur la coagulation du sang. C. R. Ac. Sc. 1900. 131. k. 938. l. — Ugyanaz: Serums antihépatiques. C. R. Ac. Sc. 1900. és La sem. méd. 1900. 290. l. — Ugyanaz: Sérum neurotoxiques. La sem. méd. 1901. 10. sz. — Deutsch L.: Le diagnostic des taches de sang par les sérums hémolitiques Bordet. Bull. méd. 1900. szept. 8. — Ugyanaz: Moyen de reconnaitre l'origine des taches de sang. Revue Sc. 1900. okt. 20. — Ugyanaz: Method of recognizing blood spots. Scient. Amer. 1901. jan. 19. — Ugyanaz: Az emberi vörös vérsejtek felismerésének új módszere. Orv. Hetil. 1901. 188. l. — Ugyanaz: Die forensische Serumdiagnose des Blutes. Cbl. f. Bact. 1901. 16. sz. 661. l. — Ugyanaz: Le Cosmos. 1900. november 10. — Ugyanaz: Májölő serum. Orvosi Hetilap. 1900. 38—39. sz. 590. l. — Ugyanaz: Eine neue diagnostische Methode zur Erkennung der menschlichen Blutkörperchen. Pester med. chir. Presse. 1901. 566. l. — Ugyanaz: A leucocyták és a vérsavó keményitőoldó képessége. Orv. Hetil. Korányi-melléklet. 1901. 19. l. — Dieudonné: Beiträge zum biologischen Nachweis von Menschenblut. Münch. med. W. 1901. 14. sz. — Donath: Zur Kenntniss der agglutinirenden Fähigkeit des menschlichen Blutserums. Wien. klin. W. 1900. 21—22. sz. — Donath und Landsteiner: Ueber antilytische Sera. Wiener. klin. W. 1901. 713. sz. — Dor: Serums cytolytiques pour la guerison des cancers. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. 103. sz. 1226. l. — von Dungern: Globulicide Wirkungen des thierischen Organismus. Münch. med. W. 1899. 14. sz. — Ugyanaz: Beiträge zur Immunitätslehre. Münch. med. W. 1900. 20. sz. 677. l. és 28. sz. 962. l.

Arra a kérdésre, hogy mi módon keletkezik a szervezetben a haemo- és általában a cytotoxikus anyag, a legszebben Metchnikoff theoriája felel meg. Szerinte az idegen vér befecskendezése leukocytosist idéz elő, a nagy egymagvú fehér vérsejtek: „macrophages“, magukba veszik nemcsak a holt, de az élő idegen sejteket is, és ezek bennük lassan szétesnek: a leucocyták megemésztik. Ennek az „emésztésnek“ egyik terméke volna az immuntest, mely kiszabadul a vérplasmába. Az alexin a fehér vérsejtek, főleg a polynuclearis leucocyták szétesése folytán jő létre.

Ez a magyarázat azt is értelmezi, hogy miért kell idegen állatfaj vérét használnunk. Az állat saját vére, saját fajabeli vére, vagy közel rokonfaj vére nem idegen a szervezetre, nem idéz elő phagocytosist, s így nem is keletkezhetnek immuntestek. Ha azonban a vérsejteket vízzel roncsoltuk, úgy még rokonfajban is alterálja a „makrophag“-sejteket, s kapunk is haemotoxinokat: Ehrlich és Morgenroth isohaemolysinjeit, melyeket később közelebbről is megismerünk.

A phagocyták emésztő hatásához érdekes adatokat nyujtottak Buchner és Geret vizsgálatai, melyekből kitünik, hogy az immuntestek képződésekor végbemenő anyagforgalomban sulphatok is lesznek szabaddá, melyek még pepton jelenlétében is tudnak a barytoldatokból (Kühne-féle marhafibrin-pepton) csapadékot leválasztani.

Ehrlich ismert elmélete szerint itt is leszakadt receptoroknak tekintendők az immuntestek.

Emmerich és Loew „biochemiai antagonismus“ theoriája szerint a vérben neki megfelő „zymgenek“ (erjesztő-termelők) volnának, melyek, midőn a vért valamely idegen állatfaj érrendszerébe juttatjuk, opticailag ellentétes és fermentative activ részekre szakadva, a megfelelő összetételű protoplasmára oldólag tudnak hatni.

A befecskendezett vér mely anyaga provokálja a haemolysének képződését? Erre a kérdésre Bordet, Ehrlich-Morgenroth és másokon kivül különösen Nolf igyekezett beható vizsgálatai alapján választ adni. Ennek értelmében főleg a vérsejtek fehérjéinek befecskendése a fontos. A vér serumának befecskendése elsősorban praecipitin és igen gyenge, nem specifikus agglutinin képződését váltja ki, a stroma injectiojának a specifikus agglutininek köszönik eredetöket — ezekre még visszatérünk —, a különválasztott vérsejt fehérjének injectioja kizárólag haemolytikus serumhoz juttat, melynek sem agglutináló, sem csapadékadó képessége nincs.

Rendesen azonban egyszerűbb módon állitjuk elő a haemolytikus serumot, hisz nem mindig szükséges az egyes hatásokat egymástól különválasztani. Legfeljebb, ha a serumot távolitjuk el ismételt centrifugálás és mosás utján, hogy a praecipitin hatása ne zavarja a képet. Az injectiokat elég jól türik az állatok, feltéve, hogy kis quantumon kezdjük s nem túlságos gyakran injiciálunk. Az első injectiokat esetleg követik a rég ismert „transfusios“ tünetek (újabban leirták: Weiss, Guinard, Dumorest, Brodie), de a későbbiekben ezek ellenében is „immun“ az állat. A legjobb 6—10 naponként injiciálni A befecskendések számának arányában rohamosan nő a haemolytikus képesség, mely gyakran már ez első injectiot követő napokban is kimutatható (Deutsch, Landsteiner stb.). Közvetlenül a befecskendés után némely szerző szerint csökkentnek találjuk az előbb vizsgált haemolytikus képességet, mások szerint nem. Valószinű, hogy az előbbi az igaz; erre utal az analogia a bakteriummérgekkel. Subcutan, intravenosus és intraperitonealis injectiok egyaránt használatosak.

Az utolsó befecskendés után 8—10—14 nappal elvéreztetjük az állatot, s megalvadt vérének savójával végezzük kisérletünket.

Ettől eltérő módon állitja elő a haemolysineket Metchnikoff. Patkányokkal lóvért etetett vagy házinyulak gyomrába lóvért fecskendezett, s mindkét esetben typikus haemolysinek keletkezését észlelhette.

A vizsgálatot magát függőcseppben a legkényelmesebb végezni, s ehhez az eljáráshoz kevés serum is elég.

Ilyenkor — ha például 1 rész vért keverünk 2—3 rész specifikus serummal — azt látjuk, hogy a rendesen agglutinált vérsejtek lassanként eltünnek, egyre halványabbak lesznek, végül csak gyenge „árnyék“, stroma marad meg, s ha magtartalmú vért használtunk, a mag. Az agglutinatio folytán természetesen halmazokba csoportosulva. A festékekkel szemben is a rendestől eltérőleg viselkedik az így megtámadott vérsejt. A protoplasma affinitása az eosinhoz megszünt, eosin-metylenkék festéstől csak a magok festődnek kékre.

A magok általában igen ellenállók, von Dungern, Bordet kisérleteiben (madárvér ellen immunizálás) nem oldódtak, s Metchnikoff észlelete szerint is csak a phagocyta makrophagok által pusztulnak el a szervezeten belül is. Ugyanezeket észlelte az angolnaserum vizsgálatainál is a szerzők egész sora. Krompecher igyekezett vérsejtmagot oldó — karyolytikus — serumot előállitani, s házinyulakat hosszasan immunizálva magtartalmú békavérsejtekkel, sikerült is neki. Az ilyen serum még inkább hasonlít a bakteriolysin tartalmúhoz, mint a közönséges, hiszen ez is nuclein tartalmú képletekre, a magokra hat. Viszont a bakteriolysinek is a karyolysinekhez tartozóknak tekinthetők, mert nuclein tartalmú (Gamaleia) mikroorganismusokra hatnak.

Deutsch hajszálcsövekben elegyíti az activ serumot a kellően higított vérrel, s a vizszintesen tartott csőben létrejött vonalszerű üledék minőségét kisérve figyelemmel vizsgálja a haemolysist. Utólag mikroskopice is vizsgálhatjuk. Kis kémcsövekben a sejtek felett úszó serumréteg eredeti sárga színének vörössé változása is jól jelzi a beállott haemolysist.

Érdekes Petterson módszere is, ő 3·5—10% gelatinához 1:5 arányban kever vért, s a megmerevedett gelatina fölé önti kémcsőben a specifikus serumot. A beszivárgó hatóanyagok a vértől zavaros gelatinát 2—4 mm. vastag rétegben átlátszóvá teszik, s így a haemolysist makroskopice is jól észlelhetjük.

A serum inactiválását is többféleképen eszközölhetjük. A legrégibb, legelterjedtebb és legegyszerűbb mód a serumnak 56° C. melegen tartása ½ óra hosszat (Bordet). Az alexin hatástalanná lesz.

Ehrlich azt tapasztalta, hogy 1 rész serumot 1/10 rész normal HCl-val 30—45 percig 37°-on digerálva, s ezután neutralizálva inactiv serumot kapunk, melyben az immuntestek épen vannak.

Meltzernek köszönhetjük azt az észleletet, hogy haemolytikus serum 3—4 óra hosszat állva valamely állat hasüregében, az alexin eltünése folytán inactivvá lesz.

Valószinű, hogy a széles mederben folyó kutatások az inactiválásnak még más módjait is fel fogják deriteni, egyelőre inactiválás alatt mindig a Bordet-féle eljárás értendő.

Ide sorolhatjuk Ehrlich azon eljárását is, midőn 0° C.-on engedi a specifikus serumot a megfelelő vérre hatni. Ilyenkor csak a nagyobb affinitású immuntest egyesülhet a vérsejttel, az alexin szabadon marad a folyadékban, s így a két componens a legnagyobb könnyűséggel különválasztható.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

H. Meige et E. Feindel: Les tics etleur traitement. Paris, 1902. Masson et Comp. Ára 6 frank.

Miután a szerzők húsznál több egyes értekezéssel járultak hozzá a tic ismertetéséhez, tapasztalataikat könyvbe foglalva összegezik. Azt az érdekes tanulságot merithetjük belőle, hogy a tic kezelése nagy eredményt igér, ezért érdemesnek találjuk a munka bővebb méltatását.

Brissaud élvezetes előszava után „Les confidences d'un tiqueur" czimen 45 oldalon olvassuk kórtörténeti példakép egy beteg önmegfigyeléseit, a kinek nagyatyja, egy testvére és egy gyermeke szenved tic-ben.

A tic történetéből kiemeljük, hogy a régiek rictus caninus és tortura oris néven úgy a mai tic fogalmát, mint az arcz egyéb görcseit és contracturáit értették. A szó maga már a köznyelvben ismeretes volt, a mikor *Jean Jourdin* 1655-ben leirta a „tique des chevaux" nevű bajt. A XVIII. század orvosai nagyon általánositották e szó értelmét. *André*, a tic douloureux de la face leirója, *Pujol* minden görcsöt értettek alatta, a test bármely helyén is támadt az.

Később *Trousseau* a részleges choreához sorolta, egy osztályba téve a foglalkozási görcsökkel. *Charcot* érdeme a tiqueur lélekállapotának felismerése: „c'est par un côté une maladie psychique, produit direct de la vesanie". A tic megismeréséhez még *Giles de la Tourette*, *Pitres és Brissaud* járultak hozzá. *Giles de la Tourette* munkái óta a tic Franciaországban *maladie de Giles de la Tourette* nevet viseli. *Brissaud* különitette el a spasmust a tic-től, az előbbi alatt oly összehúzódást ért, melynek oka a bulbospinalis reflexútra gyakorolt közvetlen izgatás, a tic ellenben kérgi eredetű, bár nem minden kérgi eredetű összehúzódás tic. A tic bizonyos czélra szolgáló coordinált mozgás, melyet a beteg először ezen czél elérésére, később sajátos kedélyállapota következtében czél és gondolkodás nélkül is ismétel. A beteg elvesztve akarata feletti uralmát, a tic szokássá lesz, melytől megszabadulni nem tud. A beteg szellemi állapota korán aluli, jelleme könnyelmű, impulsiv, türelmetlen, változékony, a beteg nyugodtan nem tud maradni, a keze, lába folyton mozog; félénk, könnyen megzavarodik, az ideák fixek, phobiák gyakoriak; a tic az idée obsedante keresztülvitele, keresztülvitelekor a beteg kielégitést érez. Sok tiqueur minden cselekedete előtt kénytelen egy bizonyos számig számolni, máskor a folie du pourquoi bántja őket, pl. miért van a ruhának hat gombja stb. Sok beteg melancholiás, mások nevetségesen pontosak apró dolgokban. Elég gyakoriak az úgynevezett maniák, sőt hallucinatiok és deliriumok is. Ott, a hol csak a kedélyállapot van meg, de hiányzik a mozgási tünet, némelyek tic de l'idée-ről szólnak, de ezen felfogást a szerzők helytelenitik.

A tic fiatal korban támad, sokszor trauma, fertőző baj után. Úgy a similaire öröklékenység, mint az ideges terheltség gyakori. Sokszor fordul elő, hogy egy családtag tiqueur, a másik a tic lelkiállapotával bir tic nélkül, a harmadikat fix ideák bántják vagy egyéb vesaniás tünetei vannak. Sokszor a tic kitünő szellemi tulajdonságokkal jár együtt: Molière, Nagy Péter, I. Napoleon tiqueurök voltak. Az utánzásnak a tic létrehozásában nagy szerepe van, a szellemi túleröltetés és a semmit tevés egyenlően adnak alkalmat reá, sokszor a rendes foglalkozás közben szükséges mozdulat, pl. katonáknál a tisztelgés lesz kiinduló pontja a ticnek.

Kórboncztani alapja a ticnek természetesen nincs.

A mozgás minőségét illetőleg clonusos és tonusos tic-alakot ismertetnek a szerzők, ez utóbbi a torticollis mental. Tic d'attitude néven azt nevezik, a mikor a beteg gyenge akarata miatt nem tudja kóros tartását megváltoztatni. A tic rohamokban szokott jelentkezni és sokszor hosszú szüneteket tart, néha a mozgás rythmusos (tic rythmique). A tic variata hol az egyik, hol a másik izomcsoportban támad.

Egyéb tünetekre vonatkozólag azt olvassuk, hogy a reflexek ritkán fokozottak, nem tiszta esetekben egynéhányszor Babinski-féle tünet volt kimutatható, a villamos ingerlékenység rendes. Érzészavar csak annyiban van, a mennyiben a betegek túlozni hajlandók a fájdalmakat és paraesthesiákat.

Hosszasan tárgyalják a szerzők a tic különféle localisatioját az arcz, a fül, szemhéj, szemgolyó, orr (tics de renflement), ajkak (tic de succion), áll, nyelv (tic de téchage), állkapocs, rágóizmok, nyak (tic de hochement, d'affirmation, négation, salutation), törzs, váll, kar, kéz (tic de grattage, de l'écriture), alsó végtagok (tic de la marche, de saut) ticjeit. A tic de sputation, déglutition, éructation, vomissement, a tic aerophagique, a lélegzés, horkolás, tüsszentés, fujás, fütyülés, köhögés, sirás, csuklás ticjei, a trismus és torticollis mental, a tic-kel gyakran járó acholalia és coprolalia részletesen vannak ismertetve. A hebegés közel áll a tichez.

Kissé erőltetett elkülönités a tic és maladie de Giles de la Tourett elkülönitése. A chrorée variable (Brissaud) és tic variable szerzők szerint közel rokonságban vannak, ugyanazon szellemi állapot következései. A hysteriát és neurastheniát is elkülönitik a tic-től.

A tic leküzdésére a beteg maga talál ki antagonista mozdulatokat, sokszor complikált gépekkel iparkodik azokat legyőzni.

Az epilepsiások, idioták, vesaniások tic-jeinek ismertetése után a kórisme tárgyalása következik. A spasme és tic elkülönitéséről már volt szó; a stereotypie olyan önkénytelen mozdulat ismétlődése, melyben convulsiv jelleg nincs. A choreák, athetosis megkülönböztetése a tic-től nem nehéz, a myoclonia fogalma olyan kevéssé meghatározott, hogy a szerzők nem foglalkoznak vele.

A prognosis a kedélyállapottól függ, „a ki akarni tud, meggyógyulhat". Néha azonban a lefolyás progressiv, szellemi rendetlenségek, psychikus zavarok támadnak es ezek is folyton fokozódnak.

A tic gyógyitásától nagy eredményt várnak a szerzők. A gyógyszeres kezeléskép erősitőket ajánlanak, a vizkúrát, massaget hasznosnak tartják, a villamozástól nem várnak eredményt, a hypnosis csak hysteriás esetben használható, a sebészi kezelés elvetendő, az orthopaed eljárás többnyire káros. Fősúlyt a „*traitement rééducateur*"-re fektetik. Rendszeres gymnastikát hasonló esetekben *Jolly* 1830-ban, később *Blache* és *Trousseau* is ajánlottak. Ez utóbbi vezényszó szerint, vagy metronom útján szabályozott mozgásgyakorlatokat alkalmazott. *Brissaud* alkalmazta először a kezelésben az *immobilité commandée* módszerét, mai alakjában Brissaud módszere: „*l'immobilisation des mouvements* és *mouvements d'immobilisation*" combinálása, az előbbi képessé teszi a beteget, hogy mozdulatlan maradjon, az utóbbi, hogy mozdulatait szabályosan hajtsa végre.

Először tehát 1 másodperczig és *lassanként* hosszabb ideig a „photographiai" mozdulatlanság kitartására birjuk, mindig előre jelezve, mennyi ideig fog tartani a gyakorlat. Eleinte kényelmesebb, majd kényelmetlenebb helyzetben; később azon tartásba helyezzük a beteget, melyben ticbe szokott esni. Ezalatt vállára tett kézzel és beszéddel suggeráljuk, hogy mozdulatlanul fog maradni. A beteg végül 5—6 perczig is teljesen mozdulatlan tud maradni. Később a beteg bizonyos mozgásokat tesz, pl. jár, miközben ticre hajlamos tagját teljesen mozdulatlanul tartja. Ezután gyakorlatok következnek vezényszóra, gyors és lassú ütemben, hirtelen és lassú kivitelben. A seance mindig ugyanazon órában ismétlődjék naponként, egyet az orvos vezessen, a beteg ezeket 3—4-szer maga ismételje tükör előtt, esetleg megbizható felügyelő jelenlétében. Elfáradnia a betegnek soha sem szabad, folytonosan új és a beteget érdeklő gyakorlatokat kell kieszelnie az orvosnak. A gyógyulás után a beteg maga még soká folytassa azokat. Elkényeztetett gyermekeket szigorúan kell fogni, a szülők engedékenysége itt sokszor árt. Minthogy a tiqueur egyéb „désordre mental"-ban is szenved, egész napját szabályozni kell, foglalkozásáról gondoskodva.

Az egyes ticekre vonatkozó számos utasitást illetőleg, melyek *Meige* és *Feindel* könyvében részletesen vannak leirva, magára a könyvre utaljuk az érdeklődőket. Megemlitjük még, hogy sok esetben ágynyugalomhoz, sokszor a beteg teljes izolálásához fordulnak a szerzők. Az orvos részéről „határozottságot, türelmet, jóságot és értelmet", a betegtől „tanulékonyságot, bizalmat és kitartást" kivánnak, és így elérni vélik azt, hogy a beteg „prendra l'habitude de ne pas prendre de mauvaises habitudes".

Kollarits Jenő dr.

Uj könyvek. *Buschke*: Die Blastomykose. Stuttgart, Naegele. — *Metnitz*: Lehrbuch der Zahnheilkunde. Dritte Auflage. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Küster*: Die Chirurgie der Nieren der Harnleiter und der Nebennieren. II. Hälfte. Stuttgart, F. Enke. — *Schuster*: Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart, F. Enke. — *Riedinger*: Die ambulatorische Behandlung der Beinbrüche. Würzburg, A. Stuber. — *Oppenheim*: Zur Prognose und Therapie der schweren Neurosen. Halle a. S., C. Marhold. — *Mikulicz* und *Tomasczewski*: Orthopädische Gymnastik gegen Rückgratsverkrümmungen und schlechte Körperhaltung. Jena, G. Fischer. — *Rohmer*: Évaluation à l'usage des médecins experts des incapacités professionelles. Paris, Masson et comp. — *A. T. Schoefield*: The force of mind; or the mental factor in medicine. London, J. and A. Churchill. — *Sim Wallace*: The cause and prevention of decay in teeth. London, J. and A. Churchill. — *Howard Marsh*: Clinical essays and lectures. London, J. and A. Churchill.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A capsula interna területére tett localisatiokat birálat tárgyává teszik *P. Marie* és *Guillain*. 10 olyan esetet észleltek, melyekben a capsula interna érző sphaerájában egyedül álló vagy a mozgató rostokéval összefüggő sérült gócz volt megállapitható. Mind a 10 beteg hemiplegiás volt, a nélkül, hogy érzésük hibás lett volna. Három hemiplegiát bonczoltak, a melyekben a hemiplegiát érzészavar kisérte. Ezek közül egy nem vehető figyelembe, mert az érzészavar csak három hétig tartott; egyben nagy lágyulás állott fenn a Sylvius-barázda tájékán, a lencsemagban, a capsula interna területén és a thalamus külső negyedében. Egy esetben a hemiplegia fennállásának nyolczadik évében a bénult oldal hypaesthesiás volt, a bonczolás a gyrus centralis és az első halántéklebenyben lágyulást, az insulában egy vérzés maradványát derítette ki, azonkivül a capsula interna hátsó szelvénye a térd mögött és a thalamus egy része myelinjét elvesztette. Ezen kivül 30 esetben voltak degenerált részek a capsula interna hátulsó szárában, a nélkül, hogy érzészavar lett volna jelen. Egy esetben, daczára annak, hogy a capsula interna, a Roland-zóna és a halántéklebeny elülső része, a kérget és thalamust összekötő pályák teljesen elpusztultak, egy másik esetben, melyben körülbelül ugyanazon terület volt lágyulásban, ugyancsak hiányzott minden érzészavar. Ezen körülményből azon következés folyik, hogy a hemianaesthesia a gócz helyének meghatározásában segitségünkre nem lehet. Szerzők azon véleményüknek adnak kifejezést, hogy nem állapitható meg, vajjon a capsula interna azon részében, melyet *Türck*

és *Charcot* elkülönitettek, futnak-e érző rostok, de bizonyosnak tartják, hogy ezen terület sérülésekor az érzés más pályákon halad a központ felé. Nem fogadják el a szerzők továbbá Obersteiner és Redlich az izomérzés vezetésére szolgáló pályáit a belső tokban.

Ugyanily eredményre jutottak a belső tok mozgató rostjaira nézve. Számos esetből azon következtetést vonják, hogy a capsula interna hátulsó szelvényének bármi kisfokú sérülése mindig hemiplegiát hoz létre, és soha egy végtagra szorítkozó bénulás ilyenkor nem támad. Ugyanezen eredmény jön létre a belső tok térdének sérülésekor is, a nélkül, hogy az arcz és nyelv inkább volna bénult, mint a hátsó szár megbetegedésében.

Anatomiai szempontból fontos azon körülmény, hogy a belső tok körülirt sérülése egy esetben sem vezetett a pyramis pályákban körülirt elfajulásra, ellenkezőleg mindig diffus elfajulás jött létre, melynek intensitása arányban volt a belső tok sérülésének nagyságával. Kéregsérülések pedig a belső tokban szintén diffus elfajulásra vezettek. Érdekes megfigyelés az is, hogy a hemiplegiás beteg többnyire visszanyeri mozgásképességének legnagyobb részét, a mennyiben a contractura nem akadályozza. E tünetet úgy magyarázzák a szerzők, hogy bár a mozgató impulsus rendesen egy úton halad, annak megbetegedésekor más pályákat is követhet. Az idegrendszeri lokalizálásban helyettesités lehetséges.

Végül hangsúlyozzák a szerzők, hogy ezen eredmények, melyek az anatomo-klinikai módszer eredményei, kizárólag az emberre vonatkoznak és az állatokon nyert kisérleti eredményekkel sokszorosan ellenkeznek. (La semaine méd. 1902. jun. 25.) —*ts.*

Sebészet.

Kiirtott Gasser-dúczokat vizsgált szövettanilag *Coenen* a Bergmann-féle klinikán. 15 esetben vizsgálta a dúczot, melyek mindegyike trigeminus neuralgia miatt lett kiirtva. Két esetet kivéve előzőleg hosszabb-rövidebb idővel idegresectiokat végeztek a betegeknél. A két dúczot, hol előzőleg idegresectio nem történt, teljesen normalisaknak találta, míg a többiekben a sejt duzzadása, vacuola-képződés, a tigroid megfogyása, atrophia, chromophilia s végre a dúczsejt teljes eltünése volt constatálható, s e helyett a kötőszövet compensatorikusan megszaporodott. Ezen tényekből arra következtet, hogy ez utóbbi elváltozások másodlagosan fejlődtek az idegresectiok következményeiként, mely feltevését főleg azzal bizonyítja, hogy a két esetben, melyben előzetes peripheriás idegcsonkolás nem történt, a dúcz szövetileg teljesen normalis volt. Ugyanily eredményre jutottak Krause-Sänger, Coelho-Pestana, Spiller, Barker, Schwab. Cushing és Barker kisérletileg kutyánál ugyanily elváltozásokat tudtak előidézni a Gasser-dúczban a környéki idegek resectiojával. (Archiv f. klin. Chirurgie. 67. k. 6. f.)

Holzwarth dr.

Az ondóhólyagokon és környezetükön végezhető műtétekről értekezik *Kessler*. A különféle műtéti módokat, melyekkel az ondóhólyagokhoz hozzáférhetünk (Guelliot, Villeneuve, Dittel és Zuckerkandl, Bendet és Duval stb.), röviden méltatva, a műtéti mód használhatóságának feltételéül azt állitja oda, hogy a bevezető műtét, melylyel a tájékot hozzáférhetővé tehetjük, veszélytelen, gyorsan kivihető legyen és e mellett a műtéti teret jól feltárva, kiterjedt betekintést nyujtson. E czélra legalkalmasabbnak a Schlange-Lévy-féle műtétet találta; a keresztcsontot a 4—5. keresztcsonti csigolya között átvéste, s igy a legjobban áttekinthető műtéti teret nyerte. Rétegenként való előhaladás mellett a vérzés minimalis, a műtét teljesen veszélytelen s minden alkalommal typikusan végezhető. A sebgyógyulás ezen műtétnél igen gyorsan megy végbe, mert a sebzés fekvése a váladékpangásnak elejét veszi, s az eredmények functionalis tekintetben is teljesen kifogástalanok. (Archiv für klinische Chirurgie. 67. kötet, 2. füzet.)

Holzwarth dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az europhent *Beeler* nagyon jó eredménynyel használja alszár-, valamint sanker-fekélyek gyógyitására, még pedig leginkább hintőpor alakjában. Az europhen aránylag szagtalan és sem általánosan mérgező, sem helyileg izgató hatása nincsen. Végbélfekély egy esetében suppositorium, cervix-ulceratio egy esetében pedig europhentartalmú olajjal átitatott tampon alakjában használta szintén jó eredménynyel. (Med. summary, 23. kötet, 11. szám, 1902.)

A hedonallal álmatlanság esetében elért eredményeiről *Tendlau* egy izben már beszámolt. Jelen újabb közleményében ugyan fentartja előbbi állitását, hogy legjobban hysteria és neurasthenia okozta álmatlanságnál hat, mig nagy fájdalmak okozta és hosszas belbetegségek lefolyásában jelentkező agrypniánál eredménytelen volt; ez utóbbit illetőleg azonban most megjegyzi, hogy főleg súlyos szivbajokban szenvedőknél néha feltünő jó eredménynyel használta a hedonalt. Erythema exsudativum okozta heves viszketés folytán beállott álmatlanságnál is 2 gm. használata után jó álom következett be. Erős fájdalom és psychikai izgalom okozta álmatlanságnál morphiummal együtt adva észlelt jó eredményeket. (Fortschritte der Medicin, 1902. 5. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1902. 4. füzet. *Benedict Henrik* és *Surányi Miklós*: A typhusreconvalescensek anyagcseréjéről. *Bakay Lajos*: Uj módszer a foetalis porczogó kimutatására. *Preisich Kornél*: A hústáplálás befolyása tyúkok ojtási gümőkórjára. *Pólya Jenő* és *Navratil Dezső*: Vizsgálatok a pofa nyálkahártyájának nyirokereiről. *Chudovszky Móricz*: Gyomor-bélműtétek.

Gyógyászat, 1902. 32. szám. *Székely Zsigmond*: Submucosus myoma okozta inversio uteri. *Uj Kálmán*: Angina. *Vajda Géza*: A trachoma-gyógyitás. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 32. szám. *Rothbart József*: Végbélszükület véres úton gyógyult esete. *Körmöczi Zoltán*: Adatok a szájpadlás-defectusok rationalis kezeléséhez.

Magyar orvosok lapja, 1902. 32. szám. *Lévai Dezső*: Az ichthyol hatása tuberculosisnál. *Klár Mór*: Az izraelita kórház orr- és gégegyógyászati ambulatoriumának betegforgalma 1894-től 1902-ig.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 32. szám. *Maixner*: A májcirrhosis haemorrhagiás alakja. *Weinberg*: A vakbél-gümőkór gyógytanához. *Kelling*: A homloköböl egy nyákcystája tartalmának analysise. *Biedl*: A láz lényege és kezelése. *Baer*: A syphilis kezelése asterollal. *Hrach*: A tüdő lobos megbetegedései 1900—1901-ben és kezelésük. *Jess*: Immunizáló kisérletek.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 32. szám. *Helly*: Kölcsönös vonatkozások a lép szerkezete és működése között. *Adrian*: Neurofibromatosis érdekes esete. *Scheib*: Knapp szerint clastikus fémbougieval létesitett koraszülés hat esete. *Pezzoli*: A prostata-váladék reactioja idült prostatitisben.

Wiener medizinische Presse, 1902. 32. szám. *Schilling*: Az ételek emészthetőségének meghatározása a bélsár mikroskopi vizsgálatával. *Ravasini*: Idegen testek a húgyhólyagban és a húgycsőben.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 31. szám. *Hansemann*: A tüdővész gyógyitása és gyógyithatósága *Aujeszky* és *Wenhardt*: Adatok a pestis-bacillus agglutinatojához. *Görges*: Aspirin és digitalis-dialysatum. *Adler*: Adat a tertiaer lues statistikájához. *Riechelmann*: Rákstatistika kórboncztani szempontból. *Glaessner*: A gyomordaganatok topikus diagnosisa.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 31. szám. *Wolff*: Gyöngykór és emberi gümőkór. *Waldvogel*: Sipoly a flexura sigmoidea és a hólyag között átfúrodott béldiverticulum kapcsán. *Eckstein*: Subcutan és submucosus paraffin prothesisek. *Treitel*: A fül leforrázásának két esete. *Tomforde*: Egy pneumonia endemia. *Schwann*: Dysmenorrhoea és aspirin. *Emmerich*: Az antimorphin összetétele.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 32. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 31. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 15. szám. *Bernhardt*: Facialis-görcs szokatlan esete. *Blum*: Elmebajok kisérletileg létesitett autointoxicatiok következtében. *Sorgo*: Izolált izom-görcsök subcorticalis eredése.

Archiv für klinische Chirurgie, 67. kötet, 4. füzet. *Eiselberg*: Nagy végbélelőesések műtéti kezelése. *Janssen*: A Dupuytren-féle ujjcontractura, különös tekintettel a sebészi kezelésre és a baj kórboncztanára. *Rehn*: A peritoneum infectiosus genyes folyamatainak kezelése. *Brunner*: Kisérletes vizsgálatok a gyomortartalom okozta peritonitisre vonatkozólag. *Winter*: Adatok az epilepsia sebészi kezeléséhez (a nyaki sympathicus kétoldali resectioja). *Hildebrandt*: Kis kaliberű lövegek okozta hassérülések. *Tansini*: Splenectomia és Talma-féle műtét Banti-kórban. *Kehr*: A choledochus-falzat hiányainak plastikai elzárása. *Engels*: Uj czombprothesis. *Ledderhose*: A intraperitonealis hólyagruptura kezelése. *Sneguireff*: Hydronephrocystoneostomia esete. *Franke*: Az idült obstipatio sebészi kezelése. *Heidenhain*: Bélelzáródás és enterostomia peritonitisben. *Bertelsmann*: Bakteriologiai vérvizsgálatok sebészi genyedéseknél. *Noesske*: A rákparasiták kérdéséhez. *Prutz* és *Ellinger*: „Darmgegenschaltung". *Payr*: Béldiverticulumok és általuk okozott ritka kórképek. *Küster*: Bursitis subacromialis. *Kessler*: Műtétek az ondóhólyagokon és környékükben.

Therapeutische Monatshefte, 1902. julius. *Hofmann*: Camphor használata morphium-megvonásnál. *Margoniner* és *Hirsch*: A subcutan gelatina-injectio és veszélyei. *Du Bois-Reymond*: A járványok leküzdése. *Bloch*: Adatok a rheumás bajok diagnosisához és kezeléséhez. *Model*: Pertussin. *Oltuszevski*: A hiányos psychikai fejlejttség viszonya a beszédzavarokhoz. *Lenné*: Diabetes mellitus. *Glaeser*: A perityphlitis kezelése. *Siegert*: A diphtheria serumtherapiájának eredményei. *Jaksch*: Köpülyözés új módja.

Gazette hebdomadaire, 1902. 63. szám. *Milian*: A haemorrhagiás liquor cerebrospinalis. 64. szám. *Morvan* és *Cornet*: Pyopneumothorax. Bronchectasia. *Lalanne*: Félelmi állapotok elmebajokban.

Le progrès médical, 1902. 32. szám. *Narich*: A foetalis hydrocephalia diagnosisa utánajövő fejnél.

La semaine médicale, 1902. 32. szám. A franczia ideg- és elmeorvosok congressusának tárgyalásait tartalmazza.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 32. szám. *Joos*: A mikrobák agglutinatioja. *Lorand*: A diabetes észszerű kezelése.

The lancet, 1902. II. 5. szám. *Byrom Bramwell*: A tüdővész okai és megelőzése. *H. L. Barnard*: Heveny peritonitist utánzó pleuro-pneumoniás megbetegedés. *O. Grünbaum*: Gastritis membranacea gyógyult esete. *H. E. J. Biss*: Purpura fulminans scarlatina után. *H. Campbell Thomson*: A heveny gyomortágulat aetiologiája és diagnosisa. *G. Sandison Brock*: Sulsomaggiore forrásai gyógyászati szempontból. *G. T. Brooksbank James*: Az összetérő kancsalitás kezelése. *D. Mc Keown*:

Idült sphenoidalis genyedés. *Ch. Stonham*: Az a. subclavia aneurysmájának műtett esete. *Frank Nicholson*: Az aortába és tracheába áttörő gummás peritracheitis esete.

British medical journal, 1902. augusztus 9. A „British medical association" ez idei összejövetelének tárgyalásait tartalmazza.

The Edinburgh medical journal, 1902. junius. *P. M'Bride*: A torok némely functionalis neurosisa. *Ralph Stockman*: Zöld és kék vizelet. *J. Kirk Duncanson*: Harvey életére és működésére vonatkozó adatok. *D. W. Samways*: A mitral-stenosis crescendo zörejének oka. *W. Blair Bell*: Coccusok oki összefüggése rheumával. *A Mac Kaig*: Férgek és cholera. *G. A. Gibson*: A szív ideges zavarai. *J. A. Arkwright*: Icterus neonatorum 14 súlyos esete egy családban.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 31. hetében (1902. julius 27-dikától augusztus 2-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 416 gyermek, elhalt 285 egyén, a születések tehát 131-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 28·2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19·3, az egy éven felüli lakosságnál: 14·1 az öt éven felüli lakosságnál: 12·0 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 0, pertussis 2, morbili 6, scarlatina 4, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 16, apoplexia 7, eclampsia 4, szervi szívbaj 14, pneumonia 13, pleuritis 1, pneum. catarrh. 4, bronchitis 3, tuberculosis pulmonum 41, enteritis 45, carcinoma 13, ezek közül méhrák 3, egyéb újképletek 6, morbus Brightii et nephritis 10, veleszületett gyengeség 21, paedatrophia 3, marasmus senilis 14, erőszakos haláleset 17, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 9, baleset 8, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2784 beteg, szaporodás e héten 884, csökkenés 870, maradt e hét végén 2789 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi julius 30-dikától augusztus 5-dikéig terjedő 31. 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 25 (16), diphtheria, croup 29 (17) hagymáz (typhus) 4 (8), kanyaró (morbili) 61 (57), trachoma 10 (13), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 15 (17), orbáncz (erysipelas) 14 (14), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (2) járv. fültőmirigylob 3 (0), ezenfelül varicella 14 (9).

⊙ **Kitüntetés.** Ő Felsége *Bakó Sándor* dr. egyetemi magántanárt, a szt. János-kórház főorvosát és *Székács Béla* dr.-t, a szt. Rókus-kórház főorvosát, az igazságügyi orvosi tanács tagjait a királyi tanácsosi czimmel tüntette ki.

☒ **Meghivó a második országos elmeorvosi értekezletre.** Bizva a felvetett eszme üdvös voltában tettük meg, most két éve, az első lépéseket arra, hogy a magyar elmeorvosok első országos értekezletét összehivjuk. Biztunk az eszmében, mert tudtuk, hogy annak megtestesítésével oly intézményt létesítünk, a mely a szakerők egyesítése által a magyar psychiatria és hazánk elmebetegügyének történetében mind kiválóbb szerepet fogna betölteni; de aggódnunk is kellett, mert tudatában voltunk annak, hogy azon általunk oly szükségesnek vélt intézményt beláthatatlan időkre lehetetlenné teszszük és hogy ez által épen azon érdekeket, a melyeket szolgálni kivántunk, a legnagyobb mértékben veszélyeztetjük, ha kezdeményezésünk be nem válik. De bevált. Az első országos elmeorvosi értekezlet létrejött, sőt minden várakozáson felül sikerült, úgy hogy az elnöki záróbeszéd joggal mondhatta róla, hogy olyan volt, „mintha már évek óta szervezett egészet képezne és vetélkednék korra nézve a külföld hasonló intézményeivel." Most már azonban csak a siker iránti bizalommal és menten minden aggodalomtól intézzük a felhivást igen tisztelt kartársainkhoz, hogy *a második országos elmeorvosi értekezleten, a mely Budapesten, f. évi október 26—27-dikén* fog megtartatni, résztvenni szíveskedjenek. Nem szenved kétséget, hogy a megtartandó értekezlet méltó lesz elődjéhez és hogy arra ép oly megelégedéssel fogunk visszatekinthetni, mint visszatekintünk most az elsőre. Munka hijján nem leszünk. Eltekintve azon sok kérdéstől, a mely az első értekezlet határozatából kifolyólag lesz tárgyalandó, már ezen felhivás kibocsátása előtt is sok érdekes és fontos előadás jelentetett be. További előadások *f. évi augusztus 31-dikéig* jelenthetők be, mire szeptember hó első felében a részletes programm fog összeállittatni és közöltetni. Ugy az előadásokra, mint a tagságra vonatkozó bejelentések a szervező bizottság alulirott titkárához *(Budapest, I., lipótmezei elmegyógyintézet)* intézendők. Az értekezlet tagja lehet minden orvos, valamint az, a ki az elmegyógyászat és az elmebetegügy iránt érdeklődik. A tagsági dij: *öt korona.* Budapesten, 1902. augusztus havában. Az országos elmeorvosi értekezlet szervező bizottsága nevében: *Babarczi-Schwartzer Ottó* dr. m. kir. udvari tanácsos, bizottsági elnök. *Epstein László* dr. áll. elmegyógyint. főorvos, bizottsági titkár.

+ **A legközelebbi tisztiorvosi vizsgák Budapesten** október hó 6-dikán kezdődnek. A cursust az egészségtanból és bakteriologiából szeptember hó 9-dikén kezdi meg *Kaiser Károly* dr., a belügyministerium egészségtani és bakteriologiai intézetének vezetője.

⊕ **Hirdetmény orvosnövendékeknek.** Azon most a III. évre beiratkozott orvostanhallgatók, kik az új rendszerű I. orvosi szigorlatot még le nem tették, vagy ismétlésre vagy pótvizsgára vannak utasítva, mulhatatlanul jelentkezzenek f. é. szeptember hó 4-dikén d. e. 11 órakor az orvoskari dékáni hivatalban, miként arra már a mult tanév végén fel lettek szólítva, nehogy a vizsgálati szabályrendelet 13. §-a alapján tanulmányi idejükből veszitsenek. Ugyanakkor fog szigorlati határidejük is megállapittatni. Budapesten, 1902. augusztus hó 12-dikén. *Bókay* e. i. dékán.

⊕ **Hirdetmény.** A budapesti kir. m. tud.-egyetem orvosi facultásán az iskolaorvosi és egészségtan tanári cursus f. é. szeptember 15-dikétől deczember 15-dikéig fog megtartatni. Azon orvosdoktorok, kik a cursuson résztvenni óhajtanak, ez iránt az orvoskari dékánhoz czimzett, kellően bélyegelt, s a diploma-másolattal, működési és illetőségi bizonyitványnyal felszerelt kérvényeiket f. é. szeptember hó 5-dikéig az orvoskari dékáni hivatalba (VIII., Üllői-út 26. sz.) nyujtsák be. A tanfolyamra az esetben, ha 20 orvosdoktor nem jelentkezik, szigorló orvosok is felvétetnek. A kérvények elintézéséről, ha a lakását megadja, minden folyamodó külön értesittetik. Budapesten, 1902. augusztus hó 12-dikén. *Bókay Árpád* dr. s. k. e. i. dékán.

+ **Pasteur szobrát** szülőhelyén, Dôle-ban, e hó 3-dikán leplezték le Trouillot kereskedelmi minister és nagy előkelő közönség jelenlétében. Az elhangzott sok beszéd között különösen tetszett a kereskedelmi ministeré és Mollard képviselőé, a ki párhuzamot vont Victor Hugo és Pasteur között. A beszédek után iskolás gyermekek egy Pasteurt dicsőitő dalt énekeltek el és pálmaágakat helyeztek a szobor talapzatára. Pasteur-nek ez már második szobra; az elsőt a mult évben leplezték le Arbois-ban, a hol gyermekkorát töltötte.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Lipik*, augusztus 5. 3025; *Tátrafüred*, augusztus 5. 1656; *Uj-Tátra-füred*, augusztus 7. 1038; *Tátra-Széplak*, augusztus 6. 805; *Tarcsa*, augusztus 7. 905.

⚔ **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** az 1902. év julius havában 291 veszett vagy veszettségre gyanus állat marta egyén (281 magyarországi, 5 horvát és szlavoniai, 3 bosznia és herczegovinai és 2 galiczai) nyert antirabikus védőoltást. 260 egyént eb, 1-et tehén és 1-et sertés mart meg. Évi folyó szám: 1647; egyetemes folyó szám: 18,704. Haláleset e hóban nem fordult elő

+ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület segélyét** julius hóban 899 esetben vették igénybe. Évi folyó szám: 5936.

— **A nyitramegyei „Ágoston" közkórházban** — a mint azt *Friedrich Alajos* dr. igazgató-főorvos jelentésében olvassuk — az 1901. évben 1164 egyént ápoltak, 697 fi- és 467 nőnemű) ápoltak. Egy betegre 24·4 ápolási nap esett. A halálozás 8·8%-ot tett. Nagyobb műtétet 31, kisebb műtétet 225 esetben végeztek.

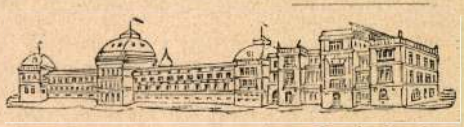
⚔ **A szabolcsvármegyei nyiregyházi „Erzsébet" nyilvános közkórházban** — mint azt az igazgatóság kimutatásából olvassuk — az 1901. évben 2445 egyént ápoltak és 406 műtétet végeztek. Igazgató főorvos volt: *Kállay Rudolf* dr., osztályfőorvos: *Lorencz Gyula* dr., alorvosok: *Korom L.* dr. és *Ács Sándor* dr.

∧ **Lakásváltoztatások.** *Lenárt Zoltán* dr. augusztus hó 1-jétől kezdve Király-utcza 6. sz., *Szász Hugó* dr. Andrássy-út 38. sz., *Turnovszky Jenő* dr. IV., Koronaherczeg-utcza 11. sz. alá tették át lakásukat.

⚔ **Megjelent**: *Kátyáli Manó* és *Markovics Sándor*: Az új német helyesirás kézikönyve. Győr, 1902. Ára 1 kor.

† **Elhunyt.** *Komáromy Miklós* dr., Beregszász város tiszti orvosa, augusztus 8-dikán 59 éves korában. *Schwarz Frigyes* dr. közkórházi orvos f. hó 13-dikán Pécsett 54 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, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

A 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. (X. bemutató ülés 1902. május 21-dikén.) 541. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1901. október havi szakülés.) 542. l.

Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató ülés 1902. május 21-dikén.)

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

Elnök: az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Jassniger Károly és Massanek Gábor tagtársakat.

Gombamérgezés esete.

Jassniger Károly: B. M. 38 éves, napszámos f. hó 15-dikén délben a vásárcsarnokban vásárolt gombából főtt levest evett nejével. Egy órára rá mindketten rosszul lettek. De míg az asszonyon csak csekély fejfájás mutatkozott, addig betegen erős fejfájás és hányás vett erőt. Az előhivott orvostól rendelt hashajtóra többször volt széke. Délután 1/26-kor a mentőket hivatta, kik gyomrát kimosták, azután *Hochhalt* főorvos osztályára szállították. A gyomormosás alatt az arcz és végtagok izmain, valamint a szemizmokon is tonico-clonikus görcsök voltak észlelhetők, bő nyáladzás, a görcsök után pedig néhány perczig tartó öntudatzavar.

Felvételkor nehéz collapsus. Arczbőr fakó, pupillák ad maximum szűkek. Szivműködés rhythmikus, de gyenge, pulsus alig tapintható, száma perczenként 68, légzés 36. Nyelv bevont, elég nedves. Has erősen behúzódott, hólyag üres. Erősen izzad, sensorium ép, igen szomjazik, sokat csuklik. Még egyszer kimosták a gyomrát, de gombarészleteket már nem találtak. Subcutan és belsőleg izgatók adagoltattak. Másnapra a beteg állapota változatlan. Rendkivül erősen izzad. Közel 24 órája nem vizelt, hólyag üres, catheterrel sem nyerhető vizelet. Pulsus alig tapintható, légzés szapora. Koronként tonikus görcsök a kéz ujjain. A nagy elesettség és nedvvesztesség miatt a mellkas bőre alá 700 cm³ konyhasóoldatot infundálnak, délután pedig a hasbőr alá 500 cm³-t, mire pulsusa teltebbé vált. 17-dikén görcsei nem voltak, pupillák tágabbak, pulsus telt, nagyhullámú, 72. Délután 6 órakor 50 órás teljes anuria után egy óra alatt körülbelül 400 cm³ vizeletet ürít. Vizelet uratoktól zavaros, f. s. 1020; benne közepes fehérnye, górcső alatt számtalan, látóterenként húsznál is több, finoman és durván szemcsézett cylinder, néhány veseepithel, kevés egymagú fehér vérsejt. Vörös vérsejt hiányzik. Éjjel ikragörcse volt. Belsőleg digitalis, kal. aceticum, tejdiaeta. Másnapra izzadás szünik, bő diuresis indul meg, 24 óra alatt 3900 cm³, kevés fehérjét tartalmaz, górcső alatt elvétve egy-egy szemcsés cylinder. Éjjele azonban álmatlan, a jobb czombon, az alszáron végigfutó, czikkázó fájdalmak miatt, a n. ischiadicus mentén nyomási érzékenység. 20-dikán a bal ülőidegen lépnek fel hasonló fájdalmak. Diuresis 2000 cm³ állandóan, vizelet fehérjementes, a miért is a beteg hústáplálékot kap.

Kérdés, milyen gombafajnak, mérgezőnek, avagy ehető, de romlott gombának tudandó-e be a mérgezés? A súlyos gastro-enteritis valamennyi gombamérgezésnek közös tulajdonsága. Az egyes gombafajokra a gyomorbélhurut után következő tünetekből következtetünk. A gombafajok hatóanyagai azonban, melyek a ptomainokhoz tartoznak, pontosan determinálva nincsenek, csak néhány fajnál ismeretesek, de ezek is többfélék és származási hely, éghajlati és tellurikus viszonyok szerint különböző mértékben vannak meg; másrészt a gomba kezelési módja folytán e hatóanyagok lényegesen módosulnak és igy a hatásból a gombára következtetni nehéz, legtöbbször lehetetlen.

E hatóanyagok hatása általában két irányban nyilvánul. Egy részük, mint a muscarin, cholin, neurin, melyek a légyölő galócza, amanita muscaria hatóanyagai, heves idegmérgek. A muscarin az atropin ellenlábasának tekintendő: pupillaszűkületet és a nyálkahártyák bő secretioját idézi elő. Ezenkivül súlyos corticalis tüneteket hoz létre, mely tulajdonságát a cholin és neurin osztják. A másik csoport a vérmérgek osztályába tartozik. Legkiválóbb a phallin, az amanita phalloides, gumós galócza hatóanyaga, melynek hatásával megegyezik kisebb mértékben a helvellasav, az ehető redősgomba, helvella esculenta hatóanyaga. A vörös vérsejtek dissolutioját hozzák ezek létre: haematocytolysis útján hatnak, súlyos icterushoz, methaemoglobinuriához, diffus acut veselobhoz vezetnek. A bemutatott esetben a neurin és cholin hatására utaló tünetek voltak jelen. Az izzadásnak és hasmenésnek tudandó be a szervezet azon nagyfokú nedvvesztesége, mely legkifejezettebben a vérvizsgálatnál nyilvánult. Vérelemek nagyfokú relativ szaporulatot mutattak. Vörös vérsejt 8 millió, fehér 20,000 volt köbmm.-ként. Az 50 óráig fennálló anuria érdekes tünete az acut toxikus parenchymatosus veselobnak.

Az a gyanu állott fenn, hogy nem mérges, hanem ehető, de romlott gomba hatása forog fenn. Igazolta ezt a gombamaradékoknak Mágócsy-Dietz tanár által történt vizsgálata is. A romlott gombában sikerült a vizsgálóknak a neurint kimutatni, a mely által okozott baj súlyos gastroenteritis mellett feltünően hasonlit a cholera vagy acut arsen-mérgezés kórképéhez.

Hochhalt Károly: Az előadottak során kitünik, hogy leginkább a choleriform-tünetek domborodtak ki s nem más specifikus ptomainhatás mely, idegrendszerzavarokat vagy vérdissolutiot von maga után. Tehát ugyanazon kórkép tárult fel előttünk, a mely romlott, erjedésbe menő tápszerek (hús, kolbász, sajt, hal, gyümölcs) élvezete után jelentkezni szokott s lényegileg az úgynevezett európai cholera kórképével azonos. A cholera nostras ma már sui generis betegségnek nem tekinthető, főleg mióta a Finkler-Prior-bacillus jellemző lelete tagadásba vétetett. Csak gyüjtőnévnek használjuk, a mely alatt a legkülönbözőbb kóroktani mozzanatok rejtőzhetnek. Kétségtelen, hogy leggyakrabban azonban ptomainmérgezés idézi elő, a melyet romlott tápszerek — főleg a nyári időszak alatt — fejlesztenek. Ilyen esetek nem ritkán törvényszéki bonczolatok tárgyát képezik. Igy szóló egy esetében acut arsenmérgezést vettek fel, holott, mint a boncolat és egyéb körülmények kideritették, beteg lúd húsának élvezete forgott fenn. Még mindig érdekes kérdést képez a cholera-vese magyarázata, illetőleg a napokig tartó anuriának, fehérjevizelésnek és rostonyás hengerek leletének kóroka. Tudvalevőleg *Bartels* e tüneteket veseischaemiából származtatta, mig *Senator*, *Litten* és mások heveny toxikus vesegyuladást vesznek fel alapul. Esetünkben azonban a szív ütőeres nyomásának nagyfokú gyengesége és a vér besürüsödésének kétségtelen jelei mutatkoztak (vörös vérsejtek száma 8 millio, haemoglobin-tartalom 120). Valószinű tehát, hogy a cholera-vesénél a toxinhatás mellett még a szivgyengeség és vizvesztesség, illetve vérbesürüsödés combináltan jut érvényre. Még néhány szót a konyhasó-infusio értékéről. Mikor azokat Cantani először ajánlotta, még nem végezték azt azon aseptikus cautelák mellett, mint jelenleg és megesett, hogy nagy kiterjedésü tályogok támadtak a befecskendezések nyomán. Ma már teljesen steril folyadékkal és eszközökkel dolgozunk úgy, hogy ily kellemetlen esélyek ki vannak zárva. Ezen infusiokat az algid stadiumban sohasem szabad elmulasztanunk. Esetünkben életmentőleg hatottak.

Laryngitis crouposa intubatioval és légcsőmetszéssel gyógyult esete.

Massanek Gábor: W. Károlyt 1902. márczius 13-dikán vették fel Szontágh Félix osztályára, igen súlyos croup tüneteivel. Ettől eltekintve egyéb kimutatható elváltozás nem volt. Három nap óta beteg, egy napja áll fenn a stenosis. Felvétel után csakhamar meg kellett intubálni és 22-dikéig nem lehetett a tubust eltávolitani. A minden 24 órában megkisérelt extubálást követőleg 10—30 percz mulva oly fokú stenosis lépett fel, hogy ismét sürgősen intubálni kellett. E mellett folyton 38·5 körüli hőmérsék. 21-dikén reggel 40° a láz és bár este 37·2-re sülyedt, másnap 40·6°. A gyermek a tubus daczára dyspnoës, de kimutatható elváltozás a szervezetben nincs.

Szontágh Félix osztályán sohasem ragaszkodnak feltétlenül egyik műtéthez sem és a mint a legcsekélyebb gyanujuk is van arra, hogy a hosszas intubálás folytán decubitus fejlődik a gégében, megcsinálják a tracheotomiát. Nem kötik magukat az óraszámhoz, nem sematizálnak, hanem individualizálnak. Két év óta követik ez eljárást és azóta egyetlenegy decubitust sem láttak, sem a boncasztalon, sem élőben. Ezen elv alapján ez esetben márczius 22-dikén megcsinálták a secundaer tracheotomiát. 216 óra közül 210 órát volt a gyermek felvétele óta intubálva és a magas láz, melynek oka kimutatható nem volt, felkölötte a gyanut decubitusra. A láz a tracheotomia utáni napon alacsonyabb lett és április 4-dikén a beteg már láztalan. A decanulement eddig nem sikerült. Április 12-dikén megint magas láz physicalis tünetek nélkül, egész 28-dikáig. Láz remissiokat mutat. Vérvizsgálat hyperleukocytosist mutat (24000). 24-dikén sikerült a decanulement, a mikor a gyermek láztalan volt. 28-dika óta láztalan. A láz oka ismeretlen. Malariát a vérvizsgálat kizár. Acut miliaris folyamat nem volt valószinű. A hyperleukocytosis genyedésre utalt a mediastinumban, de ez ellen szólt a gyermek jó közérzete. Legvalószinűbb egy ki nem mutatható pneumonia — esetleg influenzás alapon —, melyhez hasonló esetet már észleltek is.

Compressiós myelitis két esete.

Massanek Gábor: A spondylitisnek egyik legkellemetlenebb tünete az úgynevezett compressiós myelitis, mely rendszerint nem lob, hanem a gerinczagyburkok oedemája a megváltozott keringési viszonyok folytán, de a myelitistől nem különböztethető meg. Ezért minden esetet oly módon kell kezelni, mintha még nem volna irreparabilis elváltozás még akkor is, ha a bénulás már régen áll fenn. A compressios myelitisek kezelése kétféleképen történik; sebészi beavatkozással vagy orthopaediailag nyujtás által. Szontágh osztályán először minden esetben a Calot-féle „redressement forcé"-val próbálkoznak meg.

S. Vendelt 1900. julius 26-dikán vitték az osztályra, négy hó óta bénult volt már. Narcosisban redressálták a meglehetős nagy gibbust és néhány nap mulva mozgatni kezdte alsó végtagjait. Súlyos fejeczemája miatt el kellett távolitani a köés feji részét, erre recidivált. Ezután Volkmann-nyújtásba tették, massálták, fürösztötték és négy hó mulva a fiú felkelt és helyre volt állitva. Fél évvel ezelőtt csigolyából kiinduló tályogja volt, a mi szintén meggyógyult.

A másik esetben hasonló eljárás nem vezetett eredményre. H. Kláránál is megkisérlették a nyújtást, redressiot; majd a beteg scarlatinát kapott, levették a kötést. Volkmann-nyújtás négy hóig, mérsékelt javulás. Valószinű, hogy nem secundaer myelitis van jelen.

(Folyt. következik.)

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

1901. október havi szakülés.

(Vége.)

3. **Alexander Lajos a tejnek egészségügyi szempontból való vizsgálatáról** szól. Az egyesület őt hónapok előtt egy más előadása alkalmából azzal bizta meg, hogy tegyen előterjesztést arról, mely módja a tej egészségügyi vizsgálatának volna a legczélszerűbb és a legeredményesebb. Előadó a kérdést tanulmányozta s arra az eredményre jutott, hogy a tejvizsgálatnak ismert módjai nem kielégítők. Legjobbnak a tejszállításnak szövetkezetekbe való terelését tartja, a hol azután kellő képzettségű szakember minden tejet megvizsgálna, mielőtt az a városban a fogyasztókhoz jutna. Az eddigi vizsgálat nem volt kielégítő, az csak a tejnek viztartalmát állapította meg.

Berkovits Miklós szerint előadó egy pium desideriumnak adott kifejezést. Eddig, úgymond, még ott sem értek czélt, a hol a tejvizsgálatot megfelelőbb módon eszközlik. A tejszövetkezetek sem vezettek a kivánt eredményhez. A czél el nem érhető, mert a tej ellenőrzése praeventive mindenkor nem eszközölhető, minden egyes termelőnél nem vihető keresztül. Csalárdsággal és ügyességgel minden felügyelet kijátszható. Az egészségügyi rendőri felügyelet csak elrettentő példát mutathat egyes esetekben. A piaczi ellenőrzés igen gyarló, a chemia nem nyujt oly vizsgálati módot, a melylyel a tej minősége gyorsan megállapítható s a vegyészek sem jutottak még megegyezésre a tekintetben, hogy mely tej bocsátható árúba. Szászországban pl. az 1025-ös tejet is árúba bocsátják, nálunk a miniszteri rendelet értelmében csak az 1029-es tej engedhető meg. A legutóbbi tuberculosis elleni congressus Londonban a tejvizsgálat tekintetében is változásokat fog hozni s kivánatos volna annak a kérdésnek a tisztázása, hogy átvihető-e az állati tuberculosis az emberre, vagy, a mint azt Koch ott elhangzott előadásában mondá, nem. Előadónak erre vonatkozó nézetét óhajtaná hallani.

Előadót Kochnak újabb közlése nem ingatta meg abban a hitében, hogy a gyöngykóros beteg tehén teje fertőzhet, főkép, ha a betegség a tőgyre van localizálva. Azonban képzelhet oly esetet is, hogy egészséges tőgy mellett az egyébként gyöngykóros tehén teje nem fertőző. A kérdés tisztázását a jövőtől várja, addig minden eddig igénybe vett óvintézkedést szükségesnek tart.

Révész Vilmos azt a kérdést veti fel, nem lehetséges-e, hogy a tehén tőgyének izolált megbetegedése az emberről, a ki a tehénnel bánik, azt megfeji, sőt e műveleténél ujjait megnyálazza, származik át a tehén tőgyére.

A kérdéshez még *Konrád Márk* és *Konrád Béla* szóltak hozzá.

4. **Rácz Ödön a nagyváradi „Fehér-kereszt-egylet“ gyermekmenhelyének első évi működéséről** tesz jelentést.

Az intézet főleg két irányban működött. Talált, továbbá oly törvényes és törvénytelen gyermekeket, kiket anyjuk, szüleik nem tudnak eltartani, ápolásba vett. Elhagyatott, szegény szoptatós nőknek menhelyet adott a szülés utáni munkaképtelenséggel járó időre s lehetővé tette, hogy csecsemőiket maguk szoptassák.

Mielőtt a gyermeket felveszik, megvizsgálják. Anyjukkal együtt jelentkező csecsemőket lehetőleg anyjukkal együtt vesznek fel. Ha a csecsemő egészséges s az anyának rendes lakása van, a csecsemőt nála hagyják, sőt segélyben részesítik. Ha meg nem élhet, az anyát csecsemőjével együtt telepre küldik.

Ha a csecsemő beteg s anyja nincs, az intézetben az intézeti dajka szoptatja, míg annyira meg nem erősödik, hogy kiadhatóvá válik. Egészséges, anya nélkül behozott csecsemők lehetőleg azonnal telepre, dajkaságba adatnak.

A helyben, Bihar és szomszéd megyék községeiben (55-ben) felkért teleporvosokhoz körlevél ment, hogy szoptatásra alkalmas, megfelelő lakással biró, megbizható dajkákat jelentsenek be. Felkérték őket, hogy lehetőleg olyan asszonyokat küldjenek, kiknek 7—8 hónapos szopós csecsemőik vannak. Ezek a helyett, hogy csecsemőiket másfél éven át szoptassák, vállaljanak azután idegen 1—2 hónapos csecsemőt és szoptassák még 7—8 hónapig.

Az összes $12^4/_{10}$% csecsemő-halálozásból csak $^1/_2$% csecsemőt adtak ki 7—8 hónapos tejre, a többi gyermeket oly anyákhoz adták szoptatásra, kik ezeket, mint másodikat, saját csecsemőikkel egyidejűleg szoptatták. Volt eset, hogy falun lakó anyának elhalt 1—2 hetes csecsemője s ezek a teleporvosnak való bejelentés után csecsemőket kaptak dajkaságba s az intézet igy oly dajkákhoz jutott, kik csak egy gyermeket szoptatnak.

Az összes szopós csecsemők közül elhalt $12^4/_{10}$%, ennek $^4/_5$ részében a dajka a maga csecsemőjét s az intézet által kiadott csecsemőt, tehát kettőt, szoptatta.

Arra törekedtek, hogy az anya maga szoptassa gyermekét, ezért egyideig az anyát és gyermekét a lelenczházban tartották, azután mindkettőt a telepre küldték s a családnak, a mely őket tartja, az anyáért fizettek tartáspénzt. A gyermek megmentésére az a legczélszerűbb, ha az anyja szoptatja.

Ha az anya törvényes feleség, de gyermekét nem gondozhatta kellően, neki fizették a rendes havi tápdíjat, hogy otthon maradhasson s gyermekét szoptathassa és ápolhassa. Ha a csecsemő törvénytelen származású és szülei élnek, ha nem tudnak megélni, a csecsemőt anyjával a nagyanyánál helyezték el s ennek fizettek tartásdíjat. Ha a házasságon kivül született csecsemő anyjának szülei vagy rokonai nincsenek, akkor anyjával együtt telepre adták és a tartásdíjat az a család kapta, a mely őket befogadta.

A rendszer bevált. Erkölcsi szempontból azért, mert a szoptatós anyákban az anyaság érzése elfojtotta az erkölcstelen életre való hajlamot. 14 hónap alatt egy anya sem hozott egy második gyermeket a lelenczházba. Egészségügyi szempontból is kedvező volt az eredmény. 200 anyjával együtt kiadott csecsemő közül 2% volt a halálozás. Pénzügyi szempontból is bevált, mert a parasztcsaládok szívesen fogadják az anyát csecsemőjével együtt oly árért (7 frt), a melyet más gyermekért anya nélkül fizetnek.

A nem szopós, egy éven felüli gyermek gondozásánál a családi rendszert követték. A gyermekeket nem kaszárnyaszerű nagy árvaházakban zsúfolták össze, hanem egyes gyermektartásra vállalkozó családoknál, ú. n. tápszülőknél, a kiknek egészséges lakásuk van és megbizhatók, helyezték el.

A kiadott gyermekek ellenőrzése a következő: 1. Míg a csecsemők és gyermekek az intézetben vannak, testsúlyukról és hőmérsékükről törzslapot vezetnek; kiadatáskor ez adatokat a dajkakönyvbe jegyzik. 2. Minden kiadott csecsemőt és gyermeket a teleporvos havonta megvizsgál s vizsgálatának eredményét a dajkakönyvbe jegyzi. 3. A csecsemőket és gyermekeket minden 3 hónapban megmérik a központi intézetben. 4. A gyermektartók lakásait is rendszeresen megvizsgálják.

1900. szeptembertől 1901. augusztusig felvettek 1329 gyermeket, ebből törvénytelen 692 (52·7%). 0—1 éves volt 547 (41·15%), 1—2 éves 206, 2—7 éves 575.

Az 1329 felvett gyermekből 7 éves lett 17. 40-et további gondozás végett anyja vett át.

0—1 éves csecsemő meghalt 68 (12·4%), 1—2 éves 18 (3·4%), 2—7 éves 9 (3·4%). Ápolás alatt maradt 1117. A helybeli intézetbe súlyos betegen került gyermekek közül 1—7 éves meghalt 2, 0—1 éves 18.

Összesen elhalt 782 1—7 éves gyermek közül 27, 547 0—1 éves csecsemő közül 68, az összes 1329 gondozott gyermek közül 95 (7·1%). Az 1—7 éves gyermekek közül 3·4%.

A „Fehér-kereszt Országos Lelenczház-Egyesület“ budapesti lelenczházának van Europa összes lelenczházai közt legkisebb halálozási arányszáma, t. j. 100 csecsemő közül 14 hal el. A helybeli intézet kimutatásából az tünik ki, hogy az egy éven alóli csecsemők százából csak 11·4%, az egy éven felüliekből 3% hal el, tehát még a budapestinél is kedvezőbb az eredmény.

5. **Baróthy Ákos Nagyvárad 1901. szeptember havi népmozgalmi statistikáját** ismerteti.

PÁLYÁZATOK.

6686/902. kg.

Bács-Bodrog vármegye 4252 tótajkú lakossal biró **Kiszáts** községében a megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz tartozik Kiszáts, valamint a községhez közel fekvő gróf Chottek uradalom 6 pusztája. Az orvos javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, melynek felét Kiszáts, másik felét az uradalom fizeti. Továbbá a szabályzatilag megállapított díjak, és pedig az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér, halottkémlésért 40 fillér és a megfelelő vágatási- és hússzemle-díjak, végre az orvos kézi gyógyszertár jogositványaért folyamodhatik.

Megjegyzem, hogy az orvos az uradalmi pusztákat uradalmi kocsin hetenként 1—2-szer, ha szükséges volna többször is, külön díjazás nélkül tartozik bejutazni.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a s az 1876. évi t.-cz. 143. §-a szerint minősítésüket, nem különben a tót vagy egyéb szláv nyelvnek tudását igazoló bizonyitványokkal felszerelt kérvényüket **1902. évi szeptember hó 15-dikéig** hozzám küldjék be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem. A választás napjának kitűzése iránt később intézkedem.

Ujvidék, 1902. augusztus hó 13-dikán.

3—1 *Mezey Imre*, főszolgabiró.

A **szegzárdi Ferencz-közkórházban** egy **alorvosi állás** megüresedvén, felhivatnak az erre pályázni óhajtók, hogy eddigi működéseiket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi augusztus hó 31-dikéig** nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. úr, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve, alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1000 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fütés és világitással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Szegzárd, 1902. évi augusztus hó 9-dikén.

2—1 *Herczegh Gyula* dr., igazgató-helyettes.

1678/1902. kórházszám.

Jász-Nagy-Kún-Szolnok vármegye közkórházánál egy megüresedő s egy újonnan rendszeresitett **segédorvosi állás** lesz folyó évi október 1-jével betöltendő, melyekre ezennel pályázatot hirdetek. Javadalom: 1000 korona évi fizetés (egyik állásnál januártól előreláthatólag 1100 korona), butorozott lakás, fütés, világitás, tiszti élelmezés, mosás, kiszolgálás. A kinevezés két évre történik, de meghosszabbitható. Magángyakorlat (kivéve első segélyt és bejáró beteget) nincs megengedve.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, esetleg eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve, hozzám **f. évi november hó 6-dikáig** küldjék be. Később érkező folyamodványok nem vétetnek figyelembe.

Szolnok, 1902. évi augusztus hó 5-dikén.

3—2 *Papp Gábor* dr., igazgató-főorvos.

A temesvári „Fehér Kereszt“ egyesület szülészeti kórodáján és gyermekkórosztályán f. évi október hó elsejétől két évre betöltendő és esetleg újabb két évre meghosszabbitandó, 1000 korona fizetéssel, az intézetben levő szabad lakás, fütés, világitás, kiszolgálás és élelmezéssel javadalmazott **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A magyar nyelven kivül a román nyelvnek tökéletes birása feltétlenül szükséges.

A pályázni kivánó nőtlen orvostudorok oklevelükkel, netaláni kórodai, laboratoriumi vagy kórházi szolgálataikat igazoló okmányokkal felszerelt és a temesvári „Fehér Kereszt“ Egyesület igazgató tanácsához czimzett folyamodványaikat f. **évi augusztus hó 31-dikéig** hozzám küldjék be.

Temesvár, 1902. évi augusztus hó 1-jén.

2—2 *Tauffer Jenő* dr., a szülészeti kóroda főorvosa.

2394/1902. szám.

A vezetésem alatti **bpest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézetben** megüresedett **II-dik másodorvosi állásra**, a mely évi 1000 korona fizetés, szabad lakás, világitás, fütés és első osztályú élelmezés élvezetével van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Az 1883-dik évi I. t.-cz. 9. §-ának követelményeire való utalással felhivom mindazon orvostudor urakat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy a belügyminister úrhoz czimzett, egy koronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevéllel, születési bizonyitványnyal és esetleg az eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat **folyó évi augusztus hó 23-dikáig** bezárólag hozzám nyujtsák be.

Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1902. évi julius hó 22-dikén.

3—3 *Oláh*, igazgató.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Aug. 20.	körorvos	Radosócz	1200 k. 400 k. úti fuvar	Lipovszky János szb., Holics
24.	közs. o.	Hegyeshalom	800 k. és lakás	Sötér szolgab., Rajka
25.	alorvos	Losoncz	600 k. és teljes ellátás	Draskóczy Ede főjegyz., Losoncz
25.	körorvos	Pánczél-Csch	800 k. és 400 úti átal.	Szomody főszolgab., Csáki-Gorbó
31. szept.	körorvos	Magy.-Komját	1200 k.	Szabó Sándor, fsz., Magyar-Komját
1.	körorvos	Vág-Beszterce	1200 k.	Rada Ignácz főszolgb., Vág-Beszterce
1.	közs. o.	Darócz	1200 k. és lakás	Szabady Tivadar fősz. helyettes, Okland
15.	kórh. m. o.	Pozsony	1000 k. és ellátás	Pantocsek József ig. orvos, Pozsony
—	fogházo.	Szegzárdi törv. fogház	600 k.	Dr. Vizlendvay Imre főügyészhely., Pécs
—	sebészo.	Sulinai tengerészeti kórház	8—10,000 frank és lakás	Európai Dunabizottság, Galatz

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.

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

Mercurocrême.

Szabadalmazva.

Teljesen zsír- és szagtalan.

Törv védve.

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 bőrt 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.

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymi „BAYER“.)

Szamárhurut, gégefő és bronchialcatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készitő

BAYER ANTAL gyógyszerész

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

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

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

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

„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.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

MATTONI FÉLE GIESSHÜBLER legtisztább égvényes SAVANYUKÚT

Giesshübl-Sauerbrunn

gyógyhely és vizgyógyintézet

Karlsbad mellett

Ivó- és fürdőkúrák.

Klimatikus és utókúrákra való gyógyhely.

Legjobb diaetetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI

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

Budapesti raktár ÉDESKUTY L. czégnél.

UJ-TÁTRAFÜRED Hidegvizgyógyintézet és Sanatorium.

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

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

— **Mindig nyitva!** —

Dr. Fái Mátyás Miklós
rendelő orvos.

Negyvenhatodik évfolyam. 34. szám. *Budapest, 1902. augusztus 24.*

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.

Székely Ágoston: Az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdése. 543. lap.

Fröhlich Jenő: Közlemény a kolozsvári „Ferencz József“ m. kir. tudományegyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.) Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez. 545. lap.

Fauser Árpád: Közlemény a budapest Irgalmas-kórház belsőbajos osztályáról. Az agurinról. 547. lap.

Tárcza. Plósz Pál tanár. 548. lap. — **Tauszk Ferencz**: Konstantinápoly orvosi viszonyai. 549. lap. — **Palotai Andor**: A rák terjedése és az ellene irányuló németországi mozgalmak. 551. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Dalmady Zoltán**: A cytotoxinok. 552. lap. — *Könyvismertetés. Norbert Ortner*: Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten. — *F. Röpke*: Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege. (Klug Nándor.) 553. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Schottelius*: A bélbakteriumok jelentősége a táplálkozásnál. (Picker Rezső.) — *Belgyógyászat. Landerer*: A hetolkezelés ellenségei. — *Sebészet. Koch*: Gyökeresen műtett idült recidiváló perityphlitis 300 esete. (Pozsonyi.) — *Húgyszervi betegségek. Jacobi*: A chinolinbismuthrhodanat (crurin Edinger) mint antigonorrhoicum. (Picker Rezső.) — *Michels*: A gonorrhoea prophylaxisa. (Picker Rezső.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Clemm*: Epekőbetegség. — *Hevesi*: A chininum lygosinatum használata a sebkezelésben. — *A. L. Wolborst*: A protargol. — *Wielsch*: Az aspirin. — *Folyóiratok átnézete.* 553.—554. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Tisztiorvosi vizsgák. — Az új szt. János-kórház szemészeti osztálya. — Fürdőink személyforgalma. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — Elhunyt. 555. lap. — Hirdetések. — Pályázatok.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdése.

Székely Ágoston dr. magántanártól.

Koch a londoni gümőkór-congressuson tartott, nagy feltünést keltett előadásában a fertőző betegségek ellen való czéltudatos küzdés módjainak néhány példán (pestis, cholera, veszettség, lepra) feltüntetése után a gümőkórellenes tennivalók ismertetésével foglalkozott és e közben azon újabb kisérletei alapján, melyeket a berlini állatorvosi főiskola tanárával, *Schütz*-czel együtt végzett, azon tételt állította fel, hogy az emberi gümőkór különbözik a marhagümőkórtól és hogy az emberi gümőkór a marhára nem vihető át. („In Berücksichtigung aller dieser Thatsachen halte ich mich zu der Behauptung berechtigt, dass die menschliche Tuberculose von der Rindertuberculose verschieden ist und dass die menschliche Tuberculose auf das Rind nicht übertragen werden kann.“) A fordítottja a dolognak, hogy tudniillik a marhagümőkór átvihető-e az emberre, nem igen bizonyítható be; mindazonáltal azt hiszi, hogy ha az ember fogékony is volna a marhagümőkór iránt, az ember fertőződése marhából eredő gümőkóros anyaggal csak nagyon ritkán fordulhat elő. A gümőkóros (gyöngykóros) marha tejével, vajával és húsával történhető fertőzés veszedelmét alig becsüli többre, mint a gümőkór öröklése által feltételezett veszélyt és azért ezen irányban feleslegesnek tart minden óvóintézkedést. („Den Umfang der Infection durch Milch, Butter und Fleisch von perlsüchtigen Thieren möchte ich kaum grösser schätzen, als denjenigen durch Vererbung, und ich halte es deswegen für nicht geboten, irgend welche Maassregeln dagegen zu ergreifen.“)

Ismeretes, hogy közvetlenül ezen előadás után, magán a congressuson, tekintélyes búvárok úgyszólván egyértelmüen oda nyilatkoztak, hogy Koch következtetései nagyon messzemenők, kellőleg meg nem okoltak, kisérleti eredményeiből nem szükségképen folyók. Ennek megfelelően a congressus határozatainak egyike így szólt: „Ezen congressus véleménye szerint és az ülésein folyt tárgyalások alapján az egészségügyi hatóságok használjanak fel ezentúl is minden rendelkezésükre álló hatalmat és ne mulaszszanak el semmi törekvést abban az irányban, hogy a gümőkór terjedése a hús és a tej útján megakadályoztassék.“

A Koch által felvetett kérdés a gümőkór ellen való védekezés szempontjából mindenesetre nagy gyakorlati fontossággal bir, és ennek megfelelően mindenfelé megindultak — a mint azt különben maga Koch is óhajtotta — a kisérletezések az emberi és a marhagümőkór között állítólag fenforgó különbözőség tanulmányozása czéljából. Ezen kisérletek eredményeiről kivánok a következőkben beszámolni, kiterjeszkedve az ezen irányban már Koch előtt végzett hasonló kisérletek ismertetésére is. Egyúttal azonban szükségesnek tartottam a Koch és Schütz által végzett kisérleteket is — a melyek ez idő szerint még csak egy kéziratnak tekintendő nyomtatványban vannak közölve s azért nehezebben hozzáférhetők — részletesen megismertetni, másrészt pedig foglalkozni Koch következtetéseivel, mint a melyek nagyon is kihivják a szóban forgó kérdést figyelemmel kisérőnek birálatát.

* * *

Lássuk tehát mindenekelőtt *Koch* és *Schütz* kisérleteit. Ezek három nagy csoportba vannak osztva: úgymint borjukon, disznókon és juhokon tett kisérletek.

A mi először is a *borjúkon* végzett kisérleteket illeti, ezek a fertőzés módja szerint öt alosztályt képeznek, úgymint: fertőzés a tápcsatorna útján, fertőzés a bőr alul, intraabdominalis fertőzés, intravenosus fertőzés és belégeztetés útján való fertőzés. Valamennyi állatnak a fertőzést megelőzően 0·3 gramm tuberculint fecskendeztek be, biztosságot szerzendők arról, hogy a kisérleti állatok nem szenvednek-e máris gümőkórban.

Vegyük már most sorra a kisérleteket részletesebben.

1. *Fertőzés a tápcsatorna útján.* A kisérlethez használt hat borjú közül négy a kisérlet egész tartama alatt naponként tüdőgümőkórban szenvedő emberek köpetéből 10—10 grammot kapott sterilizált tejjel elkeverve; két borjú pedig szintén naponként enberi gümőbacillus-tenyészetből 0·2—0·2 grammot kapott, ugyancsak sterilizált tejhez keverve. Az állatokat 198—236 nap mulva ölték le és bonczolásukkor semmiféle gümőkóros elváltozást nem találtak. Az eredmény tehát röviden a következő: *emberi gümőbacillusnak a tápcsatorna útján való bevitele hat borjú közül egynél sem idézett elő gümőkórt.* Megjegyzendő, hogy párhuzamos kisérletekről — borjuk fertőzése a tápcsatorna útján marhából származó gümőbacillussal — nincsen említés téve.

2. *Subcutan fertőzés.* Három borjú bőre alá a lapoczka táján emberi gümőbacillus-tenyészet dörzsölékéből (1 rész tenyészet 100 rész vízre) 5—10 köbcentimeter fecskendeztetett be. Az állatok a 203. — 243. napon ölettek le és bonczolásukkor gümőkór jeleit nem mutatták. Ebben az alosztályban már találunk párhuzamos kisérleteket, a mennyiben két borjunál a nyakon, egy borjunál pedig a lágyéktájon a bőr alá marhagümőbacillus-tenyészetet fecskendeztek. Mind a három állatban bonczoláskor kiterjedt gümőkóros elváltozások voltak kimutathatók. A betegség lefolyásának gyorsaságát illetőleg azonban nagy különbség mutatkozott, mert a míg az egyik borjú már a 49. napon magától megdöglött, addig egy másik borjút a 100. napon leöltek. Minthogy azonban a kisérleti jegyzőkönyvben nincsen megemlítve, hogy ezen két állatnak fertőzése ugyanazon anyaggal történt-e: nem dönthető el, vajjon a borjuk ellentálló képességének foka a marhagümőbacillusal szemben mutat-e ily nagyfokú eltérést, avagy a marhagümőbacillus fertőző képessége (virulentiája) ingadozik-e ily tág határok között. Ezen kisérleti csoport eredménye röviden következőképen foglalható össze: *emberi gümőbacillussal subcutan fertőzött három borjú egyikénél sem fejlődött gümőkór.*

3. *Intraabdominalis fertőzés.* A kisérletekhez használt három borjú közül kettőnél emberi gümőbacillus-tenyészet dörzsölékéből (1 rész tenyészet 100 rész vízre), egynél pedig tüdőgümőkóros egyén köpetéből 5—5 köbcentimeter fecskendeztetett az ágyéktájon a hasüregbe. A marhagümőbacillussal párhuzamosan végzett kisérletek mind positiv eredményüek voltak, míg az emberi gümőbacillussal fertőzött állatok közül a 208—243. napon leöletés után kettő egészségesnek bizonyult, egynél azonban gümőkóros góczok voltak a befecskendezés környékén. („Kalb 13. Tuberculöse Herde in der rechten Lendengegend. In den Abscessen Tuberkelbacillen nachweisbar.“) Ezen kisérleti csoport eredménye tehát röviden az, hogy *emberi gümőbacillussal intraabdominalis úton fertőzött három borjú közül egynél körülirt gümőkór fejlődött.*

4. *Intravenosus fertőzés.* Három borjú vérébe 2—2 köbcentimeter emberi gümőbacillus-tenyészetből készitett dörzsölék fecskendeztetett, még pedig egynek 1 : 5000, egynek 1 : 1000, egynek pedig 1 : 500 higitású dörzsölékből. Két állatnál a 242. napon történt leölés után számos sajtos gócz találtatott a befecskendés helyének környékén („multiple käsige Herde an der Injectionsstelle“). A marhagümőbacillussal végzett párhuzamos kisérletekben kiterjedt gümőkór volt az eredmény. Megjegyzendő azonban, hogy a marhagümőbacillussal végzett kisérletekben mindig 1 : 500 higitású dörzsölék használtatott, továbbá, hogy az egyik állat a 100. napon leöletett, a mikor is súlya a kisérlet elején mért testsúlyt 18 kiloval meghaladta; míg egy másik állat már a 26. napon megdöglött 22 kilo súlycsökkenéssel. Tehát itt is feltünő a már fentebb említett nagy különbség vagy az állatok ellentálló képességének, vagy a gümőbacillusok fertőző erejének foka között. Ezen kisérleti csoportban tehát *intravenosusan fertőzött három borjú közül kettőben a befecskendezés táján gümős góczok fejlődtek.*

5. *Fertőzés belégeztetés útján.* Négy borjúval egy külön e czélra készített szekrényben emberi gümőbacillus-tenyészet 1—2 : 500 higitású elporlasztott dörzsölékét légeztették be, még pedig 1—3 alkalommal; a dörzsölék porlasztásának tartama minden egyes alkalommal 15 percz, a szekrényben tartózkodás tartama pedig 2 óra volt. Az állatokat a 179. napon ölték le és ekkor három állatban elváltozást nem találtak, a negyedikben azonban tengerimalaczra nézve virulenseknek bizonyult gümőbacillusokat tartalmazó góczok voltak a tüdőben. („Einige abgekapselte zusammenliegende erbsengrosse tuberculöse Herde in der rechten Lunge, darin Bacillen“.) Megjegyzendő, hogy párhuzamos kisérletek marhagümőbacillus belégeztetésével nem történtek és hogy Koch az utóbb említett esetet a kétes eredményüek közé sorolja, míg nézetünk szerint ez határozattan positiv. Mondható tehát, hogy *emberi gümőbacillusok belégeztetése után négy borjú közül egynél a tüdőben gümőkóros góczok fejlődtek.*

Most pedig áttérünk a *disznókon* végzett kisérletek ismertetésére. Ezekben is a borjuknál használt fertőzési módok vétettek igénybe, a belégeztetés kivételével. Az állatok a fertőzést megelőzőleg 0·1 gramm tuberculint kaptak.

1. *Fertőzés a tápcsatorna útján.* Hat disznó 140 napon át naponként egyenként 15 gramm köpetet kapott a táplálékul szolgáló sterilizált tejhez keverve; a köpet tüdőgümőkóros emberekből származott. Az állatokat a 104—138. napon ölték le. Bonczoláskor három állatban elváltozások nem találtattak, háromban azonban igen. Igy az egyikben a mesenterialis és a parotis alatti nyirokmirigyekben, valamint a tüdőben gümők voltak kimutathatók. („Partielle verkalkte Tuberculose der Gekröslymphdrüsen und der rechten unter der Ohrspeicheldrüse gelegenen Lymphdrüse. Einige Miliartuberkel in den Lungen.) Koch ezen esetet a kétes eredményüek közé sorolja. Egy másik esetben néhány apró gümő volt a torok mögötti nyirokmirigyekben. („Einige stecknadelkopfgrosse, käsige und kalkige Knötchen in den hinter dem Schlundkopfe gelegenen Lymphdrüsen“.) Végül a harmadik esetben az állkapocsmögötti nyirokmirigyek (Kehlganglymphdrüsen) gümőkórja találtatott. A marhagümőbacillusokkal fertőzött disznókban nagyon kiterjedt gümőkóros elváltozások voltak találhatók különböző szervekben, arról azonban egy esetben sincsen említés téve, hogy bélgümőkór jelen lett volna. Különben ezen párhuzamos kisérletekben marhagümőbacillus tiszta tenyészetét használták, naponként 1/12 bouillontenyészetet (mekkora volt egy bouillontenyészet?) keverve sterilizált tejhez. Az állatok ellentálló képességének avagy a fertőzésre használt tenyészet virulentiájának különbözősége ezen kisérletekben is feltünő, a mennyiben két disznó az 54. napon, egy pedig a 68. napon magától megdöglött, míg a többi három disznót a 109. napon leölték. Összegezve az ezen csoportba tartozó kisérletek eredményeit, mondható, hogy *emberi gümőbacillusokkal a tápcsatorna útján fertőzött hat disznó közül háromban gümőkóros elváltozások voltak találhatók.*

2. *Subcutan fertőzés.* Két disznó czombjának bőre alá emberi gümőbacillus-tenyészet 1 : 100 dörzsölékéből 2—2 köbcentimeter fecskendeztetett. Az állatokat a 100. illetve 135. napon ölték le s az egyikben elváltozást nem találtak, míg a másikban a külső fanmirigy az egyik oldalon gümőkórosnak bizonyult. A marhagümőbacillussal végzett párhuzamos kisérletekben nagyfokú gümőkór volt az eredmény; megjegyzendő, hogy ezen kisérletekben a fertőzés a térdhajlatban, illetve a nyakon történt. Az eredmény tehát ezen csoportban az, hogy *emberi gümőbacillussal subcutan fertőzött két disznó közül egynél körülirt gümőkór fejlődött.*

3. *Intraabdominalis fertőzés.* Két disznó hasürébe emberi gümőbacillus-tenyészet 1 : 100 dörzsölékéből 1—1 köbcentimeter fecskendeztetett. Az állatokat a 102. illetve 135. napon leölve, *teljesen épeknek bizonyultak.*

4. *Intravenosus fertőzés.* Két disznó vérébe emberi gümőbacillus-tenyészet 1 : 100 dörzsölékéből 1—1 köbcentimeter fecskendeztetett. Az állatokat a 100. illetve 138. napon leölve, az egyik egészségesnek bizonyult, míg a másiknál a tüdőben, a légcső oszlása táján levő, valamint a mediastinalis mirigyekben miliaris gümösödés találtatott. („Miliartuberculose der Lungen und der an der Theilungsstelle der Luftröhre und im Mittelfelle gelegenen Lymphdrüsen“.) Koch ezen esetet a kétes eredményüek közé sorolja. Tehát *emberi gümőbacillussal intravenosusan fertőzött két disznó közül egynél eléggé kiterjedt gümőkór fejlődött.*

A mi végül a *juhokon* végzett kisérleteket illeti: a fertőzés részint subcutan, részint intravenosus úton történt. A fertőzést megelőzőleg az állatok egyenként 0·1 gramm tuberculint kaptak.

1. *Subcutan fertőzés.* Két juh bőre alá emberi gümőbacillus-tenyészet 1 : 100 dörzsölékéből 2—2 köbcentimeter fecskendeztetik. A 63. napon történt *leölésükkor teljesen egészségeseknek bizonyultak.*

2. *Intravenosus fertőzés.* Egy juh vérébe emberi gümőbacillus tenyészetének 1 : 100 dörzsölékéből 1 köbcentimetert fecskendezve és az állatot a 63. napon leölve, a befecskendezés táján fejlődött genyes-sajtos góczon kivül számos szürke, áttetsző csomócska találtatott a tüdőben, a melyekben azonban gümőbacillusokat találni nem sikerült. A tengerimalaczra való átoltás eredménye a közléskor még nem volt ismeretes. Véleményem szerint *ezt a kisérletet a kétes eredményüek közé lehet sorolni,* úgy a mint azt Koch is teszi.

Összefoglalva már most ezen kisérleteket: emberi gümőbacillussal fertőzésre összesen 34 állat használtatott, még pedig 19 borjú, 12 disznó és 3 juh. Ezek közül Koch szerint 4 esetben kétes volt az eredmény, 30 esetben pedig negativ. A kétes esetek szerinte a következők: egy belégeztetés útján fertőzött borjú, egy a tápcsatorna útján fertőzött disznó és egy-egy intravenosus úton fertőzött disznó és juh. *Arloing,*[1] a ki behatóan foglalkozott Koch kisérleteinek birálatával, a Koch-féle 4 kétes esetet teljesen positivnek tartja és ezekhez még 3 esetet csatol mint szintén positiveket, tudniillik két a tápcsatorna útján és egy subcutan fertőzött disznót. Véleményem szerint a Koch-féle 4 kétes eset közül csak 1 kétes, tudniillik az intravenosusan fertőzött juh esete, míg a többi 3 határozottan positiv; az Arloing által positiveknek jelzett eseteket én is hajlandó vagyok ilyeneknek tekinteni és ezeken kivül még három esetet emelnék ki mint olyanokat, a melyek azt bizonyítják, hogy az emberi gümőbacillus nem mindig ártalmatlan a marhára nézve, mert helybelileg, a fertőzés helyén létesíthet gümőkóros elváltozást. Ez a 3 eset borjukra vonatkozik: egyben intraabdominalis, kettőben pedig intravenosus fertőzés után jelentkezett helybelileg gümőképződés. Nem tagadható azonban, hogy Koch kisérletei határozottan mutatják azt, hogy az emberi gümőbacillus úgy borjukra, mint disznókra nézve sokkal csekélyebb fertőző képességü, mint a marhagümőbacillus.

Még néhány kisérleti hibára szeretnék figyelmeztetni, a melyek Koch kisérleteiben találhatók s melyeket az egyes kisérletek ismertetésekor már érintettem is. Igy több kisérleti csoportban nem találunk párhuzamos kisérleteket marhagümőbacillussal. Máskor meg a párhuzamos kisérletekben a fertőzés nem azonos helyen végeztetett; igy a borjuk subcutan fertőzésénél az emberi gümőbacillus bevitele a lapoczka táján, a marhagümőbacillus bevitele ellenben a nyakon, illetve a lágyéktájon történt. Nem lehetetlen ugyanis, hogy a bőr a különböző testtájak szerint nem egyforma ellentállást fejt ki a gümőkóros fertőzéssel szemben, a mint hogy erre másféle fertőzéseknél ismerünk már esetet. Ismét máskor az adag nem volt egyforma nagy; igy az intravenosusan fertőzött borjuk csoportjában az emberi gümőbacillussal végzett kisérletekben 1 : 5000, 1 : 1000 és 1 : 500 higitás használtatott, mig a marhagümőbacillussal végzettekben mindig csak 1 : 500 volt a higitás; már pedig tudjuk, hogy a fertőzésre használt anyag mennyisége és a fertőzés kifejlődése, illetve lefolyásának súlyossága között többnyire összefüggés mutatható ki, a mint azt a gümőkórra nézve maga Koch is említi a gümőkór aetiologiájáról szóló első nagy közleményében.[2] Végül van olyan eset is (disznók fertőzése a tápcsatorna útján), a hol az emberi gümőbacillust köpet alakjában, a marhagümőbacillust pedig tiszta tenyészet alakjában vitték be; hogy az utóbbi esetben — ha csak a rendesen használtatni szokott nagyságú kémcsőben levő tenyészet 1/12 részét veszszük is fel, mert a tenyészet lehetett 100 köbcentimeter mennyiségü is — aránytalanul több gümőbacillust vittek be, mint az előbbi esetben, bővebb megokolásra nem igen szorul. Lehetséges ugyan, sőt talán valószinünek is mondhatjuk, hogy az említett kisérleti hibák a végső eredmények tekintetében valami lényeges befolyással nem birtak; mégis egy oly nagy horderejü következtetések vonására alapul szolgáló kisérleti sorozatban elkerülendők lettek volna, főleg egy oly búvár részéről, mint Koch, a kinek munkáit a kisérleti módszerek szempontjából mintának szokták használni.

Mielőtt Koch kisérleteinek ismertetését ezzel befejezném, még csak azt említem meg, hogy a londoni gümőkór-congressuson tartott előadásában[1] Koch megemlékezett szamarakon és kecskéken végzett hasonló kisérleteiről is, a melyekben szerinte szintén éles különbség mutatkozott az emberi és a marhagümőbacillussal történt fertőzés eredményében. Ezen kisérletekről azonban az imént részletezett kisérletek leirását tartalmazó hivatalos nyomtatványban nincsen említés téve.

(Folytatása következik.)

[1] Bulletin de l'Academie de médecine, 46. kötet, 1901.

[2] Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte, 2. kötet.

Közlemény a kolozsvári „Ferencz József" m. kir. tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)

Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez.[2]

Fröhlich Jenő intézeti gyakornoktól.

Másféle tárgyú, ugyancsak az élettani intézetben végrehajtott vizsgálatok czéljából 33 különféle nemü és korú egészséges egyén vizelete összesen 326 kisérleti napon lehetőleg szigorú ellenőrzés mellett pontosan gyüjtetett. A kisérleti egyének testsúlya és testhosszúsága is meg levén határozva s igy a nyert adatok a testsúly, a testhosszúság és a vizelet mennyisége között létező viszonyt illető ismereteink gyarapítására, s egyben a vizelet mennyisége és a testsúlyból és testhosszúságból kiszámitható testfelület között esetleg fennálló összefüggés kutatására is alkalmasaknak látszván: *Udránszky* tanár úr felszólitására a rendelkezésre álló 1002 kisérleti adatot ily irányban feldolgoztam.

A vizelet gyüjtése napszakok szerint elkülönitve történt. A kisérleti egyének a gyüjtés czéljából jól záró üvegeket kaptak kézhez, egy-egy napra négyet s az illető napszak folyamán ezekbe bocsátották vizeletüket, hólyagjukat a napszak végén lehetőleg kiürítve.[3] A vizelet gyüjtése csakis oly napokon történt, a melyeken a kisérleti egyének teljesen jól érezték magukat és sem táplálkozásukban, sem életrendjükben és végzett munkájukban nem fordult semmi olyas elő, a mi a rendes életmóddal szemben számbavehető eltérést jelenthetne. Az oly napszakokra vonatkozó gyüjtések, melyeket illetőleg bár a legcsekélyebb gyanu is merült fel arra nézve, hogy a vizeletből valami elveszett, illetve, hogy a gyüjtés talán nem egészen pontosan történt, mint nem sikerültek, az összeállitásból kihagyattak. Minden egyes napszakban gyüjtött vizeletrészletnél a mennyiségen kivül a kémhatás és fajsúly is meg lett állapitva. Ezenfelül minden egyes vizeletrészlet a szokásos kémlések segélyével oly irányban is megvizsgáltatott, vajjon nem tartalmaz-e rendellenes alkotó részeket.

A kisérleti egyének között volt 20 férfi, 8 nő, 4 fiúgyermek (egy 2 éves és 7 hónapos, két 4 éves és 2 hónapos, három 5 éves, négy 9 éves) és egy 11 éves leány.

Az adatokból levonható középértékek kiszámításánál s az ezekre alapitható következtetések kifejtésénél természetesen nem lehetett figyelmen kivül hagynom azon befolyást, melyet a nem s az életkor a vizeletelválasztás mennyiségi értékére gyakorol. Az észlelés körébe vont férfiak legfiatalabbja 21, legidősebbje pedig 40 éves volt, a tőlük nyert adatokat tehát bizvást összesithettem. Ellenben az észlelés körébe vont 8 nő közül csak 7-nél lehetett ugyanezt megtennem. Ezek legfiatalabbja 22, legidősebbje pedig 37 éves volt. A 8-dik nő 51 éves, tehát a többi 7 nőnél jóval korosabb levén, az ő reá vonatkozó adatokat mindenütt külön kell feltüntetnem. Ugyanezt kell tennem az észlelés körébe vont 5 gyermeket illetőleg is, miután gyermekeknél aránylag kisebb korkülönbségek is már számbavehető jelentőséggel birnak.

[1] Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 33. szám.

[2] Bemutattatott az „Erdélyi Muzeum-egylet" orvos-természettudományi szakosztályának 1902. április 19-dikén tartott orvosi szakülésén.

[3] Ezen gyüjtési mód mellett kétségtelenül megeshetik, hogy egyik napszakról a másikra a hólyagban bizonyos mennyiségü vizelet vissza is marad s ez a napszaki értékekre alapitott számitást némileg zavarhatja. Az ebből eredő hibaforrás azonban mindenesetre kisebb, mint a mennyire változást okozna a vizeletelválasztás rendes menetében az, ha a hólyagot minden napszak végén katheterrel kiüritenők. L. e kérdést illetőleg *Koch F.* Orv.-Term. Értesitő XIX. évfolyam (1894) 230. lap.

I. A vizelet napszaki mennyisége.

Minden egyes napszaki vizeletmennyiségből kiszámítottam az illető egyén testsúlyának 1 kgm.-jára és testhosszúságának 100 cm.-ére eső vizeletmennyiséget. Az így nyert számokból egyének és napszakok szerint a közép-, minimum- és maximum-értékeket külön-külön megállapítva, s a számokat férfiak, nők és gyermekek szerint külön-külön csoportosítva és összesítve a következő eredményekhez jutunk.

1. Férfiak.

a) Az 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára eső vizeletmennyiségeknek az egyes egyénekre vonatkozó középszámaiból kiszámított középérték:

A nap első szakában, vagyis az éjféltől reggelig terjedő időszakban a középérték (18 egyén) 0·76 cm³ volt, a középszámok minimuma (0·43 cm³) és maximuma (1·26 cm³) között az eltérés 0·83 cm³-nek felelt meg.

A nap második szakaszában, vagyis a reggeltől délig terjedő időszakban a középérték (20 egyén) 1·02 cm³ volt, a középszámok minimuma (0·47 cm³) és maximuma (1·58 cm³) között az eltérés 1·11 cm³-nek felelt meg.

A nap harmadik szakaszában, vagyis a déltől estig terjedő időszakban a középérték (20 egyén) 0·79 cm³ volt, a középszámok minimuma (0·30 cm³) és maximuma (1·67 cm³) között az eltérés 1·37 cm³-nek felelt meg.

A nap negyedik szakaszában, vagyis az estétől éjfélig terjedő időszakban a középérték (18 egyén) 1·08 cm³ volt, a középszámok minimuma (0·47 cm³) és maximuma (1·90 cm³) között az eltérés 1·43 cm³-nek felelt meg.

Az egyes napszaki értékeknek egyáltalán észlelt minimuma volt: az első napszakban 0·16 cm³, a másodikban 0·28 cm³, a harmadikban 0·11 cm³ és a negyedikben 0·12 cm³.

Az egyes napszaki értékeknek egyáltalán észlelt maximuma volt: az első napszakban 2·39 cm³, a másodikban 2·91 cm³, a harmadikban 2·19 cm³ és a negyedikben 3·22 cm³.

b) Az 1 órára és a testhosszúság 100 cm³-ére eső vizeletmennyiségeknek az egyes egyénekre vonatkozó középszámaiból kiszámított középérték:

A nap első szakában a középérték (18 egyén) 27·92 cm³ volt, a középszámok minimuma (15·39 cm³) és maximuma (45·04 cm.) között az eltérés 29·65 cm³-nek felelt meg.

A nap második szakában a középérték (20 egyén) 37·63 cm³ volt, a középszámok minimuma (20·89 cm³) és maximuma (70·48 cm³) között az eltérés 49·59 cm³-nek felelt meg.

A nap harmadik szakaszában a középérték (20 egyén) 28·66 cm³ volt, a középszámok minimuma (11·01 cm³ és maximuma (66·53 cm³) között az eltérés 55·52 cm³-nek felelt meg.

A nap negyedik szakaszában a középérték (18 egyén) 38·82 cm³ volt; a középszámok minimuma (16·90 cm³) és maximuma (71·53 cm³) között az eltérés 54·63 cm³-nek felelt meg.

Az egyes napszaki értékeknek egyáltalán észlelt minimuma volt az első napszakban 6·74 cm³, a másodikban 8·82 cm³, a harmadikban 5·35 cm³ és a negyedikben 5·09 cm³.

Az egyes napszaki értékeknek egyáltalán észlelt maximuma volt az első napszakban 84·11 cm³, a másodikban 137·05 cm³, a harmadikban 74·10 cm³ és a negyedikben 143·07 cm³.

* * *

Azt vizsgálva, hogy a négy napszak melyikére esett a legnagyobb vizeletmennyiség, a 17 férfitól[1] nyert összes számok középértékei alapján kitünt, hogy nagyság szerint első helyre jutott az estétől éjfélig terjedő napszak középértéke (1·08,[2] illetve 38·38[3] cm³), a második helyen állott a reggeltől délig terjedő napszak középértéke (1·02, illetve 37·63 cm³), a déltől estig (0·79, illetve 28·66 cm³) és az éjféltől reggelig (0·76, illetve 27·92 cm³) terjedő napszakok pedig közel egyforma és az előbbieknél kisebb középértékkel voltak képviselve.

Annak megismerése czéljából, hogy a vizelet mennyiségének középértékei félnapokra számítva, a nappali és az éjjeli órák között nagyság szerint miként oszlottak meg, egyrészről a reggeltől délig és a déltől estig terjedő két napszakot, másrészről pedig az estétől éjfélig és az éjféltől reggelig terjedő két napszakot összevonva kiderült, hogy az 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatott számoknak a nappali és viszont az éjjeli órákra eső középértéke teljesen egyenlő volt és 0·92 cm³-nek felelt meg. Az 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatott számoknak a nappali (33·75 cm³) és viszont az éjjeli (33·37 cm³) órákra eső középértékei között ellenben csekély különbség volt és pedig az előbbiek javára. A testhosszúságra vonatkoztatott számok 18 férfi közül 10-nél a nappali órákban nagyobbak voltak, mint az éjjeli órákban.

2. Nők.

a) Az 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára eső vizeletmennyiségeknek az egyes egyénekre vonatkozó középszámaiból kiszámított középérték:

A nap első szakaszában a középérték (7 egyén) 0·52 cm³ volt, a közép- számok minimuma (0·44 cm³) és maximuma (0·77 cm³) között az eltérés 0·33 cm³-nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél középérték = 0·77, minimum = 0·47, maximum = 1·09 cm³)

A reggeltől délig terjedő napszakban a középérték (7 egyén) 0·94 cm³ volt, a középszámok minimuma (0·66 cm³) és maximuma (1·60 cm³) között az eltérés 0·94 cm³-nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél középérték = 1·15, minimum = 0·55, maximum = 1·31 cm³.)

A déltől estig terjedő napszakban a középérték (7 egyén) 0·76 cm³ volt, a középszámok minimuma (0·35 cm³) és maximuma (1·08 cm³) között az eltérés 0·73 cm³-nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél középérték = 0·63, minimum = 0·45, maximum = 0·81 cm³.)

Az estétől éjfélig terjedő napszakban a középérték (7 egyén) 0·80 cm³ volt, a középszámok minimuma (0·45 cm³) és maximuma (1·11 cm³) között az eltérés 0·66 cm³-nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél középérték = 0·67, minimum = 0·42, maximum = 0·98 cm³.)

Az egyes napszaki értékeknek egyáltalán észlelt minimuma volt: az első napszakban 0·27 cm³, a másodikban 0·16 cm³, a harmadikban 0·26 cm³ és a negyedikben 0·20 cm³.

Az egyes napszaki értékeknek egyáltalán észlelt maximuma volt: az első napszakban 1·02 cm³,[1] a másodikban 1·94 cm³, a harmadikban 1·84 cm³ és a negyedikben 1·94 cm³.

b) Az 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ere eső vizeletmennyiségeknek az egyes egyénekre vonatkozó középszámaiból kiszámított középérték:

A nap első szakaszában a középérték (7 egyén) 18·78 cm³ volt, a középszámok minimuma (14·98 cm³) és maximuma (32·32 cm³) között az eltérés 17·34 cm³-nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél középérték = 25·54, minimum = 15·58, maximum = 36·36 cm³.)

A nap második szakaszában a középérték (7 egyén) 32·54 cm³ volt, a középszámok minimuma (23·12 cm³) és maximuma (52·85 cm³) között az eltérés 29·73 cm³ nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél a középérték = 32·93, minimum = 18·18, maximum = 43·64 cm³.)

A nap harmadik szakaszában a középérték (7 egyén) 25·71 cm³ volt, a középszámok minimuma (14·60 cm³) és maximuma (44·70 cm³) között az eltérés 30·10 cm³-nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél középérték = 21·14, minimum = 15·15, maximum = 26·84 cm³.)

A nap negyedik szakaszában a középérték (7 egyén) 27·73 cm³ volt, a középszámok minimuma (14·60 cm³) és maximuma (44·70 cm³) között az eltérés 30·10 cm³-nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél középérték = 39·29, minimum = 27·88, maximum = 63·64 cm³.)

[1] Két kisérleti egyénre vonatkozó adatokat ezen szembeállításnál figyelmen kivül kellett hagyni, miután vizeletüket az éjjeli órákban nem gyüjtötték.

[2] 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatva.

[3] 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatva.

[1] Az 51 éves nőnél 1·09 cm³.

Az egyes napszaki értékeknek egyáltalán észlelt minimuma volt az első napszakban 9·43 cm³, a másodikban 5·81 cm³, a harmadikban 8·46 cm³ és a negyedikben 6·58 cm³.

Az egyes napszaki értékeknek egyáltalán észlelt maximuma volt az első napszakban 42·75 cm³, a másodikban 96·84 cm³, a harmadikban 65·44 cm³ és a negyedikben 78·10 cm³.

* * *

Annak megismerése czéljából, hogy a négy napszak melyikére jutott a legnagyobb vizeletmennyiség, a 7 nőtől nyert napszaki középértékeket nagyság szerint csoportosítva kitünt, hogy első helyre jutott a reggeltől délig terjedő napszak középértéke (0·98, illetve 33·27 cm³), második helyen állott a estétől éjfélig terjedő napszak középértéke (0·81, illetve 28·20 cm³), harmadik helyen állott a déltől estig terjedő napszak középértéke (0·76, illetve 26·44 cm³) és legkisebb volt az éjféltől reggelig terjedő napszak középértéke (0·56, illetve 19·68 cm³.)

Az 51 éves nőnél pedig legnagyobb volt az estétől éjfélig terjedő napszak középértéke (1·18, illetve 39·29 cm³), második helyen állott a reggeltől délig terjedő napszak középértéke (1·15, illetve 32·93 cm³), harmadik helyen állott az éjféltől reggelig terjedő napszak középértéke (0·77, illetve 25·54 cm³) és legkisebb volt a déltől estig terjedő napszak középértéke (0·63, illetve 21·14 cm³.)

A vizelet mennyiségének a nappali és viszont az éjjeli megoszlása tekintetéből a 7 nőtől egyrészről a reggeltől délig és a déltől estig terjedő két napszakra, másrészről pedig az estétől éjfélig és az éjféltől reggelig terjedő két napszakra vonatkozólag nyert értékeket összevonva kitünt, hogy a nappali 12 óra középértékei (0·84, illetve 29·09 cm³) nagyobbak voltak, mint az éjjeli 12 óra középértékei (0·66, illetve 23·27 cm³). A 7 nő közül 4-nél voltak nagyobbak a nappali értékek, mint az éjjeli órákra esők.

Az 51 éves nőnél az éjjeli 12 órára eső középértékek (0·98, illetve 32·42 cm³) nagyobbak voltak, mint a nappali órák középértékei (0·89, illetve 27·04 cm³).

3. Fiúgyermekek.

a) Az 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára eső vizeletmennyiség :

A reggeltől délig terjedő napszakban középértékben 1·37, 1·27, 2·39, illetve 1·45 cm³ [1] volt. A minimum 0·86, 0·61, 1·37, illetve 1·11 cm³, a maximum pedig 2·43, 1·96, 3·77, illetve 1·70 cm³-t tett ki.

A déltől estig terjedő napszak középértéke 0·83, 1·09, 2·14, illetve 136 cm³, minimuma 0·69, 0·73, 1·01, illetve 1·06 cm³, maximuma pedig 0·98, 1·43, 4·24, illetve 1·88 cm³ volt.

Az estétől reggelig[2] terjedő napszak középértéke 0·54, 0·82, 1·01, illetve 0·87 cm³, minimuma 0·37, 2·52, 0·81, illetve 0·71 cm³, maximuma pedig 0·73, 1·85, 1·33, illetve 1·03 cm³ volt.

b) Az 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére eső vizeletmennyiség :

A reggeltől délig terjedő napszakban középértékben 19·82, 18·61, 38·37, illetve 29·67 cm³ volt. A minimum 12·34, 8·98, 21·97, illetve 22·73 cm³, a maximum pedig 34·74, 28·66, 60·55, illetve 34·85 cm³-t tett ki.

A déltől estig terjedő napszak középértéke 11·68, 16·02, 34·38, illetve 27·87 cm³, minimuma 9·80, 10·70, 16·25, illetve 21·65 cm³, maximuma pedig 14·04, 20·93, 68·15, illetve 37·82 cm³ volt.

* * *

Az egyes egyénektől nyert napszaki középértékeket nagyság szerint csoportosítva kitünik, hogy mind a 4 fiúgyermeknél legnagyobb volt a reggeltől délig terjedő napszak középértéke, második helyen állott a déltől estig terjedő napszak és legkisebb volt az estétől reggelig terjedő napszak középértéke. Ezen középértékek :

A 2 éves és 7 hónapos fiúnál 1·37, illetve 19·82, — 0·83, illetve 11·68, — és 0·54, illetve 7·77 cm³.

A 4 éves és 2 hónapos fiúnál 1·27, illetve 18·61, — 1·09 illetve 16·02, — és 0·82, illetve 12·05 cm³.

Az 5 éves fiúnál 2·39, illetve 38·37, — 2·14 illetve 34·38 — és 1·01, illetve 16·31 cm³.

A 9 éves fiúnál 1·45, illetve 29·67, — 1·36, illetve 27·28, — és 0·87, illetve 17·90 cm³.

Ezek nyomán mind a négy fiúgyermeknél a nappali órákra eső középértékek nagyobbak voltak, mint az éjjeli órák középértékei.

A nappali 12 órára, vagyis a reggeltől délig és déltől estig terjedő két napszak összevont középértékei

a 2 éves és 7 hónapos fiúnál 1·10, illetve 15·74 cm³-nek
a 4 éves és 2 hónapos fiúnál 1·18, „ 17·32 cm³-nek
az 5 éves fiúnál . . . . 2·27, „ 36·38 cm³-nek
a 9 éves fiúnál . . . . 1·41, „ 28·77 cm³-nek

feleltek meg, vagyis a 4 éves és 2 hónapos és az 5 éves fiúnál több mint kétszerte nagyobbak voltak az estétől reggelig terjedő napszakra eső s fentebb már feltüntetett középértékeknél s a 2 éves és 7 hónapos és a 9 éves fiúnál is jóval felülmulták az éjjeli órákra eső középértékeket.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti Irgalmas-kórház belsőbajos osztályáról.

Az agurinról.

Közli: *Fauser Árpád* dr. főorvos.

A diuretin, ezen kiváló diureticum alkalmazása közben néha jelentkező kellemetlen gyomortünetek, mint émelygés, hányás stb. birták rá *Impenst*, hogy a diuretinban (theobrominnatriumsalicylicum) a natrium salicylicumot egy másik sóval, a natrium aceticummal helyettesítse. A natrium aceticum a gyomrot nem izgatja és azonkivül maga is húgyhajtó hatású. Ezen sót, a theobrominnatriumaceticumot *agurin*-nak nevezte Impens.

Az agurint az elberfeldi gyár (F. Bayer) készíti és 0·5 grammos tablettákban is forgalomba hozza. Valemennyi theobrominsó között ezen basisból legtöbbet tartalmaz.

Kétly László[1] ezen lapok hasábjain böven ismertette az agurin irodalmát és physicalis sajátságait, és így nem kivánok ezekre, mint ismertekre kiterjeszkedni, hanem csak saját észleleteimről óhajtok beszámolni.

Kórházi osztályomon f. é. január óta 12 vízkórságos betegnek adtuk. A betegek mindannyian jól türték, egynek kivételével, a kinek subjectiv panaszai voltak rá, a nélkül, hogy akár csak émelygést is okozott volna. A beteg P. J. 51 éves, földmíves, 1902. május 24-dikén jött kórházunkba. Négy hét óta nehéz a lélegzése, bőre feltünően halvány, erősen oedemás, a hasban sok szabad folyadék. Szívtompulat nincsen megnagyobbodva, szívhangok tiszták. Vizelet napi mennyisége 400 cm³. Közepes fehérje-tartalommal és szemcsés cylinderekkel. Négy egymásután következő napon kap 3·0 agurint pro die. Vizeletmennyisége ezen napokon : 500, 1000, 500, 400 cm³. A beteg ezután kapott digitalist, strophantust, tejkúrát, diuretint és subcutan pilocarpint, a nélkül, hogy segíthettünk volna rajta. Julius 1-je óta naponként kapja a következő mixtúrát : Rp. Kalii acetici, Oxymel. scillae āā 15·0, Aquae dest. 150·0. M. D. S. Egy nap alatt elfogyasztandó. Vizelet kiürítése fokozatosan nagyobbodik, negyedik napon 4200 cm³ lesz és azóta naponként 3500 és 4500 cm³ között ingadozik, úgy, hogy oedemája julius 21-dikén teljesen eltünt. Ezt inkább curiosumképen említem fel, mert a cal. aceticum, a régiek ezen kedvencz húgyhajtó szere, manapság már teljesen hitelét vesztette.

Még két esetben nem láttunk hatást az agurintól. Mindkét beteg cirrhosis hepatisban és annak következményeképen fejlődött

[1] Ezen, valamint a következő számok az emelkedő kor szerinti sorendben vannak feltüntetve. (1) 2 éves és 7 hónapos, 2) 4 éves és 2 hónapos, 3) 5 éves, 4) 9 éves fiú.)

[2] Ezen esetekben az éjjeli órákra eső vizeletnek két részletben, tudniillik az estétől éjfélig és éjféltől reggelig terjedő időszakok szerint gyüjtésétől külső okokból el kellett tekintenem, ennek megfelelően az 1 órára jutó értékek itt a 12 órai mennyiség alapján vannak kiszámítva.

[1] Kétly László : Két újabb gyógyszerrel tett klinikai tapasztalatok. Orvosi Hetilap, 1902. 29. szám.

nagyfokú ascitesben szenvedett. Mindkettő igen jól türte az agurint.

Az egyik Sz. I., 73 éves, napszámos, már három hó óta volt dagadva. Naponként 500—800 cm³ vizeletet ürített. 1902. márczius 21-dikétől kezdve négy napon át kapott pro die 3·0 agurint. Vizelete ezen napokon: 600, 800, 600 és 500 cm³. A másik S. K., 31 éves, napszámos, 1902. április 15-dikén vettük fel, nagy ascitesssel. A hat hét óta hasvízkórságban szenvedő beteg vizelete 24 óra alatt 300 cm³. Április 17-dikétől kezdve hat napon át kap naponként 3·0 agurint. Vizeletürítése ezen napokon: 400, 400, 500, 600, 700, 600 cm³.

Annál fényesebb eredményt értünk el a többi vízkórságos betegeinken, a kiken ezen szer hatását kipróbálni alkalmunk volt. Ezen kilencz beteg közül három insufficientia valvulae bicuspidalisban, egy insufficintia valvularum semilunarium aortaeban, egy myodegeneratio cordisban, egy insufficientia valv. bicuspidalis cum stenosi ostii venosi sinistriben és három nephritis arterioscleroticában szenvedett.

Mind a kilencz beteg jól türte az agurint, soha nem panaszkodott reá. És nekünk sem volt alkalmunk ezen szer káros mellékhatásáról meggyőződni. A diuretikus hatás minden alkalommal bekövetkezett, némelyik betegnél szinte meglepő nagy fokban. Ezen csoportból csak néhány érdekesebb kórtörténetet közlök.

H. J., 39 éves ménesmestert 1902. január 30-dikán vettük fel kéthegyü billentyü elégtelenséggel. A beteg az utolsó két évben több izben volt vízkórságos. Nagyon fulad, sem feküdni, sem aludni nem tud; a hasban sok szabad folyadék, alsó végtagjai nagy fokban vízkórságosak. Vizelete idegen alkatrészeket nem tartalmaz. A betegnek digitalis, strophantus és diuretin nem használ. Február 13-dikától öt napon át kap naponként 3·0 agurint, a vizelet 600 cm³-ről 2000, 2800, 2500, 2500, 1700-ra emelkedik. A beteg már az első éjjel nyugodtan alszik, könnyen lélegzik, és nem képes eléggé hálálkodni, hogy olyan alaposan segítettünk rajta. Egy hét mulva ismét dagadni kezd és a szívcompensatio összes tünetei mutatkoznak rajta. Vizelete 700 cm³. Ekkor ismét kap hat napon át naponként 3·0 agurint és a diuresis már a második napon jelentkezik. Vizeletének 24 órai mennyisége: 800, 1800, 2400, 2200, 2000, 1200. A beteg márczius 12-dikén hagyta el a kórházat.

Az agurin diuretikus hatását fokozhatjuk, ha adatolását tejdiaetával kötjük össze. Két bicuspidalis billentyüelégtelenségben szenvedő betegnél 4000, 4600, sőt az egyiknél, S. A., 44 éves napszámosnál, mint maximumot 5000 cm³-t voltunk képesek két egymást követő napon, a diuresis 3. és 4. napján elérni. Egy arteriosclerosisban szenvedő beteg vizeletkiválasztása agurin és tejdiaeta mellett napokon át 4600—4800 cm³-re emelkedett.

Az agurin nagy előnye, hogy hosszú időn át adható. B. M., 50 éves, kocsics, aortabillentyüelégtelenséggel és nagy oedemákkal 15 napon át szedett pro die 3·0 agurint, míg vízkórsága elmult. Ezen idő alatt nagyon jól érezte magát és az agurinnak semmiféle kellemetlen mellékhatását rajta nem észleltük.

Az agurin még oly esetekben is képes hatni, a mikor a beteget úgyszólván csak egy pár lépés választja el a sírtól. Sz. Zs., 64 éves, napszámos, 1902. április hó 9-dikén jött kórházunkba. Nehezen lélegzik, ajkai szederjesek, a hasban és mindkét mellüregben folyadék és az egész test bőre vizenyősen beszürődött. Bal szíve megnagyobbodott, erei kanyargósak. Vizelete 200 cm³, kevés albumint tartalmaz. Április 13-dikán és hat utána következő napon kap pro die 3·0 agurint. Ezen napokon 500, 1200, 1000, 2000, *4000* és 18-dikán 200 cm³ vizeletet ürít. Ezen nap estéjén somnolens lesz, az ágyba piszkit és 19-dikén délután meghal.

Az agurint mindig por alakban, ostyában adtuk; napi 3·0 gramm, 1·0 grammos adatokra osztva, elég a diuresis elérésére. Lehet többet is adni, a betegek négy, sőt öt grammot is jól türnek, de ez legalább is felesleges. Hosszú időn át, esetleg heteken át is adható, a nélkül, hogy káros mellékhatást fejtene ki.

A betegek majdnem kivétel nélkül jól türik, csak egy betegünk tagadta meg a bevevését, mert állítólag nyomta a gyomrát. Ennek a betegnek, a ki nephritis parenchymatosa chronicában szenvedett, nem is használt. De ezen nem is lehet csodálkozni, hiszen *Litten*, ki elsőnek számolt be kisérleteiről, hangsúlyozza, hogy a nephritis ezen alakjánál nem használ, sőt egyenesen árt.

Hatástalan volt két májzsugorodás okozta hasvízkórság ellen is. De már megszoktuk, hogy a diureticumok nem sokat javítanak ezen állapotokon, és fájdalom, még sokáig leszünk kénytelenek jobb híján a hasecsapoláshoz folyamodni.

Kitünő az agurin hatása cardialis eredetü és arteriosclerosison vagy ebből eredő zsugorodó vesén alapuló hydropsoknál. Ha minden szerünk cserben hagy, ettől még remélhetünk.

A diuresis már az első napon bekövetkezik, és a 2. és 3. napon éri el a maximumot; a szer kihagyása után hamar, pár nap mulva megszünik.

A diuresist fokozhatjuk, ha az agurin rendelését digitalissal vagy tejdiaetával kötjük össze.

Diuretikus hatása igen nagy, 3—4000 cm³ 24 óra alatt majdnem a rendes mennyiség, sőt 5000 cm³-t is észleltünk egy esetünkben. Ilyen nagy húgyhajtó hatása a calomelen kivül egyik diureticumunknak sincs.

A diuresis beálltával a szívincompensatio többi tünetei is javulnak, a lélegzés szabad, a pulsus erőteljesebb és ritkább lesz. De ezt nem annyira az agurinnak a szivre gyakorolt hatásából magyarázhatjuk, mint inkább abból, hogy a hydrops csökkenésével a szív munkája könnyebbé válik.

TÁRCZA.

Plósz Pál tanár.

1844—1902.

Ismét egy tagja költözött el az élők sorából a budapesti egyetem orvoskari tanártestületének! Plósz Pál dr. orvoskari tanár f. hó 15-dikén életének 58-dik és tanárságának 30-dik évében elhunyt, újabb érzékeny veszteséget okozva a karnak, mely több kiváló szakemberét, Schwimmert, Mihálkovicsot, Laufenauert, Fodort, Kézmárszkyt — fájdalom — bámulatos rövid időközökben csak az imént vesztette el egymásután.

Plósz tanár — mint emez elhalt elődök mindegyike — egyike volt szintén azoknak, kiknek nevéhez a magyar orvosi cultura fejlődéstörténetében az a dicsőség fűződik, hogy úttörő szerep jutott számára egy új, addig még nálunk nem művelt tudományágnak hazánkban való meghonosításában. Orvosi culturánk regenerálásának vezetői a mult század hetvenes éveinek elején: Markusovszky, Balogh, Wagner a tanártestülettel együtt őt szemelték ki az akkori fiatal orvosdoktorok közül a külföldön már akkor virágzásban lévő élet- és kórvegytan meghonosítására hazai szakemberül. Mint Wagner tanár belklinikájának 1869-től 1872-ig kinevezett, gyakornokát utazó ösztöndíjjal Hoppe-Seylerhez Tübingába küldötték kinek laboratoriumában sajátította el az 1869/70. tanév folyamán a biochemiai vizsgálódás módszereit. 1870/71-ben nyert docenturát e tanból a budapesti egyetemen. Tanszéket e tan számára akkor még itt nem állithattak fel, gondoskodtak azonban róla, hogy az 1872-ben felállított kolozsvári egyetmen legyen e tárgynak tanszéke, a hova őt csakugyan ki is nevezték tanárul. Ő, mielőtt e tanszéket elfoglalta, még egy évet töltött Heidelbergben Kühne tanár physiologiai intézetében. 1874-ben már a budapesti egyetemen is felállították e tanszéket, a melyre őt hivták meg nyilv. rendkivüli tanárul.

Plósz tanár e tanszéken intézeti helyiségeinek és évi dotatiojának szük és szegényes volta daczára igen élénk tudományos vizsgálódást fejtett ki. A hetvenes évek folyamán tőle magyar és német folyóiratokban több mint húsz önálló szakértekezés jelent meg, melyek közül kiválóbbak és terjedelmesebbek a peptonokra és a vér megalvadására, a májsejtek fehérjenemü anyagára, a vér és vizelet fehérjenemü anyagára, a vér czukorképző fermentumára stb. vonatkozó közlemények. E mellett lefordította Hoppe-Seyler hires munkáját „Az élet- és kórvegytani elemzésről". Szaktudományának híveket is tudott szerezni és laboratoriumából tanitványai részéről is több értékes közlemény látott napvilágot. Ez élénk tevékenysége daczára azonban az akkori viszonyok között tanszékének fejlődése sokáig pangásban maradt, 10 éven keresztül kellett meghúznia magát a gyógyszertan tanárának szivességéből egy szobából álló laboratoriumában, és csak 1881-ben kapott az új orvoskari központi épület legmagasabb emeletén pár szobából álló, laboratoriumi dolgozásokra most sem igen alkalmas intézeti helyiséget. A nyilvános rendes tanárságot is csak 1882-ben nyerte el.

Tanszékének ilyen félig elhagyatott és mostohának mondható helyzete miatt a tudományos kutatásokban való folytonos elmerülés, állandó és következetes búvárkodás nála addig kifejlődött határozott irányát később megváltoztatta, a mennyiben lassankint mindinkább az orvosi gyakorlattal kezdett foglalkozni, a melynek növekedése természetesen a laboratoriumi munkától hovatovább több időt vett el. Természetes következése ez sok tanszékünk ily féltő kéletességben való

creálásának, mely akadálya marad mindig annak, hogy nálunk valódi, igazi intensiv tudományos élet kifejlődhessék.

Habár így Plósz tanár tudományos élete fejlődését követve azt tapasztaljuk, hogy ő tanárkodása későbbi éveiben a tudományos búvárkodás muzsájának ritkábban áldozott, és gazdag tudását embertársainak orvoslására és mint az országos igazságügyi tanács tagja, törvényszéki esetek chemiai felülvéleményezésére fordította, soha sem lett ahhoz teljesen hűtelen. Egyes kisebb tudományos közlemények tőle időről időre megjelentek és a reményt, hogy tantárgyát és tanszékét kedvezőbb körülmények között érvényesítenie sikerül, soha fel nem adta. Utolsó nagyobb közleményét a Magyar Tudományos Akademiában — melynek levelező tagja volt — „A zsírképződés a szénhydratokból és ennek összefüggése a diabetessel“ czim alatt a mult évben tette közzé, melyben több évre erjedő, tanitványaival együtt végezett nagyobb szabású vizsgálatainak önálló eredményeiről adott számot.

Plósz tanár fiatalabb éveiben a duzzadó egészség és életelevenség mintaképe volt, szerette és gyakorolta a testi sportok különböző nemeit, tornázott, vívott, sokszor lovagolt; változatlan egészsége, folytonos munkaszeretete, sok sorscsapás és családi bajok közepette megtartott derült kedélye a hosszú élet és késő vénség reményét keltette fel benne és minden ismerőjében. Mindez azonban az utolsó évben megváltozott. A korábban nyugodt kedélyű ember aggodalmaskodóvá, szórakozottá lett, álmatlanság, nyugtalanság fejlődött ki nála, mig végre pár hónap előtt a paralysis progressiva határozott tüneményei jelentek meg és a gyorsan lefolyó kórfolyamat nagyobb szenvedések nélkül a paralytikusok euphoriája mellett vetett véget életének.

Plósz tanárban családja nemes, önfeláldozó családtagot, barátjai és tanártársai egy kedves emlékű barátot és tanártársat, szenvedő embertársai egy nemesszivű, odaadó, lelkiismeretes orvost, az orvosi tudomány egy tehetséges és buzgó munkást veszített. A hazai orvostörténelem pedig emlékét mint a biochemiai ismeretek meghonosítása egyik és első úttörőjének emlékét fogja feljegyezni és megőrizni.

Nyugodjanak békében hamvai!

* * *

Az elhunyt tanár temetése f. hó 17-dikén ment végbe a kerepesiúti temető halottas házából a gyászoló család és az elhunyt nagyszámú tisztelője, tanártársa, tanitványa jelenlétében. A ravatalnál *Bókay Árpád* ezidei orvoskari dékán intézte az elhunyt emlékezetéhez a következő mélyérzésű szavakat:

Szomorú Gyülekezet!

A halál kérlelhetetlenül kaszál közöttünk. Nemrég, néhány hete csak, Kézmárszkyt, az úttörőt hantoltuk el, most egy másik úttörő, Plósz Pál fekszik kiterítve.

Plósz Pál volt az első nálunk, a ki biochemiával foglalkozott akkor, a mikor még az előhaladott nyugaton is csak gyermekkorát élte ez a tudomány. Az úttörő munkája mindig nehéz és szaporátlan; kemények a rögök, melyeket járhatókká kell tennie. A Te munkád, kedves tanártársam, azonban kétszeresen nehéz volt, mert hisz munkálkodásodért hosszú éveken át igazán csak száraz kenyér volt a jutalmad! De Te megküzdöttél a sorssal; tudományodat el nem hagytad, bár meg kellett osztanod erődet a tudomány s a megélhetést biztositó orvosi gyakorlat között. Tudományos életünk ezzel rövidülést szenvedett, de betegeid áldják érette a sorsot, hogy így kellett történnie, mert nem ismertem orvost, kit a reá bizott szenvedők jobban szerettek volna, mint Tégedet, kihez jobban ragaszkodtak volna, mint hozzád. De nem is ismertem orvost, ki melegebben együtt tudott volna érezni betegeivel. Te nemcsak gyógyitottad őket, Te ápoltad is a szenvedőket. Betegeid ezért mind barátaiddá lettek, mint barátoddá lett mindenki, a ki ismert. Ezért nehéz mindnyájunknak örökre elválni Tőled; nehéz különösen nekem, ki épen 25 éves zavartalan barátság szálait látja elszakitva! Isten Veled, kedves barátom, szeretett társam. Elhoztam ide a budapesti egyetem és orvosi facultás, a kolozsvári orvosi facultás és a magy. tud. akademia utolsó üdvözletét is, fogadd hálás köszönetüket a becsületes munkáért, a mit végeztél! Legyen Neked könnyebb a föld, mint volt sokszor az élet! Átadunk az anyaföldnek, melyet annyira szerettél, melyet művelni, dédelgetni utolsó éveidnek sok sorscsapás között egyetlen öröme volt. Kedves barátunk, Isten veled! A viszontlátásra!

A holttetem koporsójának a sirba lebocsátásánál ifjú *Morelli Gusztáv* segélyegyleti elnök szólott az orvostanhallgatók nevében a következőleg:

Szomorú gyülekezet!

Szemünk még nedves a könytől, szivünk fáj még a bútól, ruhánk fekete még a gyásztól, melyet szeretett Kézmárszky tanár sírjánál öltöttünk, és ma ismét itt vagyunk, hogy búcsúzzunk. Azt hittük akkor, hogy fájdalmunk legnagyobb, gyászunk a legsötétebb, keserűségünk pohara csordultig telt.

Pedig csalódtunk; a kifürkészhetlen végzet, a mindenható titkos és ellenállhatatlan rendelkezése most, midőn ismét egy szeretett tanárunk koporsójánál állunk, gyászunkat még fokozza, fájdalmunkat, szomorúságunkat még növeli, növeli, a mig csak bele nem roskadunk.

A veszteséget, mely Plósz Pál halálával a tudományt, a hazát, egyetemünket érte, sokszorosan érezzük mi is, az egyetemi ifjúság, kik ismét egyik szeretett mesterünket, pártfogónkat, jóakarónkat vesztettük el ő benne. Szívem az igaz részvéttől, a fájdalom keserű érzetétől összeszorul, s nincs szavam annak kifejezésére, nincs reménysugár, mely megvigasztalna. Mégis, ha arra a szörnyű kínra gondolok, mely szegény mesterünk áldott csendes életének utolsó napjain szenvedő sorsa volt, hálát adok néked óh Uram, hogy magadhoz vetted őt örök dicsőségednek fényébe, az örök nyugalomba, a hol nem fáj már semmi, a hol a végtelen boldogság honol.

Mi pedig, a kik itt maradtunk, nyugodjunk meg az Ur akaratában. A mint munkás élete nevét a tudomány márványkövére aranybetűkkel felirta, úgy vessük mi is őt szivünkbe, úgy legyen mind örökre az ifjúság előtt, a munka, a tudás, a jóság mintaképe.

Szeretett Mesterünk, nyugodjál békében. Isten veled! . . .

Konstantinápoly orvosi viszonyai.

Egészségügyi érdekeink többféleképen vannak Konstantinápolyban érdekelve. Budapesten át vezet az egyenes és leggyorsabb út Nyugat-Európába. Párisba, Berlinbe, Londonba fővárosunkon keresztül visz a keleti express-vonat a török központból és jól megfontolt érdekeink kivánják, hogy az utasok néhány napot gyorsan és szépen fejlődő fővárosunk megtekintésére fordítsanak. Örömünkre szolgál mondhatnunk, hogy ez utóbbi időben tényleg így is van. Szem előtt kell tartanunk, hogy Konstantinápoly a kelet nagy részének még mindig forgalmi központja és a forgalom emelkedését a török nagyhatalmi állásának csökkenése kisebbiteni nem tudja. A Bosporus és Aranyszarv hajóforgalma óriási; a kikötő a legélénkebb és legtarkább képet nyujtja, melyben az europai államok képviselői között a sudaniak, arabok, perzsák, négerek képezik a domináló elemet. Az anatoliai vasút gyorsan haladó kiépítése, mely ma-holnap Bagdadig ér, mind távolabb és távolabb területeket hoz gyors és kényelmes összeköttetésbe Konstantinápolylyal. Actuális érdeket ad e soroknak, hogy Mekkában a zarándokok között most az állandó cholerán kivül a pestis dühöng és már Konstantinápolyban is jelentettek néhány esetet, melyet a hatóság letagadni alig mer. Stambul utczái pedig hemzsegnek a zöld turbánt viselő alakoktól, mely kiváltságos szint csak a Mekkában zarándokoltak viselhetik. Meggyőződtem és pedig örömmel, hogy Konstantinábolyban élő külföldiek és nyugati műveltséggel biró orvosok Budapestet tekintik a nyugat első városának, melyre — gyors elérhetését is tekintve (38 óra) — járvány okozta panik esetében gondolnak és melyet orvosi felszerelése, kórházai és sanatoriumai tekintetében is teljesen megbizhatónak tartanak. Sofia, Belgrád, Bukarest velünk e tekintetben nem versenyezhetnek. Hogy ez igy van, azt a közel multban lefolyt események igazolták. Mult év augusztusában pestis vagy pestisre gyanus esetek fordultak elő Konstantinápolyban. Rögtön erre a Budapestre és azon át a keleti expressel menő utasok száma, mely rendes körülmények mellett 8—10-re tehető, 90-re emelkedett. Sejtetni engedi ez, mi vár reánk egy járvány hivatalos megállapitása után.

Ezek voltak a fő inditó okok, hogy szemügyre vegyem némileg Konstantinápoly orvosi viszonyait, mert ennek rendezett vagy rendezetlen voltánál meggyőződésem szerint felette érdekelve vagyunk és saját szigorú indézkedéseink megtétele járványnál ettől nagyon is függővé teendő.

Elsősorban az orvosi kiképzés volt az, mely figyelmemet lekötötte. Ez kizárólag Konstantinápolyhoz kötött és jelenleg két intézet van, mely ezen feladatot teljesiti. Az egyik a *Civil orvosi iskola*, melynek létezését néhány századra vezetik vissza és tisztán török vezetés alatt áll. Az intézet kórházzal áll összefüggésben, melyben az ágyak száma 60. Hallgatóinak száma mintegy 100—150. A kiképzés 6 évig tart. Az intézet még török körökben sem örvend valami különös jó hirnévnek, vagy a belőle kikerült orvosok nagy tekintélynek. Ugy értesültem, hogy az előadások ott néha 1—2 évig teljesen szünetelnek.

Jobb -- de csak bizonyos fokig — Törökország másik orvosi egyeteme, melynek hivatalos neve *régi katonai orvosi iskola*, melynek czélja a katona-orvosok kiképzése. Törökország figyelme haderejére itt is kifejezésre jut és csak követi a nyugati államok példáját, midőn katona-orvosainak művelődésére nagy súlyt helyez, igaz, a polgári orvosi elem képzésének rovására. Az intézet a régi serail tövében, Stambul dombján van elhelyezve.

Midőn a kórház bejáratához értem, érkezett ugyancsak oda lóháton egy hosszú, halvány török, kit kétoldalt kisérete támasztva csak nagy nehezen tartott nyeregben és ki csakhamar a kapunál ácsorgó katonaőrség egy részével heves szóváltásba elegyedett, melyet csak heves köhögése szakitott meg néha. Az őrség másik része fogadtatásomra sietett. Csak nehezen értették meg tolmácsom által előadott óhajomat, miszerint a kórházat kivánom megtekinteni. Végtére a tágas kert végén levő kőépületbe vezettek, hol egy füsttel telt helyiségben fekete kávé mellett török katonatisztek fogadtak. A parancsnok őszintén sajnálta, hogy orvos még nincsen jelen — már előrehaladott délelőtt volt — és igy csak a kórház futólagos megtekintésére szoritkoztam. A főépületben néhány tanterem, kevés eszköz. A kert két oldalán fabarakkokban a kórtermek, a közepén a tágas gyógyszertár. Török katona ápolók. A hallgatók száma körülbelül 150. A tanfolyam öt évig tart. Mindenütt sok piszok. Távozásomnál a kapubejáratnál álló csoport még mindig hangos szóváltásban volt, de úgy látszik a szóvitának eredménye is lett, mert az egész őrség épen készült a szegény beteget lováról leemelni.

Innét csak rövid út vezet az úgynevezett új *orvosi iskolához*, mely a török fényes mecset, Aja-Sofia közelében van elhelyezve és gyönyörű kilátással bir a Bosporusra. Az eddig látottakért itt bőven kárpótolva vagyunk. Olyan mintaintézet, mely bármilyen német egyetemnek díszére válnék. Két német tanár, *Rieder* és *Deycke* vezetése alatt áll, kik azelőtt Hamburgban, az eppendorfi kórházban működtek. Két, tisztán hivatásának élő tudós, és őszintén sajnáltam, hogy *Rieder* paschát mint üdülő beteget találtam, ki egy súlyos esés következtében hátgerincz-

sérülést szenvedett. A kórház 156 ágygyal bir és az ápolást német ápolónők teljesitik. Az intézet vezetői hatósági tilalom ellenére dynamogépeket állitottak fel — talán egy nemzetközi szálloda kivételével az egyedüliek Konstantinápolyban —, melyekkel a villanygépeket, mosókonyhát és világitást látják el. Az intézet rendeltetése a magasabb orvosi kiképzés, a mennyiben a régi orvosi iskolában végzett hallgatók egy évre ide lesznek parancsolva, hol elméleti (sok a pótolni való) és gyakorlati oktatásban részesülnek. A felszerelés mintaszerű. Kisebb és nagyobb műtőtermek. A legújabb orthopaediai eszközök. Egy kitünően működő Röntgen-készülék. A tanteremben belépésemnél mintegy 20—25 fez-es hallgató várta *Deycke* előadását a belgyógyászatból. Felállással üdvözöltek az igen intelligens arczú urak, a kik azonban mind jóval idősebbnek látszottak, semmint mi hallgatóinknál szokva vagyunk. A kórháztól külön, egy arra szolgáló épületben van elhelyezve a poliklinika, külön váró- és rendelő-helyiségekkel belső, sebészi, fül- és szembetegeknek. Itt válogatják ki a felvételre alkalmas eseteket és fedezik ezek szerint a kórház szükségletét. Az egyedüli török jellegű kórház, hol egy épületben nő- és férfibetegek találhatók. Egyebütt, természetesen csak a török vezetés alatt álló intézetekben, külön kórházak vannak a férfiak és nők részére. De a török nők szokásaikat itt is megtartják és jórészt burkolt vagy legalább félig burkolt arczczal fekszenek ágyukban.

A poliklinikai épületben van elhelyezve egyszersmind még a kényesebb igényeket is kielégitő, jól felszerelt laboratorium.

A beteganyag áttekintése után, melynek 90 százaléka török, néger és arab egyénekből kerül ki, azt találtam, és ebben megerősített *Deycke* is, hogy specifikus keleti betegségek — járványoktól eltekintve — nem tartoznak a konstantinápolyi kórházak képéhez. Dengue-láz, sárgaláz a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Gyakori az Ázsiából átkerülő, de nyáron Konstantinápolyban járványszerűen dühöngő, halálos kimenetelű dysenteria. Gyakoriak egyszersmind az atypikus és igen súlyos malariaesetek. Egyes orvosok tapasztalatai a szunyogtheoriával nagyon jól hozhatók összhangzásba. Itt, mint Konstantinápoly egyéb kórházaiban is, ellenben igen nagy számban láthatók a tüdőgümőkórosok. A megbetegedési viszonyok megbizható statistikáját megszerezni nem voltam képes.

Fejedelmi bőkezűséggel épült és berendezett kórház a *Hamidié*-gyermekkórház, melyet a mostan uralkodó szultán saját költségén emelt. A kórház vezetője *Ibrahim bey*, kitünő orvosi műveltséggel biró ember. Az intézet bármilyen magas fokon álló europai gyermekkórházzal vetekedik. A tudományos működésről és egyéb orvosi ténykedésről szépen tanuskodik azon vaskos kötetet kitevő orvosi jelentés, melyben e kórház orvosai működésükről beszámolnak.

Felette érdekes és figyelmemet nagy mértékben lekötötte, mert a török különlegesség leginkább jut benne érvényre: a nagy török női kórház, *Hasséki*. A tiszta török negyedben, messze az európai kiváncsi szemektől, a hova turista is csak ritkán téved, fekszik a kimondhatatlanul rossz kövezettel biró utcza által két részre osztva, a Konstantinápoly municipiuma által fentartott kórház. A bejárat nem felette kedvező. Mindjárt a lépcsőházban beteg- és halottszállító ágyak között mindenféle lim-lom művészi rendezetlenségben. Miután a szolgaszemélyzet a kórház vezetőségének szóló ajánlólevelemet átvette, az igazgató szobájába vezettek és a nélkülözhetetlen fekete kávéval kináltak meg. Mivel azonban orvos még mindig nem jelentkezett és már türelmetlenkedni kezdtem, egy másik szobába vezettek és újból fekete kávéval kedveskedtek. Csak jó időre keritették elő, miután a szolgaszemélyzet nagy része az egész környéket felkutatta, az intézet egyik orvosát, *Kémaleddin* dr.-t, ki rendkivül szivélyességgel teljesitette háziúri tisztjét. Török iskolát végzett orvos, a ki némileg a franczia is birja. A kórház anyaga csaknem kizárólag török és néger nőkből kerül ki. Felvételnél a betegek mindenekelőtt a főépület egy sötét, barátságtalan földszinti szobájába lesznek 24 órára elhelyezve, a kórisme megállapitása szempontjából. Ennek elteltével lesznek a megfelelő pavillonba áthelyezve. A főépület mögött van a belgyógyászati és sebészeti pavillon. A tisztaság nagyon sok kivánni valót hagy hátra. Helyszűkén — a mi állandó — nagyon egyszerűen segitenek: két beteg egy ágyba. A kórisme a beteg feje feletti táblán török betűkkel van feltüntetve. Tuberculosis mindenféle formában. Néhány marasmusban szenvedő néger nő. Szervi szivbajok, a baj természetének közelebbi megjelölése nélkül. Egy súlyos pneumonia crouposa. Egy gyógyulófélben levő perityphlitis. Nephritis egy esete. Egyébként sok hörghurut, lázas gyomor- és bélhurut. Az igazság kedvéért kell felemlitenem, hogy súlyosabb betegeknél kórtörténethez hasonló feljegyzéseket, sőt egynéhány betegnél láztáblákat is láttam. A műtőterem és szülészeti terem az utczán túl levő részben van elhelyezve. A műtőterem talán csak szerényebb igényeket elégit ki. A sebészi teendőket a magyar szülőktől származó, de már törökké lett *Greiver* végzi. A szülészeti osztályon kevés eset, többyire szegény nők, kiknek szülési complicatioktól kell tartani. Górcső és laboratoriumi felszerelésnek nyoma sincsen az egész kórházban. Az ápolást burkolt arczú török nők teljesitik. A konyha határozottan piszkos és a konyhai teendőket férfiak végzik. Ottlétemkor nagy üstökben készült a török nemzeti étel, a *pilav*. Határozottan legérdekesebb része a kórháznak a fürdő. Külön épületben van elhelyezve, mint egy régi, nagy fürdő maradványa. 4—5 helyiségből áll, diszes felszerelésével igen kellemes benyomást gyakorolva. Belépésünknél 8—10 nő fürdött Éva kosztumjében. És míg sokszor láttam, hogy török kórházak ágyban fekvő nőbetegei idegen belépésénél ijedten húzzák fátyolukat arczukra, ezek meglehetős hidegen fogadtak engem, orvoskisérőmet, dragomanomat és a kiséretünkhöz csatlakozott török férfiszolgákat. Alig 1—2 tartotta szemérmetesen kezét arcza elé, hogy ujjai között annál kiváncsiabban szemléljen bennünket.

Igen nagy súlyt látunk helyezve a katonakórházakra. Nagy, tágas épületek, egynéhány, legalább kivülről egész modern szinezettel. Egy alapos megszemlélés elé hihetetlen akadályokat gördítenek a török hatóságok és mint nekem *Mally* dr. törzsorvos, az osztrák-magyar követség hivatalos orvosa beszélte, közel húsz évi otttartózkodása alatt hivatalos állása daczára nem jutott a katonakórházak pontos megszemléléséhez. A legnagyobb ezek között az ázsiai parton fekvő *Haidar-Pascha* 1000 ágygyal. A Bosporus partján fekszik a 350 ágygyal felszerelt *Kuleli*-kórház. A *Yildiz* katonakórháznak 13 pavillonban 200 ágya van (szétbontható). A *Maltepé* katonakórház 650 ágygyal bir. Az Aranyszarv mentén, közel a helyüket soha el nem hagyó hadihajóknak csúfolt fekete szörnyetegekhez van a 800 ágygyal felszerelt haditengerészeti kórház.

Az egyéb török kórházak közül felemlitendő még a modern berendezésű és apáczák vezetése alatt álló *Chichli-tébolyda* és a tisztán török vezetés alatt álló *Szentáni-tébolyda*. Perában van egy kicsiny, rossz városi kórház. Skutariban egy 30 ágyas török női kórház. Galathában van a prostituáltaknak szánt, török vezetés alatt álló, 50 ágygyal felszerelt kórház. Bizony nagyon kevés, ha figyelembe veszszük azon hosszú, tisztán prostituáltak által lakott utczasorokat, melyekben török nők kivételével mindenféle nemzetiségűek — magyarok is elég bőven — találhatók, és kik elég gyakran nyilván a szigorú orvosi ellenőrzés alatt álló nyugoti városokból menekülnek az e szempontból igazán paradicsomi városba. Létezik ugyan hivatalos ellenőrzés, de hogy ez milyen, mutatja a prostituáltaknak szánt kórház kicsinysége és ennek is többnyire üres volta. Néha azonban e téren a török hatóságot nagy buzgalom fogja el. Igy legutóbb is egy külföldi fejedelem látogatása alkalmából, midőn több külföldi hadihajó érkezett a török kikötőbe. A hadihajók legénységének megfertőztetésének megakadályozása czéljából kértek a hatóságtól megfelelő intézkedéseket. A török hatóság erre az összes kéjhölgyeket és éjjeli kávéházak nőalkalmazottait egyszerűen a látogatás tartamára internálta.

Ugy, mint a külföldi államok képviselői, birósági államot az államban alkotnak, állanak teljesen külön az idegen államok kórházai is. Ezek Konstantinápolyban igen nagy számban vannak, mert nemcsak a nagyhatalmak, hanem kisebb államok is tartanak fenn kisebb-nagyobb, jobb vagy rosszabb berendezésű és felszerelésű kórházat, melyek csaknem kivétel nélkül az illető állam jellegét viselik magukon.

Minket ezek között leginkább érdekel az osztrák-magyar kórház, mely azonban az első helyet tisztán érdeklődésünknél fogva érdemli meg. Egy rozoga bérházban van elhelyezve a 47 ágygyal biró, *Mally* törzsorvos vezetése alatt álló kórház. Sajnos, a helyiség primitiv és antihygienikus volta minden intensivebb orvosi ténykedést lehetetlenné tesz. A vezetőség mindent elkövet, hogy egy új kórház létesitéséhez szükséges alapot előteremtse. Eddig 55,000 forint áll rendelkezésükre. A szultán jubileuma alkalmával a kórház czéljaira egy telket igért, mely igéretét azóta meg is újitotta, de ezen kettős igéret daczára sem akar haladni a kórház ügye.

A második kórház, mely az idegenek között figyelmünket leginkább leköti, a *Hopital St. George*, mely a mi viszonyainkhoz berendezés, élelmezés és ápolás tekintetében legközelebb áll, a mennyiben tulajdonát képezi a paulai Szt. Vinczéről nevezett apáczáknak, kik nálunk is kórházainkban oly eredménynyel és oly áldozatkészséggel teljesitik az ápolói tisztet. A kórházon kivül egy jól berendezett, minden igénynek megfelelő női iskolát tartanak fenn, melynek falain belül az ember elfelejti a kivül nyüzsgő keleti életet és a legmodernebb nyugati iskolában képzeli magát. A kórház maga egy barátságos, modern berendezésű és kitünően felszerelt épület, melynek ragyogó tisztasága, „Schwestereink“ ismert alakja leginkább emlékeztet fővárosi kórházainkra. A fősúlyt e kórházban a gyermekekre helyezik, de jó hírneve miatt a betegek annyira tódulnak ide, hogy ma már felnőtteket is tartanak és szakadatlanul a kórház kibővítésére kell gondolni. Az orvosok élén *Violi* dr. áll, egy görög származása daczára viszonyainkban teljesen jártas, kitünő képzettségű és fáradhatatlan szorgalmú orvos. De kötelességemnek tartom megemlékezni és pedig a legnagyobb elismeréssel az intézet főnöknőjéről, *Kohlberg Franciskáról*, a ki Konstantinápolyban szinte missiot teljesit; teljesiti pedig buzgalommal és példátlan sikerrel. A hála hangján kell megemlékeznünk egyszersmind ezen intézeteknél felügyeletet gyakorló lazaristákról, a kiknek főnöke ezidő szerint egy vendégszerető, a távoli keletben is a magyar névnek hirt és elismerést szerző magyar ember.

Felemlitendők még: a német kórház, *Mühlig* dr. vezetése alatt; az angol tengerészi kórház, az örmény katholikus kórház, a bolgár kórház, a franczia polgári és tengerészeti kórház, a görög kórház (a legnagyobbak egyike, a mennyiben 400 ágygyal bir, és egy 120 ágygyal felszerelt sinylők házával és árvaházzal kapcsolatos), az orosz kórház, olasz kórház, egy új zsidó kórház (Balat) stb.

A fertőző betegek elhelyezésére Stambulban és Perán túl vannak megfelelő épületek, a melyek azonban rendszerint üresek, mert a török kormány a járványok kimondásától vonakodik és csak a külföldi államok képviselőinek kényszerének enged többnyire, ha a járványkórházakat benépesiti. A leprosusok elhelyezésére szintén állanak kisebb intézetek rendelkezésre, melyek azonban többnyire csak éjjeli szállást adnak a betegeknek és napközben kiki kenyérkereset után lát. Az Aranyszarvon át vezető hidon nap-nap után láttam mindig ugyanazon helyen állva egy szegény koldust, a ki csonka, sebes kezét kéregetően nyujtja a mellette elsietők ezrek meg ezrek felé. Egy szegény leprosus! Ki törődik vele?

Konstantinápoly egészségügyi viszonyairól, az utczán ezrivel és ezrivel élő kóbor kutyákról, a csatornázás hiányáról, az uteza közepére kiöntött szemétről, statistikai kimutatások teljes hiányáról, minden rendeletnek baksis által való megvásárolhatásáról már annyit és annyifélét irtak, hogy azok ismétlésébe bocsátkozni nem akarok. Van ugyan Konstantinápolyban egy internationalis egészségügyi tanács, melynek a török kormányon kivül az europai államok képviselői is tagjai. A mi delegátunk Mally törzsorvos. Inkább csak consultativ forum, melynek tanácsait fenyegető veszély esetén a török hatóság többnyire csak akkor szokta megszivlelni, ha az angol vagy orosz nagykövet e tanács határozatainak energikus fellépésével érvényt szerez. De mit ér a határozat, ha a rendeletek gyakorlati kivitelére a megbizható közegek hiányoznak? Most, hogy jeles hazánkfia és kereskedelmi megbizottunk, *Bálint Imre* szivessége folytán, a ki igazi magyar barátsággal és vendégszeretettel áll hazánkfiainak rendelkezésére és kinek befolyása révén még a különben zárt kapuk is előttem megnyilottak, bő alkalmam volt a török viszonyokba bepillanthatni, mondhatom, hogy nem a jóakarat és intézkedések hiányában, hanem a kivitel teljes megbizhatatlanságában van a legfőbb baj. Hiszen Konstantinápolynak még Pasteur-intézete is van, de erről már csak itt Budapesten értesültem, *Hőgyes* tanár úr szivességéből. A kórházaknak és a hivatalos személyeknek, a hol megfordultam, illetve a kikkel érintkeztem, nyilván erről tudomásuk nincsen.

Közelről érdekelnek bennünket azon hatósági intézkedések, a melyek járvány esetében Konstantinápolyban foganatositva lesznek. Mint mindenütt, úgy Törökországban is, quarantainek igénybevétele által törekednek a járványok behurczolása ellen védekezni. A szárazföldi vesztegzár néhány órányira Konstantinápolytól a hozzánk vezető vasút mentén van. *Tchachtaldja*, egy kopár területen álló fabarakkok, melyek faoszlopokon nyugszanak, hogy a szobák a földtől némi távolságban legyenek. Az elhagyottságában borzasztó hely már igy a felületes szemlélőnek is kétségbeejtő látványt nyujt, hát még a szerencsétleneknek, a kik napokig vagy hetekig kénytelenek itt időzni. De tekintve, hogy Konstantinápolyt is mindig a kelet felől fenyegeti a járvány, sokkal nevezetesebb a tengeri quarantaine, mely *Anatoli-Karakban*, az ázsiai parton van. Ide jönnek kimondott járvány idejében vesztegzárra az összes hajok. De ide jutnak egyszersmind a kimondott pestis-esetek is. Ugy hogy a tavalyi pestis idején megtörtént, hogy egészséges vesztegzárosak tényleges pestis esetekkel együtt voltak és mily könnyen történhetett volna meg, hogy egészségesek ott fertőzve lettek és a betegség incubatiós szakában bocsáttattak Konstantinápolyba.

Pedig ezen idealisnak épen nem mondható vesztegzárral szemben, a Bosporus gyönyörű partján, paloták és fényes nyaralók szakadatlan folytatásaképen fekszik *Therapia*, az előkelő nagyközönségnek, csaknem az összes követeknek üdülőhelye, mely dombjaival és erdőivel védelmet nyujt a nagy meleg ellen és a közeli láthatárban levő Fekete-tenger felől jövő szellő a nagy nyári meleget tűrhetővé teszi.

A másik, europaiak által igénybe vett üdülőhely *Principo*, a Márványtengerben fekvő mesés szépségű sziget. Világlátott emberek a török Nizzának és a világ egyik legszebb pontjának mondják. A szigetet úgyszólván egy hegy foglalja el és egyik oldaláról Kis-Ázsia cziprusai, és másik oldalról Konstantinápoly aranyozott moschéi, ismét más oldalról a végtelen tenger, majd máshonnan kisebb szigetek láthatók. E hely bennünket azért is érdekel, mert ezen egyenletes climával biró helyen történt a távol Keleten az első kisérlet vagyonos tüdőbetegeknek szóló sanatorium létesitésére. Közel a hegy ormához egy természetes kis mélyedésben, s igy eléggé védetten fekszik egy óriási épület, melyről a vakolat hiányzik, s ablak nélküli falait a levegő szabadon járja át. Eredetileg egy nagy szállodának tervezték, majd egy társaság már épités közben tüdőbetegek sanatoriumának szánta. Pénzhiány hiúsította meg a befejezést és csak rövid idő kérdése, hogy rombadőlt falak fogják jelezni Törökország első sanatoriumalapitásának kisérletét. A szigetet, melyet túlnyomóan görög származásúak laknak, előszeretettel keresik fel a nyár tartamára Törökország idegencoloniájának előkelői, a kiknek befogadására néhány elegáns szálloda és hosszú sora a legfényűzésesebb nyaralóknak áll rendelkezésre.

Hiányos volna Konstantinápoly orvosi és egészségügyi viszonyainak ismertetése, ha meg nem emlékeznénk az üvöltő dervisek sectájáról. Ázsia partján, *Skutari*-ban és annak is egy félreeső helyén áll egy kivülről nem sokat mutató épület. Csütörtökön, miután a nagy istentiszteletet csak ezen napon tartják, jelentünk meg és velünk úgyszólván az átutazó idegenek teljes számban a dervisek moschéja előtt. A baksis lefizetése után oldalkapun — miután a főkapun való bejárás a hitetleneknek tiltott — a mosché belsejébe vezettek, melynek oldalain elhelyezett kis emelkedéseken foglalhattunk helyet. Felettünk rácsok mögött török nők és gyermekek hangja hallatszik. Rövid várakozás után jelennek meg a dervisek, számszerint mintegy 10—12, a kik belépésük után sorfalat állnak, hogy a sorfal között utolsónak a seik lépjen be. Alacsony, fekete körszakállú ember, kinek erősen hajlott orrú arcza, rendkivül szúrós tekintete, nagy intelligentiát árul el. A seik a terem egyik helyén, mögötte a dervisek, két oldalt az istentisztelten résztvevő törökök helyezkednek el, mely utóbbiak közt egy aranygalléros, érdemjeleit két sorban viselő éltesebb katonatiszt köti le figyelmünket. Az istentisztelet kezdetét veszi.

Kezdetben halk beszéd, mely negyedóráról-negyedórára hangosabb lesz, a testnek kezdetben lassú, később mindinkább fokozódó ingaszerű mozgásaitól kisérve. Másfél-két óra mulva a dervisek állva, egymáshoz simulva már orkánszerű üvöltést végeznek, miközben ingaszerű monoton mozgásaik is mind hevesebbek és hevesebbek és a verejték csak úgy patakzik róluk. Seikjük elhagyja előbbi helyét, arczczal az üvöltők felé fordulva, kezével és lábával buzdítólag hat rájuk, a taktust üti, de elég óvatos és fárasztó munkájukban részt nem vesz. A résztvevők hangos kéjes felkiáltásai hallatszanak, melyek mind sűrűbbek lesznek, majd egyikük-másikuk földhöz vágja magát és epileptiform görcsökben vonaglik, hogy csakhamar ismét felkapaszkodva folytassa monotoniájában is megkapó és elragadó munkáját. A lárma mind nagyobb és rászáll a török hivőkre, kik térdepelve végzik istentiszteletöket és kiknek soraiból is mind sűrűbben hallatszanak kéjes felkiáltások. Az autosuggestio hatásaképen a lárma, mely már közel három órája tart, mind hangosabb lesz, a midőn megnyilnak a terem ajtai és szenvedő emberek, férfiak és gyermekek egyaránt jelennek meg, hogy gyógyulást kérjenek az üvöltő dervisek seikjétől, kit ilyenkor a gyógyitás ereje száll meg.

Egy vízzel telt korsót hoznak a seik elé, ki egy nagyot beleköp és a betegek elviszik, a seiknek kezeit, ruháját csókolva. Majd egy hosszú, halavány török jelenik meg, a ki hasra fekszik és a seik csizmás lábaival testén végig sétál. És ez most gyors egymásutánban ismétlődik rosszabb és jobb öltözésű betegeken. Es ime, aranygalléros török katonánk, kit másnapon a szultán szelamlikján egy katonai díszcsapat élén büszkén lovagolni láttunk, felemelkedik helyéről, a seik elé lép, annak kezét és ruháját alázatosan megcsókolja, hasra fekszik, a seik a hátán végig jár, majd a hanyatt fekvőnek hasát végig tapossa, és magas positiojához méltóan különös gondos bánásmódban részesiti, mert a földről való feltápászkodása közben néhány erélyes oldalrúgással látja el. Most egy török karjain egy hangosan síró 4—5 hónapos gyermeket hoz. A földre fektetik, és szemeinknek alig akartunk hinni, a seik két dervisre csak könnyen támaszkodva, mindkét csizmás lábával a siró csecsemőre lép. Szomszédnőm, egy szőke angol hölgy rémülten sikolt fel ennek láttára, de nekünk is betellett és elhagytuk Ázsia ezen babonás fészkét. Még jó távol is zúgott fülünkbe a kéjes felkiáltásokkal vegyített monoton üvöltés. Sietve vágtattunk végig kocsinkkal Skutari tarka utczáin. A bazár s utczai élet hangos és szinpompás látványossága figyelmünket nem birta lekötni. Csak vissza a Bosporus partjához, hogy hajóval visszatérjünk Európába. De a szűk Bosporus kedélyünket nem tudta lecsillapitani. Keskeny tér választja el Konstantinápolyt Ázsiától, a hol a babona nyiltan, hatóság támogatásával tanyázik és nemcsak a szegényebb néposztály privilegiuma. Mi, a kik Konstantinápolyhoz és Törökországhoz fekvés és közlekedés szempontjából oly közel fekszünk, ezen gondolkozhatunk. Gondolkozhatunk kivált most, hol a melegebb idők beálltával ismét a pestis ütötte ott fel rémes fejét és a látottak és tapasztaltak után az ottani intézkedések megbizhatóságában alapos kételyünk van.

Tauszk Ferencz dr. egyetemi magántanár.

A rák terjedése és az ellene irányuló németországi mozgalmak.

(Vége.)

A „gyüjtő kutatás“ idejét sem töltötte tétlenül a bizottság, hanem arra használta fel, hogy az ügy iránt való érdeklődést minden körben szitsa. Az orvosok minél nagyobb részvételét úgy biztositotta magának, hogy tagjai sorába nemcsak Németország nevesebb orvosait, hanem a külföld híresebb rák-kutatóit is felvette, rendes időközökben tartott összejövetelein pedig nem egy érdekes és tanulságos előadás hangzott el. A nagy közönség érdeklődése a mozgalom iránt is fokozódott, a mit bizonyit az, hogy az életbiztositó társulatok felajánlották adataikat a bizottság czéljainak, segélyezésére pedig kisebb-nagyobb összegeket szavaztak meg. Ez utóbbira annál is inkább volt szükség, mert a nagy kiadásokkal szemben 1901. év végéig hivatalosan csak a már emlitett 3000 márka dotatioban részesültek. Hiába szólalt fel a felsőházban gróf Hutten-Czapsky és inditványozta a mozgalom támogatását nagyobb állami segélylyel, ezt csak az 1902. év hozta meg. Az idei költségvetésben ugyanis a német cultusminister 53,000 márkányi tételt vett fel a rák-mozgalom segélyezésére. Ezen összeg mikénti felhasználása következőkép van eldöntve: a berlini Charité területén a Leyden* tanár vezetése alatt álló I. Mediz. Klinik-kel kapcsolatban egy „Institut für Krebsforschung“ lesz felállitva. Az intézet két kórteremmel fog birni, 10 férfi és 10 női ágygyal, nagyobb részét azonban egy nagyszabású laboratorium fogja képezni, mely a modern technika minden eszközével lesz felszerelve, mikroskopikus, chemiai és állatkisérletek véghezvitelére. Ezen intézetben a kisérletek minden irányban fognak folyni, tehát nemcsak az aetiologia kutatásával fognak benne foglalkozni, hanem a therapiával is. A munkaprogramm azonban mindeddig nincs még megállapitva.

A berlini „Comité für Krebsforschung“ szellemi vezetőjévé lett nemcsak Németország, hanem mondhatni, az egész continens rákos mozgalmainak, úgy hogy nemcsak a Thüringiában Pfeiffer tanár titkos tanácsos vezetése alatt már régebben működő bizottság adatait, hanem a Hollandiában Veit kezdeményezésére megindult mozgalom adatait is, melyeket ugyanazon napon gyüjtöttek, mint Németországban, feldolgozza.

Ezen leirt mozgalommal párhuzamosan, talán attól inspirálva, de tőle teljesen függetlenül keletkezett a Majna melletti Frankfurtban egy rákot vizsgáló állomás. Stern Tivadar városi képviselő özvegye ugyanis 1901. év őszén egy nagyobb összeget (körülbelül 100,000 márkát) adományozott Frankfurt városának azon czélból, hogy azt orvosi czélok előmozditására fordítsák. A tanács Ehrlich tanárt, a „Königl. Institut für experimentelle Therapie“ igazgatóját bizta meg, hogy az összeget belátása szerinti czélra fordítsa, és Ehrlich úgy határozott, hogy az összeg segitségével intézetében nagyobb méretű rákkutatást fog megindítani. E czélból egy új tanársegédi állást szervezett, mely mellé egy

pathologust, egy állatorvost és egy festékchemikust osztott be; ezek az ő felügyelete alatt és elvei szerint végzik kutatásaikat a Sandhofstrassen lévő intézetben, mely egy villaszerűen épült kétemeletes házban elhelyezett laboratoriumokból és mögötte lévő istállókból áll. Ezen kutatások egyelőre csak az aetiologia megfejtése körül folynak, mert Ehrlich álláspontja az, hogy az egész mozgalom addig eredménytelen lesz, míg az első lépés — a legnehezebb —: a rák aetiologiájának megállapitása megtéve nincs. A kutatásokba — mint azt Max Neisser, az intézet assistense kifejtette — részrehajlatlanul fogtak bele a parasitaer vagy más theoriákat illetőleg, és körülbelül félévi munkálkodás után máig csak arra az eredményre jutottak, hogy az eddig ismert vizsgálati módszerek segitségével eredmény el nem érhető. Uj vizsgálati módszereket kell tehát majd alkalmazniok és a helyesnek, czélra vezetőnek megtalálása, sok újnak próbálása közben, nagyon is a véletlentől van függővé téve. Az eddig sikertelenül alkalmazott új módszereket nem tartották felemlitésre méltóknak, a most kipróbálás alatt levőről pedig, mivel az még „in statu nascendi“ van, nem nyilatkozhattak. Az egész intézetben azonban meglehetős skeptikusan fogják fel a rák aetiologia megfejtésének kérdését, de azért nagy buzgalommal és még ennél is nagyobb titoktartással folynak a munkálatok.

Mindezek szerint az aetiologia megállapításának reménye meglehetősen hiú, legalább is egyelőre, mert valószinű, hogy utódaink meg fogják találni azt, mit mi hiába keresünk, és bizonyos, hogy ezen megtalálás a technikai műszereknek tökéletesbbedésével lesz összefüggésben; azon nagyméretű munkálkodás pedig, mely ez irányban eddig is folyott, a megindult mozgalommal csak fokozódott, és semmi esetre sem meddő, mert az eltöltött idő és fáradság bőven kamatozik még akkor is, ha más eredménye nem is lesz, mint hogy a jövendő nemzedéknek útmutatást fog adni arra nézve, hogy milyen úton *nem* lehet megfejteni a rák aetiologiájának problemáját.

Ha végül a németországi rákos mozgalomnak értékét mérlegeljük, arra az eredményre jutunk, hogy az első sorban már azért is megbecsülendő, mert a tudományos világ érdeklődésének felszitásával nemcsak növelte a kutatóknak számát, hanem a már régen ez irányban dolgozóknak lohadt munkakedvét is felélesztette; a laikusok érdeklődésének felkeltésével elérte azt, hogy azok anyagilag és erkölcsileg támogatják a kutatókat munkájokban; a kutatásoknak egységes mederbe való terelésből az következik, hogy nem forgácsolódik szét sok haszontalan, czélra nem vezető mellékkörülmény vizsgálásával a kutatók ereje, ideje és képessége; végre ezen nagy arányokban megindított mozgalom hullámainak a világ minden civilizált országában való szétterjedésével és ezáltal a németéhez hasonló gyüjtőkutatás inaugurálásával az fog eredményeződni, hogy az aetiologia ismerete nélkül, csak a külső körülmények pontos ismeretével, meg lesz állapitható egy oly prophylaxis, melylyel a rák aggasztó terjedésének biztosan lehet majd gátat vetni.

Irodalom. 1. *R. Behla*: Centralbl. für Bact., Parasitenkunde und Infectionskrankh. XXIV. k. 20—24. f. — 2. *Wutzdorff*: Über die Verbreitung der Krebskrankheit im Deutschen Reiche. Vortrag gehalten im Comité für Krebsforschung am 14. Nov. 1901. — 3. *Kirchner*: Deutsche med. W. 1901. 19. sz. — 4. *Reiche*: Deutsche med. W. XXIV., 120. l. — 5. *Maeder*: Zeitschrift f. Hyg. und Infectionskr. XXXII. k. 2. f. — 6. *I. de Haan*: Weekblad van het Nederland. Tydschr. voor Geneeskunde. 1899. II., 20. sz. — 7. *Payne*: Lancet. 1899. szeptember 16. — 8. *Newsholme*: The practitioner. 1899. április. — 9. *Nason*: British med. Journal. 1901. május 18. — 10. *Geirswold*: Nord. med. Arkiv. 1901, szeptember 5. — 11. *Roger Williams*: Remarks on the mortality from cancer. Lancet. 1898. aug. 20. — 12. *Park*: The practitioner. 1899. április. — 13. *Betton Massey*: American Journal of the med. sciences. 1900. február. — 14. *Philipp Lion*: The American Journal. 1901. junius. — 15. Comité für Krebsforschung. Sitzung am 14. November 1901. — 16. *Power*: Practitioner. 1899. április. — 17. *Boas*: Belgyógyászok congressusa Wiesbadenben. 1900. április. — 18. *Haviland*: Practitioner. 1899. április. — 19. *Reiche*: Münch. med. W. 1900. 39. sz.

Palotai Andor dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közli: **Dalmady Zoltán.**

(Folytatás.)

Ehrlich: Ueber Toxine und Antitoxine. Therap. d. Gegenwart. 1901. 193. l. — Ugyanaz: Die Schutzstoffe des Blutes. Deutsche med. W. 1901. 50—52. sz. — Ugyanaz: Über Toxine und Antitoxine. Wien. 1903. 8°. 32. l. (Urban et Schwarzenberg.) — Ehrlich-Morgenroth: Zur Theorie der Lysinwirkung. Berl. klin. W. 1899. 36. k. 1. sz. 6. l. — Ugyanaz: Ueber Haemolysine. Berl. klin. W. 1899. 36. k. 22. sz. 481. l., 1900. 21. és 31. sz., 1901. 10., 21. és 22. sz. — Eijkmann: Ueber Enzyme bei Bacterien und Schimmelpilzen. Centrbl. f. Bact. 1901. 29. k. 22. sz. 841. l. — Eisenberg: Ueber Isoagglutinine und Isolysine in menschlichen Seris. Wien. klin. W. 1901. 102. l. — Elfstrand: Ueber Blutkörperchen agglutinierende Eiweisse. Görbersdorfer Veröffentlichungen. I. Stuttgart. 1898. — Emmerich-Loew: Ueber biochemischen Antagonismus. Cbl. f. Bact. 1901. 30. k. 15. sz. 552 l. — Enriquez et Sicard: Sérums neurotoxiques. C. R. Soc. Biol. 1900. 33. sz. 905. l. és La sem. méd. 1900. 388. l. — Farnum: The biologie test for semen. The Journ. of the. Amer. med. Assoc. 1901. 26. sz. — Ferrai: Sulla diagnosi specifica del sangue col metodo biologico in medicina legale. Bolletino della R. accad. med. di Genova. 16. évf. 7. sz. 1901. — Fisch: Studies on Lactoserum and on other Cell Sera. St. Louis Courier of Med. 1900. febr. — França: Note sur l'action du sérum leucotoxique sur les lésions du névrax dans la rage. C. R. Soc. Biol. 1901. 9. sz. 244. l. — Franke: Ueber ein neues, weisse Blutkörperchen auflösendes Serum, gewonnen aus dem Blute eines an Leukämie lymphatica leidenden Kranken. (Lengyelül) Przeglad lekarski. 1902. 4. sz. — Franke: Leukolytisches Serum, erhalten in einem Falle von lymphatischer Leukämie. Cbl. f. inn. Med. 1902. 6. sz. 145. l. — Friedberger: Über den Übergang von Blutkörperchen agglutinierenden Substanzen in den Urin. Berl. klin. W. 1900. 53. sz. — Gabbi-Nadala: Über die haemolytische Eigenschaft des Blutserums bei Anchylostoma-Kranken. Gazz. degli Osped. 1901. 48. sz. — Gengou: Contribution a l'étude de l'origine de l'alexine des sérums normaux. I. partie. A. I. P. 1901. 15. k. 2. sz. 69. l., II. partie. 4. sz. 232. l. — Ugyanaz: Agglutinines et lysines. A. I. P. 1899. — Goutscharukov: Über die Herstellung eines f. d. Schilddrüse specifischen Serums. Cbl. f. allg. path. u. path. Anat. 1902. 13. k. 4. sz. 121. l. — Grixoni: L'agglutinazione del sangue malarico. Gazz. degli Osp. 1901. — Gruber: Zur Theorie d. Agglutination. Münch. med. W. 1899. 41. sz. 1329. l. — Ugyanaz: Zur Theorie der Antikörper. Münch. med. W. 1901. 46—49. sz. — Grünbaum: Agglutination of red corpuscles. Brit. med. Journ. 1900. 1089. l. — Halban: Agglutinationsversuche mit mutterlichem und kindlichem Blute. Wien. klin. W. 1900. 24. sz. — Hobbs: Néphrite experimentale chez le cobaye par injection de sérum d'urémique. Gaz. hebdom. des Sciences méd. de Bordeaux. 1901. 19. sz. 217. l. — Honl: Über die biologische Unterscheidung von verschiedenen Blutarten. Wien. klin. W. 1901. 27. sz. — Hédon: Toxicité des glycosides hemolytiques pour les poissons et actions antitoxiques. C. R. Soc. Biol. 1901. 14. sz. 391. l. — Ugyanaz: Sur l'hémolyse par les glycosides globulicides et les conditions de milieu qui la favorisent ou l'empêchent. Arch. de pharmacodynamie. 1901. 381. l. — Hulot-Ramond: Anémie posthémorrhagique. C. R. Soc. Biol. 1901. 813. — Ide: Über Antikörper gegen chemisch reine Eiweissstoffe. Fortschritte der Med. 1901. 12. sz. 234. l.

Az eddigiekben oly haemolysinekkel volt dolgunk, melyek idegen fajú állatok vérével szemben voltak hatásosak, ezek neve: heterohaemolysinek.

Ehrlich és Morgenroth igyekeztek oly serumokat előállitani, melyek az állatra magára (autohaemolysinek), vagy legalább saját fajtájabeli állatra (isohaemolysinek) hatnak.

Az emlitett szerzők kecskéket kezeltek kecskevérrel; néha láttak haemolysint képződni, néha nem, úgy hogy az eredmény ismeretlen körülmények folytán, melyek nagy része a kisérleti állat individualitásához és a használt vér minőségéhez fűződik, nagyon ingadozó volt.

Az állat saját vérének feloldódását soha sem észlelték, még akkor sem, ha az állat saját vérsejtjeit használták is oltásokra. Ilyenkor is isolysinek keletkeznek, nem pedig autolysinek. (Ehrlich-Morgenroth, Ascoli, stb.). Ez igen fontos körülmény, mert megfelel annak az észleletnek, hogy a szervezetben tönkremenő vörös vérsejtek nem vonják maguk után a többi vörös vérsejt pusztulását is.

Vannak ugyan észleletek, melyek ennek ellene látszanak szólani. Igy Martini, Michaelis, Kober stb. szerint a paroxysmalis haemoglobinuria néha a serum autohaemolytikus hatása által volna feltételezve. Ehrlich sem tartotta kizártnak, hogy a haemoglobinuria e frigore s tán az anaemiák néhány eseténél is haemolysis a közvetlen ok. Hulot és Ramond nagyobb anaemiát észlelt azon nyulaknál, melyek vérét a hasüregbe visszafecskendezte, mint azoknál, melyeknél ez nem történt. Ezen észleletek azonban egyrészt nem ellenőrizhetők kellőleg, másrészt még nem nyertek beigazolást.

Az isolysinek hatása nem absolut specifikus, ép úgy, mint a heterolysinek, oldják a közvetlen rokon fajok vérét is. Kecskeisolysin pl. nem teljesen hatástalan a juhvérre sem; sőt közel rokon állat vérének injectioja isolysinek képződésére is adhat alkalmat.

Ha — a mint előbb láttuk — az állat saját vérsejtjei is okozhatnak isolysin-keletkezést, ha nem egészen épek, azt várhatjuk, hogy a szervezetben magában szétesett vér felszivódása is hasonló következményekkel fog járni. Némely esetben csakugyan azt tapasztaljuk.

A vérsejtek physiologikus pusztulása nem jár isolysin-képződéssel, a mint azt Hulot és Ramond hiszik, s nem áll be a „vieillissement progressif et fatal de plasme sanguin“, hiszen a normális isolysin jelenléte embernél egyrész ritka (Eisenberg 10 : 1; Donath 12 : 4 gyenge; Lo-Monaco-Panichi, Camus-Pagniez szerint egyáltalán nincs), másrészt újszülöttnél is megtalálták (Halban). (Ezt a „veleszületett“ haemolysint Halban idioisohaemolysinnek nevezi.)

Betegségeknél azonban, főleg azoknál, melyeknél a vérsejtek pusztulása rohamos, csaknem mindig megvan. Már Grünhagen észreveszi typhus és scarlatinánál, Schattock, Maragliano (1892) már a betegség egész sorát ismerik, melyek isolysinek képződésével járnak. Legújabban Eisenberg foglalkozott behatóan e kérdéssel, s kimutatta, hogy az isolysinek a betegség folytán tönkrement vörös vérsejtek anyaga felszivódásának reactiotermékei. A reactio nagysága nincs arányban a szétesett vérsejtek számával, például scarlatinánál is igen nagy, vagy Lo-Monaco és Panichi önmagukat fertőzve malariával az isohaemolysist már a 6-dik napon észlelték, noha még semmi elváltozás kimutatható nem volt. Az isolysinek hatása rendesen igen gyenge, minek oka az immuntest vagy alexin hiányában lehet. Tudniillik ezeknél a lysineknél is megvan e két componens; ez a serum is reactiválható valamely megfelelő serummal, ha már egyszer 1/2 órai 55° C-on elvesztette hatását. A normális emberi isolytikus serum hatását 3—5 napos, magában inactiv házinyúl-serum fokozni tudja, sok másfajta serum nem. Az ember-serumban tehát nem volt elég alexin, s a házinyúlvér bizonyos körülmények között egy épen megfelelővel segitségére lehet (Eisenberg).

Az alexinek elégtelenségével nem ritkán találkozunk, a min nem csodálkozhatunk, hiszen von Dungern, Wassermann és sok más vizsgáló kimutatták, hogy az immun-serum alexin-tartalma merőben független az immuntestek quantitativ viszonyaitól. Bontivegna és Carini szerint pedig a külső körülmények (éhezés, mérgezés, infectio stb.) is nagyon befolyásolják az alexintartalmat.

A fertőző betegségek kapcsán keletkezett lysinek talán összefüggenek valamiképen a bakteriumok által termelt haemolysinekkel (Ehrlich, Madsen, Kraus-Clairmont, Neisser-Wechsberg, Bulloch, Eijkmann stb.), de e viszonyról még mitsem tudunk.

A normális isolysineknél nagyobb fontosságúak a sokkal elterjedtebb normális heterolysinek. Ezek jelenlétét már régebben ismerjük; a vértransfusiókat követő súlyos, sőt halált okozó tünetek ebben találták eredetük megfejtését. Landois mutatta ki, hogy idegen állatfajok serumai roncsolják egymás vérsejtjeit; legfeljebb az egy genushoz tartozó fajok tűrik el kölcsönösen egymás serumát, tehát csak azok, melyeknek közös őstől való származása valószínű. Így szürke patkány és vándorpatkány, házinyúl és mezeinyúl jól tűrik egymás vérét, tengerimalacz és házinyúl nem. Még a transfusiok idejéből tudjuk, hogy embervérre a juh, disznó, ló és marhavér „ellenség". De viszont az embervér is oldja az angolna, béka, sikló, vipera, galamb, tyúk, éjjeli gém, ló, disznó, marha, házinyúl, tengerimalacz, sün, kutya, macska stb. vérét (Friedenthal). Az anthropoid majmok vére mondhatni azonos az embervérrel, így a csimpánz, az orangutang könnyen, tünet nélkül viselik el az embervértransfusiot, míg a lemuridae, platyrhinidae és catarrhinae vérét oldja az embervér (Friedenthal). Ennek alapján már új állattani beosztást akarnak csinálni (Selenka).

Ezen serumoknál is két componens szerepel, ezek is inactiválódnak 55°-on, ha az 1/2 óráig tartott. Régebben azt tartották, hogy itt csupán az alexin szerepelne mint proteolytikus fermentum, újabb vizsgálatokból (Ehrlich-Morgenroth, Neisser-Doering, Neisser, Müller, stb.) azonban az immuntest jelenléte és fontossága is kiderült. Ez a normális haemolysis azonban úgylátszik mégis különbözik egyben-másban az előbb tárgyalt immunhaemolysinektől. Shibayama tudniillik azt észlelte, hogy míg a normális haemolytikus képesség dialyzáláskor elvész, az immunizálás által nyert ily kezelés után is megmarad. Az elsőnél tehát nagyobb szerepük van a sóknak, még pedig az említett szerző szerint elsősorban a Na_2CO_3-nak. A dialyzálás által inactivált serum Na_2CO_3-tól visszanyeri vérsejtoldó képességét. A normális tengerimalacz vére nem oldja a kutya vérsejtjeit, Na_2CO_3-oldat befecskendezésekkel kezelt tengerimalaczé igen. A tiszta Na_2CO_3 oldat is haemolytikus.

Ugyane szerző kutatta, hogy physiologiter mely szervekben vannak meg a haemolysinek; csak a lép és nyirokmirigy-emulsiot (mononucl. fehér vérsejtek) találja vérsejtoldónak, a mit Tarassévitch is igazolt. Ez megfelelne Metchnikoff theoriájának.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Norbert Ortner: Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler. 1902.

Az a körülmény, hogy daczára az utóbbi időben nagy számmal megjelent gyógyászati munkáknak Ortner bécsi rendkivüli tanár könyve, mely a belgyógyászatba vágó betegségek orvoslásával foglalkozik, alig öt év alatt három nagy kiadást ért: mindenesetre azt bizonyítja, hogy oly tulajdonsággal kell rendelkeznie, a mely a gyakorló orvosra nézve értékessé teszi. Ez a tulajdonsága pedig az, hogy a mindennapos gyakorlat igényeit tartja folytonosan szem előtt. Nagyon jól áttekinthetően és könnyen érthetően mondja el azt, hogy az egyes betegségekben, ezek különböző szakaiban, nemkülönben a lefolyásuk közben jelentkező egyes fontosabb tünetek ellen, mit és miért tegyünk, továbbá — és ez a fő — hogyan tegyük. Talán kissé nagyon is sok az, a mit szerző néha nyujt; felületesen gondolkodó orvosnál könnyen kapkodásra vezethet a sok gyógyszer és gyógymód közötti választás lehetősége. Az előző kiadások egyikének egy neves birálója kifogást is emelt Ortner műve ellen azért, mert az egyes gyógyeljárásokat és gyógymódokat sokszor kritika nélkül állította egymás mellé. A most megjelent kiadás e tekintetben már tetemes javulást mutat: az orvoslásnál tekintetbe veendő irányadó szempontok most már jobbára kellőképen ki vannak emelve és a biráló megjegyzések már gyakrabban követik az ajánlott különböző eljárások leirását. Egyébként is meglátszik az új kiadásban a javitásokra törekvés és az utóbbi évek haladásának figyelembevétele, noha egyik-másik helyen még mindig mutatkoznak hiányok és hibák. Ezek azonban eltörpülnek a könyv jó tulajdonságai mellett. Még megemlitjük, hogy az idegbetegségek orvoslását ez a kiadás sem tartalmazza, és noha igaza van szerzőnek abban, a mit előszavában mond, hogy az idegbetegek gyógyintézetekbe és szakorvosok kezébe valók: mégis az idegbajok zöme, legalább a kezdő szakban, a mikor pedig könnyebb és biztosabb a segités, még mindig a gyakorló orvos munkaköréhez tartozik s azért véleményünk szerint a belbajok orvoslását tárgyaló könyvből az idegbetegségek orvoslásáról szóló résznek nem szabadna hiányoznia. A fertőző betegségek közül azokat, a melyek főleg gyermekkorban fordulnak elő, ezen kiadásban is Frühwald tanár ismerteti.

Mindent összevetve, Ortner könyve méltán megérdemli a kedvező fogadtatást, a melyben eddig részesült s a mostani csakugyan tetemesen javitott kiadása mindenesetre sok új barátot fog szerezni. A közel 1000 nagy lapra terjedő, nagyon jó kiállitású munka ára 26 korona 40 fillér.

F. Röpke: Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1902.

Röpke munkája magában foglalja a foglalkozási megbetegedéseket, melyek a fülben és felső légútakban létrejöhetnek a legkülönfélébb foglalkozások mellett. Szerző e munkája irodalmi adatok, számos megfigyelései, tapasztalatai alapján irott könyv, mely felöleli mindazt, a mi csak e térre vonatkozik, mindenről tájékozást, ismeretet nyujt az olvasónak. A különböző foglalkozásokkal járó fül- és felső légúti megbetegedések igy egy szerves egészet alkotó munkába összefoglalva eddig még hiányzottak szakirodalmunkból. *Röpke* kisérelte meg először könyvében ezt egyöntetüleg feldolgozva elénk tárni. A maga elé tűzött munkát szerző igen jól meg is oldotta, a mi csak természetes, ha tekintetbe veszszük ama személyes tapasztalatokat, a mikkel épen ez irányban *Röpke* rendelkezik.

Szerző maga ugyanis a különféle gyári munkások egész sorát vizsgálta végig, megfigyelte és tanulságosan leirta a különféle megbetegedéseket, melyeknek a munkások felső légútai és halló szervei ki vannak téve. Saját — igen értékes — vizsgálatai eredményeivel vet világosságot egy-egy homályos kérdésre és ezekkel igyekszik mások nézetét erősiteni. Reá mutat, figyelmeztet a legtöbb esetben az ártalmak ellen való védekezés módjaira is.

Könyvében minden — ily irányban számbajövő — foglalkozásról említés van téve. Nagy fejezeteket szentel az ipari munkásoknak, a bányászoknak, a chemiai anyagokkal foglalkozóknak és igy tovább. Külön fejezeteket szentel a földmivelés, a katonaság, tengerészet, közlekedés körül levő, a sporttal foglalkozó egyének s más hivatással birók megbetegedéseinek.

Mindezeket szerző 137 lapon át tárgyalja; az egyes ipari czikkeknél röviden mindenütt a gyártás módját is ismerteti és ezekből igyekszik levezetni aztán a lehető ártalmakat, a megbetegedés módjait, létrejövését. A munka becséhez sokban hozzájárul az irodalom pontos tekintetbevétele, feldolgozása, minden fejezet végén az odavágó irodalom összeszedve és összeállitva megtalálható, másfelől meg igen emeli a mű értékét az az önálló gondolkodás, önálló tapasztalatokból leszürt önálló vélemény, melyet lépten nyomon megtalálunk.

Mindezeknél fogva a könyvet mindenkinek, ki a tárgy iránt érdeklődik, melegen ajánlhatom. A munka különben a *Körner* által megindított: „Die Ohrenheilkunde der Gegenwart und ihre Grenzgebiete" czimű mű második kötetét képezi. Ifj. *Klug Nándor.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A bélbakteriumok jelentőségéről a táplálkozásnál czimén *Schottelius* freiburgi tanár 22 kisérletéről referál, melyekben csirkéket sterilen kikölteni és sterilen felnevelni igyekezett. Az első követelményt sikerült is némely nehézségek megoldása után a tojások gondos tisztitása és fertőtlenitése által elérni. A második követelménynek pedig az összes tápszerek, viz, levegő, homok, kavics stb. steril állapotban történő nyujtása által sikerült positiv eredménynyel eleget tenni, a mennyiben a faecesek és maguk az elhullott állatok a bakteriologiai vizsgálatnál (gelatinba beolvasztva) teljesen csirmenteseknek találtattak. Az eredmények negativ irányúak voltak, a mennyiben gyarapodás egy csirkénél sem volt kimutatható és mintegy 32%-ot kitevő testsúlyveszteség után átlag a 14. napon pusztultak el. A leghosszabb idő, a meddig egy ilyen állatot életben tartani sikerült, 30 nap volt. Az előbbi terminus (14 nap) alig valamivel hosszabb egy halálra éheztetett újszülött csirke életének tartamánál. A steril csirkék már másnap szaladgálnak, jól megtalálják a táplálékot, ivóvizet, mohón esznek, sokkal többet és többször, mint az ellenőrzés czéljából nem sterilen felnevelt állatok, igen gyakran és bőven üritenek bélsarat. Ezen folytonos és igen nagymérvű anyagforgalom daczára állanód a fogyás, mely csak az állat halálával ér véget.

A controllállatok ezen idő alatt a születés alkalmával megállapitott testsúlynak mintegy 117%-ával gyarapodtak. Nagyon érdekes és rendkivül tanulságos szerzőnek egy harmadik, az előbbi két sorozattal párhuzamosan végzett kisérletsorozatból nyert azon tapasztalata, hogy a végleg kiéhezett és a halálhoz közel álló csirkék egy eléggé drastikus módon voltak életben tarthatók, t. i. ha a steril táplálékot normalis csirkebélsárral vagy a bakterium coli gallinarum húslevestenyészetével inficiálta.

Ezen kisérletek elég alapvetően bizonyítják a bélbakteriumok jelenlétének és működésének szükséges voltát a melegvérű gerinczesek fejlődésére és gyarapodására, és a növényekre nézve már rég felderitett ténynek analogonját képezik, a mennyiben már elég hosszú idő óta ismeretes a papillionaceák (luczerna, zöldbab, borsó) növésének kedvező befolyásoltatása bizonyos földbakteriumok által, melyek úgyszólván minden specieshez már külön acclimatizálódtak, úgy hogy pl. a luczerna bacillusa a lupinusra nézve nem oly kedvező, mint a saját, a lupinushoz már hozzá szokott bakteriumé. Ilyen irányú kisérleteket Schottelius más sterilen felnevelhető emlős állatokra nézve is megkövetvel, és ezen, valamint a bél részéről ható pathogen bakteriumokkal végezhető kisérletek eredményeiből a pathologiára nézve igen fontos eredményeket vár. (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. 1902. junius.)

Picker Rezső dr.

Belgyógyászat.

A hetolkezelés ellenségei czimmel tartott nemrégiben előadást *Lauderer* tanár. Mindenek előtt felemliti, hogy valamely gyógyító eljárás felfedezője talán azért ér el jobb eredményeket eljárásával, mert ennek technikáját legjobban érti; de másrészt az sem tagadható, hogy a felfedező a maga eljárásának megbirálásában kevésbbé objectiv. Ez okból

a gümőkór kezelésében hetollal (fahéjsavas natrium) elért eredményeire ez alkalommal nem terjeszkedik ki, hanem az irodalomban erre vonatkozólag található kedvező eredményeket sorolja fel, majd pedig áttér az eljárás ellen nyilatkozókra és kimutatja, hogy ezek részben nem jó methodikával éltek (intravenosus injectio helyett bőr alá fecskendezést használtak, az adagolás nem volt megfelelő stb.), részben pedig csak nagyon előrehaladott eseteket vetettek hetolkezelés alá, olyanokat, a melyekben előzőleg már mindenféle szert és eljárást eredmény nélkül alkalmaztak; pedig Landerer egy régebbi közlésében már határozottan kijelentette, hogy a szövődmény nélküli, lázmentes, nagyobbmérvű roncsolásokhoz még nem vezetett és még meglehetős erőbeli állapotban levő gümőkór-esetek azok, a melyekben hetolkezelésre gyógyulás áll be. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1902. 40. sz.)

Sebészet.

Gyökeresen műtett idült recidiváló perityphlitis 200 esetéről számol be *Koch*. A műtéteket Rotter tanár és assistensei végezték 1896. január 1-jétől 1902. február 1-jéig. Az ilyen chronikus esetekben a radicalis műtét indicatioját ezelőtt Rotter tanár akkor állította fel, hogy ha a betegnek már legalább három roham volt; egy roham után is operált, de csak ha a féregnyúlvány állandó érzékenysége vagy izgalma maradt vissza. Két év óta azonban minden 40 éven alul levő egyénnek már egy roham után is ajánlja a műtétet. A radicalis műtét ideje akkor jött el, hogy ha az acut roham után, a mely akár műtéttel, akár a nélkül végződött, legalább 4—5 hét telt el teljesen láztalanul. A roham alatt csupán az esetleges tályognyitásra szorítkozik és a féregnyúlványt ilyenkor — bármily könnyű volna is eltávolítása — soha sem távolítja el. Az operatio alatt a beteget mindig úgy helyezik el, hogy medenczéje magasabban fekszik. A műtét menete ugyanaz, a melyet a legtöbb műtő követ. Ha a perityphlitis mellett nőnél valamely adnex megbetegedés is van jelen, úgy hogy az adnexumokon is műtétet kell egyidejűleg végezni, a középvonalban végzett laparotomiát ajánlja. A hasfalat etage-varrattal zárja teljesen még olyankor is, a midőn genyet vagy sarjadzó üreget talált, és ebből ártalmat sohasem látott, mert szerinte 4—5 héttel az acut roham után a geny sterillé lett. A 200 operált közül 58 a radicalis műtét előtt már volt operálva a roham alatt. A halálozási százalék 0·5%. 10 esetben volt hasfali genyedés és 4 esetben maradt vissza sipoly. (Archiv für klin. Chirurgie. 66. k. 2. f.) *Pozsonyi* dr.

Húgyszervi betegségek.

A chinolinbismuthrhodanat (crurin Edinger) mint antigonorrhoicum. Ugy az argentum nitricum, mint az újabb szerves ezüstvegyületek nem váltak be teljesen mint antigonorrhoicumok és ez indította *Jacobi* freiburgi tanárt arra, hogy a fenntnevezett szerrel kisérletezzék és majd három éves klinikai és poliklinikai alkalmazása után róla kedvezőleg nyilatkozzék. Nem tartja specificumnak, de protargollal combinálva nagyon jó eredményekhez jutott. A gonococcus ellen ható componens itt leginkább a rhodangyök, mely a nyálban is tartalmaztatik és igen erős antiseptikus természetű. *Joseph*, ki szintén kisérletezett ezen szerrel, azon körülményre utal, hogy mily fontos a therapiában lehetőleg oly anyagokat használni, melyeket a szervezet vagy maga is képez, vagy a melyek ezen anyagokkal rokonok. Azon erős hatáshoz mérten, melyet a crurin kifejt, ha teljesen finom suspensioban alkalmaztatik, az első oldat $^1/_{20}$%-nál erősebb ne legyen, mivel erősebb concentratiok már maró hatásuak. A vény ilyen formán szólna: Rp. Crurini 1·0, contere cum aquae dest., glycerini āā 5·0, adde paulatim aqu. destill. qu. s. ad 200·0. Az igy keletkezett tejfehér folyadék fehér üledékét az oldatból kicsapódott bismuthsó alkotja, az oldat ható anyagai basicus bismuthrhodanat és szabad rhodanhydrogensav, melyek antiseptikus és adstringens hatásuak. A $^1/_2$%-os oldat minden izgató hatás nélkül még a legacutabb stadiumban is alkalmazható, a merevedések állitólag szintén fájdalmatlanok. A váladék és benne a gonococcusok rendszerint 10—20 nap alatt eltünnek, ritkán szükséges e czélból az oldat töménységét 1%-ra emelni, vagy protargollal combinálni. Nagy előnye a crurinnak még a protrahált befecskendések elhagyása, mert a 2—3 perczig bentartott crurin teljesen elegendő hatást fejt ki. Complicatiok állitólag valamivel ritkábban jelentkeztek, hirtelen recidivák a postinfectiosus szakban excessusok stb. után előfordulnak, de egy gyorsan alkalmazott, erélyes injectios curának igen hamar szoktak engedni. A gyógyulás megállapitására a szokott criteriumok szolgáltak: górcsői vizsgálat, provocativ genyedés alkalmával a gonococcus hiánya és a kifolyás teljes eltünése a provocationalis cyclus lezajlása után. Chronikus blenorrhoeánál, ha még gonococcus van jelen, igen jó sikerrel alkalmazta Jacobi az esethez mérten Janet-féle öblités, Guyon-féle instillatiok és protrahált befecskendések alakjában a crurint. Tapasztalatai alapján a crurin egy nem izgató, erősen gonococcus-ölő szer, melynek még igen jó adstringens hatása is van. (Deutsche med. Wochenschrift, 1901. 52. szám.) *Picker Rezső* dr.

A gonorrhoea prophylaxisa. 10%-os protargololdat használata coitus után gondos tisztogatással és a penis bezsirozásával egybekötve *Michels* szerint maidnem teljesen biztos óvszer a kankós fertőzéssel szemben, a mennyiben azon gőzös 200 főnyi legénysége, a melyen mint hajóorvos működött, a yokohamai kikötés alkalmával mindennemű nemi bajtól ment maradt, mig egy másik gőzhajó efféle óvintézkedéseket nem használt legénységének 23%-a blennorrheával inficiálta magát. (Dermatologisches Centralblatt, 1902. 8. szám.) *Picker Rezső* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Epekőbetegség gyógyitására *Clemm* ivókúra, kataplasmák stb. mellett az eunatrolt (savanyú olajsavas natrium) ajánlja, mint a mely egyrészt az epeelválasztást fokozza, másrészt pedig az epeköveket lassanként oldja. Az eunatról kellemetlen izét meglehetősen leplezhetni, ha következő összetételben rendeljük: Rp. Eunatroli 10·0; Tinct. valerianae 5·0; Essentiae ananas guttas XX. Még jobb, de jóval drágább ezen mixtura, ha tinctura valerianae helyett validolt használunk készitésénél. Ezen orvosságból naponként 3 evőkanálnyi veendő be, még pedig este lefekvéskor és reggel éhomra egy-egy evőkanálnyi, délben pedig az evés allatt szintén egy evőkanálnyi. A tünetek enyhülésével a déli adag elhagyandó, a reggeli és esti azonban még 4—6 hétig veendő, az esti pedig még azután is legalább 3 hónapon át. A diaetát illetőleg cholagog hatásuk miatt első sorban a zsirok, azután a fehérjék jönnek tekintetbe. (Therapeutische Monatshefte, 1902. április.)

A chininum lygosinatum használatáról a sebkezelésben ir *Hevesi*. Miután előzetes vizsgálatok a kolozsvári közegészségtani intézetben kimutatták a chininum lygosinatum erélyes bakteriumölő hatását, mérgező hatás pedig a végzett állatkisérletekben nem észleltetett: szerző a kolozsvári sebklinikán próbálta ki a szert részint hintőpor, részint vele impraegnált gaze, részint pedig glycerin suspensio alakjában; újabban angol tapaszt is készitenek vele. Az észleletek azt bizonyitották, hogy a chininum lygosinatum nagyon kedvező antiseptikus, desodoráló és váladékcsökkentő hatást fejt ki; feltünő továbbá vérzéscsillapitó hatása is. Helyi izgalmi tüneteket nem okoz, valamint általános mérgezési tüneteket sem észleltek, pedig néha nagyon nagy adagokat használtak. (Centralblatt für Chirurgie, 1902. 1. szám.)

A protargolt *A. L. Wolborst* (New-York) blennorrhoea acuta eseteiben $^1/_2$—1%-os oldatban nagyon hatásosnak találta. A profus genyes kifolyás 7—10 nap alatt eltünik, az ezután csupán nyomásra nyerhető nyálkás-vizes váladék további 2—4 hetes adstringáló kezelésre szintén megszünik. A gonococcusok 2—16 nap alatt a váladékból eltünnek, de ismét megjelenhetnek, ha a kezelés korán megszünik, miért is szükséges az összes lobos tünetek teljes lezajlásáig a naponként háromszor történendő kezelést folytatni. (Deutsche Medicinalzeitung. 1902. 15. szám.)

Az aspirin Neusser tanár klinikáján — a mint az *Wielsch* irja — most már teljesen kiszoritotta a natrium salicylicumot. Mindenek előtt az ize sokkal kellemesebb, gyomorzavarokat, hányást nem okoz, az étvágyat nem rontja, sőt néha javitja, nehéz hallást, kábultságot, deliriumokat nem idéz elő; fülzúgás néha jelentkezik ugyan, többnyire azonban a szer tovább használata daczára magától megszünik. Az izületi csúz okozta fájdalmak 12 óra mulva már csökkennek és 2—3 nap alatt megszünnek. Gonorrhoeás izületlobnál szintén csökkenti a fájdalmokat, de nem oly megbizhatóan. A szivre semmiféle befolyást nem gyakorol. Collapsust vagy más fenyegető tünetet egy esetben sem észleltek. (Wiener mediz. Presse, 1902. 5. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 32. szám. *Janecsó Miklós*: Néhány érdekes kóresetről. *Jellachich István*: A rohamos szülésről. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 33. szám. *Plesch János*: A tüdővész gyógyszeres és tüneti kezelése.

Magyar orvosok lapja, 1902. 33. szám. *Blau Béla*: A gége syphilises megbetegedései. *Klár Mór*: Az izraelita kórház orr- és gégegyógyászati ambulatoriumának betegforgalma 1894-től 1902-ig. *Dirner Gusztáv*: Mesterséges koraszülés. *Fonyó János*: Carcinoma vulvae esete.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 33. szám. *Drasche*: A gümőkór. *Szendrő*: Komplikált műtét esete. *Maixner*: A májcirrhosis haemorrhagiás alakja. *Biedl*: A láz lényege és kezelése. *Weinsberg*: A vakbél-gümőkór gyógytanához. *Baer*: A syphilis kezelése asterollal. *Hrach*: A tüdők lobos megbetegedései 1900—1901-ben és kezelésük.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 33. szám. *Federn*: Vérnyomásmérés emberben. *Königstein*: A gümőbacillusok megszaporitása a köpetben. *Fleger*: Adat a syringomyelia casuisticájához és az ezen bajban előforduló bőrzavarok.

Wiener medizinische Presse, 1902. 33. szám. *Herz*: A periferiás vérkeringési készülék neurosisainak kimenetelei és prognosisa. *Schilling*: Az ételek emészthetőségének meghatározása a bélsár mikroskopi vizsgálata alapján.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 15. szám. *Quervain*: A pneumococcusperitonitis aetiologiája. *Steffen*: Sérvkötők. *Seiler*: Antipyrinmérgezés esete.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 33. szám. *Leopold*: Az újszülöttek szemlobjának megakadályozása. *Freund*: A gyógyult tüdővész viszonya az izületképződéshez az első bordaporczon. *Gross*: A meningitis tuberculosa prognosisa. *Senger*: Rendkivül nagyfokú pyometra uterus bicornis puerperalis mellett; műtét után gyógyulás. *Schrank*: Serusos osteomyelitis a koponya hátsó részén, meningocelét utánzó tünetekkel. *Brunn*: A húgyhólyagban levő idegen testek ismeretéhez. *Schoeler*: A kancsalság műtevése a m. rectus externus veleszületett hűdésénél.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 33. szám. *König*: A lábizület resectio módjai és eredményei. *Hoffmann*: A koponya

defectusainak zárása a szomszédságból vett csontlemezkékkel. *Mühlens*: A malaria elterjedtsége Németország északnyugati részeiben. *Volhard*: A cauda equina daganata. *Feilchenfeld*: Erythema simplex marginatum. *Elschner*: Perforiatio vagy császármetszés? *Kionka*: A praeservsók mérgező volta. *Lissauer*: Bismutose kis gyermekek hasmenése ellen. *Heymann*: Chielin.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 33. szám. *Kun*: A vizelet fehérjéinek görbéje pneumoniában.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 32. szám. *Perthes*: Idegen testek felkeresése. (Fremdkörperpunction.)

Archiv für Ohrenheilkunde, 56. kötet, 1. és 2. füzet. *Alexander*: A labyrinth kórszövettana, különös tekintettel a Corti-féle szervre. *Kretschmann*: Állizületbaj, mint otalgia nervosa oka. *Zimmermann*: A hallás mechanismusa.

Zeitschrift für Heilkunde, 1902. 6. füzet. *Ploc*: A lágyékhere sebészete. *Kienböck*: A végtagok syphilises csontmegbetegedései. *Spitzer*: A lupus kezelése Lang-féle légégővel és histologiai vizsgálatok a forró levegő hatását illetőleg ép és kóros bőrre.

Virchow's Archiv, 169. kötet, 1. füzet. *Arnold*: A veseepithel plasmosomái és granulái. *Almkvist*: A lymphocyták emigratio-képessége. *Joukovski*: Hemicephalia két ritka esete prosoposchisissel és hernia nasofrontalissal. *Schickele*: A női adnexumok cystáinak és a lateralis tubaszelvény adenomyomáinak származása. *Miodovski*: Adat a primaer és secundaer epevezetőrák kórtanához. *Bleichröder*: A kéthegyű billentyű functio vizsgálata bonczoláskor. *Kozlowski*: Mikroskopi húgyüledékkészítmények conserválása és festése.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 61. kötet, 1. füzet. *Düring*: Tanulmányok az endemiás és hereditaer syphilisről. *Weidenfeld*: A megégés okozta halál. *Herxheimer* és *Hartmann*: Acrodermatitis chronica atrophicans. *Nobl*: A venereás Bartholinitis histopathologiája. *Pini*: Primaer bőrsarcomatosis esete. *Welander*: Strictura pharyngis syphilitica három esete. *Böhm*: Extragenitalis syphilisinfectio a pofanyálkahártyán.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 64. kötet, 1—3. füzet. *Perez*: Az influenza sebészi szempontból. *Blecher*: Volvulus ritka alakjai által okozott ileus. *Dietzer*: Czombnyaktörés esete a lábszár meghosszabbodásával. *Jenckel*: A czomb csontsarcomái. *Van der Briele*: A nervus sympathicus izolált átmetszése szúrt sebzésnél. *Waldvogel*: Vesesérülések. *Rommel*: Spontan hüvelyrepedés kolosszális bélelőeséssel. *Beckmann*: Új gőzsterizáló sebészi és bakteriologiai czélokra. *Beckmann*: Idegen test miatt végzett pneumotomia. *Göbell*: Antoplastica emlőrák gyökeres műtevése után. *Neumann*: Subcutan bélrepedések hascontusiok után. *Nitzsche*: Gyomorvérzés appenciditisnél. *Cohn*: Protrahált chloroformhatás halálos kimenetellel. *Weber*: Idült könyökficzamok műtéti kezelése, *Herz*: A symphysis gümőkórja. *Schrader*: Pulzáló plexusdaganatok a forsa supraclavicularisban. *Kappeler*: Tapasztalatok a rák miatt végzett gyomorresectiót illetőleg. *Ritter*: Javítás a Volkmann-féle nyújtókötés alkalmazásában. *Baum*: Egy nagy gümőkóros mesenterialis daganat.

La semaine médicale, 1902. 33. szám. *Barth*: Appendicitis okozta volvulus ileo-coecalis.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 33. szám. *Marchand*: Pleuritis purulenta interlobaris. *Lorand*: A diabetes észszerű kezelése.

Gazette hebdomadaire, 1902. 65. szám. *Aubertin* és *Labbé*: A protuberantia daganata; keresztezett hemiplegia a facialis felső ágának részvételével. *Nogués*: A tic-ről általában. 66. szám. *Chevassu*: Cervicalis branchiomák. *Dupré*: Az önvádolók törvényszéki orvosi szempontból.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 2. és 3. füzet. *Robin*: Emphysemában szenvedők idült bronchitisének kezelése. *Barbary*: Ismétlődő májkólikák orvoslása. *Chaumier*: Arrhenollal kezelt hemicrania-eset. *Gallois*: Rhino-pharyngealis eredésű albuminuria. *Pellot*: Typhus-orvoslás belső antisepsissel. *Vialaneix*: Typhus súlyos esete syphilisben szenvedőnél. *Amat*: Aethyljodür szamárhurut ellen. 4. füzet. *Robin*: A másodlagos fermentatiokkal járó hypostheniás dyspepsia kezelése. A gastrikus eredésű dyspnoea és fülzúgás orvoslása. *Guérin*: Arrhenol használata malariában. *Chevalier*: Ulmaren. *Bolognesi* és *Charpentier*: Hypnopyrin. *Hirtz*: Az Addison-kór kezelése capsula suprarenalissal.

Archives de neurologie, 1902. augusztus. *Reymond* és *Cestan*: Adat a vörös mag functioinak ismeretéhez. *Lenoble* és *Aubineau*: Gyermekkori reszketések és nystagmus. *Petit*: Epilepsiás delirium egy esete.

Revue de médecine, 1902. 7. füzet. *D'Espine*: A felszálló aorta aneurysmája. *Bertrand*: A bélinfectio mechanismusa dysenteriában. *Frenkel*: Rythmusos fejmozgások az aorta bajaiban szenvedőknél és egészségeseknél. *Mossé*: A diabetes burgonya-kúrája.

Revue de chirurgie, 1902. 7. füzet. *Poncet*: Az alsó állkapocs actinomycosisa. *Cahier*: Lórúgás okozta hascontusiók és bélrupturák. *Gayet*: A czombcsont fejének véres repositioja csípőizületi ficzamban. *Dévé*: Belső epeömlések májechinococcus-tömlők repedése után. *Picqué*: Coxa vara felnőttben. *Boureau*: Agyvérzés chloroformozás közben.

Archives générales de médecine, 1902. julius. *Sacquépée*: Adat a serum opaleskálásának ismeretéhez. *Pugnat* és *Revilliod*: A vese-permeabilitás meghatározása. *Bernard* és *Casabianca*: Streptococcus okozta epidemia.

The lancet, 1902. II. 6. szám. *Wm. Japp Sinclair*: Carcinoma nőknél. *F. W. Pavy*: Aceton-termékek diabeteses comában. *W. Roger Williams*: A vagina myomája. *A. J. Martineau*: Nyeregorr kezelés paraffin subcutan injectiojával. *Charters J. Symonds*: Az oesophagus rosszindulatú stricturájának diagnosisa és kezelése. *B. G. A. Moynihan*: Pancreas-kő. *W. Lee Dickinson*: Az aorta hypoplasiája mint az aneurysma oka. *V. Chastel de Boinville*: Scarlatina haemorrhagica érdekes esete. *J. Shaw*: „Verbal obsessions." *T. L. Kennish* és *R. H. Auglin Whitelocke*. Tubaris terhesség, laparotomia, gyógyulás.

British medical journal, 1902. augusztus 16. *J. A. Francis*: A váll dislocatiojának utókezelése. *Wyatt Wingrave*: Az orreldugulás befolyása a fogak és szájpadlás fejlődésére. *J. Geddes Scott*: Gümőkóros eredésű periferiás neuritis. *C. L. Williams*: Volvulus miatt 18 hónap alatt két izben végzett laparotomia.

The practitioner, 1902. augusztus. *W. C. Bosanquet*: Gyermekek nyári diarrhoeája. *A. Newsholme*: A nyári diarrhoea közegészségügyi szempontból. *M. H. Gordon*: A nyári diarrhoea bakteriologiája és differential-diagnosisa. *A. G. R. Foulerton*: A carcinoma és sarcoma aetiologiája.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. augusztus 22.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 32. hetében (1902. augusztus 3-dikától augusztus 9-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 441 gyermek, elhalt 299 egyén, a születések tehát 142-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 29·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20·3, az egy éven felüli lakosságnál: 14·7 az öt éven felüli lakosságnál: 12·4 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 0, pertussis 2, morbili 2, scarlatina 7, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 20, apoplexia 6, eclampsia 3, szervi szivbaj 15, pneumonia 10, pleuritis 2, pneum. catarrh. 2, bronchitis 6, tuberculosis pulmonum 44, enteritis 58, carcinoma 17, ezek közül méhrák 5, egyéb újképletek 8, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 16, paedatrophia 3, marasmus senilis 10, erőszakos haláleset 16, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 6, baleset 8, kétséges 1 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2798 beteg, szaporodás e héten 888, csökkenés 923, maradt e hét végén 2763 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi augusztus 6-dikától augusztus 12-dikéig terjedő 31. 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 27 (35), diphtheria, croup 26 (29) hagymáz (typhus) 4 (4), kanyaró (morbili) 46 (61), trachoma 4 (10), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 5 (15), orbáncz (erysipelas) 18 (11), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1, (0) járv. fültőmirigylob 0 (3), ezenfelül varicella 10 (14).

◎ **Tisztiorvosi vizsgára** előkészítő *gyógyszertani* cursust kezdenek szeptember 9.-én az egyetemi gyógyszertani intézetben Vámossy Zoltán dr. egyet. m.-tanár, adjunctus és Fenyvessy Béla dr. tanársegéd. Cursus-díj 42 korona.

△ **Az új szt. János-kórház szemészeti osztályának** rendelő orvosi állása — *Grósz Emil* dr. egyetemi ny. rk. tanár lemondása folytán — megüresedett. A kik ez állást elnyerni óhajtják, a főpolgármesterhez intézett s okmányokkal felszerelt folyamodványaikat a székes főváros jobbparti kórházainak igazgatójához: *Ludvik Endre* dr.-hoz benyujthatják.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Budai Erzsébet-sósfürdő*, augusztus 11. 1020; *Tátrafüred*, augusztus 13. 1920; *Tátra-Lomnicz*, augusztus 14. 615.

⊢ **Tauffer tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét 1902. julius hóban 116 esetben 89 műtéttel vették igénybe. Évi folyó szám: 818.

† **Elhunyt.** *Schenk Lipót* dr. magyar születésű nyug. bécsi egyetemi tanár 62 éves korában. A szövettan és embryologia tanára volt.

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

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (X. bemutató ülés 1902. május 21-dikén.) 556. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1901. november havi szakülés.) 557. l.

Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató ülés 1902. május 21-dikén.)

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

(Folyt.)

Térdkalácstörések gyógyult esetei.

Borszéky Károly. Két eset, melyek érdekesek azon még mai napig eldöntetlen kérdés szempontjából, hogy a patellatörésnél minden esetben alkalmazzunk-e csontvarratot vagy nem? Annál inkább érdemes e kérdéssel foglalkozni, mert jelenleg a véres műtéttel elért eredmények a massega-zsal és korai activ és passiv mozgatásokkal elért eredményeknél jobbaknak bizonyulván, tekintélyes része a sebészeknek minden patella-törésnél indikáltnak tartja a csontvarratot; de viszont vannak sebészek, kik kivétel nélkül minden patella-törést csak massage-zsal kezelnek és a csontvarratot feleslegesnek tartják. Két esete azt bizonyitja, hogy mind a kétféle eljárással lehet jó eredményt elérni, csak figyelemmel kell lenni a törés finomabb viszonyaira és ezek szerint kell megválasztani a követendő eljárást.

Az első eset folyó évi április 14-dikén vétetett fel Réczey tanár klinikájára. Térdrecsés következménye volt a törés, mely teljesen haránt irányú volt (Röntgen-kép), a törvégek diastatisa oly nagy volt, hogy közöttük 3 harántujj kényelmesen elfért. E nagy dislocatio és vérömleny miatt indikált volt a csontvarrat, melyet április 19-dikén hajtottak végre. Nyolcz napig kötés, azután a beteg felkelt, massage, activ és passiv mozgások, a quadriceps faradizálása végeztettek. Jelenleg a műtét után négy hétiel bot nélkül jár, patellája mozgatható. A másik eset márczius 10-dikén vétetett fel. Patella több apró darabra törve, de a vérömleny kicsi, és a törési darabok dislocatioja oly kicsi, hogy csontvarrat nem látszik szükségesnek. Ezért egy héten át jég az izületre, majd a törési darabokat ragtapasz-csíkokkal közelítve, a végtagra rögzitő kötést tesznek, melylyel a beteg fenjárt. Három hét mulva kötés eltávolittatik, massage; izület óvatos mozgatása. Jelenleg a consolidatio teljes, patella szabadon mozgatható, beteg bot nélkül jár és térdét jól hajlitja.

Az epeutak megbetegedésének hét operált esete.

Herczel Manó. I. Cholelithiasis miatt 43 kő eltávolítása a hólyagból és a ductus cysticusból; cholecystostomia. A. Jánosné, 37 éves, 10 év óta koronként ismétlődő sárgasággal járó kólikák. 1901. márczius óta áll észlelés alatt Korányi Sándor osztályán, hol az epehólyag időnkénti megnagyobbodását és megkisebbedését figyelték meg nála, 1901. deczemberében epekólikai nagy lázakkal jártak.

Felvételkor Herczel tanár Szt.-István kórházi osztályára az epehólyag táján gyermekökölnyi terimenagyobbodás tapintható, májmegnagyobbodás, icterus, obstipatio nincs jelen.

Kórisme: Epekövek a hólyagban és a d. cysticusban; cholecystitis, cholangitis.

Műtét 1902. május 15-dikén morphin-chloroformnarcosisban. Laparotomia a jobb rectus-szélen, epehólyag szabad, nagy lúdtojásnyi; punctiora epesárral kevert tiszta epe ürül. Három nagy és 39 apró kő ürül. A cysticus kezdeti részébe egy kő erősen be van ékelve; ezt choledochus felől való nyomás segélyével a hólyagon át távolitottuk el. Erre rögtön friss epe ömlik a hólyagon át kifelé. Az epehólyagba sebének szűkitése után egy czeruzavastagságú draincsövet helyezünk és magát a hólyagot hat finom selyemvarrattal a peritoneum parietalehoz szegjük ki, tehát cholecystostomiát végzünk, hogy az inficiált epét jól levezessük és esetleg kisebb kövek könnyen kiürülhessenek. A hasüreg különben teljesen el lesz zárva.

A lefolyás reactio nélküli, pulsus 80—86, láz nincs. Az epe bőven folyik, napi secretio 250—375 grm. A zavartalan gyógyulás bizonyos.

II. Cholelithiasis; pericholecystitis; empyema cystidis felleae; 106 kő eltávolítása és az epehólyag kiirtása. K. Róza, 40 éves, czipész neje, nyolcz hó óta koronként gyomorgörcsei vannak, sárgasága nem volt, folyó év április 25 dikén hirtelen görcsöket kapott, három napig állandóan hányt, teljes szél- és székrekedés. Az utolsó félév alatt erős lesoványodás.

Felvétel Szt.-István kórházi osztályunkra április 28-dikán. Mérsékelten táplált nőbeteg. Kis cyanosis és insufficientia valvulae bicuspidalis. Has erősen puffadt, a jobb bordaiv alatt a parasternal vonalban kemény, nyomásra fájdalmas, lúdtojásnyi, a légzési mozgásokat követő terimenagyobbodás, mely felett a kopogtatási hang dobos. A májtompulat alig megnagyobbodott. A coecum táján locsesanás, végbélfelfuvásnál a vastagbél a daganatig telik meg, melyet kissé elföd.

Kórisme: pericholecystitis, cholecystitis, kövek alapján, a colon transversum odanövése és valószinüleg megtöretése.

Műtét május 1-jén aethernarcosisban. Laparotomia a jobb rectus szélen; a daganatot a rendkivül megnagyobbodott epehólyag képezi, mely a colon transversumhoz szálagosan kérgesen erősen odanőtt. Ezen összenövések szétfejtése után a kigördített feszes epehólyag megnyittatván, belőle eleinte világos, majd zavaros, epesárral kevert genyes epe ürül, mire az utrerussonda 18 cm. mélységben kövekre bukkan; 106 kő eltávolítása: az utolsó kő a cysticusba erősen be van ékelve, kis diónyi, míg a többiek általában borsónyiak. Minthogy az epehólyag igen nagy, falzata rendkivül vastag (1 cm.) s kérges, rigid, nyálkahártyája pedig exulcerált, szabálytalan suffusiokat mutató; mivel továbbá az epehólyag a szétválasztott callosus összenövések helyén erősen vérzik, cholecystectomia lesz foganatositva. Tamponade a cysticusig. A kiirtott epehólyag 20 cm. hosszú, átlag 5 cm. széles, kolbász alakú, a cysticusba való átmeneténél hirtelen megtörik és megcsavarodik. A májhoz való tapadásának helye egy egyenszárú háromszög, melynek basisa 5, magassága 15 cm. *Lefolyás* reactio nélküli, a hetedik napon epefolyás kezdődik, mely a műtétet követő 15-dik napon már minimalis s jelenleg megszünt; a beteg az ágyat elhagyta.

III. Lobosan elfajult epehólyag kiirtása. Sz. J. 24 éves, jogász. 3 év óta, eleinte 2—3 hetenként, majd naponta, az utóbbi félévben egy nap többször is fellépő gyomorgörcsök, melyek hányással járnak s oly súlyos szenvedést okoznak, hogy a beteg többször is elájult s morphinistává lett. Felvételkor a lesoványodott betegnél az epehólyag területének megfelelően egy gyermektenyérnyi, diffus nyomásra rendkivül érzékeny resistentia érezhető; határozott daganat vagy egyéb physicalis elváltozás nem mutatható ki. Kövek bél-árral távoztak.

Műtét 1902. márczius 22-dikén chloroformnarcosisban. Behatolás a jobb rectus-szél mentén. Az epehólyag a májjal, csepleszszel, belekkel többszörösen összenőtt, vastag falzatú, zsugorodott, genyes epét tartalmaz, concrementum sem benne, sem a ductus cysticusban nincs. (Műtét előtt per vias naturales távoztak.) Mivel kótségtelennek látszott, hogy a nagy fájdalmakat a lobosan elváltozott adhaesiok vongálás által idézték elő, az epehólyagot a cysticus lekötése után exstirpáljuk. Partialis hasfalvarrat, nyilt tamponad. Láztalan lefolyás, a fájdalmak teljesen megszünnek, a beteg a morphiumról 8 nap alatt leszokik; 5 héttel a műtet után gyógyultan távozik.

IV. Cholelithiasis alapján létrejött epehólyag-perforatio hasfali sipolylyal. 54 éves nő, 26 év előtt kezdődtek nála epekólikák, melyek 1—2-hetenként jelentkeztek, ezek azonban ritkábbak lettek s többszörös karlsbadi kúra után relative jól érezte magát. Sárgasága nem volt. 1901. január elején az epehólyag táján egy diónyi daganat keletkezett, mely felett a bőr pirosan elszínesedett, majd a daganat elpuhult, lázak jelentkeztek, végül egy genyes sipolya keletkezett e helyen, mire a lázak elmultak. A sipoly azóta bő genyet secernál.

Felvételkor a jól táplált nőbeteg epehólyagjának helyén egy kékesvörös bőrrel fedett, gyermekökölnyi daganat foglal helyet; ennek közepén egy fillérnyi, barnasárga genyet ürítő sipolynyilás van, a melyen át bevezetett sonda 7 cm. mélységben kövekre bukkan.

A diagnosist *cholelithiasis* alapján létrejött epehólyag-perforatiora tettük s tekintve az epehólyagnak a hasfalakkal való szoros összenövését s a sipoly kedvező fekvését, ennek egyszerű tágitására szántuk el magunkat.

1902. márczius 20-dikán Y-alakú bemetszéssel tágitottuk a sipolynyilást, melyen át 15 darab facettirozott nagy epekövet és egy kávéscsészényi epesarat távolitottunk el. Tamponad-drainezés. Láztalan lefolyás. Hetednapra bő epefolyás indul meg, jeléül annak, hogy a communicatio a cysticuson át szabad. Két héten át bőven folyt az epe a drainált epehólyagon át, a sipoly kisebbedett. Öt héttel a műtét után teljesen elzárult s a beteg gyógyultan távozott.

V. Epehólyag körüli tályog a hasűrben. Laparotomia; gyógyulás. N. L. 28 éves napszámos. 15 év óta érez a jobb bordaiv alatt egy körülbelül diónyi daganatot, mely nyomásra alig volt érzékeny. 1901-ben több héten át görcsök a daganat táján. 1902. február havában a hideg kirázta napjában többször is, a daganat pedig gyors növésnek indult és fájdalmassá vált. Három heti lázmentes időszak után ismét magas hőemelkedései voltak (40·6° C.-ig), melyek azóta állandóan tartanak.

Erősebb icterusa nem volt. Felvételkor megállapittatott, hogy a mellkasi szervek épek; a rekesz jobboldalt feltolt; a májtompulat a parasternalis vonalban az V. borda felső szélén, a hónaljvonalban a VI. bordánál kezdődik. A has jobb fele előmborodó, a jobb hypochondriumot és mesogastriumot egy emberfejmekkoraságú, éles határú, gömbölyded, elastikus, nyomásra igen érzékeny, a légzési mozgásokat nem követő terimenagyobbodás foglalja el, melynek széle a processus xyphoideustól kiindulva a középvonalban lefelé halad, a köldöktől kétujjnyira jobbfelé elkanyarodik s három ujjal a crista ossis élei felett végződik. A lumbalis táj felé a határ elmosódik. A daganat felett a kopogtatási hang tompa s a májtompulattal mindenütt összefolyik. Az esti hőemelkedés 40·2° C., pulsus 131. A valószinűségű diagnosis ezek szerint a hasüregben székelő, a máj alatt elterülő genygyülem.

Műtét 1902. április 14-dikén. Bemetszés a jobb rectus külső szélén. A lobosan beszűrődött hasfalon áthatolván, egy hatalmas intraperitonealis tályog nyilt meg, melynek felső falát a máj- és epehólyag képezi.

Körülbelül 1½ liter kloákabűzű, epésen festenyezett geny kiürítése után a vakbél irányában egy kisebb, mintegy ökölnyi, az előbbivel csak szűk járaton át közlekedő, süllyedés útján létrejött, második tályogot találunk.

Ezt is bőven megnyitjuk, ellennyilást készítünk a lumbalis tájon, az üreget drainezzük és lazán tamponáljuk.

A műtét után a lázak hirtelen megszüntek, a sebüreg váladéka eleinte *bőven epésen* festenyezett volt, 10 nap multva azonban már alig volt epe a kiömlő genyben. Három hét alatt a nagy üreg teljesen összehúzódott, úgy hogy jelenleg a lumbalis tájon egy lencsényi, a mellső hasfalon pedig egy koronányi sarjfelület maradt csupán vissza, mely valószínűleg nehány nap alatt már teljesen be fog gyógyulni. Valószínű, hogy jelen esetben az epehólyag átfúródása kövek okozta exulceratio alapján jött létre.

VI. Kövek alapján fejlődött epehólyagrák. Cholecystectomia májresectioval. R. J. 46 éves nő. Nyolcz év óta szenved kólikákban, melyek eleinte ritkán, az utolsó két évben azonban gyakrabban, 2—3 hónaponként jelentkeznek, igen súlyos szenvedéseket okoznak s az utolsó rohamok által heves lázzal, hidegrázással és nagyobb sárgasággal jártak. Egy év óta egy daganat jelentkezik hasa jobb felében, mely utolsó időben rohamosan nő.

Felvételkor az elhizott nőbeteg subicterikus színű, a jobb bordaiv alatt körtealakú, ökölnyi, a légzési mozgásokat követő, fájdalmas daganat, a máj megnagyobbodott.

Kórisme: Cholelithiasis, empyema cyst. felleae, pericholecystitis.

Műtét 1902. január 3-dikán. Gyenge chloroformnarcosis. Behatolás a jobb rectus külső szélén.

Az epehólyag a mellső hasfallal és csepleszszel szorosan összenőtt; ezen adhaesiok szétválasztása közben egy ökölnyi tályog nyilik meg, mely az epehólyag hátsó felülete, a duodenum és a haránttremese fölé nőtt cseplesz által határoltatik. Az epehólyag falzata igen mállékony, úgy hogy leválasztás közben több helyt beszakad, belőle genyes epe és 26 kő ürül. Az epehólyag nyaka és a ductus cysticus hüvelykujjnyi, vastag, kemény, carcinomára gyanus, ezért eltávolítottuk őket; mivel a felső hólyagfal a májjal erősen összenőtt, a máj ezen részlete mintegy 3 cm. vastagságú rétegben ékalakúlag resecálva lőn; a ductus cysticusnak az épben való lekötése, átmetszése s így az összes rákra gyanus részeknek eltávolítása után Mikulicz-tamponade. A kiirtott epehólyag és ductus cysticus *Genersich* tanár vizsgálata alapján kórszövettanilag adenocarcinomának bizonyult.

A lefolyás teljesen láztalan, a sebüreg 7 hét alatt teljesen begyógyult, úgy hogy a beteg a kórházat márcziusban elhagyta. Jelenleg, mint házi orvosa irja, viruló színben van és igen jól érzi magát.

VII. Cholelithiasis alapján rákosan elfajult epehólyag kiirtása májresectioval. W. J.-né, 54 éves, Fényes-Lipkéről. 20 év óta fenálló kólikák, melyek eleinte évenként 2—3-szor, öt év óta azonban gyakrabban, hét hónapja 2—3-hetenként jelentkeznek, hosszú tartamúak. Újabb időben erősen lesoványodik.

Felvételkor az erősen lesoványodott nőbetegnél a máj felső határa a normalisnál egy bordaközzel lejebb kezdődik. A máj alsó széle 1—1½ tenyérnyivel haladja meg a bordaivet, úgy hogy majdnem a crista ileiig ér. A parasternalis vonalban a máj alsó széléből kiinduló mintegy kis ökölnyi dudoros, nyomásra érzékeny, tömött daganat tapintható ki. Icterus, ascites.

Diagnosis: Cholelithiasis, carcinoma vesicae felleae.

Az *1900. április 9 dikén* végzett műtét e felvételt teljesen igazolta. A jobb rectus-szél mellett történt behatolás után kitünt, hogy az epehólyag a vastagbéllel régi, kemény álhártyák által összenőtt; megnyitás alkalmával belőle genyes epe, egy nagyobb és hat kisebb epekő ürült; a nyákhártya főleg a máj felőli felületen erősen exulcerált, a fekély széle szarúkemény. A hepaticus és choledochus erősen tágult, a choledochusban egy nagyobb és egy kisebb kő van, a melyet némi nehézséggel a cysticuson át tolunk ki. Az epehólyagot és ductus cysticust teljesen kiirtjuk; mivel kitünik, hogy a rák a májra is átkapaszkodott, ebből is 4—5 cm.-nyi részt ékalakúlag resecálunk. A bő vérzést catgutöltésekkel és tamponaddal csillapítjuk; a choledochusba egy vastag draincsövet vezetünk; a hasfal sebét részben elzárjuk.

A kiirtott daganat Genersich tanár vizsgálata szerint mikroskopiailag: carcinoma solidum.

A lefolyás teljesen láztalan volt; 13 napig bő epefolyás, mely feszes tamponadra lassan elmulik; az üreg szépen kisebbedik s lapispálczával való ételtésre jelenleg majdnem teljesen begyógyult.

Utolsó két esetünk bizonyítja, hogy epekövek irritatioja rákos degeneratiora elég gyakran ad impulsust, hisz Schröder szerint epekőbetegek 14%-ánál fordul elő carcinoma.

Egygyel több ok arra nézve, hogy idősebb betegeknél, kik epekövekben szenvednek, ne várjunk túlsokáig az áldásos műtéttel.

Nephrectomiával gyógyított veseechinococcus esete.

Herczel Manó: G. T., 64 éves, nő. Családjában egyik gyermekén kivül nem fordult elő tuberculosis. Ő maga gyermekkorában váltólázat állott ki, egyébként mindig egészséges volt. 26 év előtt erős, három napig tartó, tenesmussal haematuriája volt, mely azóta sohasem ismétlődött. 1901. deczember hó óta érzi magát rosszul, étvágytalan, lesoványodik, néha borzongásai vannak. F. é. január hava óta hasának bal felében fájdalmat érzett s ugyanakkor lett figyelmessé daganatjára is, mely miatt f. évi február 24-dikén osztályunkon jelentkezett.

Felvételkor a meglehetősen elhizott beteg hasának bal felében egy gyermekfejnyi, a légzési mozgásokat kissé követő, a lumbalis tájt elődomborító, ballottáló és egy kissé fluctuáló terimenagyobbodást találtunk. A vizelet kissé zavaros, savi kémhatású, napi mennyisége átlag 1500 cm³, fajsúlya 1015 körül ingadozott, benne kevés genyet és ennek megfelelő fehérjét találtunk. Az ürledékben tuberculosis-bacillust kimutatni nem sikerült. Az összvizelet-fagypont 0·94 volt. Ureter-katheterezéssel a jobb ureterből teljesen tiszta vizeletet nyertünk; a bal uretert megkatheterizálni, a szájadéka körül fenálló lobos nyálkahártyaduzzanat miatt, nem lehetett.

A diagnosist a leirt tünetek alapján jóindulatú *cystikus vesedaganatra* tették.

1902. április hó 10-dikén chloroformnarcosisban végezte a daganatnak a vesével együttes kiirtását. A daganat kifejtését, úgy annak rendkivüli nagysága, mint a perirenalis zsirszövet kérges elfajulása és az erős heges adhaesiok nagyon megnehezitették, utóbbiak szétfejtése közben a peritoneum nagy darabon beszakadt, a peritoneum sebét 22 csomós varrattal egyesitették. A vesehilus edényeit fekve maradó csipeszekbe fogták, melyeket a harmadik napon távolitottak el. A nagy sebüreget nyiltan, steril gaze-zel való tamponálás által kezelték, az izom- és bőrseb nagy része csomós varratok által egyesítve lett.

A lefolyás teljesen láztalan, egyedül a szívgyöngeség és a szivműködésbeli arythmia volt az, mely ellen a műtétet követő első két hétben strophantussal, konyhasó infusiokkal küzdeni kellett. A vizelet napi mennyisége az első tiz napon át 5—600 cm³, jelenleg 1000—1200 cm³, fajsúlya 1014—1026. A beteg erőben állandóan gyarapodik, közérzete jó, sebe a mai napig körülbelül diónyi üreggé kisebbedett.

A kiirtott vese 23 × 14 × 9 cm. nagyságú, egy a közepén levő barázda által kúpalakú felső és inkább gömbölyded alakú alsó részre oszlik. A felső hemisphaera, mely a bordaiv alatt foglal helyet s a rekeszizommal és peritoneummal erősen összenőtt volt, csontkemény, a kés alatt recsegő, mészlemezekben gazdag. A legnagyobb ilyen mészlemez 8 cm. hosszú és 6 cm. széles pajzsszerű felrakodást képez. A daganat medialis oldalán van a körülbelül fél vese mekkoraságú, atrophizált, relative ép veseszövet, mely nagyjában a vese formájával is bir. Az ebbe betérő veseedények és a 3 cm. hosszú uretercsonk is jól látható a készitményen. Az ureter belépési helye alatt a vesében egy szilvamekkoraságú üregben egy 2—5 cm. széles és magas pipaalakú uratkő foglal helyet. A kiirtott vesetömlőben 2100 cm³ malterszerű anyag, ebben fiókhólyagrészletek találhatók, melyek góreső alatt chitinre jellegzetes rétegzettséget mutatnak.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

1901. november havi szakülés.

1. **Papp Oszkár** egy 21 éves honvéd-katonát mutat be, a ki gyermekkorában súlyos *hólyagos himlőt állott át, de azért az utóbbi időkben eszközölt újraoltásnál valamennyi oltási helyen a beoltás megfogamzott*

Habár évenként több száz újraoltást végez, hasonló esetet 16 év óta nem észlelt. A bemutatott egyén hat éves korában volt himlős s ennek nyomaként arcza erősen himlőhelyes, ragyás maradt. A mostani beoltásnál egyik karján három helyen oltotta be s mind a három helyen az oltás megfogamzott.

Az esethez *Kornstein Lajos* fűzött néhány megjegyzést.

Utána *Konrád Márk* emlékezett meg arról, hogy 1871-ben Lipcsében Wunderlich tanár mutatott be oly betegeket, a kik ugyanazon járvány idejében két izben lettek himlős-betegekké.

Előadó ismert egy magasrangú megyei tisztviselőt, a kinek arcza himlőhelyes volt s egy újabb himlős megbetegedésben halt el.

2. **Konrád Márk** egy nőbeteget mutat be, a kin 1901. juliusban **dermoidcysta által okozott medenczeszűkület indicatiojából császármetszést végzett.** A műtét sikeres volt, mert az anya és a gyermek életben maradt.

A beteg 22 éves nő, a kinél négy év előtt rendes szülés folyt le. Másodszor másfél év előtt szült, a midőn a köldökzsinór előesett. A spontan megszületett érett fiúmagzat halott volt. Első szülésénél leánygyermeket szült, a mely három hétig élt.

Utolsó havi baja 1900. október 15-dikén volt, a magzatmozgást 1901. januárban érezte. Már második terhessége idejében érzett derekában nyomást. Vizelésnél, székléskor semmi nehézsége sem volt. Járásnál nem fáradt el. Étvágya kielégitő.

A bábaképezde ambulantiáján 1901. május közepén jelentkezett s itt a medenczét teljesen kitöltő dermoidcystát kórisméztek. Terhességének 7½ hónapjában lévén, figyelmeztették a bekövetkezendő szülés veszélyeire s a bennmaradást ajánlották.

Erre nem volt hajlandó és csak a szülés megkezdésekor, julius 3-án reggel hivták az intézeti tanársegédet lakására, a ki az intézetbe szállittatta.

A jelen állapot ekkor a következő volt: emlőkön, hason a terhesség jelei, jobboldalt a terhes méh I. koponyafekvéssel volt tapintható, baloldalt emberfejnyi, elkülönithető, rugalmas, feszes, folyadékot tartalmazó tömlő.

A magzat szivhangjai jók voltak. A hüvely szűk, a hüvelybe mélyen benyomul a baloldalt levő, a medenczét absolut szükké tevő, nem mozgatható, a medenczéből altatás alatt sem kiemelhető dermoidcysta. A portio jobboldalt magasan áll, a méhszáj másfél ujjnyi, a burok áll s rajta keresztül tapintható a koponya.

A kórisme: I. koponyafekvés, absolut medenczeszűkület, a melyet dermoidcysta okoz.

Tekintettel arra, hogy a gyermek jól fejlett és él, továbbá, hogy a dermoidcysta a környezettel oly módon volt összenőve, hogy kiirtása nagy nehézséggel járt volna s hogy az absolut szűkké lett medenczenyíláson át a gyermeket feldarabolva sem lehetett volna kihozni, császármetszés végzésére határozta el magát.

Ezt a segédorvosok segédlete mellett julius 3-dikán végezte.

Előbb a burkot megrepesztette, hogy a méh jobban összehúzódjék, azután a középvonalban hasmetszést végzett s a méhet kigördítette. A méhnyakra erős gummi-ligaturát alkalmazott s azután a méhet a fundus közepétől jobb- és balfelé 12 centimeter hosszban felmetszette. Jobbfelé végezte a metszést, mert a lepény baloldalt tapadt. Ezután a magzatot kiemlte, a köldökzsinórt Lumniczer-csiptetővel lefogta s átmetszette. A livid asphyxiában levő fiúgyermek bőringerekre kiáltani kezd. A baloldalt magasan tapadó lepényt leválasztotta. A vérzés minimalis volt. A méhüreget kimosták s a hüvely felé jodoform-gaze-zel drainaget alkalmaztak s a méhsebet három étage selyemvarrattal összevarrták. A gummi-ligaturát eltávolították s a toilettet elkészítették. A hassebet újezüst sodronyvarratokkal zárták el. A műtét 25 perczig tartott.

Kötést alkalmaztak, a hólyagot megcsapolták.

Első éjjel morphium-befecskendést kapott, jégtömlőt alkalmaztak s tejet, bort itattak vele. Nem hányt és nem csuklott. A további lefolyás is jó volt. A gazet naponta felcserélték, irrigatiokat kapott s magas beöntéseket.

11-dikén a varratokat kivették, az egyesülés kielégítő volt, csak két szúrcsatornából szivárgott geny. Ez is megszünt, a midőn a szúrcsatornákból a genyedést okozó selyemszálak kiürültek.

Julius 30-dikától augusztus 5-dikéig rendes lefolyású havibaja volt, szeptember 4—10-dikéig, október 5—10-dikéig hasonlóképen.

A bemutatás napján a méh jobboldalt tapintható, kis ökölnyi, kemény, jól összehúzódott. A portio kicsiny, tömött. Baloldalt, mélyen lenn a medenczében dermoidcysta, a mely mintegy harmadával megkisebbedett.

A hasseb teljesen gyógyult, a nő közérzete kifogástalan, arcszíne piros, meghizott.

A gyermeket szoptatásra kiadták s héthetes korában bélhurutban elhalt.

A dermoidcysta eltávolítását azért halasztotta későbbre, mert műtétkor a nő erőtlen volt.

A sectio caesareát első izben végezte ily kedvező eredménynyel, hogy t. i. az anya és a gyermek is életben maradt. Régebben végezte eclampsia esetében, de ekkor is az anya elhalt.

Azóta nem volt esete, hogy a sectio caesarea indicatioja forgott volna fenn s elve, hogy csak oly esetben operál, a hol kell és nem mindenütt, a hol lehet. Lázas nőnél, ha jelentékeny a decubitus, ily műtétet nem végez. Az indicatiok közt szerinte első az absolut szűk medencze (6 cm.-től lefelé), részletesen vagy általánosan szűk medenczénél.

Előadó ezután a császármetszésről szól hosszasabban.

Ezt, bár a legrégibb műtétek közé tartozik, a XVI. századig a gyermek életének megmentése végett csak holtakon végezték. Szülőnőn először Trautmann Jeremiás végezte 1610-ben Wittenbergában. Azonban a hiányos technika s az asepsis és antisepsis nem ismerése miatt a műtét oly nagy halálozással járt, hogy ezután is főkép csak holtakon végezték. 1876-ban Porro adott új lendületet a műtétnek. Hogy a vérzést és az infectiot elkerülje, a supravaginalis amputatiot végezte. Követőkre talált s ez időtől kezdve sűrűn végezték élőkön Porro szerint a császármetszést, de még mindig igen magas, 40—50% közt ingadozó halálozással.

A fejlődő asepsis és antisepsis mellett a műtéti technika is mindinkább javulván, 1882-ben Sänger a régi, classikus császármetszés mellett foglalt állást. Sikerei s ügyes technikája e műtéti eljárásnak érvényt szereztek.

De azért még ma is előnyös a Porro-féle műtét: 1. ha előrelátható lag a gyermekágyi váladék szabad lefolyását gátolják a méh vagy a hüvely szűkülete, vagy nagyobb daganatok a méhben, a medenczében, 2. a méhtest infectiojánál, 3. tüdő- és szívbajoknál és 4. súlyos osteomalaciáknál.

Újabb időben, 1897. óta Fritsch a harántmetszést a méhfenéken ajánlja. Ennek előnye, hogy a magzat gyorsan és könnyen kifejthető s a vérzés csekély.

A császármetszés eseteit főkép a szűk medencze szolgáltatja s absolut az indicatio, ha a medencze legrövidebb átmérője 6 cm. vagy kevesebb.

Absolut indicatiora adhatnak még okot a medencze, a méh s petefészek daganatai, a melyek a medenczét annyira szűkítik, hogy azon a magzat át nem hatolhat, még kisebbitve sem. A tárgyalt esetben így volt. Továbbá a cervix, a hüvely rákos elfajulása által okozott szükülések stb.

Hogy Porro szerint operáljanak, vagy a conservativ császármetszést végezzék, az az esettől függ.

Kisebb szűkületeknél, lapos vagy lapos rhachitikus medenczénél, általánosan szűkült vagy ferdén szűkült rhachitikus medenczéknél, a melyeknél a conjugata vera 7—7½ cm., az indicatio megállapításánál a császármetszés mellett a craniotomia, a symphysiotomia és a korai szülés előidézése is szóba jöhet.

A szülő és a magzat állapota döntenek elsősorban, hogy az orvos melyik műtétet válaszsza. Tekintetbe kell venni a szülőnő házi viszonyait is, van-e elég biztosíték arra, hogy az asepsis és antisepsis keresztülvihető.

Kórházban, klinikán, a hol ez megtörténhetik és gyakorlott segédlet is van, a műtő könnyen határozhatja el magát a császármetszés elvégzésére. De itt is feltétel, hogy az anya kellő erőben legyen s a magzat is életerős, jó szívhangokkal.

Ha a magzat szívhangjai gyengék s már magzatszurok is távozik, a magzat életereje bizonytalan, az anya életét a császármetszéssel veszélyeztetni nem szabad. Ily esetben a craniotomia van helyén. Akkor is craniotomiára gondolunk, ha a szülőnő lázas és a méh alsó részén és a hüvelyben nyomás által okozott nekrotikus felület van.

A symphysiotomiára vonatkozólag előadónak nincs tapasztalata, de az irodalomból úgy tudja, hogy az anyára és a magzatra nézve egyaránt kedvezőtlen.

Révész Vilmos örömét fejezi ki előadó műtéti sikere felett. Mióta helyben orvosi gyakorlatot folytat, hasonló műtétet nem látott. Egy esetben látta csak a bécsi szülőintézetben. Ez a mellett szól, hogy nálunk ily műtét indicatioja nem forog fenn, mert az ennyire szűk medencze ritka, a legszűkebb is 7—7½ centimeteres. Előadó szerint a műtét a szülőnő lázas állapotában ellenjavalt. Szerinte láz esetén nem ismerhető fel mindig a locus affectionis, nem tudjuk, az uterusban van-e vagy máshol; másrészt ismeretes, hogy méhrepedés esetén életmentés czéljából lázas nőnél is végeznek nagy műtétet (méhamputatiot). Ha különben a műtétnek meg van a javallata, a szülőnőt nem engedhetjük át sorsának. Nem végezhető-e ily esetben a Porro-műtét, a melylyel az anya élete megmenthető, esetleg a magzaté is".

Rácz Ödön előtte szóló megjegyzéseire válaszol. Ő előadó szavait úgy értelmezte, hogy oly esetben, a midőn a láz oka sepsis s nagy decubitus van, a császármetszés végrehajtása meggondolandó. Három hó előtt Kézmárszky tanár klinikáján volt egy eset (Doctor közölte), a melynél a műtétet határozott sepsis mellett is végrehajtották s a gyermek életben maradt. Az a kérdés: lázas-e a beteg, avagy sepsisben szenved? Ez megkülönböztetendő.

Előadó ismétli, hogy nem fogna a császármetszéshez s a gyermek életben maradásához is kevés reménye volna, ha jelentékony decubitusok vannak és sepsis tünetei jelentkeznek. Ilyenkor nem habozik az anya érdekében a gyermek életét feláldozni és craniotomiát végezni.

Révész Vilmos az iránt is kérdést intéz előadóhoz, nem lett-e volna czélszerűbb már az első műtét alkalmával a dermoidcystát is eltávolítani s nem járt volna-e kevesebb veszélylyel, mint bizonyos idő mulva újra laparotomiát végezni.

Papp Oszkár szerint előadó helyesen járt el a műtétnél, a midőn a dermoidcystát egyelőre érintetlenül hagyta. Szülés után a keletkező szétesési terményeket, váladékok csak veszélyesek lehettek volna. A szülési fájdalom maga is kimeríti a nőt és shockkal jár, s fontos érdek, hogy a szülés mielőbb befejezést nyerjen.

Rácz Ödön szerint más okok miatt nem volt ajánlatos a cysták eltávolításával a műtétet complikálni. T. i. a szülés idejében a medencze összes szervei vérdúsabbak, sőt maga az eltávolítandó álképlet is. Az alákötés is nagyobb nehézségekkel jár.

Előadó még azt említi meg, hogy még egy ok az volt, hogy a peritoneum maga egy nagy nyirktömlő, a melynek igen nagy a felszívó képessége.

Kornstein Lajos Révész álláspontjának magyarázatául felhozza azt a per tárgyát képező esetet, a midőn műhibának nyilvánították, hogy végzett laparotomiával kapcsolatban a műtő a beteg processus vermiformist nem távolította el. Másrészt meg oly esetet említ, a midőn a műtőt a miatt fogták perbe, hogy műtét közben oly szervet távolított el, a melynek betegségét műtét közben fedezte fel s a melynek eltávolításához a beteg beleegyezését nem adta.

1901. deczember havi szakülés.

1. **Waldmann Béla** két **operált szembeteget** mutat be. Az egyik 32 éves egyén, a ki négy év óta mindkét szemén vak. Szemei már tizenkét év óta gyengülnek és romlanak. Mindkét szemén cataractat (*cataracta juvenilis*) kórismézett. Bal szemén két hét előtt végezte a hályogműtétet.

A második szembajos *trachomás* jobb szemén *trichiasis és phthisis bulbi*, bal szemén nagy kiterjedésű *keratitis* van jelen. Az utóbbi szemen végzett iridectomiát oly sikerrel, hogy a beteg, a ki a műtét előtt semmit sem látott, jelenleg a tárgyakat meg tudja különböztetni és segítség nélkül tud járni.

2. **Kováts Béla** gyógyszerész **thermophorokat** mutat be, a melyek gummiból készültek s oly anyaggal vannak megtöltve, a mely a meleget hosszú időre leköti. Alakjuk olyan, hogy különféle beteg testrészre compressek gyanánt, meleg pépes borogatások helyett alkalmazhatók. Használati módjuk az, hogy forró vízbe tétetnek, a melyben átmelegednek s azután a beteg testrészre helyeztetnek.

Van olyan thermophor compress, a mely a hasra, térdre, hátra, kézre és lábra alkalmazható, van olyan is, a mely a Fritsch—Bozemann-féle obturator mintájára készült s a vaginába vezethető.

Készülnek még ezenkivül a legkülönfélébb alakúak és nagyságúak, így pl. a nyakra, fülre, szemre, fejre stb. A különféle compresseknek különböző ideig kell használat előtt forró vízben maradniok. Ez idő 1 és 8 óra közt változik.

A fém vagy gummi-thermophorokban, compressekben egy vegyi anyag foglaltatik, a mely hevítés közben a saját kristályvizében megolvad s ugyanekkor meleget köt meg.

3. **Edelmann Menyhért carbolmérgezés** esetéről referál.

Az eset egy körülbelül öthetes csecsemőre vonatkozik, a kinek altestén, a farán, a czombok belső felületén, a scrotumon és alhason eczematosus bőrelváltozása volt. Az anya tanácsért a szülőnőhöz fordult s ez azt tanácsolta, hogy a vörös bőrterületet kenje be carbololajjal.

Október hó 12-dikén az anya nyolcz fillér árú carbololajat hozatott a gyógyszertárból s azzal a beteg részt bekente. A bekenés után a bőrbaj állitólag javult s a gyermek állapota egyébként feltünő jelenséget nem mutatott.

Október hó 14-dikén az anya ismét ugyanannyi carbololajat hozatott s a nagyterjedelmű beteg bőrfelületet, az egész faron, czombokon, scrotumon, alhason, a köldöknél magasabban képzelt haránt-vonalig bekente. Alig végezte el a bekenést, rövid idő után már a csecsemő — az anya szavaival élve — megmeredt, eszméletét veszté, elsápadt és hörögni kezdett.

Az anya rémülten felkapta gyermekét és sietve előadóhoz hozta.

A nagyon sápadt csecsemő még ekkor is kábult volt, szinte comatosus, szünet nélkül nyögött és hörgött. Azonnal a carbololaj letörlését, lemosását sürgette s gyógyszert rendelt. Másnapra állitólag a csecsemő jobban lett s magához tért.

Előadó 15-dikén délután látta ismét a beteg gyermeket, a midőn azt a következő állapotban találta: a gyermek fekhelyén kábultan, eszméletlenül feküdt s gyenge nyögéseket hallatott. Szeme megtört volt, egész teste hűvös, livid, arcza és ajkai cyanotikusak, hőmérséke 37·2 C., szivműködése igen gyengült, érlökése szapora volt.

Azonnal mesterséges légzést alkalmazott (az álbordákra gyakorolt ismételt nyomással), a rossz levegőjü szobába friss levegőt bocsáttatott, mustárlisztes melegfürdőt hidegvizes leöntésekkel és excitentiákat rendelt s meghagyta, hogy a mesterséges légzést, a melynél a csecsemőt kissé élénkülni látta s a melynek módját az anyának megmutatta, folytassák.

Az eredmény kevés volt. A beavatkozás csak rövid időre hozott látszólag némi javulást.

17-dikén, életének utolsó napján, a melyen hathetes korát érte el, a sápadt, sárgásbőrű gyermek végtagjai, teste hűvösek, tekintete merev. Gyönge nyögéseket hallat. A carbololajjal bekent, kezdetben vörös bőr is halvány és tapintásnál kissé feszesnek, pergamentszerűnek mutatkozik. 15-dike óta többé egyáltalában nem szopott. Feltünő a nagyon szükült pupilla s a cornea-reflexnek teljes hiánya. A szivműködés igen gyenge, az érverés nagyon szapora, a has erősen behúzódott, az állcsontok erősen összeszorítva; valóságos trismus van jelen. Vizes, feltünő jelenséget nem mutató széklettet ürít, a melynek carbolszaga nincs. Vizelete zöldes-barnás, a mely a levegőn még barnábbá lesz.

A gyermek alatt levő vászondarab is barnás, sőt némileg lilás foltokat mutat. A vizeleten és leheleten sem érezhető a carbolszag. Ottlétekor a gyermek egy izben vizelt s ekkor vizelete vöröses-barna sugárban magasra szökött, úgy hogy előadó az első pillanatban azt vélte, hogy véres vizeletet ürít és csak azután látta, hogy a vizelet a carbolmérgezésre jellegző sötét-barna szint mutatja.

Nem volt alkalma vizeletét felfogni, azért azt a meddő kisérletet tette, hogy vizelettel átitatott vászondarabot vizben feláztatott s ehhez vaschloridot adott. A mint előrelátható volt, jellegzetes reactiot nem nyert, nem is nyerhetett, mert eltekintve attól, hogy a carbol gyorsan elillan s ezért a vizelettel átitatott vászondarabról s a vizből is elillanhatott, ismert tény, hogy a vizeletben szabad carbol nincs, még nehéz esetekben sem, még kevésbbé akkor, ha a mérgezést okozó carbol igen csekély mennyiségü volt.

A carbolt a vizelet igen gyorsan kiküszöböli a szervezetből s a midőn ily módon a levegővel érintkezésbe jut, élenyülési termékei az emlitett szinváltozást okozzák.

Ottlétekor előadó újra mesterséges légzést alkalmazott, mustárlisztes izgató fürdőt, hidegvizes leöntésekkel adatott, a bél kiürítésére csőrét, a hanyatló szívműködés élénkítésére theaforrázattal felváltva veendő gyógyszert (digitalis és coffeinum natrio-benzoicum), sőt miután ennek kellő haszna nem mutatkozott, aether-befecskendezéseket is adott.

A csecsemő élete azonban nem volt megmenthető, még aznap, október 17-dikén este, három nappal a carbolmérgezés tüneteinek első izben való nyilvánulása után, meghalt.

Acut jellegü carbolmérgezés esete forgott tehát fenn, bár tudva, hogy acut esetekben Lewin szerint a halál azonnal vagy néhány percz után már bekövetkezhetik, némileg potrahált volt a lefolyás.

Mielőtt az eset tanulságait levonná, megállapitja, hogy a carbololajnak, a melyről azt tartják, hogy fertőtlenitő képessége alig van s hogy olajos oldatából kevés carbol válik ki, mily mennyisége volt az, a mely a végzetes kimenetelü mérgezést okozta.

A gyermek anyja azt vallá, hogy két izben 8—8 fillér árát hozatott. A gyógyszertár személyzetétől megtudta, hogy a kézi eladás számára 2%-os carbololajat tartanak készen s ebből rendszerint 10 grammnyi mennyiséget, néha kevesebbet, csak nyolcz grammnyit adnak. Az olajnak egy része a küldött pohár alján maradt s annak falaihoz tapadt. A nyitott pohárból hazavitel közben a használat idejéig a carbolnak egy része, mint a carbololdattal átitatott kötszerekből is, elillan. Ezeket tekintetbe véve, a kétszerre vett mennyiség alig tartható többnek 16 grmmnyinál. Ennek is első izben használt fele látszólag ártamatlan maradt. Ily mennyiségü 2%-os carbololajban tehát mindössze mintegy 30 centigramm carbol foglaltatik s ez a mennyiség vezetett halálos mérgezéshez.

Ez esetből látható, hogy aránylag elenyészően csekély mennyiség is bizonyos körülmények közt — újszülöttnél, csecsemőnél — mérgező lehet, mert a gyermek a carbol iránt igen fogékony. Látható az is, hogy nemcsak a szervezet üregeibe s a gyomorba való vitel hozhat veszélyt, hanem külsőleg való használatnál is történhetik mérgezés. Ép, sértetlen bőr is felvehet annyit, a mennyi mérgezést okozhat, de még könnyebben valamely bőrbántalom által megtámadott bőr, főképen, ha, mint az ismertetett esetben, a szer nagyterjedelmű bőrfelületre jut.

Ezzel szemben ismeretes a mindennapi orvosi gyakorlatból, hogy nem épen ritka eset, kivételes esetekben orvosi tanácsra is, de legtöbbször szülésznők és laikusok ajánlatára, hogy például köldöksebet, körülmetélt penis sebét carbololajjal kezelik és a legtöbb esetben, bár a kezelt gyermek életének első napjait éli, baj ebből nem származik. Ez is csak azt igazolja, hogy az individualitásnak a carbolmérgezés létrejöttében nagy szerepe van, Jaksch szerint nagyobb, mint a legtöbb méreg behatásánál.

A gyermek elhalálozván, a halottkém részére irt kezelőorvosi nyilatkozatban előadó a halál oka gyanánt a carbolmérgezést jelölte meg, a halottkém jelentése alapján azután az eset vizsgálat s ennek folyamán törvényszéki bonczolás tárgyát képezte.

A bonczolat azon kivül, hogy a húgyhólyagban talált vizelet carbolmérgezésre valló szint mutatott, mit sem deríthetett ki. A mit erről a kórboncztan tanit, hogy a megmérgezett vére elváltozik, hogy súlyosabb esetekben sötét szinü, sőt szurokszerü lesz, hogy heveny haemorrhagikus veselob lép fel, a szervek parenchymatosus és hájas elfajulást mutatnak, hogy a testüregek, sőt a vese is carbolszagúak, arról a törvényszéki bonczolat nem szól, mert a vizsgálat bizonyára mindezeket nem találta. Ismert okoknál fogva a carbol maró hatásának jelei is hiányoztak s ezért csakis a hólyag vizelettartalmának minősége volt értékesithető.

E helyett a bonczolásnál igen érdekes leletre bukkantak, t. i. arra, hogy a gyermeknek egy veséje hiányzott. Ez a fejlődési rendellenesség, ha a diagnosis szempontjából nem is értékesithető, némi combinatioval magyarázatát adhatja annak, hogy az ismertetett esetben kivételesen csekély mennyiségü carbololaj kétszeri külső használat után a legsúlyosabb carbolmérgezést okozhatta.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

3311/1902. közig. szám.

Az algyógyi járás 35 községéből álló **algyógyi egészségügyi körben** Algyógy székhelylyel lemondás folytán üresedésben levő körorvosi állásnak választás útján leendő betöltésére pályázatot nyitok.

Felhivom mindazokat, kik ezen 1200 korona évi fizetés, jelenleg 300 korona, 1903. évi január hó 1-jétől kezdődőleg 500 korona úti általány és a magán látogatásokért szabályrendeletileg megállapitott dijak élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. 1. pontjában, valamint az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában körülirt képesitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérésüket **1902. évi augusztus 30-dik napjáig** bezárólag hozzám annyival is inkább nyujtsák be, mivel a hiányosan felszerelt vagy később beérkező folyamodványokat figyelembe venni nem fogom.

A választás Algyógyon a hivatalos helyiségemben 1902. évi szeptember hó 1-sö napján d. e. 10 órakor fog megejtetni, s a megválasztott körorvos köteles állását azonnal elfoglalni.

Megjegyzem, hogy helyben gyógyszertár és a szomszédos Feredőgyógy községében gyógyfürdő van.

Algyógy, 1902. augusztus hó 13-dikán.

2—1 *Fekete Károly*, főszolgabiró.

5055. szám.

Talpas községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s a választásnak Talpas község székházánál leendő megejtésére határidőül 1902. évi szeptember hó 30-dikának d. e. 10 óráját tüzöm ki.

A községi orvos javadalmazása 1200 korona évi fizetésből, továbbá 40 fillér nappali, 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkémlelési és a hússzemle-dijakból áll.

Felhivom mindazokat, kik ezt azt állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmánynyal felszerelt kérvényüket hozzám **1902. évi szeptember hó 29-dikének d. u. 5 órájáig** adják be.

Kisjenő, 1902· évi augusztus hó 18-dikán.

2—1 *Csukay.*

6686/902. kg.

Bács-Bodrog vármegye 4252 tótajkú lakossal biró **Kiszáts** községében a megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz tartozik Kiszáts, valamint a községhez közel fekvő gróf Chottek uradalom 6 pusztája. Az orvos javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, melynek felét Kiszáts, másik felét az uradalom fizeti. Továbbá a szabályzatilag megállapitott dijak, és pedig az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér, halottkémlésért 40 fillér és a megfelelő vágatási- és hússzemle-dijak, végre az orvos kézi gyógyszertár jogositványaért folyamodhatik.

Megjegyzem, hogy az orvos az uradalmi pusztákat uradalmi kocsin hetenként 1—2-szer, ha szükséges volna többször is, külön dijazás nélkül tartozik beutazni.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a s az 1876. évi t.-cz. 143. §-a szerint minősitésüket, nem különben a tót vagy egyéb szláv nyelvnek tudását igazoló bizonyitványokkal felszerelt kérvényüket **1902. évi szeptember hó 15-dikéig** hozzám küldjék be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem. A választás napjának kitüzése iránt később intézkedem.

Ujvidék, 1902. augusztus hó 13-dikán.

3—3 *Mezey Imre*, főszolgabiró.

A **szegzárdi Ferencz-közkórházban** egy **alorvosi állás** megüresedvén, felhivatnak az erre pályázni óhajtók, hogy eddigi működéseiket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **folyó évi augusztus hó 31-dikéig** nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. t. úr, mint Tolna vármegye főispánjához czímezve, alulirott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1000 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fütés és világitással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Szegzárd, 1902. évi augusztus hó 9-dikén.

2—2 *Herczegh Gyula* dr., igazgató-helyettes.

1678/1902. kórházszám.

Jász-Nagy-Kún-Szolnok vármegye közkórházánál egy megüresendő s egy újonnan rendszeresitett **segédorvosi állás** lesz folyó évi október 1-jével betöltendő, melyekre ezennel pályázatot hirdetek. Javadalom: 1000 korona évi fizetés (egyik állásnál januártól előreláthatólag 1100 korona), butorozott lakás, fütés, világitás, tiszti élelmezés, mosás, kiszolgálás. A kinevezés két évre történik, de meghosszabbitható. Magángyakorlat (kivéve első segélyt és bejáró beteget) nincs megengedve.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket, esetleg eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve, hozzám f. **évi szeptember hó 6-dikáig** küldjék be. Később érkező folyamodványok nem vétetnek figyelembe.

Szolnok, 1902. évi augusztus hó 5-dikén.

3—3 *Papp Gábor* dr., igazgató-főorvos.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Aug. 31.	segédo.	Temesvár	1000 k. és teljes ellátás	Tauffer Jenő főorvos, Temesvár
31.	körorvos	Magy.-Komját	1200 k.	Szabó Sándor, fsz., Magyar-Komját
szept. 1.	körorvos	Vág-Besztercze	1200 k.	Rada Ignácz főszolgb., Vág-Besztercze
1.	közs. o.	Darócz	1200 k. és lakás	Szabady Tivadar fősz. helyettes, Okland
10.	körorvos	Deés	—	Tvszéki elnök, Deés
15.	kórh. m. o.	Pozsony	1000 k. és ellátás	Pantocsek József ig. orvos, Pozsony
—	fogházo.	Szegzárdi törv. fogház	600 k.	Dr. Vizlendvay Imre főügyészhely., Pécs
—	sebészo.	Sulinai tengerészeti kórház	8—10,000 frank és lakás	Európai Dunabizottság, Galatz

HIRDETÉSEK.

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.

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.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvétetnek férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hizlaló kúrák; tabeses betegek gyógyitása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetése alatt. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

Iglófüred.

Klimatikus gyógyhely. — Vízgyógyintézet. — Nyaralóhely.

Vasúti állomás Igló (Kassa-Oderbergi vasút) Szepesmegyében, 580 méter magasságban a tenger szine felett, nagy kiterjedésü fenyvesek közepette, pompás sétányokkal. Tükör-, kád- és fenyőfürdők. Villanyozás, massage. Kiválóan alkalmas gyógyhely ideggyengeség, légzőszervek bántalmaiban szenvedőknek, üdülők részére. Jó konyha, mérsékelt árak. Zongora, olvasóterem. Lawn-tennis.

Fürdő-évad: **Május 15-től szeptember végeig.** Az elő- és utó-évadban tetemes árleengedés. Fürdőorvos: **dr. Neubauer Lajos.** Posta- és távirdaállomás helyben. Utazás: Budapest—Kassa—Igló, vagy Budapest—Ruttka—Igló.

Prospektussal szolgál a

fürdőigazgatóság Iglófüred.

Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

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

Főraktár:

ÉDESKUTY L.

ásványviznagykereskedés, cs. és kir. udvari szállító

BUDAPESTEN.

Dionin

kitünő pótszere a codeinnak és morphinnak.

Largin

magas-százalékú ezüstfehérnyevegyület különösen a gonorrhoea és a szembántalmak kezelésében.

Jodipin

a jodkaliák bevált pótszere, különösen harmadlagos bujakórnál és görvélykórnál, továbbá asthmánál és emphysemánál.

Stypticin

bevált méhbeli haemostaticum.

Tannoform

kitünő adstringens és antidiarrhoecum.

Bromipin

új csillapító szer, különösen ajánlható ideges állapotok és epilepsia ellen.

Diphtheria-ellenes gyógyserum

Irodalom ingyen és bérmentve. ✶ államilag felülvizsgálva, 500- és 1000-szeres normal-egység. ✶ **Irodalom ingyen és bérmentve.**

E. Merck vegyi gyára, **Darmstadt**

Budapest, 1902. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kozol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenhatodik évfolyam. 35. szám. *Budapest, 1902. augusztus 31.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Aujeszky Aladár: Közlemény a m. kir. állami bakteriologiai intézetből. (Igazgató Preisz Hugó dr. tanár.) Agglutinatiós vizsgálatok pestis-serummal. 560. l.

Porosz Mór: A prostata villanyozásáról és erre szolgáló újabb műszerekről. 561. lap.

Székely Ágoston: Az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdése. 544. lap.

Fröhlich Jenő: Közlemény a kolozsvári „Ferencz József“ m. kir. tudományegyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.) Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez. 566. lap.

Tárcza. Falta Marczel: A heidelbergi szemorvos-congressusról. 567. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Dalmady Zoltán** cytotoxinok. 568. lap. — *Könyvismertetés. Fr. Bezold*: Die Taubstummheit au Grund ohrenärztlicher Beobachtungen. (Ifj. Klug.) — *Luithlen*: Therapie der Hautkrankheiten. (Póór.) — *Gyógyszertan és méregtan. Görges, Ewald, Rudolph* és *Camerer*: Az aspirin. — *Fritsch, Scherf, Ots* és *Bowmann*: A hedonal. — *Bőrkórtan. Matzenauer*: Noma és kórházi üszök. (Guszman.) — *Venereás bántalmak. Neumann*: Adatok a syphilis recidiva tanához. (Selle i.) — *Majocchi*: A „smegmolithok“-ról és egyéb epidermis concretiok. (Selle i.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Roemele*: Typhus-betegek gyógykezelése. — *Kurtz*: A Merck-féle dionin. — *Folyóiratok átnézete.* 569.—570. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Wundt Vilmos. — Riehl Gusztáv. — Jármay László. — Fürdőink személyforgalma. — A magyarországi betegápolók és ápolónők országos egyesülete. — Orvos-statistika. — Országos Orvos-Szövetség képkiállítása. — Az Országos Orvos-Szövetség sorsjátéka. — A fersan. — Tanulmányi tájékoztató. — Az üresedésben levő I. női klinika. — Megjelent. — Elhunyt. — Hirdetések. — Pályázatok. 571. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

Melléklet. Szemészet, 4. szám. Szerkeszti: Schulek Vilmos egyetemi tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a m. k. állami bakteriologiai intézetből. (Igazgató Preisz Hugó dr. tanár.)

Agglutinatiós vizsgálatok pestis-serummal.

Irta: *Aujeszky Aladár* dr. állatorvosi főiskolai segédtanár.

A mult év folyamán *Wenhardt János* dr.-ral a pestis bacillus agglutinatiojára vonatkozó, közösen végzett kisérleteink[1] alkalmával többek között azt tapasztaltuk, hogy a mi Párisból származó pestis elleni serumunk 1 : 5 arány alatt nemcsak a pestis-bacillust agglutinálja, hanem néhány más mikrobát is. Ez az észleletünk arra indított, hogy a *Wenhardt* dr. ral megkezdett ez irányú kisérleteket több más bakteriumra is kiterjeszszem és pedig úgy, hogy a pestis-serummal végzett agglutinatiós próbákat mindenkor szembeállítsam egy egészséges, pestis ellen nem immunizált ló vérsavójával végzett kisérletekkel. E czélra az élő pestis-bacilluson kivül a Haffkine-féle oltóanyag, a typhus-bacillus, a bac. coli, a sertés-pestis, az emberi diphtheria, a takonykór, a sertésvész és a bivalyvész bacillusa szolgált. A vizsgálandó anyagot a serum megfelelő adagainak hozzákeverése után azonnal 37° C-ra beállított thermostatba helyeztem.

Az élő pestis-bacillussal végzett kisérletekről már beszámoltunk „*Adatok a pestis-bacillus agglutinatiojához*“ czimű közleményünkben. E vizsgálatainkból kitünt, hogy némelyik egészséges lónak a vérsavója is agglutinálhatja ugyan a pestis-bacillust, de legfeljebb 1 : 10 arányig s az agglutinatio csak lassan következik be, ellenben a pestis-serum gyorsabban és nagyobb higításban agglutinál. Természetesen e tekintetben is, mint általában minden agglutinatiós vizsgálatnál sok függ attól, hogy milyen származású s mesterségesen rövidebb vagy hosszabb ideig tenyésztett, virulens, vagy avirulens culturával dolgozunk-e, valamint attól is, hogy milyen serumot használunk. A mi Glasgowból származó virulens pestis-bacillusunkat a párisi Pasteur-intézetből hozatott pestis-serum 1 : 50 arányig erősen agglutinálta, 1 : 100 arányban a reactionak már csak nyomai mutatkoztak. Ellenben *Zabolotny*[1] a párisi serummal csak 1 : 25 arányig, Yersin-féle savóval pedig csak 1 : 12 arányig kapott positiv eredményt, *Markl*[2] pedig azt tapasztalta, hogy az általa vizsgált különböző pestis-törzseket a bécsi serotherapeutikai intézet termelte pestis-serum 1 : 100, sőt 1 : 200 arányig is erősen és gyorsan agglutinálta, míg a messinai eredetü savó még 1 : 1 arányban sem adott reactiot, a párizsi pedig épen csak nyomokban. Még nagyobb az eltérés, ha *Kolle* és *Martini*[3] legújabban közétett vizsgálatait tekintjük. E szerzők úgy tapasztalták, hogy a párisi, *szárított alakban* forgalomba kerülő pestis-serum oldata 1 : 1000, sőt 1 : 6000 arányig is gyorsan, olykor már 5 percz mulva agglutinálja a pestis-bacillust, és pedig annál erősebben, minél kevésbbé virulens. Másrészt pedig ismeretes az is, hogy nem minden, a pestisből lábadazó ember vérsavója agglutinálja a pestis mikrobáját, s ugyanez áll a pestis ellen immunizált állat vérsavójára is.

Az összehasonlító vizsgálatok többi eredményét az egyes bakteriumok szerint a következőkben összegezem:

1. *Haffkine*-féle oltóanyag (= a pestis bacillusának elölt tenyészete). Higitás pestis-serummal: 1 : 5, 1 : 10, 1 : 25, 1 : 50 és 1 : 100 arányban. Az 1 : 5 arányú már félórán belül, az 1 : 10

[1] Adatok a pestis-bacillus agglutinatiojához. Orvosi Hetilap, 1901. 25—26. szám, valamint Beiträge zur Agglutination des Pestbacillus. Berl. klin. Wochenschrift. 1902. 32. szám.

[1] Recherches sur la peste. Extrait des „Archives des sciences biologiques“. VIII. k. 1. sz.

[2] Zur Agglutination des Pestbacillus. Cbl. f. Bakteriologie I. Abt. XXIX. k. 1901.

[3] Über Pest. Deutsche med. Wochenschrift. XXVIII. k. 1902. 1.—4. szám

arányú 2 óra mulva positiv eredményű, az 1 : 25, 1 : 50 és 1 : 100 arányúban 6 óra mulva nyomai mutatkoznak az agglutinationak s 20 óra mulva az 1 : 25 és 1 : 50 arányú positiv, az 1 : 100 arányúban azonban ezután is csak nyomai láthatók az agglutinationak. Egészséges, pestis ellen nem immunizált ló vérsavójával csak 1 : 1 arányban mutatkozott positiv reactio (5 óra mulva), az 1 : 5, 1 : 10 és 1 : 25 arányú higításokban pedig az agglutinationak épen csak nyomai jelenkeztek, a mennyiben a controléhoz képest erősebb üledék keletkezett.

2. *Bac. typhi abdominalis* (24 órás virulens leves-tenyészet). Pestis-serummal való 1 : 1 és 1 : 4 arányú higításban 6 óra mulva kezd az agglutinatio megindulni s csak másnapra határozott, az 1 : 10 arányú higításban 6 óra mulva szintén nyomai mutatkoznak az agglutinationak, másnapra az üledék jóval erősebb mint a controlé, de a feltisztulás nem teljes. Normális lóserummal erősebb volt a reactio: az 1 : 10 arányú higításban az agglutinatio már 2 óra mulva megindult (erős pehelyképződés), s 7 óra mulva tökéletes volt. Az agglutinatio nyomait az 1 : 25 arányú higításon is tapasztalni lehetett, a mennyiben a harmadik óra kezdetén csekély pehelyképződés mutatkozott, a mely másnapra erősebb lett, az üledék is erősebb volt, mint a controlé, feltisztulás azonban nem következett be.

3. *Bact. coli.* (24 órás virulens leves-tenyészet.) Pestis-serummal való 1 : 1 arányú higításban az agglutinatio 6 óra mulva kezd megindulni, s igen lassan haladva, másnapra positiv. Ugyanekkor az 1 : 4 arányúban is megvan a jellemző üledék, a feltisztulás azonban csekély. Az 1 : 10 és 1 : 25 arányú higítás pestis-serummal negativ eredményű. A normális ló vérsavója jóval hatásosabb volt e coli-törzsre. Az 1 : 1, 1 : 5 és 1 : 10 arányú higításban már az első órában megindult az agglutinatio s 3 óra mulva már igen erős volt. Még az 1 : 40 arányú higítás is nyomait mutatta a reactionak pehelyképződésével és erős üledékével, ámbár feltisztulás nem következett be.

4. *Bac. diphtheriae* (48 órás avirulens leves-tenyészet). Pestis-serummal való 1 : 1 és 1 : 4 arányú higításban 6 óra mulva némi nyomai mutatkoznak az agglutinationak, mely 20 óra mulva határozott, az 1 : 10 és 1 : 25 arányú higítás azonban negativ eredményű. Egészséges ló vérsavójával az eredmény ugyanaz, s csak annyiban különbözik, hogy az 1 : 10 arányú higításban is valamivel erősebb az üledék, mint a controlban.

5. *Bac. mallei* (6 napos virulens leves-tenyészet). Pestis-serummal való 1 : 1 és 1 : 4 arányú higításban 20 óra mulva némi nyoma mutatkozik a reactionak, 40 óra mulva positiv. A többi higításokban (1 : 10, 1 : 25 és 1 : 50) agglutinatio nem következett be, de üledékük 24 óra mulva valamivel erősebb volt mint a controlé. Egészséges ló vérsavójával az agglutinatio az 1 : 250 arányú higításig is positiv volt, 1 : 300 arányban határozatlan.

6. *Bac. suipestifer* (24 órás virulens leves-tenyészet). Pestis-serummal való 1 : 1 arányú higításban 6 óra mulva positiv volt az agglutinatio, az 1 : 4 arányú higításban 6 óra mulva megindult s 20 óra mulva határozott volt, ellenben az 1 : 10 arányú higításban csak gyenge nyomai mutatkoztak az agglutinationak. Ezzel szemben egészséges ló vérsavójával még az 1 : 10 arányú higítás is positiv eredményt adott (az agglutinatio már 3 óra mulva megindult).

7. *Bivalyvész* (24 órás avirulens leves-tenyészet.) E bakteriumot a pestis-serum még 1 : 1 arányú higításban sem agglutinálta s az egészséges ló vérsavójával végzett kisérletben is csak némi nyomai mutatkoztak az agglutinationak.

8. *Sertésvész* (24 órás virulens leves tenyészet). E bakteriummal is teljesen ugyanazok az eredmények, mint a melyeket a bivalyvészre vonatkozólag említettem.

Mindezekből pedig kitetszik, hogy a lóból származó pestis-elleni immunsavó csak a pestis bacillusára fejt ki számbavehető agglutináló hatást, a többi vizsgált bakteriumot azonban vagy egyáltalában nem agglutinálja, vagy pedig, ha agglutinálja is, e reactio csak lassan és csak akkor következik be, ha erősen concentráltan adjuk a vizsgálandó tenyészethez, oly arányban, a milyenben az egészséges ló vérsavója is agglutinatiot vált ki; sőt az egészséges ló vérsavójának e tulajdonsága némely bakteriumra (bacterium coli, bacterium mallei) vonatkozólag sokszorta felülmulja a pestis-serumét A pestis elleni vérsavó tehát, ha kellő óvatossággal járunk el, gyanus tenyészetek identifikálásakor jó szolgálatot tehet.

Végül megemlítem, hogy e kisérleti eredmények nagyjából megegyeznek *Kolle* és *Martini* nehány hónap előtt közölt s már előbb említett vizsgálatainak eredményével. E szerzők is úgy találták, hogy a pestis serum, a bivalyvész, sertés-pestis, pseudotuberculosis és egértyphus bacillusát, valamint a Danys-féle bacillust nem agglutinálja, a tyúkcholera és a sertésvész bacillusát pedig csak 1 : 3 arányú higításig. A mi csekély különbség az ő eredményeik s az enyémek között felmerül, a vizsgálati eljárás és a bakterium-törzsek különbözőségén kivül főleg annak vélem betudni, hogy *Kolle* és *Martini* szárított savóval végezték kisérleteiket, én pedig nem szárított pestis-serumot használtam.

A prostata villanyozásáról és erre szolgáló újabb műszerekről.

Húgycső- és végbél-electropsychrophor.

Irta: *Porosz Mór* dr. urolog Budapesten.

A budapesti dermatologusok és urologusok egyesületének 1896. márczius 6-dikán tartott ülésén, továbbá 1897-ben a moszkvai nemzetközi orvosi congresusson tartott előadásomban röviden vázoltam azokat az irányelveket, melyeket a prostata villanyozásánál fontosnak tartottam. Ugyanott be is mutattam a szerkesztettem végbél- és húgycső-electrodokat.

Azóta megjelent tudományos dolgozataimban részletesen referáltam a sikerrel gyógyított betegségi nemekről és esetekről. Örömömre szolgál, hogy szavam nem a pusztában hangzott el és hogy az eszme, ha nem is teljesen új, de újabb formában követőkre talált.

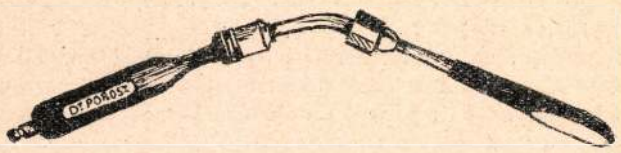
A Moszkvában bemutatott műszereim egyike a végbél-electrod (1. ábra). Ez egy ujjnyi vastag kaucsukba ágyazott fém, mely egy tompaszög alatt elhajló nyél végén kapcsolható a telephez. A kaucsukrész 10 cm. hosszú, a végén vastagabb, kúpalakú, melynek hegye a bevezetés könnyítésére hegyesen letompított. A beleágyazott fémlemez a műszer végétől 6 cm.-nyi hosszú, úgy hogy a kaucsuk 4 cm.-nyire részében izolálva van a fémes összekötettés a végből, hogy a sphincter ani kerülve legyen a villamáram hatásától. Ha beteg feszes térd mellett meghajolva derékszög alatt egy széken tenyerel, akkor a bevezetett műszer fémrésze épen a prostatára esik. Ha a beteg háton fekszik, akkor a műszer szétcsavarása után a fémlemez úgy állítható, hogy az felfelé, a nyél pedig lefelé néz, hogy a prostatát érinthesse. A másik electrod egy közönséges lapos, nyeles, 5 cm. és 10 cm. fémlemez, mely az os pubis felett helyeztetik a hasfalra. Ezen összeállítás mellett a faradikus secundaer áramot használom. Ennek czélja a prostata-izomzat működését kiváltani. Ezen izomösszehúzódás azonban nem szabad, hogy állandóan tartson, mert akkor úgy járnánk vele, mintha a tonizáló massage helyett egy fárasztó és kimerítő állandó nyomást gyakorolnánk valamely nem jól működő végtagizomzatra.

Ezért szükséges, hogy e prostata-*izommüködést a villanyozás alatt időnként nyugalom* váltsa fel.

Ezt különösen kell hangsúlyoznom azért is, mert tapasztalatom van arról, hogy a kartársak félreértik a faradikus áram czélját.

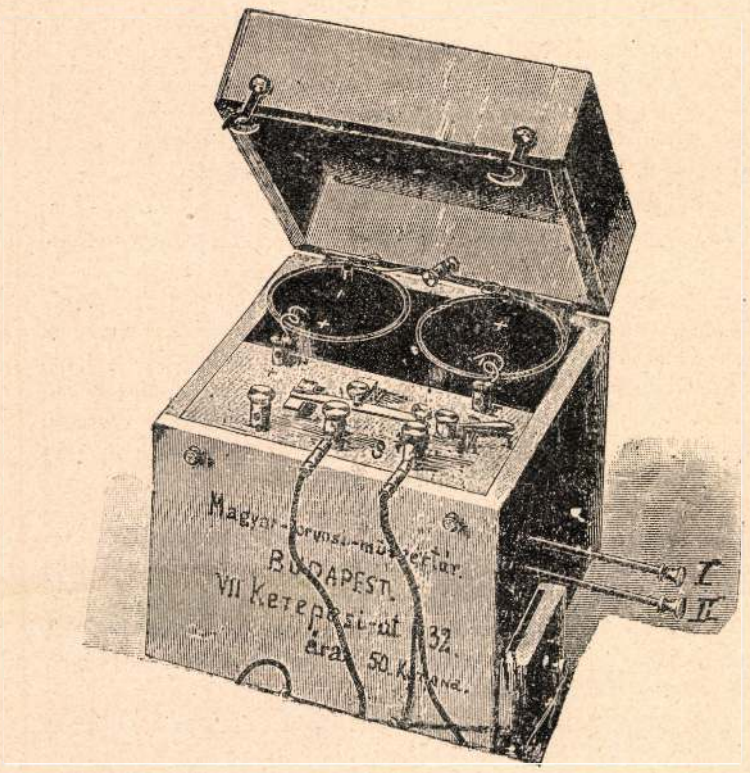
Régi szokás, hogy egyes, még nem elég tisztázott eredetű betegségek ellen alkalmazott villanyárammal az idegekre akartak hatni (sexualis neurasthenia). Persze a hatás maga igen sokszor csak szándék maradt, mert a hatás eredménye igen sokszor nem mutatkozott. Ezzel a szokással szakit eljárásom, a midőn a prostata izomzatára hatva, annak összehúzódását váltom ki. Összehúzódásban azonban csak addig hagyom a prostatát, a míg a végbél-electroddal egyik szélétől a másik oldal széléig érek. Midőn az electrodot a prostata felületén igy átesúsztatva az áramot megszakítom, hogy a prostata összehúzódása szüneteljen. Igy *váltakozva működik és szünetel az áram.* Természetesen az áram erősségét is szabályozni kell. Eleinte az idegenszerű érzés a betegek részéről nem engedi meg a kellő erősségü áram alkal-

mazását. Némely betegnél még továbbra is kisebb fokú áramnál kell megmaradni.



1. ábra.

E kettős czélra, úgymint az áram erősségének a beállítására és könnyü megszakitására igen alkalmas a száraz elemes inductiós villanygép-systema. (2. ábra.)



2. ábra.

E gépnek oldalán két gombos végü rézsin van. A felső (1) beállításánál a használt áramnak maximalis nagysága állandósitható.

Az alsó (2) rézrudat teljesen kihúzva az áram egész minimalissá lesz úgy, hogy a beteg nem is érez áramot.

Ha ezt a második rudat lassan betolom, akkor az áram nagysága fokozódik, de maximumát a beállított első rúd állása határozza meg. Ha ilyenkor a második rudat kihúzzuk, akkor az áram megszakad.

Ezáltal lehet az áramot fokozatosan emelni vagy fokozatosan ad null lecsökkenteni. Ha a beteg jól türi az áramot és a prostatán erősebb összehúzódásokat kivánunk létrehozni, akkor a felső rudat kissé beljebb toljuk, hogy ezáltal erősebb legyen az áram maximuma. Azt ki kell emelnem, hogy *mindig secundaer áramot kell e manipulatiora használni.* Minthogy szaggatott és másodlagos áramról van szó, az electrodok közül akármelyik használható a végbélbe. Ily áramnál + és — sarokról beszélni nem lehet, mert a másodlagos áram iránya folyton váltakozik.

A szünetek addig tartanak körülbelül, mint a müködési idő. Igy az eltürt áram erejéhez mérten 15—20—25 összehúzódást váltok ki egy ülésben. Ezen ülések alatt az (1) rézrúd segélyével a kezdetben leggyengébb áramot a míg lehet 2—3 összehúzódás után erősbitem addig, a míg a beteg azt túlerősnek nem találja

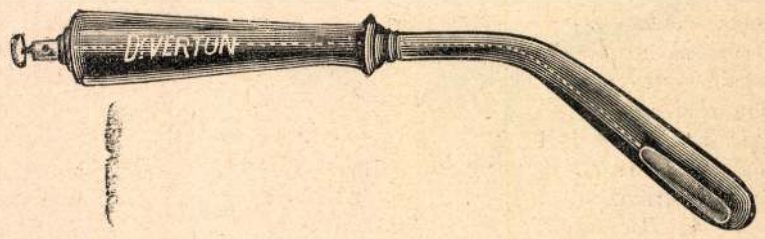
Ha pedig az áramot közvetetlenül csakis a prostatára akarom hatni engedni, olyankor a moszkvai congresusson szintén bemutatott *húgycső-electrodot* veszem alkalmazásba. (3. ábra.)

Ez egy Beniqué-görbületü sonda, melynek a pars prostaticába futó része szabadon maradt fém. A hegye és a többi része

3. ábra.

4. ábra.

5. ábra.



6. ábra.

7. ábra.

kaucsukkal van izolálva. A fogantyújára van alkalmazva egy kettős csavarral ellátott *fémnehezék,* melynek egyik csavara a sondára való erősitésére, a másik a vezető zsinór kapcsolására szolgál.

Ez összeköttetési módot azért választottam, hogy a háton fekvő betegnél, kinek előzetesen vezetem be a végbélelectrodot, a sonda könnyen csúszszék be, mintegy saját súlyánál fogva. Erre azért van szükség hogy a hátsó húgycsőrészlet falát oda ne szorítsam a végbél-electrodhoz, a mi érthetőleg fájdalmat okozna.

A húgycső-electrod alkalmazásakor az árammal való bánásmód ugyanaz marad.

Ez eljárásomat azóta többször és több helyen is leirtam.

1899-ben a L'association Française d'urologie negyedik ülésén *Janet* „Traitment des prostatites chroniques“ czímü előadása keretében felemlíti a faradikus áram általam ajánlott alkalmazását, a mely eljárás szerinte is többet nyujt, mint a massage. Ö azonban, kit a massage hatékonysága szintén meggyőzött, a villanyozás mellett azt is érvényre akarta juttatni. Ezért egy kaucsuk-ujjat szereltetett fel fémlemezzel, és e fémlemezt összekötve a telephez vezető zsinórral, ujjal massálva alkalmazhatta a villamáramot.

Ugyanezen ülésen *Hagge* is bemutatott egy electromassagera szolgáló kaucsukujjat, melylyel a villanyozandó helyeket is ki tudja tapintani. Ö már nem ragaszkodik erősen a faradikus áramhoz. Ö a több izben megszakitott állandó áramtól jobb eredményt látott. Ez is az izomzat erős összehúzódását váltja ki.

Bármennyire is hálás tisztelettel vagyok a felemlített két szerző iránt, hogy eljárásomat felkarolták, mégis egy-két megjegyzést kell tennem ö előadásaikra. Elsősorban megemlítem, hogy magam is gondoltam

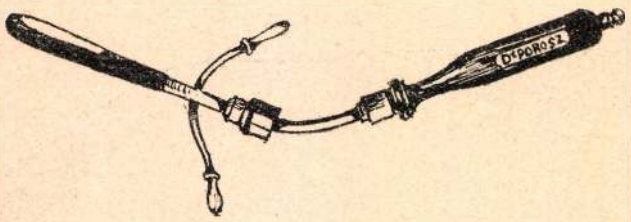
a kezdet kezdetén ilyenféle megoldásra. Nem ugyan a massage kedvéért, hanem azért, hogy az áramot jól alkalmazhassam a prostatára.

Ezért meg is próbáltam a kézcsuklómhoz erősített electrodot az ujjammal meghosszabbítani, úgy hogy a végbélelectrod a mutatóujjam lett volna. Ez idealis electrod lenne, de nem használható. Gyenge áram jóformán hatástalan a prostatára, erős áram alkalmazásának pedig útját állja az ujjhegy érzékenysége.

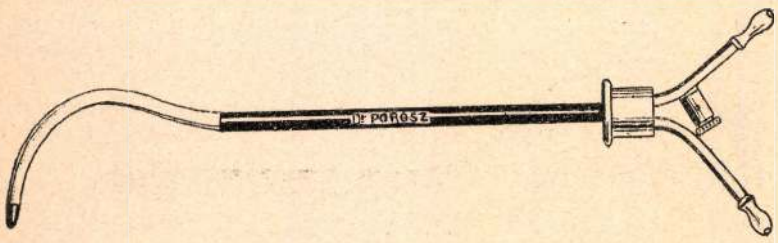
Azt hiszem ez lesz Fränkl eszközének is hátránya, a ki Berlinben e módot ajánlotta.

Ezután jöttem Janet és Hagge-val hasonló gondolatra. Ennek azonban hátrányát láttam abban, hogy az alkalmazott fém a kaucsuk-ujjon gátolni fogja a tapintást, úgy hogy épen az, a mit Janet különösen ki is emel, tudniilik a lobos részeknek a kitapintása válik ilusoriussá. Másrészt pedig épen Janet villanyozó kaucsuk-ujjának még egy hátránya, hogy az alkalmazott fémlemez

8. ábra.



9. ábra.



10. ábra.

igen kicsiny. Minthogy pedig a villamáram nem oly gyógyhatány, a mely a prostata ép részleteire hatva kárt okozna, ezért inkább villanyozom az ép részletet is, mintsem az áram hatásától ment maradjon a beteg részlet. Ez pedig nagyobb fémlemez alkalmazását kivánja. A nagyobb fémlemez pedig nemcsak a tapintást, hanem az ujj hajlíthatóságát is gátolja. Ezek után nem maradt más mód, mint az ujjról és keztyüről lemondva, a nagyobb és szélesebb fémlemez kedvéért merev eszközhöz, a kaucsukhoz fordulni. E műszernél ismét gondomat képezte az, hogy a kaucsuk, melybe a fémlemez beágyaztatik, a kinyujtott vagy a hajlított ujj formájára készüljön-e. Minthogy vizsgálatnál a mutatóujj hajlított állapotban van, közelfekvő volt az a gondolat, hogy az így készített electrod jól ráfekszik a végbélbe bedomborodó prostatára. Azon esetekben, a midőn a prostata megvastagodott, ez tényleg így is van. Azonban a prostata megnagyobbodása esetén minden egyénnél más és más domborulatot, más és más nagyságot ér el. Igy pl. egy kisebb prostatára készített electrod egy nagyobb prostatánál használva, nem bizonyulna jónak és épen azon előnyt, a melyet czélozunk, a prostata egész felületének az érintését nem érjük el, mert a nagyobb prostata felülete nem oly hajlású, mint a kisebbé. Lapos, atoniás és puha prostatára ezzel nyomást gyakorolni vagy azzal jó contactusba hozni szintén nem lehet.

Ezért nem czélszerű a *Friedrich Dommer* által ajánlott electrod sem. Ő ugyanis 1900-ban a Wien. medic. Wochenschrift-ben közölte müszerének ábráját és leirását.

A végbélbe jutó rész hajlitottságán kivül van műszerének még más hibája is. Ez a nyél egyenes volta. Ily nyéllel a beteget különféle helyzetben nem lehet kezelni. Nehezen érthető az ő elhelyezési modja is, a midőn „setzt sich der Patient und zwar so, dass er auf das Heft der Electrode zu reiten kommt“. Ha ez így összehozható, akkor müszere a prostatától elemelődik. Háton fekvő betegnél pedig a lógó scrotum utját állja a müszer kezelésének, ha ugyan ő is ide-oda szándékozik azt csusztatni.

A közleményében megemlíti az én műszeremet is. Azonban a szerkesztettem húgycső-electrodról nem szólva, annak hüséges mását ábrázolja mint sajátját. Azok, a kik a moszkvai congressuson bemutatott müszereimet látták, azok előtt a tény ismeretes. Ott ugyanis kétféle húgycső-electrodot mutattam. Az egyik a rendes kösonda görbületü, a másik a Beniqué-alakú volt. Azonban a fennebb leirt csavar és annak alkalmazási módja is látható Dommer húgycső-electrodján, melynek czélját, a súlyos voltát meg nem értve, a mint az ábrából látható, indokolatlanul és czéltalanul kicsinyre szabta.

Ezt látszólag feleslegesen azért említem meg, mert 1900-ban Vertun ismerteté az ő prostata electrodját, mely — a mint azt meg is említi — csak abban különbözik az enyémtől, hogy a végbélből kivül maradó része is kaucsuk és nem fém. (6. ábra.)

A húgycső electrodja pedig csak a Beniqué alakjára olyan mint az enyém, és Dommer sondájához sem sokkal hasonlóbb. (7. ábra.)

E közlemény megjelenése után Dommer prioritási vitát indított meg — mely prioritás engem illet — Vertun ellen, a melyben élénken hangsúlyozza, hogy Vertun az ő müszerét másolta. Én e prioritási jogomat nem kerestem eddig. De ha már Dommer jogtalanul követeli azt magának, akkor már inter duos fellépek harmadiknak és örvendve bizonyíthatom, hogy az eszme az enyém és nem Dommeré, a ki azt magának arrogálja.

1901-ben a VII. Congr. d. Deutsch. Dermatolog. Gesellschaft ülésén *Richter* a chronic. prostatitis kezeléséről tartott előadásában a faradikus áramot ajánlja a saját modellje szerint készített végbél-electroddal.

Az áram alkalmazási módja teljesen azonos az enyémmel, csak a müszere más (8. ábra), vastagabb és esetlen, mert a sphinct. ani-t feleslegesen feszíti szét.

Ő is a prostata izomzatának összehúzódásait akarja kiváltani és ezért a faradikus áramot használja. A Hagge által ajánlott galvanikus áram időnként történő megszakítása és megindítása is izomösszehúzódást vált ki. Ezen összehúzódások azonban pillanatig tartók, mig a faradikus áram által kiváltott tonus idejét tetszésünk és a szükség szerint (míg végigcsúsztatjuk az electrodot az egész prostatán) meghosszabbíthatjuk.

Minthogy a különféle prostatabántalmak sokszor erősebb áram alkalmazását kivánják mint a milyet minden beteg könnyen eltür, ezért legutóbb megpróbáltam müszereimet psychrophorral combinálni. Igy a végbél-electrod (1. ábra) kaucsuk részébe egy Winternitz-féle hütőt helyeztem, melynek csupaszon maradt fémrésze alkotja az érintkezésre való fémlemezt. E formában (9. ábra) csakis az odavezető *a)* és elvezető cső *b)* látszik újításnak megfelelő esetekben. Igy felszerelve vízkeringéssel vagy hideg vagy meleg vízáramlás mellett lehet vele villanyozni. Ez a *végbél-electropsychrophor*.

A másik müszeremet, a villanyozó húgycsősondát is combináltam psychrophorral, mert alkalmazása után néha a beteg vizeléskor jelentke ő kellemetlen érzésről panaszkodik. Ilyenkor a hideg vízhütés ezt elmulasztja. A müszer olyan, mint egy psychrophor, melyre egy csavar van alkalmazva és a pars prostaticába futó részén kivül a többi rész kaucsukkal bevonva, izolálva van. (10. ábra.) Müszereimet Simon és Breuer „Magyar orvosi müszertár“ czég készítette.

A Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane XII. kötet. 203. oldalon *Guéteras*-nak New-Yorkban (a Section gen.-urin. surg. április hóban) tartott előadásáról szóló referatumban van megemlítve, hogy a prostatára bocsátott vízsugarat villanyossággal terhelten használja és ekkor egy prostata-electrodot is bemutatott. Ennek leirását vagy ábráját nem tudtam megszerezni.

Az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdése.

Székely Ágoston dr. magántanártól.

(Folytatás.)

A mi Koch következtetéseinek birálatát illeti, azt hiszem czélszerűbb lesz ebbe csak akkor bocsátkozni, a mikor a szóban forgó kérdés tisztázására más búvárok által végzett kisérleteket és ezek eredményeit már megismertük.

Vegyük tehát sorra azokat a kisérleteket, a melyeket az emberi és a marhagümőkór azonosságának, illetve különbözőségének felderítésére részben már Koch előtt, részben pedig Koch előadása után végeztek.

Már Koch is említi előadásában, hogy ilyen vizsgálatokat régebben *Chauveau, Günther* és *Harms, Bollinger, Dammann*, újabban *Smith, Dinwiddie* és *Repp* is végeztek. Az irodalom lehető gondos áttanulmányozása útján ezeken kivül még néhány szerzőre akadtam, a kik szintén végeztek idetartozó vizsgálatokat még a Koch előadása, előtti időben (*Klebs, Orth, Pütz, Crookshank, Sidney Martin Frothingham, Gaiser)*; egyúttal megjegyzem azonban, hogy Günther és Harms, valamint Dammann adataira a rendelkezésemre álló irodalomban nem tudtam ráakadni, a mint hogy nem említik ezeket a kérdéssel összefoglalóan foglalkozó más, jónevü szerzők (Ostertag, Johne) sem, *Repp* közléséhez pedig[1] nem férhettem. A Koch előadása utáni időből *Paterson, Sheridan Delepine, Ravenel, Karlinski, Behring, Arloing, De Jong, Thomassen, Kitt, Stenström* és *Svenson* közlései jutottak tudomásomra. Lássuk már most ezen vizsgálatokat időbeli sorrendben.

Klebs, Orth, valamint Bollinger vizsgálatai még a gümőbacillus felfedezése előtti időből valók. *Klebs*[2] annak előrebocsátása után, hogy tengerimalaczoknál a tápcsatorna útján gyöngykóros anyaggal való fertőzés ugyanolyan eredményre vezet, mint az emberből származó gümőkóros anyaggal végzett hasonló fertőzés: a következő kisérletét említi. 1869. julius 26-dikán egy négy hetes, erőteljes borjúba emberből eredő gümős anyag dörzsölékéből 15 Pravaznyit fecskendezett be, még pedig a hasüregbe. Az állatot október 22-dikén leölve, az omentum majus egész területén, valamint a gyomor egy részén elszórtan nagyszámú nyeles, közepükön elmeszesedett csomó találtatott, a melyek szövettanilag a gyöngycsomók minden sajátságával birtak; azonkivül néhány szürke miliaris csomó volt a mesenterium és a mellső hasfal nyirokmirigyeiben, úgyszintén a májban is; a lépnek csak felszinén mutatkozott néhány lapos, szürke csomó. A vesék, tüdők, nemi szervek és a bél nyákhártyája teljesen épek voltak. Az elváltozásoknak a befecskendés környékére szorítkozásából Klebs szerint határozottan lehet következtetni, hogy tényleg a befecskendezett anyag idézte elő azokat.

Orth[3] egyrészt marhából, másrészt emberből származó gümős anyagot vitt több napon keresztül a szájon át 4—4 házinyúlba és azt találta, hogy a míg a marhából eredő gümős anyaggal fertőzött állatok mind gümőkórosak lettek, addig az emberi gümős anyaggal fertőzöttek közül egy sem betegedett meg. Megjegyzendő, hogy egy másik kisérleti sorozatban 7 házinyúlnak adott több napon keresztül a szájon át kizárólag friss gyöngykóros anyagot; a 7 állat közül csak 2 betegedett meg.

Bollinger[4] egy jóval később megjelent czikkében említi, hogy még 1879-ben egy három hónapos borjú hasüregébe emberi tüdőből származó gümőtartalmú folyadékot fecskendezett; a 7 hónap mulva leölt állat bonczolásakor a hashártya typusos gyöngykórját találta; a többi szerv, így a tüdő is, teljesen egészséges volt, a mi a mellett szól, hogy a talált elváltozásokat tényleg a hasüregbe vitt, emberből származott gümős anyag okozta.

A gümőbacillus felfedezésének évére esik *Pütz*[5] közlése, mely szerint 3 borjúba részint a tápcsatorna útján, részint a bőr alá, részint a hasürbe emberből származó gümőkóros anyagot vitt, a nélkül, hogy az állatoknál később gümőkór fejlődött volna. Ugyanő később[6] még két borjún megismételte a kisérletet, még pedig az egyik borjúnál emberi gümőbacillus tiszta tenyészetét használta; az eredmény most is negativ volt.

Crookshank[1] egy teljesen egészséges borjú hasüregébe gümőkóros betegtől származó, nagyon virulens köpetet fecskendezett, mire a befecskendés táján kiterjedt gümős lerakodás keletkezett, ebből kiindulólag száz meg száz gümő képződött, továbbá a májban és a tüdőben is találtattak rendkivül apró gümők; úgy ezekben, mint a peritonealis gümőkben a gümőbacillusok kimutathatók voltak. Az állat különben pyaemia következtében pusztult el a 42. napon s azért szerző lehetségesnek tartja, hogy a pyaemia elősegítette a gümőbacillusok elszaporodását, a gümőkór kifejlődését.

Chauveau[2] részint a tápcsatorna és a vér útján, részint pedig a bőr alul próbálta fertőzni a kisérleti állatokat. A tápcsatorna útján való fertőzéshez 6 fiatal marhát használt, és pedig háromnak gyomrába emberből, a másik háromba pedig marhából származó gümős anyagot (tüdőgümők dörzsöléke) vitt. Mind a 6 állatban bonczolásukkor kiterjedt gümőkórt találtak; különbség az emberből és a marhából eredő anyaggal fertőzött állatokban fejlődött elváltozások tekintetében nem mutatkozott. A mi a vér útján végzett fertőzési kisérleteket illeti: egy borjú vérébe heveny gümőkórban elhalt gyermek tüdejének dörzsölékéből 2 köbcentimetert fecskendezett; a 29. napon leölt állatban a tüdő, valamint a mediastinalis és bronchialis nyirokmirigyek gümőkórja találtatott. A marhából származott gümőkóros anyaggal két borjún végzett párhuzamos kisérletben a fejlődött elváltozások szintén a mellürre szorítkoztak, de kiterjedtebbek voltak, a mi talán abból magyarázható, hogy ezeket az állatokat jóval később ölték le. Végül emberből származó gümőkóros anyaggal subcutan fertőzött 7 marháról („de l'espéce bovine") tesz említést szerző; valamennyinél a befecskendezés helyén gümőképződés indult meg, a szomszédos nyirokmirigyek is gümőkórosak lettek, a gümőkór általánossá válásának azonban nyoma sem mutatkozott; de ugyanilyen volt az eredmény a marhából származott gümőkóros anyaggal subcutan fertőzött 3 állatban is.

Sidney Martin[3] egyik kisérletében 4 borjú táplálékába két tüdővészes egyén köpetét keverte. Az egyik borjút körülbelül 4 hét után leölve, a bélben 53 gümőt talált; a 8 hét mulva leölt borjúban 63, a 12 hét mulva leöltben pedig 13 gümő volt kimutatható; a 33 hét mulva leölt borjú bonczoláskor gümőkóros elváltozás egyáltalán nem volt található. Gümőbacillusokat csak a 12 hét mulva leölt állat gümőiben sikerült kimutatni. Egy másik kisérletében két borjú kapott a táplálékkal tüdőgümőkóros betegtől származott köpetet; az egyik borjú 8 hét mulva leöletvén, belében 13 gümő találtatott, azonkivül a mesenterialis mirigyek is gümőkórosak voltak; a gümőkben tuberculosis-bacillusok kimutathatók voltak; a 19 hét mulva leölt másik borjú bonczolásakor egészségesnek bizonyult. A párhuzamosan gyöngykóros anyaggal táplált 4 borjú mindegyikében kiterjedt gümőkóros elváltozások találtattak. Kisérleteiből tehát azt következteti szerző, hogy az emberi gümőkór kevésbbé infectiv, mint a marhagümőkór.

Smith idetartozó első kisérleteit már 1896-ban közölte volt[4] később azonban folytatólagosan végzett kisérleteivel együttesen is beszámolt róluk.[5] Tengerimalaczokon végzett kisérletei alapján arra a következtetésre érzi magát feljogosítottnak, hogy a gümőkóros marhából kitenyésztett gümőbacillusok sokkal virulensebbek, a mennyiben a velük fertőzött tengerimalaczok korábban pusztulnak el, a fejlődött elváltozások kiterjedtebbek, bennük sokkal több a gümőbacillus. Marhagümőbacillus-tenyészettel intravenosusan fertőzött házinyulak 19—21 nap alatt elpusztultak, míg az emberi gümőbacillus tenyészetével hasonló módon fertőzöttek egy kivételével életben maradtak; előbbieknél rohamosan fejlődtek és necrotizáltak a tüdőben a gümők, bennük nagyon sok volt a gümőbacillus; utóbbiaknál a tüdőben rendkivül lassú volt a gümőképződés, a gümők necrosisra nagyon kevés hajlamot mutattak, gümőbacillusok nagyon gyér számmal voltak bennük. A marhákon (7 borjú, 4 tehén, 1 bika) végzett kisérletekben 6 állat emberi, 5 marha- és

[1] Philad. med. journ. 1900.
[2] Virchow's Archiv, 49. kötet, 1870.
[3] Virchow's Archiv, 76. kötet, 1879.
[4] Münchener medicinische Wochenschrift, 1894.
[5] Tageblatt der Naturforscherversammlung 1882.
[6] Münchener medicinische Wochenschrift, 1893.

[1] Report of the board of agriculture for 1888. Idézve *Crookshank* egy másik dolgozatában: The lancet, 1901. november 2.
[2] Congrès pour l'étude de la tuberculose. II. session, 1891.
[3] Report of the Royal Commission on Tuberculosis, 1895.
[4] Transactions of the Association Amer. Physicians, 1896.
[5] The journal of experimental medicine, III. kötet, 1898.

*

1 disznógümőbacillussal lett fertőzve (a disznógümőbacillus valószinűleg marhából eredő volt), még pedig a tüdőbe fecskendezés útján. Marhagümőbacillussal fertőzött két állat magától pusztult el a 35. illetve 19. napon; a többi állatot két hónap elteltével leölték. Az emberi gümőbacillussal fertőzött 6 állat közül 1 nem mutatott elváltozást, 2-nél nagyon kismérvü elválozások voltak, 3-nál pedig csak a fertőzés helyére szorítkozó elváltozások dissemináció nélkül. A marhagümőbacillussal fertőzött 5 állat közül 2-nél általános gümőkór fejlődött, 2-nél nagyon kiterjedt, 1-nél kevésbbé kiterjedt elváltozások találtattak. A disznógümőbacillussal fertőzött állatban az elváltozások kevésbbé kiterjedtek voltak, mint a marhagümőbacillussal fertőzött állatokban találtak. Ez utóbbi állatok súlya állandó maradt vagy kissé csökkent, az emberi gümőbacillusokkal fertőzötteké ellenben 75—85 fonttal gyarapodott; előbbiek a fertőzés után 3 héten át kifejezetten lázasok voltak, utóbbiak nem.

Langdon Frothingham[1] két kisérleti sorozatáról emlékezik meg. Az elsőben 4 fiatal borjút használt, melyek közül kettőnek a hasürébe, kettőnek pedig a légcsövébe fecskendezett emberi gümőbacillus-tenyészet dörzsölékéből 1—1 köbcentimetert (a használt tenyészet körülbelül a 20. generatio és egy hónapos volt). Az intraabdominalis úton fertőzött két borjúnál kifejezett hashártyagümőkór fejlődött; az intratrachealisan fertőzött borjuk egyike egészséges maradt, a másiknál azonban a befecskendés helyén keletkezett nagymérvü gümőkóros elváltozáson kivül a májban és a tüdőben is találtak gümőket. A második kisérleti sorozatban tüdővészes egyén köpetének vízzel készült dörzsölékéből fecskendezett szerző 3 borjúba; egynél (subcutan fertőzés) teljesen negativ volt az eredmény; egynél (intratrachealis fertőzés) a fertőzés helyén nagy gesztenyenagyságú gümő fejlődött; egynél pedig (szintén intratrachealis fertőzés) ugyancsak a fertőzés helyén borsónyi gümő képződött, azonkivül apró gümők találtattak a májburok alatt is. Párhuzamos kisérletek marhagümőbacillussal nem végeztettek.

Dinwiddie[2] közleményét csak rövid referatumból ismerem. A marhából származó gümőkóros anyagot marhára, juhra, kecskére és házinyúlra nézve virulensebbnek találta, mint az emberből származót; lovon, disznón, macskán és kutyán végzett kisérletek ilyen különbséget nem mutattak.

Baumgarten intézetében *Gaiser*[3] egy borjú mellső szemcsarnokába gyöngykór-bacillusokat, egy másikéba pedig emberi gümőbacillusokat fecskendezett; utóbbi állat még a böre alá is kapott a fertőzésre használt anyagból. Az első állatnál jellegző szemgümőkór fejlődött és 6 hét mulva nagyfokú lesoványodás és nehéz légzés közepette beállott a halál; bonczoláskor nagyfokú általános miliaris gümőkórt találtak, gyöngycsomók képződése nélkül; a második állat egészséges maradt és több hónap mulva leölve, gümő- vagy gyöngykór nyomát sem mutatta.

Paterson[4] emberi gümőbacillusnak fiatal tehén mellső szemcsarnokába vitele után positiv eredményt látott.

Sheridan Delepine[5] közlése már a Koch előadása után való időből ered. Minthogy a gümőbacillusok mesterséges tenyésztőtalajon növésük közben sokszor tetemesen veszítenek fertőző képességükből, másrészt pedig a gümőkóros emberekből származó tuberculosus termények is nagyon változó fertőző erejüek: kisérleti állatainak fertőzésére tüdőgümőkórban szenvedő hat beteg köpetének keverékét használta. A kisérletekhez 4 borjút használt. Ezek közül az egyik, a melyiknek, a tüdejébe fecskendeztek az említett keverékből 5 köbcentimetert, már a 6. napon elpusztult általános gümőkórban; az állat tehát már a fertőzés előtt gümőkóros volt. Egy másik borjú, a mely a böre alá kapott 5 köbcentimetert, szintén már a 6. napon elpusztult; a befecskendezés helyéhez közel egy mirigy kifejezetten megnagyobbodottnak találtatott; gümőkór egyéb jele azonban nem volt kimutatható. Ez a két kisérlet tehát következtetések vonására nem használható. Határozottan positiv volt azonban az eredmény a másik ket állatnál, a mennyiben az egyiknél, a melyik táplálékához keverve 50 köbcentimeter köpetelegyet kapott, a 26 nap mulva bekövetkezett elhullása után a tápcsatornával összefüggésben álló mirigyek kifejezett gümőkórja találtatott; a másiknál pedig, a mely 5 köbcentimeter köpetkeveréknek intraabdominalis befecskendése után 70 nap mulva került boncolásra, kifejezett hashártyagümőkór volt jelen, a mely már a pericardiumra és a pleurára is átterjedt; ezenkivül még csak a peritoneummal viszonyban levő néhány nyirokmirigyben találták a gümőkór jeleit. Ez az utóbbi állat a fertőzés utáni 26. napon tuberculin-próbának lett alávetve, kifejezett reactio akkor nem mutatkozott; a 68. napon megismételt tuberculin-próba azonban határozottan positiv eredményt adott. Megjegyzendő, hogy szerző nem tartja czélszerünek a kisérleti állatokat előzetesen tuberculin-próbának alávetni, mert a tuberculinnak némi praeventiv hatása lévén, a gümőkór kifejlődését megakadályozhatja. Különben is a kellő körültekintéssel végzett boncoláskor abból, hogy a talált gümőkóros elváltozások a fertőző anyag bevitelének helyével és módjával szoros összefüggésben állanak, szerző szerint a biztossal határos valószinűséggel kizárhatjuk azt, hogy esetleg már a kisérlet megkezdése előtt jelen volt gümőkóros elváltozásokkal állunk szemben.

Karlinski[1] kisérleteit szintén csak rövid referatum alapján ismertethetem. 25 kisérlete közül 10-ben sikerült emberi gümőkóros anyaggal marhát fertőzni, még pedig intraperitonealis fertőzéssel 4 esetben, intrapleuralis fertőzéssel 2 esetben, a légcsőbe, a tőgybe, a herébe és bőr alatti kötőszövetbe fecskendezéssel 1—1 esetben. Az emberi gümőkór fertőző anyagával szemben a marha csak egy bizonyos határig reagál, a mi különösen az intrapleuralis befecskendezés után volt szembetünő; a fertőzés helyéhez közel eső nyirokmirigyek többnyire elsajtosodtak, általánossá azonban nem vált a betegség.

Behring[2] a svéd tudományos akademiában a marháknak gümőkór ellen való immunizálásáról tartott előadásában azt mondta, hogy az emberből származó gümőbacillusok mesterséges tenyésztőtalajon hosszabb időn át továbbtenyésztésük alatt mintegy vaccin-né változnak a marhára nézve. Frissen emberből tenyésztve azonban, főleg ha kecske szervezetén át viszszük őket, a marhára nézve is nagyon virulensek.

Mazyck P. Ravenel[3] kiterjedt vizsgálatainak eredményei röviden a következőkben foglalhatók össze. Egyrészt emberből, másrészt marhából kitenyésztett 2—2 gümőbacillus-culturával 18—18 állatot (tengerimalacz, házinyúl, kutya, ló, kecske) fertőzött részint a bőr alul, részben a tüdőbe fecskendezés útján. A marhagümőbacillussal fertőzött 18 állat közül 15 magától elpusztult, 3 leöletett; az emberi gümőbacillussal fertőzött 18 állat közül 7 pusztult el magától, 11 pedig leöletett. A tengerimalaczok marhagümőbacillussal fertőzés után mindig korábban elpusztultak, mint emberi gümőbacillus használata után. Az emberi gümőbacillussal fertőzött házinyulak egyike sem pusztult el magától és leöletésük után sem mutattak elváltozást, míg a marhagümőbacillussal fertőzött házinyulak mind kiterjedt gümőkóros elváltozások következtében hullottak el. Kutyákban, lovakban és kecskékben is általában sokkal kiterjedtebbek voltak az elváltozások marhagümőbacillussal fertőzés után. Egy másik kisérleti sorozatban 4 emberi és 4 marhagümőbacillus-tenyészettel 19—19 állatot oltott be (házinyulak és tengerimalaczok). Itt is a marhagümőbacillusok sokkal erősebb fertőző képességüeknek bizonyultak. Az emberi gümőbacillussal fertőzött tengerimalaczok átlagos élettartama több mint kétszeresét tette a marhagümőbacillussal fertőzött tengerimalaczok átlagos élettartamának. Az emberi gümőbacillussal fertőzött házinyulak mind gyarapodtak súlyban és végre is le kellett őket ölni; elváltozásokról szerző nem tesz említést, míg a marhagümőbacillussal fertőzött házinyulakról, a melyek mind maguktól pusztultak el, említi, hogy bonczolásukkor főleg a tüdőben és vesében kiterjedt gümőkóros elváltozások voltak találhatók. A nem tiszta tenyészettel, hanem gümőkóros anyaggal végzett hasonló kisérletekben, a mikor 12 állat marhából származó anyaggal, 14 pedig emberből származóval lett fertőzve, szintén a marhagümőkór

[1] Zeitschrift für Thiermedicin, I. kötet, 1897.
[2] Arkansas agricultural experim. station, Bulletin No. 57. 1899 junius.
[3] Arbeiten a. d. path. Inst. zu Tübingen, 2. kötet, 1899.
[4] The lancet, 1901. II. 488. lap.
[5] British medical journal, 1901. október 26.

[1] Przeglad weterynarski, 1901. 11. és 12. szám.
[2] Ref. Therapie der Gegenwart, 1902. 1. füzet.
[3] The lancet, 1901. II. 6. és 7. szám.

fertőzőbb volta vált nyilvánvalóvá. Kisérleti állatok gyanánt ezen sorozatban lovak, disznók, kutyák, juhok és macskák szolgáltak, a fertőzés pedig a tüdőbe fecskendezés útján történt. A szóban forgó kérdés szempontjából azonban legérdekesebbek a borjukon végzett kisérletek. Gümőkóros emberből származó köpet 10—10 köbcentimeterével intraperitonealis úton fertőzött 4 borjú közül egy egészséges maradt és leöletése után sem mutatott elváltozást, a többi 3 azonban leöletése után fertőzöttnek bizonyult, még pedig kettőben az elváltozások nagyon kiterjedtek voltak. Ezen utóbbi kettőből származó gümök dörzsöléke 20—20 köbcentimeter mennyiségben másik két borjú hasüregébe befecskendeztetett és noha sok bacillust tartalmazott, az eredmény mégis negativ volt; szerző azt hiszi, hogy talán a köpetben volt másféle bakteriumok segítették elő a köpettel fertőzött borjukban a gümőbacillus elszaporodását, illetve káros hatásának kifejthetését. Más két borjú a táplálékával kapott 11 napon át tüdőgümőkórban szenvedő ember köpetéből 30—60 grammot; leöletve nem bizonyultak gümőkórosnak.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári „Ferencz József" m. kir. tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)

Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez.[2]

Fröhlich Jenő intézeti gyakornoktól.

(Folytatás.)

4. Az észlelés körébe vont egy leánygyermek.

a) Az 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára eső vizeletmennyiség.

Az éjféltől reggelig terjedő napszakban a középérték 1·07 cm³ volt, a minimum 0·95, a maximum pedig 1·20 cm³-t tett ki.

A reggeltől délig terjedő napszak középértéke 1·26, minimuma 0·88, maximuma 1·68 cm³ volt.

A déltől estig terjedő napszak középértéke 0·92, minimuma 0·55, maximuma pedig 1·51 cm³ volt.

Az estétől éjfélig terjedő napszak középértéke 1·04, minimuma 0·85, maximuma pedig 1·23 cm³ volt.

b) Az 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére eső vizeletmennyiség.

Az éjféltől reggelig terjedő napszakban a középérték 25·29 cm³ volt, a minimum 22·32, a maximum pedig 28·27 cm³-t tett ki.

A reggeltől délig terjedő napszak középértéke 29·63, minimuma 20·83, maximuma pedig 39·58 cm³ volt.

A déltől estig terjedő napszak középértéke 21·74, minimuma 12·90, maximuma pedig 35·17 cm³ volt.

Az estétől éjfélig terjedő napszak középértéke 24·65, minimuma 20·14, maximuma pedig 29·17 cm³ volt.

* * *

A középértékeket nagyság szerint csoportosítva kitünik, hogy legnagyobb volt a reggeltől délig terjedő napszak középértéke (1·26, illetve 29·63 cm³), második helyen állott az éjféltől reggelig terjedő napszak középértéke (1·07, illetve 25·29 cm³), harmadik helyen az estétől éjfélig terjedő napszak középértéke (1·04, illetve 24·65 cm³) és legkisebb volt a déltől estig terjedő napszak középértéke (0·92, illetve 21·74 cm³).

Ezen utóbbi napszak középértékének aránylag csekély volta daczára a nappali 12 óra, vagyis a reggeltől délig és a déltől estig terjedő két napszak összevont középértéke (1·09 illetve 25·68 cm³) nagyobb volt, mint az éjjeli 12 óra, vagyis az estétől éjfélig és az éjféltől reggelig terjedő két napszak összevont középértéke, mely 1·05, illetve 24·97 cm³-nek felelt meg.

A vizeletelválasztás napszaki ingadozásainak jellegét illetőleg az irodalomban meglehetősen ellentmondó adatokra lehet találni. A míg pl.: *Kaupp*,[1] *Weigelin*,[2] *Quincke*,[3] *Edlefsen*,[4] *Hoffmann*,[5] *Glum*[6] és *Roger*[7] megfigyelései szerint az éjjeli órákban általában kevesebb vizelet kerül kiválasztásra, mint nappal, addig *Schleich*[8] és *Loebisch*[9] kisérleteik során azt tapasztalták, hogy a vizeletelválasztás maximuma az éjjeli órákra esett. Ha ezen közlések közül kirekesztjük azokat, melyek a testsúly meghatározása nélkül végzett megfigyelésekről szólnak, tehát egységes alapon összehasonlítható viszonylagos számokat nem tartalmaznak, úgy azt látjuk, hogy az idevágó észleleteknek nagyobb számánál a nappali órákra eső vizeletmennyiségek az éjjeli órákra esőket felülmulták s pedig férfiaknál ép úgy, mint nőknél.

Az általam feldolgozott adatok az észlelés körébe vont 7 nőre vonatkozólag ugyanilyen viszonyt mutattak. (Az 51 éves nőnél az éjjeli 12 óra értéke valamivel nagyobb volt, mint a nappali 12 óra értéke.) Férfiaknál csak a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatott számok mutattak csekély eltérést a nappali 12 óra javára, a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatott számok ellenben teljesen egyformák voltak.

Ha azonban nem mereven az estétől reggelig terjedő éjjeli és viszont a reggeltől estig terjedő nappali órákat, hanem a tényleg alvásban eltöltött és viszont ébrenlétre jutó napszakok értékeit állítjuk szembe egymással, úgy azt látjuk, hogy: 18 férfinál a tényleg alvásban eltöltött idő órai középértéke 0·76,[10] illetve 27·92[11] cm³, az ébrenlétnek megfelelő órai középérték pedig 0·96, illetve 34·89 cm³, 7 nőnél a tényleg alvásban eltöltött idő órai középértéke 0·56, illetve 19·68 cm³, az ébrenlétnek megfelelő órai középérték pedig 0·85, illetve 29·30 cm³, az 51 éves nőnél a tényleg alvásban eltöltött idő órai középértéke 0·77, illetve 25·54 cm³, az ébrenlétnek megfelelő órai középérték pedig 0·99, illetve 31·12 cm³ volt. Tehát úgy férfiaknál, mint a nőknél az ébrenlét idejére eső órai középértékek jóval felülmulták az alvás idejére eső középértékeket.

Ezen adatok tehát szintén értékesíthetők azon felfogásnak megerősítésére, hogy a vizeletelválasztás alvás alatt tetemesen megapad.

A gyüjtés módjánál fogva az általam feldolgozott adatok nem adnak útmutatást azon sok tekintetből érdekes s különösen *Quincke*,[12] *Glum*,[12] *Posner*,[13] és *Wollheim de Fonseca*,[14] által tanulmányozott kérdésre vonatkozólag, hogy a vizelet elválasztása a tényleg alvásban töltött időn belül is milyen ingadozásoknak van alávetve. Az ébren töltött napszakok kiválasztási értékeinek ingadozásait illetőleg az a körülmény, hogy úgy férfiaknál, mint nőknél a déltől estig terjedő napszakra aránylag csekély értékek estek, ellene szól *Balthazard* és *Yvon*[15] azon tapasztalatának, hogy a vizeletelválasztás maximuma az étkezést közvetlenül követő órákra esik. Számításaim eredményei tehát ellentétben állanak *Weigelin*[12] és *Roger*[12] adataival is, kik a vizeletelválasztás maximumát a délutáni 2 és 4, illetve a dél és délután 4 óra közé eső időben észlelték. Tekintettel az egyénenként és az egyes napok szerint talált nagy eltérésekre, az általam feldolgozott adatokból nem

[1] Arch. f. physiolog. Heilkunde. 1856. 125. és 554. l. Ref. *Henle-Meissner*: Bericht über d. Fortschritte d. Anat. u. Physiol. i. J. 1856. 292. l.

[2] Versuche über d. Einfluss d. Tageszeiten etc. auf die Harnstoffausscheidung. Inaug.-Diss. Tübingen. 1869. Ref. *Henle-Meissner*. 1869. 191. lap.

[3] Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. VII. k. 1877. 119. l.

[4] Deutsches Arch. f. klin. Med. XXIX. k. 1881. 417. l.

[5] Zur Semiologie d. Harns. Inaug.-Diss. Berlin. 1884. Ref. Jahresbericht über d. Fortschritte d. Thierchemie. XIV. k. 213. l.

[6] Beitrag zur Kenntniss d. Einwirkung d. Schlafes auf die Harnabsonderung. Inaug.-Diss. Kiel. 1889. Ref. *H. Vierordt*: Anat. physiol. u. physik. Daten u. Tabellen. II. kiad. Jena. 1893. 217. l.

[7] Archives de physiologie normale et pathologique. V. sorozat. VII. k. 1895. 501. l.

[8] Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. IV. k. 1875. 82. l.

[9] Anleitung zur Harn-Analyse. II. kiad. Wien-Leipzig. 1881. 5. l.

[10] 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatva.

[11] 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatva.

[12] i. h.

[13] Arch. f. Anat. u. Physiol. 1887. évf. 388. l.

[14] Beitrag zur Frage der nächtlichen Harnabsonderung und zur Physiologie der Harnansammlung in der Blase. Inaug. Diss. *Kiel* 1888. Ref. Jahresb. für Thierchemie, XIX. kötet. 187. lap.

[15] Comptes rendus de la société de biologie LIII. k. 1901. 163. és 201. lap. Ref. Centralblatt f. Physiol. XV. kötet. 17. lap.

igen lehet a vizeletelválasztás napszaki ingadozására vonatkozólag általános érvényre igényt tartó mintát szerkeszteni.

Gyermekek vizeletelválasztásának napszaki ingadozásait különösen *Camerer*[1] figyelte meg. Ő úgy fiuknál, mint leányoknál az éjjeli órákban kisebb vizeletmennyiséget talált, mint a nappali órákban. Számításaim eredményei az észlelés körébe vont 4 fiúnál s 1 leánynál az éjjeli s viszont a nappali órákra eső vizeletelválasztás között ugyanily viszonyra utaltak.

A vizeletelválasztásnak az ébrenlét idejében mutatkozó ingadozását illetőleg mind az 5 gyermeknél a reggeltől délig terjedő napszak középértékei levén a legnagyobbak, az általam feldolgozott adatok alapján gyermekeknél sem lehet arról szó, hogy a vizeletelválasztás maximuma a napi legbőségesebb étkezést közvetlenül követő órákra esik.

II. A vizelet órai mennyisége.

Annak áttekinthetése érdekében, hogy a vizeletelválasztás napszaki ingadozásait figyelmen kivül hagyva, 1 órára általában véve mekkora vizeletmennyiség jutott, az egyes egyénekből nyert összes napszaki értékeket 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára, illetve a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatva egybefoglaltam s megállapítottam az órai vizeletmennnyiségeknek az egyes egyénekre jutott közép-, minimum- és maximum-értékeit. Ezen értékeket férfiak és nők szerint összesítve, kiszámítottam továbbá a férfiakra és nőkre vonatkoztatható közép-, minimum- és maximum-értékeket.

Mindezek alapján az itt feldolgozott adatok nyomán a vizeletelválasztás órai értékét illetőleg a következő eredményhez jutunk.

1. Férfiak.

Az 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára eső vizeletmennyiség 20 egyénnél végzett 692 meghatározás alapján középértékben 0·89 cm^3-nek felelt meg. A minimum 0·11 cm^3, a maximum pedig 3·22 cm^3 volt.

Az 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére eső vizeletmennyiség 20 egyénnél végzett 692 meghatározás alapján középértékben 32·69 cm^3-nek felelt meg. A minimum 5·09 cm^3, a maximum pedig 143·07 cm^3 volt.

2. Nők.

Az 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára eső vizeletmennyiség 7 egyénnél végzett 184 meghatározás alapján középértékben 0·75 cm^3-nek felelt meg. A minimum 0·16 cm^3, a maximum pedig 2·94 cm^3 volt. (Az 51 éves nőnél 24 meghatározás alapján középérték = 0·90 cm^3, minimum = 0·45 cm^3, maximum = 1·91 cm^3.)

Az 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére eső vizeletmennyiség 7 egyénnél végzett 184 meghatározás alapján középértékben 26·32 cm^3-nek felelt meg. A minimum 5·81 cm^3, a maximum 96·84 cm^3 volt. (Az 51 éves nőnél 24 meghatározás alapján középérték = 29·27 cm^3, minimum = 15·15 cm^3, maximum = 63·64 cm^3.)

3. Fiúgyermekek.

Az 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára eső vizeletmennyiség a 2 éves és 7 hónapos fiúnál (21 meghat.), a 4 éves és 2 hónapos fiúnál (24 meghat.), az 5 éves fiúnál (18 meghat.) és a 9 éves fiúnál (18 meghat.) középértékben 0·88, 1·04, 1·79 és 1·20 cm^3-nek felelt meg. A minimum 0·37, 0·52, 0·81 és 0·71 cm^3, a maximum pedig 2·43, 1·96, 4·24 és 1·88 cm^3 volt.

Az 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére eső vizeletmennyiség pedig középértékben 17·66, 15·31, 28·81 és 24·67 cm^3-nek felelt meg. A minimum 5·33, 7·58, 13·00, és 14·52 cm^3, a maximum pedig 34·74, 28·66, 68·15 és 38·42 cm^3 volt.

4. Az észlelés körébe vont 1 leánygyermeknél.

20 meghatározás alapján az 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára eső vizeletmennyiség középértéke = 1·00, minimum = 0·43, maximum = 1·68 cm^3. Az 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére eső vizeletmennyiség középértéke = 23·63, minimum = 10·13, maximum = 39·58 cm^3.

(Folytatása következik.)

[1] Zeitschrift f. Biol. XVIII. k. 1882. 220. lap., XX. k. 1884. 566. lap., XXIV. k. 1888. 141. lap., XXIX. k. 1892. 398. lap.

TÁRCZA.

A heidelbergi szemorvosi congressusról.

1902. augusztus 4—6-dikáig.

Nem akarom soraimat baedekerszerűen kezdeni, mert akkor okvetlenül ezen verssorokból kellene kiindulnom

„Alt Heidelberg, du feine, du Stadt an Ehren reich,
Am Neckar und am Rheine, kein' andre kommt dir gleich."

Ez pedig már nagyon régi és ismeretes nóta. De igaz minden betűjében.

A tudományos világ előtt főleg szemorvosi congressusai válnak becsületére. Quod erat demonstrandum, egybesereglett ide a szemorvosi világ oly fényes és előkelő társasága, a milyet semmiféle internationalis congressus összehozni nem képes. Heidelberg valóságos Mekkája lett a szemorvosoknak, a világ minden tájából zarándokoltak ide a szaktársak: Europa, Ázsia, Afrika, Amerika, Ausztrália mind képviselve volt itt. Hazánkból Siklóssy Gyula dr. és e sorok irója volt jelen.

Honnan Heidelbergnek e nagy vonzereje, nem nehéz magyarázatát adni. Itt a jelszó: munka, munka és harmadszor is munka.

Nincs itt sallang, nincs itt semmiféle programm, a mi a legtávolabbról is elterelné a figyelmet a congressus komoly feladatától. És az a 140—150 szemorvos, a ki idejött, jelen is volt csaknem teljes számmal mind a három nap tárgyalásain.

E sorok nem tartanak igényt arra, hogy a congressus teljes lefolyásáról hű leirást várjanak tőlük. A kit a részletekben érdekel, az úgyis elolvassa a megjelenendő hivatalos értesitőben. A 38 előadásból és 31 demonstratioból csak a figyelemreméltóbb dolgokra fogok vázlatosan kiterjeszkedni és ne vétessék rossz néven, ha egyes helyeken a magam szerény nézeteinek is kifejezést adok.

Roemer dr. Würzburgból az ulcus corneae serpens serumtherapiájáról értekezett, mely eljárás szerinte is főleg csak a kezdeti stadiumban czélhoz vezető. 80 esetet vizsgált bakteriologice és 95%-ban a Fränkel-Weichselbaum coccust találta.

Axenfeld tanár kissé aggodalmasan fogadja az ajánlott therapiát és a súlyt inkább arra fekteti, hogy a könyzacskó irttassék ki.

A dolog úgy áll, hogy mind a két propositio az ulcus corn. serp. kezdeti stadiumában igér eredményt. De hány esetben jönnek már előrehaladott bajjal a betegek és az egész kezdeti stadiumban sokkal kiméletesebb úton is czélt érhetünk. Hogy ne említsek mást: a galvano-cauterrel. Épen a napokban láttam Wiesbadenben Pagenstecher klinikáján egy nagy kiterjedésű ulcust hypopionnal igen szép gyógyulással, a nélkül, hogy serumot fecskendeztek volna be vagy a könyzacskót irtották volna ki.

Raehlmann tanár Münchenből igen szép és érdekes előadást tartott a szemhéjszél és a pillaporczok trachomatosus megbetegedéséről. Szerinte a trachománál a Meybom-mirigyek mindig afficiáltak, a pillaporczok még inkább. Gyönyörű górcsői készitményeken mutatta be, mint nyomulnak a mélybe a folliculusok egész a porczig és a Meybom-mirigyekbe. Utóbb azután sorvadás áll be magukban e mirigyekben is és zsiros elfajulás. A trachoma előrehaladottabb — tehát sorvadásos — stadiumában az accessorius könymirigyet mindig hypertrophizáltnak találta, a mit határozottan vicariálónak tart. A trachoma és a follicularis elkülönitő kórmeghatározása szempontjából fontos azon állitása, hogy a trachománál a szemhéj szélei fölé gyakorolt nyomás által nyert mirigyváladék mindig zavaros, sőt törmelékek is vannak benne, a follicularisnál pedig mindig tiszta.

Bach tanár Marburgból a pupillaközpontokról értekezett. Kisérleteit macskákon végezte, mint a melyek a pupillareflexek tanulmányozására legalkalmasabbak. Tracheotomia után a nyúlt agy egyik rajzban bemutatott helyén történt átmetszés után ellenkező oldali reflectorius pupillamerevség lépett fel és ha ezután még egy órával is történt szintén a nyúltagy egy másik helyén, mely az előbbi felett fekszik, a bemetszés, pontosan visszaállott a reflex. Igy a medulla oblongata spinalis végén nemcsak akadályozó, hanem megszüntető centruma is van a pupillának. Bernheimmal szemben enucleatiok után nem talált a pupillaris centrumokban degeneratiot.

Peters tanár Rostockból a ciliar epitheliumok naphthalin- és ergotinmérgezést követő elváltozásairól tárgyalt. Egyik kisérleti állat 3 gm. naphthalint kapott, mire a sugártest sejtjei erősen megtámadtattak, bő fehérjetartalmú váladékot secernáltak, ugyanitt erős vérzéseket talált. A csarnokviz igen zavaros volt. Ergotinnal egész hasonló tünetek léptek fel. Itt azonban kisérleteit nem volt képes egész a cataracta képződéseig követni.

Vossius tanár ezzel kapcsolatban foglalkozik azon kérdéssel, hogy a struma és cataracta között nincs-e összefüggés. Saját magának sok ilyen esete volt. Ezek nagy része iridectomia nélkül igen jól gyógyult, a mit főleg annak is tulajdonit, mert az egyének legtöbbnyire a 30—40 év között voltak. Michel azt állitja ugyan, hogy strumánál a carotisra gyakorolt nyomás és igy a mechanikus hatás okozza a cataraktát, ő azonban autointoxicatio eredményének tartja.

Schmidt-Rimpler tanár nézete szerint a naphthalin-cataractát a görcsök hozzák létre.

Előadó válaszában kifejti, hogy ő is gondolt a corpus ciliare görcsére, de csak a toxikus hatást fogadja el.

Hippel E. tanár Heidelbergben a szemgolyó veleszületett typikus résképződéseiről (Spaltbildung) beszélt. A nyúlembryonál a 12-dik napon a foetalis szemrés még fennáll, már a 13-dik napon ha megvan, patho-

logikus és nyitva is marad. A hol az üvegtest és a bulbus növése lépést tart, ott bezáródik a foetalis rés, ellenesetben nyitva marad. Egyedüli oknak az örökösödést tartja és pedig az öröklés kizárólag az atyai ágról származik. A mire Wagenmann tanár feláll és óriási derültség közepette előad egy esetet, melyben egy nőnek minden gyermekénél a papilla kolobomája volt jelen. A gyermekek 3 atyától származtak — egyik törvénytelen úton —, de csak az anyának volt kolobomája. Elég erős ellenérv Hippel fenti állitására.

Wagenmann tanár Jenában az aethylchloridot nagyon dicséri, mint localis anaestheticumot a szemhéjszél és könyzacskó műtéténél. A szemgolyót rézlapocskákkal védi.

Nieden tanár a Schleich-eljárást tartja igen czélszerűnek.

Wagenmann válaszolja, hogy a mélyben ő is cocaint használ és a Schleich-eljárásnál nagy az oedema.

Pflüger tanár Berlinből a berlini szemklinikán használt általános narcosisról beszélt. A chloroform csökkenti, az aether növeli a vérnyomást. Mikulicz is visszatért a chloroformra. Szeműtéteknél a tonus lefokozása szükséges, a mi aetherrel nem igen érhető el. 30 év óta folyton chloroformot használ, daczára, hogy neki magának mindig nagy fejfájása van tőle, a mi mellékes, egyéni. A mit 15—20 gr. chloroformmal el lehet érni, ahhoz 25—30 gr. aether kellett. A Kronecker-készülékkel kitünő a narcosis, hányás nincs.

id. Hippel tanár maga is pártolja a chloroformot. Felhivja a figyelmet a scopolamin narcosisra, melyben már laparotomiát és osteotomiát is végeztek. Ő maga igen veszedelmesnek tartja, már hallott halálesetről is.

Peters tanár az aether hive.

Laqueur nem fogadja el, hogy a chloroformnarcosis a Kronecker-készülékkel teljesen veszélytelen volna. Kiemeli, hogy a thymus-mirigy hyperplasiájánál nagyon veszélyes a chloroform.

Guttmann enucleationál csak a Schleich eljárását használja.

Schönemann a narcosishoz cocaininjectiot is használ. A scopolamint kis adagban maniakusoknál adják csillapitóul, de ezen módszer is okozott már halált.

Elschnig előadja, hogy Bécsben Schnabel tanár klinikáján 7 év óta kizárólag aethernarcosist csinálnak. Kiválóan jó nőknél és gyermekeknél. Potatoroknál kevésbbé jó, de ezekkel úgy tesznek, hogy chloroformmal kezdik a narcosist és aetherrel folytatják. Különben szerinte a narcosist illetőleg a sebésznek és nem a szemésznek kell dönteni.

Pflüger válaszában a szemészeket legalább is oly irányadóknak tartja, mint a sebészeket, de sőt irányadóbbaknak, mert hiszen a sebésznek alig van szüksége oly mély narcosisokra, mint a szemésznek. Scopolamin aggasztó nézete szerint.

Fuchs tanár Bécsben scleritis posterior czim alatt egy 16 éves beteg történetét adja elő, kinél előbb az egyik szemem, azután a másikon fejlődött ki a nevezett betegség. A tünetek külsőleg a külső zugok közelében jelentkező injectio a tükörrel pedig a szem hátulsó polusán nagy szürkés fehér folt, mely 3 D. hypermetropiát idézett elő. Főleg a fájdalmak voltak pathognomikusak és nyomra vezetők. Sem retinitis, sem chorioiditis nem lehetett, mert minden nyom nélkül gyógyult.

Stock Freiburgban „kisérletes adatok endogen eredetű fertőzések localisatiojához a szemben" czim alatt előadja, hogy ha az egyik szembe diphtheria bacillust, staphylococcust vagy bakterium colit fecskendezett, a másik szemben sohasem talált gyuladást. Általános bakteriaemiánál nagy százalékban fellépnek metastasisok az állatok irisében. Igen érdekes, hogy tuberculosis-bacillust fecskendezve az állatok testébe, kifejezett iris tuberculosist tudott előidézni, a mit nyulakon szépen demonstrált is. Az eddigi kisérletektől eltérően ő a bacillusokat intravenosus úton fecskendezte be.

Falta Marczel dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közli: **Dalmady Zoltán.**

(Folytatás.)

Jawein: Über die Ursache des acuten Milztumors bei Vergiftungen und acuten Infectionskrankheiten. Physiolog. Function der Milz. Virchow's Arch. 1900. 161. k. 461. l. — Joos: Untersuchungen über den Chemismus der Agglutination. Zschr. f. Hyg. 36. k. 422. l. — Julliard: Effets de l'albumine sur les phénomènes d'hématolyse. C. R. Soc. Biol. 1901. okt. 12. — Kossel: Zur Kenntniss der Antitoxinwirkung. Münch. med. Wschr. 1898. 186. l. — Köhler: Das Agglutinationsphaenomen. Klin. Med. 1902. 1. sz. — Kowarski: Über den Nachweis von pflanzlichen Eiweiss auf biologischem Wege. D. med. W. 1901. 27. k. 27. sz. 442. l. — Kraus: Über das Vorkommen der Immunhaemagglutinine und Immunhaemolysine in der Milch. Wien. klin. W. 1901. 31. sz. 737. l. — Kraus: Über Haemolysine und Antihaemolysine. Wien. klin. W. 1900. 49. l. — Kraus-Clairmont: Über Bacteriohaemolysine und Antihaemolysine. Wiener klin. W. 1901. 1016. l. — E. Krause: Bluttransfusion und Abstammungslehre. Prometheus. 1901. 12. k. 444. l. — Krompecher: Erythrocytenkernelösendes Serum. Cbl. f. Bact. 1900. 28. k. 18. sz. 588. l. — Landsteiner: Zur Kenntniss der specifisch auf den Blutkörperchen wirkenden Sera. Cbl. f. Bact. 1899. — Ugyanaz: Zur Kenntniss der antifermentativen, lytischen und agglutinierenden Wirkungen des Blutserums und der Lymphe. Cbl. f. Bact. 1900. 27. k. 357. l. — Landsteiner-Sturli: Ueber die Haemagglutinine normaler Sera. Wien. kl. W. 1902. 2. sz. — Lapieque: Sur la courbe hématolytique. C. R. Soc. Biol. 1900. 721. l. — Laquer: Zur Kenntniss uraemischer Zustände. D. med. W. 1901. 27. k. 43. sz. 744. l. — Leclainche et Vallée: Sur les anticorps albumineux. La sem. méd. 1901. 4. sz. — Lépine: Sur les propriétés antihemolytiques de certaines mucines. C. R. Soc. Biol. 1901. 37. sz. 1053. l. — Lesage: De l'influence de quelques conditions physiologiques sur la résistence globulaire. C. R. Soc. Biol. 1900. 719. l. — Leslie: Influence de la spermotoxine sur la reproduction. La semaine méd. 1901. 43. sz. 340. l. — Lindemann: Sur le mode d'action de certains poisons rénaux. A. I. P. 1900. 48. l. — London: Contribution à l'étude des hémolysines. I. mem. Arch. des sciences. biol. (St. Petersburg). Tom. VIII. 1901. 3. sz. 285 l. és II. mém. 4. sz. 327. l. — Luhenan: Haemolytische Fähigkeit einzelner pathogener Schyzomyceten. Cbl. f. Bact. 1901. 356. l. — Lucatello: Ueber ein Leukolysin. XI. Ital. Congr. di med. int. október 29. — Ugyanaz: Ueber den haematopoetischen Werth specieller Haemolysine. Gaz. degli Osped. 1900. 105. sz.

Egy és ugyanaz a serum is sokféle vérre hat oldólag, úgy hogy felmerül a kérdés: a sokféle vér oldása ugyanazon anyagok által van-e föltételezve, vagy pedig minden fajtának külön-külön hatóanyagok felelnek meg? Más szóval, ugyanaz az immuntest és alexin szerepel-e az egyik fajta vér oldásánál, mint a másiknál, vagy pedig az immuntestek egész rendszerével van-e dolgunk, melyek mindegyike csak egy neki megfelelő vérre tud hatni.

Az utóbbi a való. A normalis serumban is sokféle immuntest van; hogy az alexin is sokféle-e, az még vitás. A valószinűség az eddigi vizsgálatok alapján Bordet (Guyon, Buchner stb.) állitása mellett van, hogy az alexin egységes, csakhogy sokféle immuntesthez tud csatlakozni, akár bakteriumok, akár másfajta sejtek ellen irányuljanak is azok. Az alexin egységessége csak egy állatra nézve áll; különböző fajok különböző alexineket tartalmaznak. Ezt abból látjuk, hogy ugyanazon serum nem minden inactivált serumot tud reactiválni, csak néhányat, melyekhez épen illik az alexin.

A normalis serumban jelenlevő lysinek különválasztását több úton kisérthetjük meg: 1. izolált thermikus roncsolás útján — az egyes lysinek ugyanis nem egyformán hőállók —, 2. az egyes lysinek külön-külön lekötése az egyes vérfajták útján — mindenik ugyanis csak a neki megfelelő immuntestet fogja a folyadékból kivonni (Ehrlich) — s végül 3. antilysinek előállitása útján.

Ez a harmadik pont a cytotoxinok tanának egy egészen új fejezetébe vezet bennünket át, melynek tárgyát az antilysinek képezik.

Miután Mosso felfedezte az angolnaserum rendkivül erős vérsejtoldó képességét, a kutatók egész sora (Maragliano, Camus et Gley, Kossel, Tchistovitsch, Schönlein stb.) kezdte kutatni, vajjon lehet-e az emlitett serum, illetőleg mérge, az ichthyotoxin ellen immunizálni. Kiderült, hogy már 2—3-szori befecskendezés után a serum nem tud a kezelt állat vérsejtjeinek ártani. Ezeket tehát védi valami: a kezelés folytán létrejött antitoxin antilytikus hatása.

Angolnaserummal egyidejűleg fecskendezve állatba az antiserumot, nem látunk hatást, mert az ártó anyagok nem érvényesülhetnek. Sőt ez az antiserum más állatba fecskendezve, ezeket is meg tudja védeni az angolnaserum hatásától (Phisalix-Bertrand, Héricourt-Richet).

Ép úgy, a hogy az angolnaserum ellen immunizáltunk, immunizálhatunk más állat normalis haemolysinje ellen is. Mikor specifikus haemolytikus vérsavót készitünk, a kezelés folytán olyan anyagok is keletkeznek a kezelt állat vérében, melyek az erythrocytákat a befecskendésre használt vérfaj ellen védik. (Bordet, Ehrlich-Morgenroth stb.)

Legjobban a specifikus vérsejtoldó serumok befecskendezése által nyert antihaemolysineket tanulmányozhatjuk. Bordet, Ehrlich és Morgenroth, Müller és mások igen kis dosisban, épen a megfelelő állatba, specifikus haemolysineket fecskendeztek, s igy immunizálták e cytotoxinok ellen, mert oly antitestek keletkezését provokálták, melyek a cytotoxint destruáló hatásában meg tudták akadályozni.

Ezek az anticytotoxinok; esetünkben az antihaemolysinek.

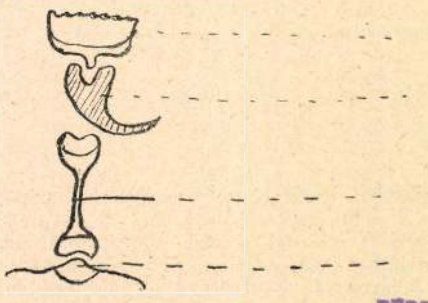
Ugyanazon fajta állatba fecskendve a spec. serumot, a milyenből nyertük, az utóbbinak vére is haemolytikus lesz, de csak gyengén, egyszerűen a dilutio arányában (Bordet).

Antihaemolysint nemcsak az az állat tud termelni, a melyre a specifikus serum épen hatással van, hanem egy harmadik idegen fajhoz tartozó is (Metchnikoff).

Minden antihaemolytikus serumnál két componens szerepel, van antialexin és antiimmuntest. (Synonymák: anticomplement, anticopula, illetőleg Antiimmunkörper, Antizwischenkörper, antisensibilatrice.) Ezek is különbözőképen állják a meleget, s más tulajdonságaikban is megegyeznek az immunserumokkal.

A cytotoxinok lényegéből következik, hogy kétféle anticytotoxint képzelhetünk: az alexin hatását gátlót, s olyat, mely az immuntestet zárja ki a szereplésből. Sikerült mindkettőt előállitani. Tisztán alexintartalmú serum befecskendése útján antialexinos savót kapunk, s az immuntest injectioja is épen ellene ható savóhoz juttat.

Ehrlich olyformán képzeli az antialexin (anticomplement) hatását, hogy ez félretéríti az alexint, s nem engedi, hogy haptophor csoportja az immuntest complementophil részeivel egyesüljön. Rajzban kifejezve:



BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25
Telefon: 143-600.

Bordet szerint itt a directe az alexinre ható antialexin egyszerűen semlegesit (neutralizál).

Az antialexin hatása nem valami szigorúan specifikus, mert nemcsak azt az alexint tudja befolyásolni, a melynek útján nyertük, hanem más állatokét is; egyúttal antibaktericid hatása is van (Bordet). Ehrlich, a ki az alexinek egész sorát veszi fel egy és ugyanazon vérben, azt hiszi, hogy az immunizálásnál is az antialexinek egész sora keletkezik.

Ehrlich inactivált serum befecskendésekor is kapott antialexint. Ezt úgy magyarázza, hogy a hevités, miként a toxinból a toxophor csoport elpusztitása útján toxoidot csinál, mely ugyan nem mérges, de azért tud antitestet termelni; akként az alexin is elveszti a hevítéskor zymotoxikus csoportját s „complementoiddá“ lesz, mely noha már nem tud sejtoldást előidézni, mégis alkalmas antialexinek képződésének előidézésére. A hevítés útján való inactiválásnál tehát nem semmisül meg teljesen az alexin, csak átalakul. Mivel az igy átalakult serum — mint tudjuk — reactiválható, fel kell vennünk, hogy „complementoidok“ esetleges jelenléte nem akadályozza az alexint hatásának kifejtésében. Mégis a váltogatott inactiválás és alexinhozzáadás útján való reactiválásnál azt észleljük, hogy — ha a játék sokáig tart — végül is az alexinek haptophor csoportjának az immuntest complementophil részeihez való affinitása gyengül (Ehrlich).

Müller szerint az inactivált serum befecskendése útján nyert antiserum vérsejtoldást gátló hatását, ha talán nem is kizárólag, de mégis túlnyomólag antiimmuntest jelenlétével kell megokolnunk.

Más módjai is vannak az antialexintartalmú serumok készitésének, igy pl. Wassermann házinyúl fehér vérsejteket fecskendezett tengerimalacz hasüregébe, és antialexintartalmú serumot kapott; Donath és Landsteiner emberi tej, nyirokmirigypép-injectiok útján értek el hasonló eredményt.

Ha oly inactivált serumot fecskendünk be, melyben az immuntest a megfelelő vérsejtekkel már meg van kötve, nem mindig, sőt mondhatni csak kivételesen kapunk antilytikus serumot. Igy pl. v. Dungern, Neisser és Lubowski nem kaptak, mig Sachs egyes esetekben kapott. Individualis körülmények, a szövetek receptorainak aviditása az immuntesthez stb. látszanak nagy szerepet játszani.

Egyfajú vagy egymással közel rokonságban levő állatok nem képeznek egymás alexinja ellenében antialexint (Ehrlich, Müller). Ezeknél valószinűleg identikus alexinek voltak jelen.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Fr. Bezold: Die Taubstummheit auf Grund ohrenärztlicher Beobachtungen. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902.

Bezold e legújabb munkája tulajdonkép nem egyéb, mint egy tanulmány arra vonatkozólag, hogyan lehet a jövőben megbizható süketnéma-statistikákat nyerni. Ha valaki jogosult e kérdés megoldására, úgy az első sorban *Bezold*. Ő az, ki munkái legnagyobb részében épen a süketnémákkal foglalkozik, ezek pontos diagnosisával, ő állapitotta meg elsőnek pontosan ama hallási maradékokat, melyeken belül még a hallás útján való beszéd megtanulása lehetséges, a süketnémák statistikai összeállitását a legkülönfélébb szempontokból ő végezte eddig több munkájában igen nagy pontossággal. Annyi sok előtanulmány, előismeret után *Bezold* jogosan foghatott most e kérdés tanulmányozásához. Mig előző közleményeihez, statistikáihoz az adatokat a süketnémaintézetek tanitványaiból merítette, addig jelenlegi munkájában azon süketnémákból állitja össze adatait, a kik ambulantiáján és privát betegei között fordultak elő. Levont következtetéseiben a két úton nyert eredményeket mindig pontosan összeveti, összehasonlitja. Szűk ez ismertetés kerete ahhoz, hogy kitérve mindenre, részletesen elmondjam ama határokat, melyeket szerző felállit a szerzett és veleszületett süketségre vonatkozólag, csupán meg akarom jegyezni, hogy ezeket *Bezold* élesen elhatárolva munkájában külön-külön tárgyalja, és ezeknek egymáshoz való viszonyából felette érdekes következtetéseket von le, melyekre később még vissza fogok térni.

Szerző összesen 456 esetet dolgoz fel e munkájában. A szerzett süketnémák nagyobb számot adnak, mint a veleszületettek, és ez utóbbiak egészben véve nagyobb hallási maradékkal birnak, kevesebb teljes süket van köztük, mint a szerzettek közt. A legtöbb megsüketülés relative az 1—2—3. életévre esik. A szerzett süketnémák közel $^3/_4$-e akkor vesztette el hallását, midőn még egyáltalán nem, vagy még csak igen hiányosan tudtak beszélni. 100 férfi megsüketülésre esik 84·2 nő megsüketülése átlagban; érdekes, hogy mig a szerzett megsüketülés aránya 100 férfira 66 nő, addig a veleszületetteknél 100 férfira 114 nő. Feltünő tehát a női nem túlsúlya a veleszületett esetekben. Már itt említi *Bezold* ama igen érdekes nézetét, hogy az anyatestben ártalmas befolyások hatása a nemekre épen megfordítva nyilatkozik, mint a születés után az első életévekben, azaz, hogy amazoknak a női embryok inkább vannak kitéve, mint a himneműek. E felvételét *Bezold* munkájában később még jobban bizonyitja.

Direct öröklékenységet nem látott, indirect elég gyakori, vérrokonok közötti házasság, iszákosság szintén befolyással van a süketség előidézésére. Igen érdekesen és részletesen fejtegeti ama megbetegedéseket, melyek süketnémasághoz vezetnek, a legnagyobb figyelemmel állitva össze az anyagból a statistikát. Összesen 233 szerzett süketnémát vizsgált, ezekből 74-nél sikerült a meningitist előidéző ok gyanánt kipuhatolni, ez az összes esetek 31·8%-át teszi ki, igazán nagy szám, főleg, ha hozzá veszszük, hogy valószinűleg nem is mind van beleszámitva, mert a mint *Bezold* kifejti, ha mindazokat bele veszszük, kik valószinűség szerint agymegbetegedés útján lettek süketnémává, úgy ez a szám megnövekszik 121-re, a mi már 51·9%-ot tesz. Tehát a süketnémáknak több mint a fele agymegbetegedés folytán lesz azzá. Rögtön utána következik a scarlatina 42 esettel, 18·0%-kal. A többiek ezekhez képest elenyésző csekélyek, igy pl. diphtheria 4, kanyaró 5, parotitis 4 esetben volt kipuhatolható. Még valamivel nagyobb számmal fordulnak elő: otorrhoea 15 esetben és syphilis heredit. 13 esetben. Igen érdekes már most szerzőnek ama fejtegetése, melyben a különféle megbetegedések útján létrejött süketnémaságot tárgyalja tekintettel a nemre. E fejezetben hoz fel újra bizonyitékot hypothesise mellett, hogy intrauterin a női nem bir gyengébb ellenálló képességgel, mig az élet első éveiben megfordítva van. Az összes acut infectiosus megbetegedések kapcsán létrejövő süketek között a fiúk többségben vannak, igy a meningitisnél 43-ra esik 31 nőbeteg, a scarlatinánál 30-ra 12. Egyetlen megbetegedés van, hol a nők vannak többségben, és ez az örökölt syphilis; ime az a betegség, melynek eredete még intrauterin keresendő, 4 férfira 9 nő!

Vizsgálta még *Bezold* azt is, vajjon az egyes esetekben mennyi még a hallási maradék, mennyire képesek az oktatásban részt venni; a hallási maradék szerint 6 csoportba osztotta be őket, és ama eredményre jutott, hogy a legdeletaerebb hatása a hallószervre az agymegbetegedéseknek van, és ezek között speciell újból a meningitis cerebrospinalis áll első sorban, melyek közül csupán 6·8% van olyan, a kiket a partialisan beszédet hallók közé lehet számitani. Végül szerző még igen röviden a therapiáról is emlit néhány szót.

Bezold az itt összefoglaltakat könnyen átnézhető táblákban foglalta össze, egyes állitásait részletesen megindokolja, érdekesebb esetek kórtörténetét közli, mi által az egész munka könnyen érthető lesz, nyer érdekében és elfelejteti az olvasóval a nagy számadatok unalmas voltát, sőt kellemes olvasmánynyá alakitja át az egész munkát, melyet ép ezért figyelmébe ajánlhatok mindenkinek, úgy az orvoscollegáimnak, valamint a süketnéma-tanitóknak is.

Ifj. *Klug Nándor.*

Luithlen: Therapie der Hautkrankheiten. Wien und Leipzig. A. Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler. 1902. Ára 3 kor. 50 f.

A bőrmegbetegedések aetiologiai ismeretének fejlődése a therapiai beavatkozások változását, illetőleg fejlődését is természetszerűleg maga után vonta. Úgyszólván évente kerülnek ki a sajtó alól önálló kötetek, melyek kizárólag a bőrmegbetegedések gyógyitó kezelését tárgyalják. *Leistikoff*, *Thim* művei után legújabban *Luithlen* adott ki ily tárgyú munkát a fentebbi czim alatt. A bécsi iskola emlőjén nevelkedett szerzőnél csak természetes, hogy a bécsi klinikákon és dermatologiai osztályokon divó kipróbált szereléseknek hive, habár átveszi mindazt is, mit *Unna* teremtő genieje a therapia terén alkotott, s a mi a franczia és angol dermatologusoknál bevált. Beosztásában az alfabetikus rendszert alkalmazza, könyve első felében a megbetegedések szerint tárgyalva a therapiát, mig a második részben a gyógyitószereket sorolja fel, feljegyezvén minden szer adagolásának módját, mennyiségét. A vénymintákat könyve végén kiterjedten adja, mintegy 200-at sorolva a legrészletesebben fel. Különösen kiválóaknak tünnek fel előttünk a kátránykészitmények hatásáról és adagolásáról szóló, valamint a psoriasis, eczemák s a lichen planus gyógyitásával foglalkozó részletek. A lupus vulgaris tárgyalása, tekintve a megbetegedés nagy jelentőségét, nézetünk szerint kissé nagyon is szűk keretre szabott.

Luithlen könyvét, melyet a kiadó czég izléses kiállitásban bocsátott a könyvpiaczra, bizonyára haszonnal fogják forgatni főleg azok a kartársak, kik a bőrbetegségek felismerésében már bizonyos jártasságra tettek szert. *Poór.*

Uj könyvek. *Hess*: Über Stauung und chronische Entzündung in der Leber und in den serösen Höhlen. Marburg, N. G. Elwert. — *Daffner*: Das Wachsthum des Menschen. 2. Auflage. Leipzig, W. Engelmann. — *Bourget*: Le traitement médical des inflammations du coecum. Genève, Ch. Eggimann et Comp. — *H. W. Stelwagon*: Diseases of the skin. London, W. B. Saunders and Co. — *J. Bland-Sutton*: Ligaments: their nature and morphology. Third edition. London, H. K. Lewis.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

Az aspirinre vonatkozólag újabban megjelent közlésekből a következőket emlitjük. *Görges* (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1902. 46. szám) a berlini Erzsébet-gyermekkórház 100 betegénél használta az aspirint. Javaltnak tartja használatát elsősorban minden rheumás megbetegedésnél, csúzos eredésű endocarditisnél és neuralgiáknál. Kisebb gyermekeknek 4 éves korig $^1/_2$ grammos adagokat ad 3—4-szer naponként, 6—10 éveseknek pedig 1 grammos adagokat 3-szor naponként. Jó eredményeket látott az aspirintől chorea minor eseteiben is; ilyenkor 5 napon át ad naponként 3-szor 1—1 gramm aspirint, azután egy nap szünetet tart, majd ismét 5 napon át aspirint az emlitett adagban. Az eddig ilyen módon kezelt 10 beteg mind legkésőbb 3 hét alatt meggyógyult, mig az előbb használt orvoslás mellett a gyógyulás átlag 3 hónapot vett igénybe. *Ewald* tanár (Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 24. szám) felemliti, hogy az aspirint újabban ideges állapotokban, hemicraniánál, influenzánál, streptococcus-anginánál szintén sikerrel használja. Tapasztalatai alapján az aspirint fölébe helyezi a többi salicylkészitménynek, mert collapsus jelenségei sokkal ritkábban észlelhetők és az izzadás többnyire sokkal mérsékeltebb. Rheumatismusnál véleménye szerint az aspirin a betegség lefolyását határozottan megrövidíti és az oly gyakran észlelhető visszaeséseket ritkábbakká teszi. Végül

megjegyzi, hogy kizárólagos tejdiaeta mellett az izületi csúz sokkal enyhébb és gyorsabb lefolyást mutat. *Rudolph* (Münchener medic. Wochenschrift, 1902. 23. szám) egy lymphatikus leukaemiában szenvedő 17 éves leány kórtörténetét közli, a ki a Mosler által hasonló esetekben használt chinint nem tűrte, miért is aspirinnel tett kisérletet, azzal az eredménynyel, hogy a beteg most már megint jól alszik, súlya gyarapszik és a tumorok nem nagyobbodnak. *Camera* (Clinica oculista, 1902. márczius) iritis, irido-cyclitis, scleritis, cornea-fekélyek, chorioiditis és trigeminus-neuralgia eseteiben nagyon jó eredménynyel használja az aspirint, melyből 4 óránként ad $^1/_2$ grammot.

A hedonalról szóló közleményében *Fritsch* tanár eddigi tapasztalatai alapján odanyilatkozik, hogy a hedonal neurastheniások egyszerű álmatlanságánál átlag 1—5 grammos adagban nagyon jól hat. Kiemeli egy előrehaladt paralysisben szenvedő betegét, a kinek hosszú időn át tartott álmatlansága hedonal kétszeri alkalmazása után hónapokra megszünt. A hedonal kellemetlen melléktüneteket nem okoz, csak némely beteg panaszkodik a használata után való napon némi bágyadtságról. (Wiener mediz. Presse, 1902. 24. szám.) *Scherf* 1·5—2·0 grammos adagokkal mindig elérte czélját; a betegek 4—8 órán át nyugodtan aludtak és kábultság érzete nélkül ébredtek. Tabeses, idült myelitises és polyneuritises fájdalmak okozta álmatlanságnál a hedonal egymaga ugyan nem hat; használatával azonban elérhetjük azt, hogy az alkalmazott morphium adagaival nem kell oly gyorsan emelkednünk, a mi mindenesetre csak előnyére lehet a betegnek. (Wiener medicin. Blätter, 1902. 21. szám.) Dicsérően nyilatkoznak még a hedonalról *Ots* (Gazeta medica del Norte, 1901. deczember), a ki mániás izgatottság 6 esetében is sikeresen alkalmazta, továbbá *Bowman* (American medical compend, 1902), a ki egyszerű, főleg szellemi túlerőltetésből eredő álmatlanságnál biztosan, enyhén és gyorsan ható szernek mondja. Különben mindkét utóbbi szerző is kiemeli a hedonal teljesen általmatlan voltát.

Bőrkórtan.

Noma és kórházi üszök czímen ir tanulmányt *Matzenauer*, melyben úgy klinikailag, mint szövettanilag kimutatja, hogy a vízrák és a régente oly rettegett kórházi üszök azonos betegségek. A két kórformát egymástól távol tartotta az az általános vélemény, hogy mig a noma főleg csak gyermekek arczán lép fel s nem fertőző, addig a kórházi üszök nincs testfelülethez kötve s szerfelett infectiosus. Matzenauer e nézetet az erre vonatkozó irodalom gondos áttanulmányozásával megczáfolja, mert egyrészt bőven akadnak régibb szerzők, a kik a noma infectiositását már régen hangoztatták, másrészt pedig találunk autorokat, kik már évtizedek előtt is kardoskodtak a kórházi üszöknek más emberre, állatra való nehéz átvihetősége mellett. Az irodalomból kitünt továbbá az is, hogy a noma csak úgy, mint a kórházi üszök, főleg dapaskált súlyos betegeket vagy tisztátlan egyéneket szokott megtámadni különösen oly testrészeken, a melyek állandóan szenyezettek s bomló anyagokkal fertőzöttek (pl. száj-, végbélnyilás körül). De a noma és a gangraena nosocomialis klinikai lefolyásukban sem különböznek egymástól, a menyiben mindkettő gázképződés nélküli üszkösödés képét mutatja. Szerző szövettanilag is teljesen azonosnak tartja a két betegséget, mert mindkettőnél lobos folyamat van jelen, mely már korán a szövetek coagulatiós necrosisához vezet. A nomás praeparatumokban mindig talált egy a Weigert-féle festéssel jól festhető s sűrűn helyet foglaló bacillust, melynek végei kissé legömbölyítettek, hossza 3—4 μ, szélessége 0·3—0·4 μ. E bacillus úgy látszik teljesen azonos azzal, a melyet újabban a vizsgálók már többször találtak nomás esetekben, valamint azzal, melyet szerző nem régen kórházi üszök számos esetében talált és ismertetett. Szerző vizsgálatai kideritették, hogy a noma bacillusa a kórházi üszökével nemcsak formában, nagyságban s festési viszonyaiban, hanem a szövetekben való elrendeződésében is egyezik. S így valószinűnek látszik, hogy sikerült Matzenauernek a két betegség azonosságát megállapitani, mert pontosan vizsgálva mindkettő úgy klinikailag, mint histologiailag hasonló egymáshoz; elfogadható továbbá az a véleménye is, hogy a noma fertőző betegség, mely olykor epidemiává is elfajul, a mint azt már évtizedek előtt többek közt Sieber, Gierke s különösen Löschner állitották. (Archiv f. Dermatolog. und Syph. LX. Bd. 3. H.) *Guszman* dr.

Venereás bántalmak.

Adatok a syphilis recidiva tanához. Már egyik előbbi dolgozatában utalt *Neumann* tanár (Bécs) arra, hogy a syphilises primaer laesio, de a maculák, papulák helyén is a későbbi recidivák igen gyakoriak. E vizsgálatokat eddig csak *Hjelman* erősitette meg. Neumann újból keresi az összefüggést primaer és késői recidiv syphilidek között és azon eredményre jut, hogy mindenütt ott, a hol valamely syphilises productum székelt, vagyis úgy a sclerosis, mint a bőr- és nyákhártya-exanthemák helyén histologice kimutatható residuumok constatálhatók, melyekből valamely agens behatására újabb syphilises productumok képződhetnek. A syphilises recidiváknak okozói ennélfogva nemcsak a nyirkmirigyek, hanem bármely recens syphilid. A primaer laesio helyén Neumann 14 év után is képes volt histologice residuumokat kimutatni; e residuumok általában kissejtű infiltratioból, továbbá véredényalteratiokból állanak. Ez utóbbiaknál a véredény endothelje és adventitiája burjánzott, kerekssejtek által infiltrált. Hasonló viszonyokat mutatnak a verejték- és faggyúmirigyek, melyeknél főleg a kivezető cső körül láthatók a fenti elváltozások, nevezetesen a túlburjánzás. A syphilis recidivái ennélfogva nem csupán a vér- és nyirkutakon való metastasisok folytán jönnek létre, hanem épen ellenkezőleg, a kiújulás elsősorban localis fészkekből ered, vagyis a betegségnek recens stadiumából származó residuumokból, melyek a recens szakban nem szivódtak fel. E localis latens fészkek mennek át azon újképződményekbe, melyeket a „tertianismus“ neve alatt foglalunk össze. Mindazonáltal Neumann sem tartja kizártnak, hogy virulens csirák a vér- és nyirokpályákba juthatnak, és így a nyirokmirigyekbe vagy távolabbi helyeken a szövetekbe jutva, kiinduló pontjait képezhetik tertiaer alakoknak. (Wiener medic. Wochenschrift. 1902. 28. és 29. szám.) *Sellei* dr.

A „smegmolithok“-ról és egyéb epidermis concretiokról értekezik *Majocchi* (Bologna). Dolgozatának különösen azon része érdekes, a melyben e concretiok genesisét tárgyalandó, a balano-praeputialis nyákhártya functioját ismerteti. Még nem is oly régen a smegmát és így az ebből származó smegmolithokat is a glans és praeputialis lemez mirigyeiből keletkező váladékból származtatták. Tyson ugyanis a glanson, főkép a corona glandison és a sulcusban ülő mirigyeket irt le. Azonban Robin és Cadiat, továbbá Finger, Fabbry és mások vizsgálatai kideritették, hogy a balano-praeputialis nyákhártyán mirigyek egyáltalában nem fordulnak elő, és így az úgynevezett Tyson-féle mirigyek sem egyebek, mint megnagyobbodott papillák. Majocchi vizsgálatai ez utóbbi leletet megerősitették, és ekkép nyilvánvaló, hogy a smegmát sem lehet „mirigyes“ váladéknak minősiteni, hanem az nem egyéb, mint a balano-praeputialis nyákhártya productuma. Ha ugyanis a glansról lekent smegmát górcsövileg vizsgáljuk, úgy abban túlnyomóan epithelsejteket lehet találni, melyek közé csak igen kevés zsiradék, mikroorganismus és detritus keverődött. Szövettanilag vizsgálva a balano-praeputialis nyákhártyát, abban a felhám leválását és a str. basaleban erős magoszlást lehet találni, jeléül annak, hogy a felső leváló hámsejtek gyorsan pótoltatnak. Az epidermis-sejtek folytonos leválásából és felhalmozódásából keletkezik a smegma, mely olykor bizonyos viszonyok között smegmolithokká változhatik. (Archiv für Derm. u. Syph. LIX. köt. 2. füz. 1902. február.) *Sellei* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Typhusban szenvedő betegeinél *Roemele* már huzamosabb idő óta használja rendszeresen a bélantisepsist és erre a czélra a Heyden-féle creosotalt ajánlja $^1/_2$ kávéskanálnyi adagokban és emulsio alakjában. Ezen kezelés mellett diarrhoeák és tympanismus nem jelentkeznek, a káros hatású anyagcseretermékek egy része megköttetik és végeredményképen a betegség sokkal gyorsabban folyik le. Szövődmények nélküli esetei a creosotal kezelés mellett mind meggyógyultak. (Medical progress, 1901. május.)

A Merck-féle dionint a légzőszervek megbetegedésein kivül heves gastralgia vagy colica eseteiben is használja *Kurtz* a morphiuméval teljesen egyező eredménynyel és azzal a különbséggel, hogy a betegek a dionint szivesebben vették. Ezenkivül tekintetbe jön még a más szerzők által is hangoztatott körülmény, hogy a dionint a szervezet nem szokja meg. Gyomorrák egy esetében a fájdalmak ellen szintén sikeresnek bizonyult a dionin. (Therapie der Gegenwart, 1902. 3. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 34. szám. *Doctor Sándor*: Méhfibroma. *Lévai Dezső*: Ujabb adatok a somatose értékéhez. *Jellachich István*: A rohamos szülésről. *Porosz Mór*: Megtöltve zsebben hordható kankó-fecskendő.

Orvosok lapja, 1902. 34. szám. *Sugár K. Márton*: Az otogen agytályog kórisméjéhez. *Plesch János*: A tüdővész gyógyszeres és tüneti kezelése.

Magyar orvosok lapja, 1902. 34. szám. *Deutsch Ernő*: Az állatok gyógytudományáról. *Blau Béla*: A gége syphilises megbetegedései. *Löbl Vilmos*: Az első segélynyujtás ismereteinek tanitásáról és terjesztéséről. *Genersich Vilmos*: Visszapillantás az országos közegészségügyi egyesület iskolaorvosi és egészségtan-tanári szakbizottságának működésére. *Schuschny Henrik*: Ethikai szeljegyzetek a középiskolai tantárgyakhoz.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 34. szám. Az appendicitis acuta kezelése. *Falta*: Az iriselőesés gyógyitása szemblennorrhoeánál. *Maixner*: A májcirrhosis haemorrhagiás alakja. *Hrach*: A tüdők lobos megbetegedései 1900—1901-ben és kezelésük. *Baer*: A syphilis kezelése asterollal.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 34. szám. *Papovac*: A nearthrosis-képzés technikája ankylotikus izületeknél. *Damianos*: Appendicitis baloldalt fekvő coecum mellett. *Fleger*: Adat a syringomyelia casuistikájához és az ezen bajban előforduló bőrzavarok. *Lohnstein, Pezzoli*: A prostataváladék reactioja idült prostatitisben.

Wiener medizinische Presse, 1902. 34. szám. *Prisznер*: Erb-Goldflamm-féle betegség (myastheniás bulbaerparalysis) egy esete. *Schilling*: Az ételek emészthetőségének meghatározása a bélsár mikroskopi vizsgálata alapján.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 28—31. szám. *Tieber*: Dicephalus tribrachius esete. *Arnstein*: A scrotum spontan acut gangraenájának esete. *Lindemann*: Izületi csúz, köszvény és ischias gyógyitására szolgáló újabb gyógymódok meleg alkalmazásával. *Breitenstein*: Hygiene a tropusokban. *Lucksch*: Baloldali tubaris terhesség a bal méhszarvban levő polypus mucosus mellett. *Hueppe*: Hygiene a tropusokban.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 34. szám. *Orth*: Mi a gyöngykór? *Strauss*: Az anaemia perniciosa összefüggése a gyomor-

bélhuzammal. *Mircoli* és *Soleri:* A gümökórosak anyagcseréje. *Tausch*: Lysolmérgezés két esete. *Klopstock*: Adat a typhus-, coli- és dysenteria-bacillus megkülönböztetéséhez.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 33. szám. *Grunmach* és *Wiedemann:* Actinoskopikus módszer a szívhatárok pontos megállapítására. *Mühlens*: A malaria elterjedése Németország északnyugati részében. *Bannes*: Luxatio carpo-metacarpea. *Marek*: A légzészörejek keletkezésmódja. *Levy-Dorn*: Sternum, mellkasi aorta és gerinczoszlop a Röntgen-képen. *Haller*: Erysipelas és scarlatina egyidejű előfordulása egyazon egyénen. *Müller*: Adat a pneumonia-statistikához. *Ho'z:* Kolpeurynter-massage. *Axmann*: Elektromos légfürdő.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 34. szám. *Spiethoff:* Vérnyomásmérések Basedow-kórban.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 33. szám. *Dreesmann*: Adatok a rhinoplastikához.

La semaine médicale, 1902. 33. szám. *Castaigne* és *Rathery:* Egyoldali nephritisek és a másik vese következményes bántalmai.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 34. szám. *Bayet:* A hajhullás contagiosus volta. *Lorand*: A diabetes észszerű kezelése.

Gazette hebdomadaire, 1902. 67. szám. *Lippmann* és *Foisy*: Anaërob mikrobák okozta osteomyelitis. *Fournier*: A gége és inyvitorla hemiplegiája szövődve a m. sternocleidomastoideus és trapezius paresisével. 68. szám *Labbé* és *Demarque*: „Cirrhose biliaire hypersplénomégalique" 8 éves gyermekben.

Le progrès médical, 1902. 33. szám. *Bellencontre*: Jodipin és lipjodal használata a szemészetben. 34. szám. *Narich*: A foetalis hydrocephalia diagnosisa utánajövő fejnél.

The lancet, 1902. II. 7. szám. *A. Latham*: A tüdővész modern kezelése. *L. W. Sambon:* A filaria Bancrofti és filaria immitis. *A. Crombie:* Typhus-ellenes védőoltás. *J. O' Conor*: Az appendicitis kezelése. *H. W. Page*: Megrepedt glutealis aneurysma; az a. iliaca interna ligaturája. *G. Lamb:* A cobra-méreg praecipitinje. *R. W. Marsden:* „Fourth disease". *E. Woakes:* Epilepsiát utánzó nasalis vertigo. *A. N. V. Johnson* és *E. Goodall*: Valószínűleg toxikus eredésű heveny elmebaj halálos kimenetellel influenza után. *J. H. Walker*: Hasbajt utánzó pleuro-pneumonia. *J. Hill Abram* és *W. Thelwall Thomas*: Ismétlődő gyomorfekély két esete.

British medical journal, 1902. augusztus 23. Az orvosi oktatásra vonatkozó czikkeket tartalmaz (Educational number).

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. augusztus 29.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 33. hetében (1902. augusztus 10-dikától augusztus 16-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 466 gyermek, elhalt 271 egyén, a születések tehát 195-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra 31·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18·3, az egy éven felüli lakosságnál: 11·8 az öt éven felüli lakosságnál: 10·7 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 2, pertussis 2, morbili 2, scarlatina 2, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 6, apoplexia 6, eclampsia 7, szervi szívbaj 19, pneumonia 9, pleuritis 2, pneum. catarrh. 6, bronchitis 1, tuberculosis pulmonum 44, enteritis 68, carcinoma 7, ezek közül méhrák 0, egyéb újképletek 1, morbus Brightii et nephritis 1, veleszületett gyengeség 15, paedatrophia 1, marasmus senilis 7, erőszakos haláleset 8, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 2, baleset 6, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2763 beteg, szaporodás e héten 825, csökkenés 877, maradt e hét végén 2711 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi augusztus 13-dikától augusztus 10-dikéig terjedő 32. 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 18 (27), diphtheria, croup 21 (26) hagymáz (typhus) 3 (4), kanyaró (morbili) 34 (46), trachoma 7 (4), vérhas (dysenteria) 2 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 10 (5), orbáncz (erysipelas) 18 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (1) járv. fültőmirigylob 6 (0), ezenfelül varicella 11 (10).

□ **Wundt Vilmos** tanár, a hirneves életbúvár augusztus hó 16-dikán érte meg 70. születésnapját.

± **Riehl Gusztáv** lipcsei tanárt a Kaposi halálával megüresedett bőrkórtani tanszékre kinevezték.

⊕ **Jármay László** dr. tátrafüredi fürdőorvos 25 éves fürdőorvosi működésének jubileumát a napokban ülte meg. A köszeretetben álló kartársat ez alkalommal barátai, tisztelői és a fürdővendégek mindenfelől melegen üdvözölték.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Tátra-Széplak*, augusztus 25. 1121; *Uj-Tátrafüred*, augusztus 21. 1348; *Tátrafüred*, augusztus 21. 2215; *Korytnicza*, augusztus 16. 1464; *Szt. Margit-sziget*, augusztus 17. 787; *Tarcsa*, augusztus 17. 1003: *Lipik*, augusztus 19. 3762; *Budai Erzsébet-sósfürdő*, augusztus 23. 1316.

○ **A magyarországi betegápolók és ápolónők országos egyesülete** megalakult. Czélja az, hogy betegápolókat és ápolónőket képezzen ki szakszerűleg és a betegápolói állásokat közvetítse és tagjait segélyezze. Az egyesület helyes vezetés mellett hasznos szolgálatokat tehet a közönségnek, törekvése azért pártfogást érdemel.

× **Orvos-statistika.** 10,000 lakóra Németországban 5·1, Ausztriában 4·1, Magyarországban 2·8, Olaszországban 6·3, Svájczban 6·1, Franciaországban 3·9, Spanyolországban 7·1, Belgiumban 5·2 Angolországban 6·1, Skócziában 7·7, Irlandban 5·6, Norvégiában 5·3, Svédországban 2·7, Dániában 6·4, Oroszországban 2·7, Berlinben 14·1, Bécsben 13, Budapesten 16·4, Párisban 9·7, Brüsselben 14·7, Londonban 12·8, Madridban 24·4 orvos esik.

□ **Az Országos Orvos-Szövetség képkiállítását** a városligeti műcsarnokban szeptember közepén nyitják meg. Több mint 700 kép gyült össze. Köznapokon d. e. 9 órától d. u. 4 óráig lesz nyitva. Minden csütörtökön este sétahangverseny lesz. Belépő díj 1 korona, vasárnap d. u. 40 fillér. A kiállítást *Elischer Gyula* tanár szervezte. Előreláthatólag sikerrel fog végződni.

⊕ **Az Országos Orvos-Szövetség sorsjátékának** sorsjegyeire julius 15-dikéig az engedélyezett 200,000 darab 1 koronás jegyből csak 25,249 darabra történt még előjegyzés; az el nem helyezett sorsjegyek száma 174,751 darab. A szövetség főtitkára felhivja a kartársakat, a kik ily sorsjegyek átvételére vállalkozni kivánnak, hogy ebbeli szándékukat levelező-lapon nála, VII., Erzsébet-körút 15. bejelentsék.

⋁ **Tanulmányi tájékoztató az orvostanhallgatók számára.** Az orvoskari dékán az 1901. évi új szigorlati szabályrendelet alapján az orvostanártestület megbizásából tájékoztató füzetet bocsátott ki az orvostanulók számára, mely tanácsokat nyujt arra, hogy a tantárgyakat milyen sorrendben, milyen időben lehet legczélszerűbben hallgatni. A tanulmányterv félévről félévre előtünteti külön a köteles és külön a nem köteles, de ajánlott tárgyak hallgatásának idejét, czélszerű utasításokat ad a tanulás módjára és a szigorlatokra vonatkozólag is. Czélszerű leend, ha az orvostanhallgatók beiratkozásaiknál a tanulmánytervet lehetőleg pontosan betartják.

○ **Az üresedésben levő I. női klinika** tanszékére kiirott pályázatra hat folyamodvány érkezett be. A következő kartársak folyamodtak: *Bäcker József* dr. egyetemi magántanár, a szt. János-kórház nőbetegosztályának rendelő orvosa, *Bársony János* dr. egyetemi magántanár, *Dirner Gusztáv* dr. egyetemi magántanár, a budapesti m. kir. bábaképző igazgatója, *Szabó Dénes* dr., a kolozsvári egyetemen a női klinika ny. r. tanára, *Tóth István* dr. egyetemi magántanár és adjunctus a II. sz. női klinikán és *Velits Dezső* dr., a pozsonyi m. kir. bábaképző igazgatója.

± **Megjelent.** Verhandlungen und Mitheilungen des siebenbürgischen Vereins für Naturwissenschaften zu Hermanstadt 1901-dik évfolyama. Nagy-Szeben 1902. Orvosi szakosztályának 77 tagja volt. 20 ülést tartott. 1902-re elnökül választotta *Konrád Jenő* dr.-t, az állami elmegyógyintézet igazgatóját.

† **Elhunyt:** *Köveskáli Nagy Ernő* f. hó 26-dikán Budapesten 41 éves korában. Id. *Schédy Sándor* f. hó 16-dikán 71 éves korában. Az elhunyt 1862-ben alapította a „Gyógyszerészeti hetilap"-ot, és az utóbbi évekig folyton szerkesztette. Nagy érdemei vannak az országos gyógyszerész-egyesület létesítésében és a magyarországi gyógyszerészeti irodalom fejlesztésében. Temetése f. hó 20-dikán ment végbe. *Zboray Béla* a magyarországi gyógyszerész-egylet, *Vastagh Zoltán* a „Gyógyszerészeti Hetilap" nevében mondott az elhunythoz búcsúzó szavakat.

○ **A fersanról**, ezen kitünő vastápkészítményről összefoglaló közlemény jelent meg az „Allgemeine medizinische Central-Zeitung" egyik utóbbi számában. A közlemény 26 dolgozatot ismertet, melyeknek szerzői kivétel nélkül nagyon előnyösen nyilatkoznak a fersanról, kiemelve a vérképzésre gyakorolt kedvező hatását és ártalmas tulajdonságoktól mentességét. Megemlítésre méltó továbbá, hogy e közlemények csaknem mindegyikében megtaláljuk a fersan étvágygerjesztő hatásának hangsúlyozását.

„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 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. (X. bemutató ülés 1902. május 21-dikén.) 572. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1901. deczember havi szakülés.) 572. l.

Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató ülés 1902. május 21-dikén.)

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

(Vége.)

Gümős hashártyalob kapcsán fejlődött strangulatiós ileusnak laparotomiával gyógyított esete.

Herczel Manó: N. Sz. 5 éves, fiú, Temesvárról. Családjában tuberculosis és terheltség nincs; a gyermek mindig anaemiás volt; az utolsó évben azonban jól fejlődött. Széke mindig nehezen volt. Folyó évi április 20-dikán este 10 órakor hirtelen rosszúl lett, sokat hányt, azóta sem szék, sem szelek nem mentek, hasa megpuffadt és fájdalmas.

Az obstructio harmadik napján, április 23-dikán került a beteg Szana dr. szives ajánlatára osztályunkra a következő *statussal:* a halvány, korához képest eléggé fejlett fiú arcza beesett, szenvedést kifejező, hasa igen puffadt, a vékony hasfalakon át a bélcontourok, azok koronkénti, görcs kiséretében való megvastagodása és erős peristaltikus mozgása jól láthatók. A köldök alatt a bal mesogastriumban tenyérnyi területen élénk locscsanás hallható. A diagnosist *strangulatiós ileusra* tettük s a beteget rögtön behozatala után chloroformnarcosisban megoperáltuk.

A linea albában végzett laparotomia után kitünt, hogy a cseplesz a peritoneum parietalehoz mindenütt hozzátapadt, a vékonybelek erősen tágultak, rajtuk mindenütt számos apró miliaris tuberculum, a hasürben jóformán semmi transsudatum. Az ileum alsó részletéhez tartozó bélkacsok egyikét erősebb selyemfonál vastag álhártyaköteg szorítja le, mely a cseplesztől kiindulólag a bal inguinalis csatornához húzódik. Ennek átmetszése után egy befüződési barázda látható, mely alatt a vékonybél összeesett; a befüződési barázda felett 4 sero-serosus varratot applikálunk a bélre s a hasfal sebét egyesitjük. A betegnek már a mütét utáni éjjel bő széke volt, a lefolyás teljesen láztalan, a seb per primam egyesült. Jelenleg a fiúcska jól érzi magát, hizik; néhány szúrcsatorna helyén a bőrön apró sarjfelület van.

Prostata hypertrophia, teljes retentioval. Bottini-mütét. Gyógyulás.

Herczel Manó: Sch. F., 62 éves, földmives, Csákováról. Már néhány év óta nehezen vizel; különösen éjjel a vizelés 3—4-szer is felkölti, nappal szintén gyakran kell vizelnie. Folyó év márczius hó óta egyáltalán nem tud vizelni, folyton katheterezni kell. Osztályunkon folyó év április hó 12-dikén jelentkezett a következő *statussal:*

Jó erőben levő férfibeteg; emphysema, bronchitis, jobboldali hydrocele, mely már 9 év óta áll fenn. Vizelni nem tud; a hólyagba vastag eszközökkel is könnyen bejuthatunk; hólyagcapacitás 150 cm³. A vizelet amphoter, nem büzös, egyes czafatokat tartalmaz, fehérjét nem találtunk. Rectalis vizsgálatnál a prostata assymetriás, baloldalt a mirigy hatalmasan megnagyobbodott, puha, felső széle nem érhető el; a jobb lebeny kisebb, keményebb, egyenlőtlenül dudoros; az isthmus jól tapintható. A cystoscopikus vizsgálat is azt bizonyitja, hogy a prostata bal lebenye erősen bedomborodik a hólyagba, jobboldalt kevésbbé, az isthmus tája behúzódott.

A Bottini-mütét 1902. április hó 15-dikén cocain-anaesthesiában levegővel megtöltött hólyag mellett történt. A prostata bal lebenyét ferdén kivülről és hátulról be- és mellfelé vezetett metszéssel átégetjük. A metszés hossza 32 mm., az áramerő 48 Ampère.

Állandó katheter. A kés kihúzás után egészen tiszta volt. 8—11 nappal mütét után a pörkök csekély vérzés közben leválnak. Az állandó kathetert csak a 24-dik napon lehetett elhagyni, mivel a katheter kivétele után mindig nagy tenesmusa és fájdalmai voltak; ezen időtől kezdve a *beteg spontan vizel*, naponta csak egyszer csapoljuk a retentiós vizelet kibocsátása és hólyagmosás czéljából. A beteg nappal körülbelül minden órában vizel, éjjel 3—4-szer. A mictio elég könnyen, minden nagyobb erőlködés nélkül történik, nem fájdalmas. A residualis vizelet most még 80 cm³, a további kezelés folyamán mindenesetre még csökkeni fog. A hólyagcapacitás 150 cm³. A vizelet napi mennyisége: 1600 grm.

A rectalis lelet jelenleg annyiban változott, hogy a prostata jobb fele a kiemelkedőbb s a bal fele van inkább besüppedve. Az egész prostata nyomásra kissé érzékeny.

Róth Jenő: A Bottini-mütét nem mindig eredményes, mert az eljárás technikája nehéz. Ezt szóló maga is tapasztalta, de a technika már javult. A mi azonban ennél fontosabb, az a mütét körüli tájékozottság, vagyis a mütétet megelőző és azt irányító tájékozó vizsgálat, melynek alapján történik a bemetszések elhelyezése, iránya, hosszúsága stb. Szóló ezt tartja a kérdés punctum saliensének és ezért a mütét sikeréért nem annyira a mütétet, mint a mütevőt tenné felelőssé, feltéve, hogy már előbb az indicatio felállitása körül tévedés nem történt, mert nem minden prostata alkalmas a mütétre, a mint nem minden kő alkalmas a lithothripsiára.

Ujabban akadtak szerzők, kik mert a Bottini-féle mütét lényegét nem ismerték, ennek hatását különféle képtelen módon igyekeztek magyarázni ott, a hol a kitünő eredményt nem tagadhatták. Ezekkel szemben kiemeli szóló, hogy vele egy nézeten van minden tapasztalt szerző, hogy kalandos magyarázatokba bocsátkozni nem kell, mert csakis az által hat, hogy *mechanikus akadályt* hárit el és pedig a pars prostaticából. Ezt igazolja a bemutatott eset is, melyben a bal nagyobb prostatalebenyen ejtett egy incisio a beteget kinjaitól megszabadította.

Herczel Manó az első Bottini-mütétet 17 év előtt látta Czernynél, az eredmény nem volt lelkesitő, mert a mütéti eljárás és a metszések is primitivek voltak. Szóló majd elhagyta, majd ismét visszatért a mütéthez, mely gyengédebb, czélszerübb és czélravezetőbb, mint egyéb eljárások. Ezé a jövő. Róth nézetét, hogy a mostan elért jobb eredmények oka az, hogy az eseteket jobban tudjuk megválasztani, szóló nem osztja, most is véletlen dolga az, hogy melyik eset gyógyul meg, melyik nem. A technika a haláleseteket is apasztotta: elvérzés, sepsis, embolia ma ritkábbak. 70% gyógyul, javul, 20% nem javul és 10—5% a mortalitás.

Elnök köszönetet mond előadóknak és az ülést berekeszti.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

1901. deczember havi szakülés.

(Folyt.)

Hogy a carbol nem minden esetben fejt ki jelentékeny mérgező hatást, annak a különböző egyéni disposition kivül egyik oka bizonyára az, hogy a szervezetből a vizelet útján gyorsan kiküszöbölődik, hacsak nem nagy mennyiség hatott reá. Ez esetben azonban a kiküszöbölés feladatát, a másik hiányában, csak egy vese teljesitette.

Egy kifejlett szervezetnél egyik vese úgyszólván vicariáló működéssel nagy részben a hiányzónak működését is pótolhatja, de az már kérdéses, hogy az élet első idejében már e pótló működést a meglevő szerv kifejtheti-e. Nem alaptalan a felvétel, hogy nem s ezért lehetséges, hogy az adott esetben a minimalis carbolmennyiség halálos mérgezéshez csak ily fejlődési rendellenesség mellett vezethetett.

Azonban a mérgezésnek ily rendkivüli körülmények közt való megtörténte sem ment fel attól, hogy ily eset okulásul szolgáljon s a carbol használatánál óvatosságra intsen. A szer használatának még ma is nagy tere van, ezért kötelesség ártalmas voltára a figyelmet felhivni s óvatosságra inteni, kötelesség mindent elkövetni, hogy használatát korlátozzuk, hogy gyermekek gyógykezelésénél egészen mellőzzék. A legkevesebb, a mit kivánunk s a minek törvény útján való szabályozását, esetleg teljes eltiltását kieszközölni igyekezniink kell, az a carbolsavnak s a hozzá hasonló szereknek orvosi vény nélküli árusitása, kézi eladásban való szereplése.

Berkovits Miklós szerint a carbolt mint kereszttel jelölt szert az illető gyógyszerésznek nem lett volna szabad kézi eladásban kiszolgáltatnia. Helyteleniti, hogy a carbololajat vény nélkül is kiszolgáltatják. Nem hallgathatja azonban el, hogy előadó a carbolról, mint gyógyszerről, túlsötét képet festett s hogy a szernek gyakori használata ellene szól a mérgezések gyakoriságának. Az ismertetett esetben szerinte a carbolmérgezést főkép az okozta, hogy az eczemás bőrfelület nyitott nyirkedényei könnyen felszivták a carbololajat.

Grósz Sándor gyógyszerész előtte szóló szavaira azt jegyzi meg, hogy csak az acidum carbolicum van kereszttel jelölve, ellenben az 1%-os aqua carbolata és a carbololaj igy megjelölve nincsenek, ezért a kézi eladásban szerepelhetnek.

Berkovits Miklós ezen és hasonló szereknek kiszolgáltatását lelkiismereti kérdésnek tartja s a gyógyszerészeket mindenesetre nagyobb óvatosságra inti.

Konrád Mirk oly értelemben szólal fel, hogy az esetben, ha az emlitett szerek nincsenek kereszttel megjelölve s igy akadálytalanul kézi eladásban is kiadhatók, czélszerűnek tartaná e körülményre a belügyminister figyelmét felhivni.

Előadó Berkovits Miklós szavaira válaszolva, kijelenti, hogy a carbolnak mint gyógyszernek értékét kisebbiteni nem akarta, de az előadott concret eset alkalmából kötelességének tartotta a figyelmet a carbol mérgező voltára felhivni és használatánál, főkép gyermekek gyógykezelésénél, óvatosságra inteni.

4. **Rácz Miksa „A prostata-hypertrophia sebészi kezelése"** czimen tart előadást.

A tárgy mintegy 15 éve foglalkoztatja a szakköröket s a Bottini-mütét felfrissitése által ismét actualissá lett.

Fontossága nagy, mert az orvosi gyakorlatban nagy gondot adnak a férfikorban levő, gyakrabban öreg betegek, a kiknek életét a prostata bántalma szerencsétlenné teszi.

Röviden vázolja a prostata-hypertrophia kórbonczlanát.

Bottini teljes és részleges túltengést különböztet meg. Miután szerinte az egyenletesen megnagyobbodott prostata ischuriát nem okoz, a totalis túltengés alig jön tekintetbe.

A partialis hypertrophia az, a mely kisfokú megnagyobbodásnál az esetek többségében vizelési zavarokat okoz.

Van továbbá excentrikus és concentrikus megnagyobbodás is. Az első a húgycső lumenjét nem változtatja meg, az utóbbi a vizelet kiürítését mechanice akadályozza. Van egy úgynevezett vegyes hypertrophia, a mely klinikai szempontból a concentrikus hypertrophiákhoz soroltatik, a mennyiben a mirigy belső része az, a mely a vizelet kiürülését gátolja.

Ha az excentrikus megnagyobbodás nem egyenletes, úgy ez nem fogja ugyan a húgycső prostatás részének lumenét megváltoztatni, de deviatioját előidézi.

A középső lebeny az, a mely már mérsékelt túltengésnél is nagyfokú vizelési zavart okoz. Ezért van, hogy egyoldalú túltengés által okozott zavarok jelentékenyen megjavulnak, párhuzamosan a másik oldal előhaladó túltengésével.

Mi tehát tulajdonképen a prostatatúltengés?

Egy elmélet szerint nem a mirigy- vagy izomelemek activ proliferatioja, hanem a mirigyelemek passiv kitágulása a váladék pangása következtében. A prostata-túltengés tulajdonképen sem nem túltengés, sem valódi újképződés, hanem éveken át tartó latens gyuladásos folyamatok eredménye, a mely folyamatok valószínűséggel gonorrhoeára vezethetők vissza, bár ez nincs bebizonyítva.

Kórszövettani szempontból Bottini fibrosus, glandularis és kevert hypertrophiát különböztet meg. A fibrosus megnagyobbodás nem tévesztendő össze a prostata sclerosisával, a melyet épen a prostata megkisebbedése jellemez.

A fibrosus megnagyobbodás rendszerint nem ölt nagyobb dimensiokat, ritkán okoz nagyobb zavarokat és csak öreg korban fordul elő. A glandularis alak is az előrehaladottabb korban fordul elő, az előbbinél gyakoribb s gyakrabban okoz zavart. Végre az adenofibrosus alak valamennyi közt a leggyakoribb, minden korban előjöhet s kiterjedhet az egész mirigyre vagy csak egy lebenyre, leggyakrabban egy oldallebenyre. Tömött consistentiájú, de azért szakadékonyabb, mint az előbbiek s benne a catheter könnyebben készíthet fausse route-ot.

Ha ez a hypertrophia nem egy lebenyt ér, az urethrán és a hólyagon az egyes lebenyek közt ránczok képződnek s ezek még növelik az akadályt s a dysuriát. Ép e ránczok elpusztítása, illetőleg átmetszése alapja a Bottini-féle műtétnek.

Már 15—20 éve igyekeztek a megnagyobbodott prostatát késsel is megközelíteni. Így jöttek létre a prostatotomia, a prostatectomia és a felső hólyagmetszés után a hólyagon keresztül való catheterisatio. Mind e műtét kivitele nehéz s prognosisa kedvezőtlen.

A 90-es évek elején Lannois, Ramm és Withe oly betegeknél, a kik prostata-túltengésben és heretuberculosisban szenvedtek egyidejűleg és a kiknél az utóbbi baj miatt castratiot végeztek, észrevették, hogy egy időre a prostata-túltengés által okozott vizelési zavarok kisebbedtek. Ez észlelet alapján azután állatokon és beteg embereken castratio előtt és után a prostatán méréseket tettek s rájöttek, hogy a here kiirtása után a prostata megfelelő lebenye visszafejlődik. Kétségtelennek látszott, hogy a castratio előnyösen befolyásolja a prostata-túltengést.

Kerestek ennek tudományos magyarázatát.

Voltak, a kik azt vélték, hogy ha a castratio a prostata sorvadását okozza, a herék bizonyára oly nedvet választanak el, a melyre a prostatának szüksége van. Mások idegbefolyásra gondoltak.

Az előbbi felfogásból kiindulva, némelyek a castratio helyett a vas deferens resectioját végezték, mint olyan eljárást, a melynél szintén bekövetkezett a prostata visszafejlődése. A visszafejlődés lassabban indul ugyan meg, mint castratio után, de a műtét kivitele könnyebb. Miután az átmetszett vas deferens sohasem regenerálódik, felesleges annak resekálása, elég az átmetszés.

Legegyszerűbb kivitele: a scrotum bőrén kemény kötegként érezhető vas deferenst a bal kéz két ujja közt rögzítve, azt egy sterilizált biztosító tűvel fixáljuk s egy hegyes bistourival átmetszszük.

A kolozsvári sebészeti klinikán volt alkalma egy idevágó esetet észlelni.

Egy 56 éves földmives októberhavában azzal a panaszszal jelentkezett, hogy nem tud vizelni. Vizsgálatnál a középvastag catheter a prostatás részen érezhető ellenállástól eltekintve elég könnyen hatol át a húgycsövön s jut a hólyagba. A végbélbe vezetett ujjal a prostata férfiökölnyinek és keménynek tapintható. A hypertrophiában főkép a középső lebeny vesz részt.

Mindkét oldalon lekötötték a vas deferenst. Műtét után két hétre — addig rendszeres catheterisatiot és bórsavoldattal hólyagöblítést végeztek — a beteg spontan vizelt. A prostata nem kisebbedett meg észrevehetően. A residualis vizelet 12 cm^3.

A beteg távozott és további sorsa ismeretlen.

Minden addigi műtétet felülmul Bottini műtéte.

Ehhez az általa szerkesztett cauterisator szükséges. Kisebb prostata-túltengésnél, spermatorrhoeanál, a hólyagnyak nagyfokú göresénél a cauterisatort használja, a melylyel barázdát éget a prostatába. A műtét 1—3 perczet igényel, a fájdalom csillapítására 1% cocain-oldatot használnak. A betegek a műtét után néhány napra, olykor azonban csak néhány hét után vizelnek spontan. Az utókezelés: rendszeres catheterisatio s a hólyagnak bórsavoldattal való öblítése. Rendes körülmények közt sem vérzés, sem láz nem jelentkezik.

Bottini galvanocaustikus incisiojánál már az is kedvező, hogy az általános narcosis felesleges s utána a betegnek nem kell az ágyat őriznie.

Indikált a műtét teljes és részleges túltengésnél, billentyűképződés minden alakjánál, csak a hólyag izomzatának elfajulása ne legyen jelentékeny.

A bemutatott műszer Trendelenburg módositását mutatja.

Közvetlenül a műtét előtt, miután a húgycső mellső részét kiirrigálták, 50 cm^3-nyi 3%-os eucaint vagy cocaint fecskendeznek be s ezt öt perez után kibocsátják. Ezután a hólyagot töltik meg 150 gramm sterilizált bórsavas vízzel, mert üres hólyag mellett a műtét veszélyes, mert könnyen juthatnak haránt redők a kés elé.

Egyik legfontosabb kérdés az incisio hosszának megállapitása s ez főkép lágy prostatánál, a midőn a műszer csőre összenyomja a mirigyet, nem könnyű. Általánosan elfogadott szabály, hogy ilyenkor a bemetszés csak 1—2 cm. nyi legyen, bár megeshetik, hogy a műtétet meg kell ismételni. Fibrosus túltengésnél, a melynél a mirigy felső széle rendszerint nem tapintható, rendesen egy cm.-rel hosszabb bemetszést csinálunk, mint a prostatának az a hosszátmérője, a melyet a végbélen át való tapintásnál megállapithatunk.

Bottini 1892-ben számolt be 57 esetről. 43-nál eredményt ért el, két műtett betege elhalt. Megjegyzendő, hogy akkor még hűtőkészülék nélkül operált. Műszere javitása óta újabb 23 esetről számolt be s ezek közül egy sem végződött halálosan s valamennyinél legalább javulást ért el.

Előadó nézete szerint, miután gyakorlati szempontból a prostatatúltengés nem betegség és csak akkor lesz azzá, ha a vizelési zavarok jelentkeznek, könnyű esetekben elegendőnek tartja a catheterisatiot. Ez után, mert könnyen kivihető, az endózsinór átmetszése jöhet szóba és csak ott, a hol gyors beavatkozásra van szükség s a hol kellő alkalom van reá, végezheti gyakorlott műtő Bottini műtétét.

5. **Baróthi Ákos Nagyvárad 1901. november havi népmozgalmi statistikáját és közegészségügyi viszonyait** ismerteti.

Élve született 120 gyermek, ebből törvénytelen 32. Halva született 3.

Az évi születési arányszám 28·3%, halálozási arányszám 25·4‰, csak helybelieket számítva 20·2‰. 0—1 éves korig elhalt 27 gyermek (törvénytelen 8), 1—5 éves korig 8 (törvénytelen 1).

Vörhenyben megbetegedett 2 egyén, diphtheritis és croupban 5 (elhalt 3), typhusban 10 (elhalt 2), tuberculosisban elhalt 14, bélhurutban 5 beteg, gyermekágyi lázban egy megbetegedés történt.

1902. január havi szaküles.

1. **Fráter Imre** beteget mutat be, a kinél **részleges golyvakiirtást** végzett.

A beteg a biharmegyei közkórház sebészi osztályán azzal a panaszszal jelentkezett, hogy nyaka mellső részén egy hét év óta fokozatosan növő daganat van, a mely nem okoz ugyan fájdalmat, de a légzésben akadályozza.

A daganat a nyak középvonalában látható, csaknem gyermekfejnyi, egy nagyobb jobboldali és egy kisebb ballebenyből áll. A nagyobb jobb lebenyt mély barázdák még három lebenyre osztották. A daganat felett a bőr fehér, könnyen redőbe emelhető, rajta tágult visszerek láthatók, tapintásnál ruganyos, némely helyen fluctuál, nyomásra fájdalom nem támad. Mozgatásnál alapjáról kissé felemelhető, az oldalak felé nagy kitéréseket enged, igen mozgékony. A nyelési mozgásokat követi.

Diagnosis: struma, és miután fluctuáló helyek is vannak, struma cysticum (struma parenchymatosum).

A palliativ hatású jod külsőleg és belsőleg való alkalmazása, jodtincturának a struma parenchymájába való fecskendezése, arsen-kezelés, tekintettel a daganat nagyságára, nem igértek eredményt, ezért radicalis eljárásra, a struma eltávolítására szánta el magát.

Az operativ eljárás többféle lehet:

1. Tömlős daganatnál, ha a tömlő felületesen fekszik, azt bemetszik, falát kivarrják a bőrhöz és a sarjadzásoktól várják az üreg záródását. Adott esetben azonban a golyva nem volt tisztán tömlős, azért ez az eljárás nem volt alkalmas.

2. A teljes vagy részleges golyvakiirtás.

3. Végül a golyva szövetének sorvasztása a pajzsüterek alákötése által.

Hogy mely eljárást vegye igénybe, azt a műtét közben felmerülő viszonyoktól tette függővé. A műtétet mult évi november hó 1-én hajtotta végre.

Az elaltatott s kellően desinficiált beteg nyakán a jobboldali sterno-cleido-mastoideus mellső szélén végezte a bemetszést, azzal párhuzamosan, mintegy 20 cm.-nyi hosszban. A felületes rétegek átmetszése után a struma kékesen áttünő burka volt látható. Az útbaeső nagyobb visszerek kettős lekötése után a struma tokját meglazította. A tok nyilásának tágitása után tompán haladt a szövetek közt s könnyen sikerült egy pulykatojásnyi folyadékot tartalmazó tömlőt eltávolítni. Ez volt a strumának cystosus részlete s a jobboldali nagyobb lebeny egyik karélya.

A mirigy többi részének eltávolitása a gyakran jelentékeny vérzés s a folyton szükségesnek mutatkozó alákötések miatt lassan haladt előre, de mégis sikerült a jobboldal másik két lebenyét is eltávolitani.

A tracheáról való leválasztás, illetőleg az itt futó pajzsüterek ellátása nem járt nagyobb nehézséggel, mert az isthmus felé elvékonyodott szöveteket könnyen sikerült hosszú csipetőkbe fogni, ezek előtt en masse lekötéseket alkalmazni s igy a strumának egész jobb felét eltávolítni.

A bal lebeny ekkor kis tyúktojásnyinak látszott. Ezt, tekintettel a szomorú tapasztalatokra, melyeket a sebészek teljes golyvakiirtás után a cachexia strumipriva folytán elpusztult betegeken tettek, visszahagyta.

A sok alákötés, a visszamaradt nagy sebüreg s az a lehetőség, hogy e miatt a mediastinumba geny sülyed, a nyilt sebkezelést tették szükségessé, ezért az üreget jodoformgaze-zel tamponálta s kötést alkalmazott.

Tehát partialis golyvakiirtást végzett, resectioval a golyva isthmusánál. Egy golyvatömlő meg a parenchymából lett kiásva.

A lefolyás láztalan s a beteg a bemutatás napján, egy fillérnyi sarjadzó felülettől eltekintve, teljesen gyógyult volt.

2. **Fráter Imre: Magas hólyagmetszés kő miatt** egy tizenkét éves fiúnál.

A kis parasztfiúnál a hólyagba vezetett sonda egy nagy és kemény kő jelenlétét mutatta. A műtét tehát feltétlenül javalva volt. A jelentkező betegnek nagyfokú cystitise s a vele járó lázak csak hosszabb idő után voltak megszüntethetők, mert a renitens fiúnál a hólyagmosások nem voltak kivihetők. Belsőleg vett urotropint, majd salolt. A műtétet előadó 1901. november 11-dikén hajtotta végre.

Előadó rendesen a medialis kőmetszést szokta végezni s eredményeivel meg van elégedve.

Ez esetben azonban a kő nagysága s keménysége miatt s mert ismert tapasztalat, hogy ily nagy kő extractioja a húgycsövet nagyon megsérti és esetleg állandó fistulát eredményez, a magas kőmetszésre határozta el magát.

Az elaltatott és kellően desinficiált beteg hólyagját egy csappal ellátott catheteren át 3%-os bóroldattal töltötte meg, annyira, hogy a hólyag apexe a hasfalon át feszülő tömlő alakjában volt érezhető. Hogy a catheter ki ne csúszszék, azt vékony drainesővel a penishez kötötte.

A metszés a symphysis felső szélével párhuzamosan történt s mindkét oldalan a canalis inguinalisban haladó ondózsinórig terjedt. Ezek mellett kissé felfelé görbült s így lett tágítva a seb, a mely mintegy 10 cm.-nyi volt. A rectusok inainak átmetszése után a symphysis mögé jutott, a honnan a haránt redő alakjában érezhető peritonealis redőt meggörbített mutatóujjával könnyen feltolta. Előtte volt ekkor a hólyag lemezetelenített mellső fala, a melybe egy rögzítő fonal előzetes áthúzása után mintegy 3 cm. hosszú bemetszést tett.

A kiürülő vizelet kissé véres volt, jelentékenyebb vérzés azonban az egész műtét alatt nem jelentkezett. A kő eltávolítása a nyílás némi tágítása után könnyen sikerült s ekkor a hólyag elzárásához fogott.

A selyemvarratok első étage-a csak az izomrétegot tartotta össze, a felső étage a rostos réteget, a nyákhártya érintetlen maradt. A varratok Lambert-féle csomós varratok voltak, mint a bélvarratoknál. Kezdetben tartottak, mert a katheteren át befecskendezett folyadék nem ürült ki a varratok közt. A bőrt nem egyesítette, hogy elejét vegye a varrat elégtelensége esetén támadó húgybeszűrődésnek és állandó Nélaton-katheter alkalmazásával befejezte a műtétet.

Négy napig tartó, csekély, 37·8°-ig emelkedő hőemelkedéstől eltekintve, az állapot kielégítő volt, a katheteren keresztül a vizelet rendesen ürült, kezdetben véres, azután zavaros volt. A negyedik napon a katheter hirtelen felmondta a szolgálatot, semmi sem ürült belőle s a midőn ki akarta mosni a hólyagot, a folyadék a varratok közt ürült ki. Nyilvánvaló, hogy az előbb fennállott cystitis az állandó katheter izgatása folytán kiújult s valószínűleg így jött létre genyes tömegek behatolása által a katheter eldugulása s a hólyagnak görcsös összehúzódása által a varratok átszakadása. A hőmérsék is emelkedni kezdett, úgy hogy szükségesnek tartotta a varratok eltávolítását s a hólyagnak alól és felől való drainezését.

Ettől kezdve a seb szépen sarjadzott, a láz megszünt, a hólyagmosásokat is abbanhagyták s remélhetőleg a fenmaradt fistula is nemsokára el fog záródni.

3 **Altmann Jakab** egy gyakorlatában észlelt **diabetes insipidus** esetet ismertet.

A beteg 45 éves nő, a ki három gyermeket szült. Mindhárom gyermeke csecsemőkorban halt el. Ilavi baja 35 éves korában maradt el. Atyja 90 éves, él és egészséges, anyja 52 éves korban tüdővészben halt el. Testvérei nem voltak. Ugyszólván sohasem volt beteg 1900. április haváig, a midőn influenzát kapott, a melyből tiz napi kezelés után gyógyult fel. Utóbaj nem maradt vissza.

Ugyanazon évi augusztus 28-án útról hazatérve, az utat a vasútig kocsin tette meg, a melyen magasra rakott holmi volt. Útközben a kocsiról leesett. Mintegy tiz perczig feküdt eszméletlenül, azután magához térve, útját tovább folytatta.

Már 29-dikén előadóhoz fordult, a midőn erős fejfájásról panaszkodott. Jobb halántékán gyermektenyérnyi kékes-vörös véraláfutás volt látható, jobb szeme befelé kancsalított. Hőemelkedés nem volt, egyéb elváltozást sem talált, ezért tünetileg kezelte. Tizennégy napi kezelés után annyira javult, hogy rendes foglalkozását végezhette. Ugyanekkor a megejtett szemvizsgálat semmi rendellenességet nem derített ki.

1901. szeptember 28-dikán ismét előadóhoz fordult, előadva, hogy három nap óta folyton szomjas, sok vizet iszik és sokat vizel. A vizsgála a bőr, a száj és garat nyálkahártyának szárazságától eltekintve mit sem mutatott. Elrendelte, hogy a bevitt és kiürített folyadék mennyiségét mérjék meg. Ekkor kiderült, hogy szeptember 30-dikán 4½ liter vizet ivott és 5 liter vizeletet üritett, október 1-jén ugyennyit, október 2-dikán 5 litert ivott 4¾ litert ürített, 3-dikán ugyanannyit, 4-dikén a a mennyiség 5 és 5½ liter volt, 5-dikén 5½ és 5 liter s igy haladva október 28-dikán 10½ liter vizet ivott és 11 liter vizeletet üritett.

Ily bő vizelés (polyuria) előjöhet vesebajnál (nephritis interstitialis), hólyaghurutnál, czukros és egyszerű húgyárnál, szivbajoknál, a melyeknél a bal gyomrocs túltengett s a vérnyomás és a véráram sebessége nagyobb, heveny fertőző bajoknál (typhus, scarlatina), idegbántalmaknál a bolygóideg magva körül a negyedik agygyomrocs fenekén támadó betegségeknél, vagy ha az agy féregnyujtványa izgatott s a véredénytágitók izgalmát idézi elő. Eredhet gyógyszerek behatásától is és felléphet hysteriásoknál.

A betegnél a szív és az emésztési szervek zavart nem mutattak. A vizelet feltünően világos, tiszta vízszinű, fajsúlya 1008, savi, benne fehérje és alakelemek nem találhatók. Szív- és vesebaj tehát már kizárható volt, a diabetes mellitus is. Utóbbit már az alacsony fajsúly is jelezte. A betegnek hólyaghurutja sem volt, gyógyszerek behatása sem volt felvehető. Hysteriánál a polyuria csak átmeneti, nem tart ily soká.

Mindezek kizárása után ideges eredetre gondolhatott s a tizenhárom hó előtt szenvedett agyrázkódásra. Ezt a felvételt megerősitette az a körülmény, hogy valahányszor a beteg fejfájásról panaszkodott, aznap többet ivott és többet vizelt.

Az előadás napján állapota tűrhető volt, nem fogyott, közérzete jó volt, étvágya sem veszett el, az ivás és vizeletkiürítés kisebb mennyiségeket mutatott, csak 3 liternyit ivott s ugyanannyit ürített.

A kezelésnél minden gyógyszer eserben hagyta. A jodkalinak, valerianának, salicylnak, ergotinnak, bromnak és arsennek, laudanumnak és higanyinunctioknak haszna nem volt. Mindent félretett s a traumától eredt agyidegrendszerbeli megbetegedés következményeképen fellépő jelenségek ellen mit sem tehetett.

4. **Grósz Menyhért: „Elmebetegség simulálásának esete"** czimmel tart előadást.

Az erőszakos nemi közösülés bűntette miatt terhelt egyén 1880-ban született. Anyja él, atyja ismeretlen betegségben halt el. Beteg egyébként nem volt, csak himlőt állott át gyermekkorában. Szeszes italt állitólag gyakran ivott.

1896. január 13-dikán M. T. 5 éves leánya jött át hozzájok s ott csak a vádlott 15 éves fiú volt otthon. Estefelé hazamenve a gyermek vizelési fájdalmakról panaszkodott s észrevették, hogy nemi részei véreznek. Elmondta, hogy a fiú ágyra fektette, lábszárait szétfeszitő s himtagját odatette, a hol vizelni szokott, de miután neki fájt, abban hagyta.

Az orvosi látlelet a felvételt igazolta.

A fiú az első kihallgatásnál azt vallotta, hogy a leány a szobában elesett s a szék lábába ütközve sértette meg nemi részeit. Később beismerő vallomást tett, azt mondván, hogy a közösülést csak megkisérté, de ösztönét a leány sirása miatt nem elégithető ki.

A járásbiróságnál ismét tagadta tettét s azt vallja, hogy a leány szobájukban szaladgálva megbotlott, elesett és megütötte magát. A csendőrségnek úgymond, azért vallott, mert kinozták.

Néhány perczczel e vallomás után ezt mondá: „Most már beismerem, hogy a leányt az ágyra fektettem, a lábát szétfeszitettem s himvesszőmet nemi részébe dugtam, de a közösülést be nem végezhettem, egyrészt, mert a kis leány nagyon sirt, másrészt mert egy fekete ember, a ki talpig feketébe volt öltözve, a közösülést befejeznem nem engedte, ütött és ránczigált. Ugyanaz a fekete ember sugdosott a fülembe és biztatott, hogy kövessem el a bűncselekményt. Ezt az alakot sem azelőtt, sem azután nem láttam, azelőtt nem közösültem s hogy azt mikép kell végrehajtani, a fekete alak adta az eszembe."

Vizsgálat: a fiú korához képest jól fejlett, mérsékelten táplált. Koponyája kisfokú rhachitis nyomait mutatja, legnagyobb kerülete 36 cm. Homloka keskeny, alacsony, irisen és pupillákon rendellenesség nincs, fogazat ép, a nyelv kinyújtva a középvonaltól nem tér el, nem reszket. Kezei nem reszketnek, nyomóerejök rendes. Térdreflex kifejezett, középerős. Cremasterreflex élénk. Bőrérzés mindenütt megvan, mozgási kör szabad. Szív, tüdők, ütere, lép, máj rendesek. Ivarszervek jól fejlettek, fandomb szőrös, érzékszervek jól működnek.

Beszéde folyékony, logikus. Hangulata nyugodt, beszéd közben majd a körmeit nézi, majd tenyerét vakarja, a vele beszélőnek tekintetét kerüli. Teljesen müveletlen, iskolába sohasem járt, eszmeköre igen szük, de abban megfelelő értelmességet tanusit. Mióta felnőtt, napszámba járt dolgozni. Vallási felfogása igen primitiv, csak néha jár templomba, mert másokat is lát oda menni. A Miatyánk lényegéjét nem fogja fel, csak elhadarja. Nem tudja, hány nap van egy hónapban, azt sem biztosan, egy hétben hány, nem tudja a hónapok neveit. De időre, helyre nézve jól tájékozódik. Gyöngén számol, a pénznemeket ismeri.

Szabad-e lopni? kérdésre azt feleli, nem, mert a zsandár megkötözi az embert és megveri. Nem tudja hogy hivják a királyt, stb.

A bűncselekményre nézve ezeket mondja: a jelzett napon tiz krajczár árú pálinkát ivott, ittas volt. Azt mondja, hogy a koresmában egyedül ivott, majd, hogy mással, később, hogy a birónál, végre azt, hogy a szomszédban. A bűncselekmény minden körülményére jól emlékszik.

Kérdezték, hogy merte magát arra határozni, hogy öt éves leánynyal közösüljön. Mert senkitől sem hallotta, felelé, hogy ezt nem szabad tenni. Előbb nem közösült. Ki tanitotta reá? Legényektől hallottam, úgymond, fajtalanságokat s igy gondoltam, hogy kell végezni. Ki volt a szobában? Egy fiú, a ki a tett előtt elment. Más senki sem volt ott? Egy fekete ruhás ember, a ki az ajtóban állt, biztatott, mikor megfordultam, eltünt. A fekete ember megjelent az ajtóban, észre sem vettem, mint nyilt az ajtó s biztatott a tett elkövetésére. A cselekmény egész ideje alatt, úgymond, mellette állt, de nem nyúlt hozzá. Közösülni a fekete ember tanította, ez mondta, hogy feküdjék reá s tegye himtagját a leány nemi részébe. Ondó se ekkor, se máskor nem folyt.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

5055. szám.

Talpas községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s a választásnak Talpas község székházánál leendő megejtésére határidőül 1902. évi szeptember hó 30-dikának d. e. 10 óráját tűzöm ki.

A községi orvos javadalmazása 1200 korona évi fizetésből, továbbá 40 fillér nappali, 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkémlelési és a hússzemle-díjakból áll.

Felhivom mindazokat, kik ezt azt állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmánynyal felszerelt kérvényüket hozzám **1902. évi szeptember hó 29-dikének d. u. 5 óráig** adják be.

Kisjenő, 1902. évi augusztus hó 18-dikán.

2—2 *Csukay.*

6050/902. kig. sz.

Barsvármegye garamszentkereszti járásában **Zsarnócza** székhelylyel rendszeresitett 12 községből álló, zsarnóczai közegészségügyi körben elhalálozás folytán megüresedett **körorvosi állásnak** betöltése czéljából pályázatot nyitok.

A körorvos javalmazása:

1200 korona fizetés és 200 korona úti átalány. Előbbi havi, utóbbi negyedévi előleges részletekben a vármegyei pénztár által lesz kiszolgáltatva.

A körorvos köteles a körbeli vagyontalanokat díjtalanul gyógykezelni s a kör községeit két hetenkint beutazni.

A választást 1902. évi szeptember 30-dikán d. u. 2 órakor Zsarnóczán a községi házban fogom megejteni, mihez képest a pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérőleveleiket hatóságomhoz legkésőbb **1902. évi szeptember hó 28-dikáig** nyujtsák be, mert a később beérkezetteket figyelmen kivül hagyom.

A megválasztott körorvos állását lehetőleg azonnal elfoglalni köteles.

Garamszentkereszt, 1902. évi augusztus hó 25-dikén.

Finka Sándor, főszolgabiró.

7675/902. sz.

Bereczk város nagyközség székhelylyel lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásnak** választás útján leendő betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 400 korona utazási illetmény élvezete és a szabályrendeletileg megállapított díj jár. A körorvosi csoporthoz tartoznak: Bereczk, Lemhény, Almás, Csomortán, Esztelnek, Kurtapatak, Bélafalva, Soósmező és Kismartonos községek.

Felkéretnek azok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és 1876. évi XIV. t.-cz. 14. §-ában irt minősitéssel szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat alant irt főszolgabiróhoz **folyó évi szeptember hó 15-dikéig** annál inkább adják be, mert a később beérkezett folyamodványok tekintetbe vétetni nem fognak.

Kézdivásárhely, 1902. évi augusztus 21-dikén.

Cseh Gyula, főszolgabiró.

6686/902. kg.

Bács-Bodrog vármegye 4252 tótajkú lakossal biró **Kiszáts** községében a megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz tartozik Kiszáts, valamint a községhez közel fekvő gróf Chotek uradalom 6 pusztája. Az orvos javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, melynek felét Kiszáts, másik felét az uradalom fizeti. Továbbá a szabályzatilag megállapított díjak, és pedig az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér, halottkémlésért 40 fillér és a megfelelő vágatási- és hússzemle-díjak, végre az orvos kézi gyógyszertár jogositványaért folyamodhatik.

Megjegyzem, hogy az orvos az uradalmi pusztákat uradalmi kocsin hetenként 1—2-szer, ha szükséges volna többször is, külön díjazás nélkül tartozik beutazni.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a s az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint minősitésüket, nemkülönben a tót vagy egyéb szláv nyelvnek tudását igazoló bizonyitványokkal felszerelt kérvényüket **1902. évi szeptember hó 15-dikéig** hozzám küldjék be; mert a később érkezőket figyelembe nem veszem. A választás napjának kitűzése iránt később intézkedem.

Ujvidék, 1902. augusztus hó 13-dikán.

3—3 *Mezey Imre*, főszolgabiró.

Hirdetmény.

606/1901/2. o. k. szám.

A kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem orvosi karán az iskolaorvosi és egészségtantanári tanfolyam f. év szeptember 15-dikén kezdődik és deczember 15-dikéig tart.

A tanfolyamban legfeljebb 30-an vehetnek részt. Felvétetnek első sorban orvosdoktorok, s a mennyiben ezekkel a szám be nem telnék, szigorló orvosok is. A tanfolyamra jelentkezők tanulmányait, állását és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt s kellően bélyegelt folyamodványok alólirt dékáni hivatalhoz f. év szeptember 10-dikéig nyujtandók be.

A tanfolyam díjtalan. A képesitő vizsgálat díja 18 korona; az oklevél kiállításáért és bélyegre 2—2 korona fizetendő.

Az orvosi kar dékáni hivatalából

Kolozsvár, 1902. augusztus 28-dikán.

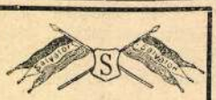
Udránszky, e. i. dékán.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
szept. 6.	2 segédo.	Szolnoki kórh.	1000 k., lak., füt., vil.	Papp Gábor ig. főorv.
10.	körorvos	Bilke	800 k., 200 k. fuv.	Komlóssy Gy. fszl., Bereg-Ilosva
10.	körorvos	Hátszeg	1200 k., 600 fuv.	Tvszéki elnök, Deés
10.	körorvos	Deés	—	
15.	kórh. m. o.	Pozsony	1000 k. és ellátás	Pantocsek József ig. orvos, Pozsony
—	fogházo.	Szegzárdi törv. fogház	600 k.	Dr. Vizlendvay Imre főügyészhely., Pécs
—	sebészo.	Sulinai tengerészeti kórház	8—10,000 frank és lakás	Európai Dunabizottság, Galatz

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.

UJ-TÁTRAFÜRED Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

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

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

— **Mindig nyitva!** — **Dr. Fái Mátyás Miklós** rendelő orvos.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale.

Kitünő hatású gyógyszere a **bélhurutnak** 1 üveg 1 kor. 60 f., 5 üveg bérmentes = postaszállitással 9 kor. 20 f. =

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

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertárában Budapesten.**

„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.

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

Mercurocrême.

Szabadalmazva.

Teljesen zsír- és szagtalan.

Törv védve.

33 1/3 % higany- tartalommal.

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

HAVAS ADOLF dr. egyet. tanár, főorvos a Mercurocrême-ről 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 bőrt 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 á **3** gr. **2** kor., **5** adag á **3** gr. **1** kor. **10** fill., **10** adag á **2** gr. **1** kor. **80** fill., **10** adag á **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.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 35. számához. 4. szám. Budapest, 1902. évi augusztus 31.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Grósz Emil* tnr.: A szivárványhártya tuberculosisa. 39. l. — *Scholtz Kornél* dr.: A trachoma gyógyításának története. 41. l. — *Siklóssy Gyula* dr.: Csüngő szemhéj felnyitása izomképezéssel (Operatio ptoseos myoplastica.) 46. l. — *Erdélyi Jenő* és *Hermann Emil*: A mydriaticumok élettani hatása. 49. l. — *Grósz Emil* tnr.: A szent János-közkórház szemészeti osztályának működése az 1902. év első félévében. 55. l. — *Irodalom-szemle.* — *Folyóiratok átnézete.* — *Vegyesek.*

A szivárványhártya tuberculosisa.

Irta *Grósz Emil* tnr., egyetemi nyilvános rendkivüli tanár.

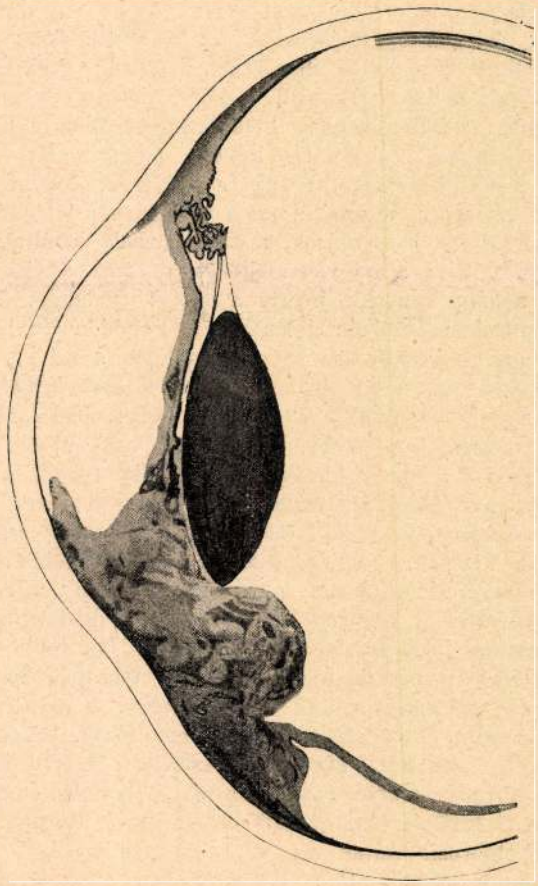
A tuberculosis nagy elterjedéséhez képest aránylag ritkán fordul elő, hogy a szivárványhártya alkossa székhelyét. Külföldi statistikák 10,000 szembetegre 1—2 iris tuberculosist említenek, nálunk úgy látszik még ritkább. Ilyen körülmények között nem lehet csodálni, hogy a klinikai diagnosis néha nehézségekbe ütközik s épen úgy érthető az is, hogy a nézetek a követendő eljárás felől nagyon eltérők. Ebből származik aztán az, hogy a betegek az ellentmondó vélemények hatása alatt elvesztik a bizalmukat, elmulasztják a radicalis eljárás alkalmas időpontját s a szörnyű betegség áldozatául esnek. Az a szándékom, hogy a következőkben saját tapasztalataim s vizsgálataim alapján, úgyszintén az irodalom adatainak felhasználásával a kórképet szabatosabban körvonalozzam, a követendő eljárásokat megjelöljem s igy a kérdés tisztázásához hozzájáruljak.

Meglepő, hogy egész 1870-ig — *Gradenigo* közléséig — az iris tuberculosisának kórképe ismeretlen volt. A régebbi irodalomban a bántalom, mint gumma vagy daganat szerepelt s csak a midőn *Gradenigo* közölte, hogy göbcsés szivárványhártya gyuladásban szenvedő betege tuberculosis miliarisban elhalt, fordult a tudományos világ figyelme a betegség felé. Eleinte csak a *Graefe* által granuloma név alatt leirt alakot ismerték el tuberculumnak, később *Leber* a göbcsés iritiseket is ide sorolta, sőt *Michel* azon szivárványhártya gyuladások jelentékeny részét is gümőkórosnak tartja, a melyek klinikai képe semmiben sem különbözik a más aetiologiájú iritisektől. Az irodalomban körülbelül 100 olyan eset leirását ismerjük, a melyekben az iris tuberculosisa kétségtelen; a kórszövettani és bacteriologiai vizsgálatok száma is jelentékeny s ha a felfogás még mindig nagy eltéréseket mutat, abban nagy része van ama egyoldalúságnak, mely a részletekbe való elmerülés s az átnézet elhanyagolásának mai napság olyan gyakran tapasztalt sajnálatos eredménye. Ezen a kisérleti úton előidézett iris tuberculosis tanulmányozása sem segitett, melyet *Cohnheim* a kórtani vizsgáló módszerek közé bevezetett s mely azóta a tuberculosis diagnostikájának egyik legbecsesebb biztositéka.

A szivárványhártya gümőkórjának legtypikusabb alakja az, a melyet *Graefe Billroth* vizsgálata alapján *granulomának* nevezett el. *Virchow* az anatomiai készitményről nem tudott biztos véleményt alkotni, de *Graefe* éles eszével már akkor (1860) „az iris dyscrasiás — ha nem is syphilises — sarjadzásos termékének“ tartotta. Ezen alak az, melyet ma *solitaer* vagy *conglobált tuberculumnak* nevezünk. A bántalom rendesen fiatal egyéneken keletkezik; fájdalmatlanul, chronikus iritis kiséretében az iris gyökén — majdnem kivétel nélkül alul — sárgásszürke daganat fejlődik, mely lassú növekvése közben gyakran az ujdon képződött erektől vöröses szint ölt. A cornea hátsó felszinén háromszög alakú elrendezésben megjelennek a gombostűszúrásnyi, mákszemnyi, sőt gombostűfejnyi praecipitatumok, a pupilla széle pedig több helyütt az elülső lencsetokra letapad.

A daganat növekvése arányában a látás romlik, a mellső csarnokot kitölti s a szemtekét rendesen a limbus tájékán most már nagy fájdalmak kiséretében áttöri. Ezután gyorsabb növésnek indul, de csakhamar a szétesés jelei is mutatkoznak s hónapok mulva a phthisis bulbi képe áll előttünk. A gummával való összetévesztéstől már a klinikai kép is megőriz, a syphilises csomó ugyanis a pupillaszélen székel; a sarcomát pedig nem kisérik praecipitatumok s pupillaszéli lenövések. Az irodalom mégis számos diagnostikai tévedésről ad számot s még sokkal több fordul elő az életben.

Ezen alak példányát nyujtja a következő eset. A 11 éves egészséges szülőktől származó leány első izben 1902. márczius hó 21-én jelentkezett. Bal szemén teljesen jól lát, e szeme ép. Jobb szemén néhány hete lát rosszul, fájdalmai nincsenek; jelentkezésekor három meterről olvas ujjakat. A jobb szemen élénk ciliaris injectio, alul feltünően kitágult, kanyargós episcleralis ér.



A csarnok zugból alul szürkés-vörös daganat emelkedik ki, mely a cornea alsó s középső harmadának határáig felér; annak hátsó felszinén, valamint a bágyadt, elmosódott szálazatú irisen számos szürkés és sárgás göb és petty, a pupilla széle körkörösen lenőtt. Tensio + 1. A szervezetben tuberculosisnak vagy luesnek nyoma sincs. Két hét alatt, mely idő alatt más szemorvosok ajánlatára higany bedörzsöléseket végzett, a tárgylátás megszünt, a szem feszülése pedig emelkedett, úgy hogy a mások által ajánlott várakozó eljárással vagy iridectomiával szemben az enucleálást javasoltam. A szülők belegyezésével ez meg is történt. A szemteke mellső részének átmetszetét a mellékelt ábra mutatja. A corpus ciliare tájékán ülő s a mellső csarnokba is benyuló 4—6 mm. átmérőjü tömeg hajszálerekben gazdag sarjszövet, a széli részeken gömbsejtes infiltrálással s helyenként plasma-sejttömegekkel. A sarjszövet epitheloid sejtekből áll, elszórtan Langhans-féle óriás sej-

teket s néhol kis fokú necrotikus területeket mutat. A kép tehát megfelel *a gümös sarjszövet* fogalmának. A bacillusokra való festés, a mit a II. sz. kórboncztani és kórszövettani intézet tanársegédje Hollós József dr. is szives volt constatálni, nem adott positiv eredményt. Az anatomiai lelet tehát úgy a dignosis, mint az eljárás helyességét is igazolta, a mennyiben az iridectomia czéltalan lett volna, épen úgy az inunctiok folytatása. A szervezet ismételt megvizsgálása más gümös fészket nem derített ki s így alapos a remény, hogy a beavatkozás életmentő volt.

Más lefolyást mutat a második alak, melyet *miliaris, disseminált, Leber* szerint *gyengült* vagy *Greeff* szerint *relativ jó indulatú iris tuberculosis* neve alatt irtak le. Ugyancsak fiatal egyének, legtöbbször kis gyermekek látása elenyésző csekély izgalom kiséretében hanyatlik. Az objectiv vizsgálat kideriti, hogy kisfokú ciliaris injectio kiséretében a bágyadt iris lapján számos tűszúrásnyi, egész mákszemnyi szürkés-sárga göb van. A praecipitatumok s hátsó lenövések ez alakot is kisérik. Hónapok alatt e göbcsék néha visszafejlődnek, teljesen el is tünnek s helyüket sorvadásos foltok jelezhetik, a látás is megjavulhat, bár teljessé nem válik; máskor azonban — s ez a gyakoribb — a chronikus iritis jelenségei előtérbe lépnek, a pupilla teljesen elzárul s vagy — ritkábban — glaucoma secundarium, vagy atrophia bulbi képe fejlődik ki. De, hogy a kezdetben jóindulatú baj rosszindulatúvá lehet s meningitis tuberculosa jelenségei keletkezhetnek, azt *Samelsohn* esetei jól igazolják.

Ezen alak paradygmáját adhatja a következő eset: A 15 éves gyengén fejlett leányt első izben 1898. deczember 23-dikán láttam, jobb szemének látása teljes volt, s kóros jelenségek nem voltak kimutathatók; a balon néhány hete homályosabban lát, v = 5/10. E szemén igen csekély ciliaris injectio mellett a cornea hátsó felszinén praecipitatamok voltak, a szivárványhártya bágyadt, elmosódott szálazatú, a pupilla széle több helyen letapadt a mellső lencsetokra. Meleg borogatások, mydriaticumok s általános roborálás alkalmazására a baj visszafejlődött s 1899. április 13-dikán már csak néhány synechia jelezte a lefolyt gyuladást. Újból csak 1900. szeptember 25-dikén jelentkezett, a midőn 5/15 látásélesség mellett a pupilla körkörösen le volt tapadva, a szivárványhártya előmomborodott, úgy hogy iridectomia vált szükségessé. Az iris szakadékonynak bizonyult s a keletkezett kis szabadszárú coloboma csakhamar elzárult s a látás egy méterről való ujjak olvasására hanyatlott. 1901. január havában glaucomás roham keletkezett, mely mioticumokra mitsem engedett, de a melyet egy újabb iridectomia megszüntetett. A látás azonban nem javult, hanem a fényérzés is kialudt, az elülső csarnok nem állt többé helyre s a széles, szabadszárú coloboma lassanként elzárult; a szem állandóan fájdalmatlan s halvány maradt. 1901. deczember 4-dikén azon panaszszal jelentkezett, hogy ködösen lát jobb szemén; a látás élessége 5/7 volt, de a cornea hátsó felszinén finom tűszúrásnyi praecipitatumok voltak felismerhetők, a pupilla tágítása pedig kiderítette, hogy alul synechia van. 1902. január havában az iris lapján igen apró kis gyöngyszürke göbök jelentek meg. A szervezetben tuberculosisnak, luesnek, polyarthritisnek nyomát sem lehetett találni, csak a fejlődésben való hátramaradás, az anaemia s chlorosis voltak az egyedül számbavehető jelenségek. A Roncegno-vízkúra alatt a göbök ugyan eltüntek, de a praecipitatumok szaporodtak, a nélkül, hogy fájdalom vagy erősebb izgalom jelentkezett volna, elhelyezésük még márcziusban is 5/7 látást engedett meg. Április közepén azonban a látás hirtelen megromlott s a hó végén megejtett vizsgálat kiderítette, hogy a most már jelentkező csekély ciliaris injectio mellett a cornea hátsó felszinét a praecipitatumok igen sürü tömege foglalja el s magában a szarúhártyában a felső s középső harmad határán gombostűfejnyi szürke, udvarral övezett göb foglal helyet. Tensio emelkedett; látás 5/50, látótér szabad. Néhány napi pilocarpin cseppezésre a tensio emelkedése megszünt s az újból alkalmazott scopolamin-cseppekre nem állt többet elő.

A Parádon használt kúra után a folyamat megállapodni látszik.

Ezen két alak klinikai képe s lefolyása eléggé jellemző, hogy a diagnosist biztositsa. A megejtett anatomiai vizsgálatok a tuberculumok typusos structuráját tüntetik fel, a bacillusokat ugyan nagyon ritkán sikerült kimutatni, de az állatkisérletek az esetek túlnyomó számában positiv eredményt adott; mindkét alakban szenvedők egy része — *Denig* szerint 39 tizenegy évig észlelt eset közül 19 — általános tuberculosisba esett vagy abban halt meg. Ilyen körülmények között bizonyos, hogy mindkét kórkép a tuberculosisnak köszöni keletkezését.

Több kétség fér ahhoz, hogy a serosus és plastikus iritisek jelentékeny száma is gümös eredetű-e, a mint azt *Michel* állitja, mert ha sikerült is egyes esetekben az iris szövetében mikroskopiai nagyságú gümőket találni, a mikor klinikailag még nem volt nyoma, az még nem nyujt elég alapot arra, hogy *mely* esetben sorozzuk a jellegzetes tüneteket nem mutató iritist a tuberculotikusak közé.

Mindhárom alak prognosisa tekintetében fontos azon kérdés eldöntése, hogy az iris tuberculosisa lehet-e elsőleges vagy mindannyiszor csak másodlagosan fordul elő. A *Denig* által gyüjtött adatok szerint 86 iris és corpus ciliare tuberculosis közül 67 esetben nem volt más kimutatható jel. Valószinű, hogy ezek egy részében a szervezet egyébként is gümőkóros volt, csak nem volt kimutatható, de nem tagadható, a mint azt *Leber* s többen teszik, az, hogy az iris az *első* fészek is lehet. A fertőzés kapuja bizonyára nem a szem, de az első hely, hol érvényesül ott lehet. Az uvea különben is alkalmas terület a vérpályába jutott fertőző anyag letelepedésére; a bemeneti nyiláson nyomot nem hagyva, az érdús uveában ártalmas hatását kifejtheti.

Mindezek számbavétele korántsem hárította el az összes nehézségeket, melyekkel az orvosnak s különösen a gyakorló orvosnak meg kell küzdenie. S rendesen utóbbira, mint a család bizalmasára nehezedik a döntés felelőssége, különösen, ha a specialisták véleménye eltérő. A *követendő eljárás* szabatos kijelölése az tehát, a mire most törekednünk kell. A solitaer tuberculum a szem teljes elpusztulására vezet, ezért a mint a látás elveszett, a szem enuclealása indicált. Ha elismerjük, hogy az iris tuberculosisa primaer is lehet, a szem eltávolitása életmentő, mert a szervezet általános fertőzését megelőzzük. De még az esetben is, ha a baj csak másodlagos, az enuclealás az egyedül megokolt eljárás, mert így megkiméljük a beteget azon nagy fájdalmaktól, melyet az áttörés okoz s a lefolyás hosszadalmasságától; sőt az is lehetséges, hogy a többi fészek eltokolódott, szóval ártalmatlanná vált s így a szem újabb fertőzés kiindulásává lehetne.

Különben *Virchow* már majdnem félszázad előtt kimondotta, hogy a localis tuberculosis sebészi eltávolitása jogosult, igazán érthetetlen tehát azok álláspontja, kik *Leber* londoni állásfoglalásának hatása alatt a radicalis operálástól tartózkodnak. Az iridectomia útján való eltávolitás sikerre nem vezethet. *Wecker, Terson, Treitel* esetei ugyan azt a látszatot keltik, mintha ilyen módon is lehetne sikert elérni, de ezzel szemben áll a sikertelen esetek nagy száma, az anatomiai lelet, mely a zúgban székelő daganat *teljes* eltávolitásának tehetetlenségét eléggé bizonyitja s a mi fő, azon tapasztalás, hogy a muló stagnálást, a baj továbbterjedése csakhamar követi. Egyedüli jogosultsága a diagnosis biztositása lehetne, de az esetek túlnyomó számában erre sincs szükség s nincs ok a beteget az ismételt beavatkozás izgalmának, fájdalmasságának s különösen a halogatás veszélyének kitenni.

A mi a miliaris vagy disseminált alakot illeti, itt a conservativ eljárás a jogosult. A szervezet erősitése, a jó levegő, jó táplálkozás hozzájárulhat a folyamat visszafejlődésének előidézéséhez. A göbcsés rész kiirtása teljesen czéltalan, a beavatkozás indicatioját a másodlagos tünetek s ezek között a seclusio s occlusio pupillae következményeinek a glaucomának s atrophiának elháritása alkotja. Természetesen ugyanez áll azon esetekre is, a midőn a klinikai kép tuberculosisa semmi jellegzetest nem mutat s csak kizárás útján jutunk ezen aetiologia felvételére.

Irodalom. A gazdag irodalomból csak a valódi forrásmunkákat emlitem, melyekben a teljes bibliographia is fellelhető. *A. v. Graefe:* Tumor der Iris. Archiv f. Ophthal. VII. 2. 1860. — *Gradenigo:* Observation d'irite tuberculeuse. Annales d'oculist. 64. 177. 1870. — *Perls:* Zur Kenntniss der Tuberculose des Auges. Arch. f. Ophth. XIX. 1. —

Haab: Die Tuberculose des Auges. U. o. XXV. 4. — *Michel*: Iris und Iritis. Arch. f. Ophth. XXVII. 2. — *Leber:* Über abgeschwächte Tuberculose des Auges. Bericht über die XIX. Versamml. der ophthalmol. Gesellschaft. Heidelberg, 1891. *Samelsohn* ugyanazon themáról. U. o. 1893. — *Denig:* Über die Häufigkeit der Localtuberculose des Auges, die Beziehungen der Tuberculose des Auges zur Tuberculose der übrigen Organe nebst Bemerkungen über die Diagnose und Prognose. Arch. f. Augenheilk. XXXI. 1895. — *Péchin*: Tuberculose oculaire. Arch. d'Ophth. XIX. 1899. — *Greeff:* Die Tuberculose des Auges. Fortschritte der Medicin. XIX. 1901.

A trachoma gyógyitásának története.*

Irta *Scholtz Kornél* dr. szemklinikai tanársegéd.

A trachoma gyógyitása az ó-korban és középkorban.

A midőn Ebers 1872-ben az orvostudomány történetére nézve oly fontos papyrust Thebeben feltalálta s annak a szemorvoslásra vonatkozó részét Hirschberg segítségével megfejtette, valószinüvé vált, hogy a trachoma egyike a legrégibb fertőző betegségeknek, a mely talán már a történetirást megelőző időkben is gyötörte az emberiséget. A papyrus Ebers-ben, a mely Kr. e. 1500-ban iródott, különböző gyógyszerek soroltatnak fel egy szembetegség ellen, a melynek elnevezése a ma ismert trachomára reállik; a különböző myrrhák és olajokon kivül különös fontosságot érdemel a rézrozsda; ezen gyógyszereket úgy látszik keselyütoll segítségével juttatták a szembe.[194]

Az indusoknak Suçruta és Charaka nevü valószinüleg Kr. e. 750—250 évig terjedő időből eredő irataiban az érdes és gyuladt kötőhártyának scarificatiojáról van szó, a mely után mézzel készült és kénarsent meg vasvitriolt tartalmazó kenőcsöt dörzsöltek be a felsebzett helyekre.[194]

A görög és római orvosoknak úgy látszik már elég bajuk lehetett ezzel a betegséggel (τράχωμα, granositas, aspritudo), mert számos munkában megemlékeznek róla és gyógyitására különböző eljárásokat ajánlanak. Az egyik és legelterjedtebb a már Hippocrates által (Kr. e. 460—380) ismertetett ophthalmoxysis, vagyis az érdes, túltengett kötőhártyának ledörzsölése, levakarása. Erre a czélra igen különböző eszközöket használtak; ilyenek: 1. Fapálczikára csavart tiszta gyapjú. 2. A fügefa érdes felszinü levele. 3. Ossa sepiából faragott pálczikák (Dioscorides). 4. Porrátört ossa sepiae vagy horzsakő gummival, tragacanthával pálczika formába öntve. 5. Különböző tengeri állatoknak, többek között a czápának érdes és lecsiszolt böre (Galenus). 6. Porrátört cuprum sulfuricum mézgával pálczikává formálva. 7. Szike. 8. Érdesre ráspolyozott sonda (Celsus). 9. Éles kanál. 10. Paullus Aegineta egy külön erre a czélra készitett, talán ráspolyszerü eszközt használ. Ezen eszközökkel különböző módon jártak el. Némelyek velök teljesen lekaparták a túltengett és granulákkal lepett kötőhártyát, (egyesek ki is keltek ezen eljárás ellen) mások csak azért dörzsölték fel a conjunctivát, hogy ily módon utat nyissanak különböző gyógyszerek behatásának, a melyeket vagy közvetlenül a mütét után, vagy későbben kenőcs vagy por alakjában bedörzsöltek a felsebzett felületre; erre a czélra többnyire rézrozsdát használtak. Ezen mechanikus gyógymódnak már akkor is megvoltak a maga ellenesei pl. Aëtius, a ki mindezeket károsoknak tartja, s helyettük enyhe adstringens kenőcsöket ajánl.

A trachoma gyógyitásának egy másik módja ugyancsak Hippocratestől ered s nem egyéb, mint a beteg áthajlási redőnek kimetszése, a melyhez szükség esetén még a szemhéji kötőhártya egy részének eltávolitása is járult. A kimetszés után a sebet kiégették tüzes vassal, a melynek azonban nem volt szabad vörösen izzónak lennie. Gyakorolták különben az égetést önálló kezelés gyanánt is, de igen óvatosan és felszinesen; rendszerint nem vasat, hanem felmelegitett orsóalakú keményfadarabot vagy olajbogyót használtak erre a czélra.[206]

Külön eljárás gyanánt említendő még a Scribon. Largusé, a ki a kifordított szemhéjakat egy mézsürüségü, rezet tartalmazó kenőcscsel masszálta.

Ha végigolvassuk a régi iróknak idevágó közléseit, a melyek újabban különösen Hirschberg[194] munkájában jó fordításban és magyarázatban olvashatók, constatálnunk kell elsősorban azt, hogy az összes ókori népek helyes irányt követtek a trachoma kezelésében, a mennyiben a fősúlyt a localis beavatkozásra helyezték, bár az érvágást és vérelvonást itt is, mint minden más szembaj gyógyitásánál, szükségesnek tartották. Constatálnunk kell azután azt is, hogy a trachoma gyógykezelésében mai napig alig jutott továbbra az orvosi tudomány, mint ahol kétezer esztendő előtt volt.

Hiszen a görög orvosok operáczioi és kezelése egészen megegyeznek azon eljárásokkal, a melyeket annyi tapogatódzás és vitatkozás után végre a XIX. század utolsó évtizedeiben a modern orvosi tudomány is jóknak és helyeseknek ismert el. Igaza van Hirschbergnek, a mikor ezen dolog felől elmélkedve ezt irja: „Der Grieche (vor mehr als 2000 Jahren) nimmt Wolle, der Deutsche (vom heutigen Tage) Watte zum Reiben. Der Grieche wählt Kupfer zur Aetzung, der Deutsche Sublimat.“

A középkorból a trachoma kezelésére vonatkozólag alig vannak adataink. Ha el is fogadjuk azon irók véleményét, a kik szerint a trachoma Európában otthonos volt ezen korszakban is, annyi bizonyos, hogy nagyobb mértékben nem volt elterjedve s igy az orvosok figyelmét különösebb mértékben magára nem vonta. Mindössze az arab orvosok révén tudjuk, hogy az ó-korban divó kötőhártyaledörzsölés egyes helyeken szokásban volt, különösen a keleti népeknél; főképen ugyancsak a fügefa levelével végezték, arab orvosok pedig később czukor darabkákkal.

Woolhouse angol orvos rozskalászból készült kefét vagy ecsetet használt Hirschberg állitása szerint a trachomás conjunctiva ledörzsölésére.

A trachoma gyógyitása a XIX. század első harmadában.

A trachoma-kérdés rendkivüli jelentőségre jutott a XIX. század elején, a mikor az egyptomi hadjáratból 1801-ben hazatérő franczia és angol katonák között járványszerüleg ütött ki a baj s midőn ezen katonák révén a velök érintkezésbe kerülő egyéb katonai és polgári lakosság között hihetetlen mértékben elterjedt. Valószinü, hogy az akkori orvosok a rettegett ophthalmia egyptiaca vagy bellica rovására irtak mindenféle egyéb súlyos conjunctivitiseket is, különösen a blennorrhoeát, de mindazáltal a kórleirásokból kitünik, hogy ezen trachoma-járvány sokkalta súlyosabb jellemü volt és hevenyésebb tünetekkel járt, mint a mostani. Nagy szemhéjduzzanatot, chemosist, genyfolyást, a corneának igen gyakori és súlyos megbetegedéseit emliti csaknem valamennyi iró. Adams[5] 1820-ban referálva az angolországi trachoma-járványról, felemliti, hogy Angliában körülbelül 5000 trachomában megvakult ember él; 691 trachomás betege közül 50 egyén mindkét szemére, 40 pedig egy szemére vakult meg. Az orvosok a század első éveiben tanácstalanul állottak ezen szörnyü bajjal szemben. A legelső therapeutikus beavatkozás az akkori orvosi ismeretek alapján a még Hippocrates által ajánlott *vérkibocsátásból* állott. Különböző szerzők állitása szerint az olasz orvosok s köztük elsősorban Scarpa[8] vezették be ezt az eljárást az ophthalmia bellica kezelésébe. A szemgyuladást gyógyitani akarták oly módon, hogy a beteg karján végzett venesectio révén az eset súlyosságához mérten 10—60 uncia (280—1700 gramm) vért bocsátottak ki. Különösen súlyos esetekben addig véreztették a beteget, a mig el nem ájult.

Későbbi irók szinte hihetetlen dolgokat beszélnek el az orvostudománynak ezen óriási tévedéséről. Igy Carron du Villards[29] a Sard hadseregben kitört trachoma-járvány kezeléséről irva elmondja, hogy a turini orvosok négy katonán összesen 135 izben végeztek venesectiot. Más irók, kik később síkra szállottak a vérbocsátások ellen, azt irják, hogy igen sok trachomás az óriási vérveszteségek következtében annyira elgyengült, hogy rövid idő alatt különböző dyscrasiákban elpusztult. Harmincz

* A trachoma gyógyitására vonatkozó irodalom igen nagy, nehezen áttekinthető és nehezen hozzáférhető; összefoglaló czikkek feladata a nagy anyagnak áttekintését megkönnyiteni. Magyarul eddigelé egy ilyen dolgozat van, Ottava magántanártól, a mely a trachoma operativ gyógyitási módjaival foglalkozik. A jelen czikk az összes gyógyitási módokat magában foglalja, a melyeket a rendelkezésemre álló irodalmi anyagban találtam, de kritikai tárgyalás alá helyszüke miatt természetesen csakis a legfontosabbakat vehettem. A többiekre nézve a megjelzett irodalmi adatok adnak felvilágositást.

*

esztendőn keresztül tartotta magát ezen balhit, bár egyesek pl. Eble[11] óvatosságra intették az orvosokat és csak különösen súlyos esetekben alkalmaztak vérelvonást. Csak 1835-ben volt Dzondi[13] hallei tanárnak először bátorsága szembeszállani a régi orvosi felfogással: „Man möchte . . . sich die Posaune des Weltgerichts wünschen, um den Aerzten in die Ohren zu schreien: Quae vos dementia cepit!“

Erélyes kifakadásának úgy látszik volt hatása, mert a következő években mind többen és többen akadtak, a kik a vérelvonásról lemondottak, de egyes orvosok még csaknem egy évtizeden keresztül végezték. Igy Jäger[22] 1840-ben, Decaisne[24] 1841-ben, Portal[27] olasz, Escolar[30] spanyol orvosok 1844-ben, sőt Snabilié[35] hollandi orvos még 1846-ban is buzgó védelmezője ennek az eljárásnak. A vérelvonást a legtöbb esetben a karon végzett venesectioval eszközölték. Egyes orvosok pl. az olaszok közül Omodei,[6] az angolok és németek közül is többen a halántéki ütőeret nyitották meg; ezen arteriotomia azonban nagyobb kedveltségnek nem örvendett. Sajátságos, hogy a localis vérkibocsátásnak aránylag kevesebb fontosságot tulajdonítottak. Alkalmaztak ugyan pióczákat (néha igen nagy számban is) a belső és külső szemzugok tájékán, a halántékon vagy a fül mögött, de rendesen csak olyankor, ha előzetesen venesectioval néhány font vért már kicsapoltak a betegből; a localis vérelvonást csak segitő, pótló eljárásnak tekintették.

A vérnek a szemek felé való tódulásának megakadályozására a legtöbb orvos szükségesnek tartotta még különböző hashajtóknak, elsősorban a calomelnek huzamosabb ideig való adagolását. Sokan addig adtak calomelt, míg a salivatio be nem következett. Ezt a kezelést némelyek még hánytatókkal (tartarus emeticus) combinálták. Igy pl. Adams addig hányatta a betegeit, míg azok „teljesen el nem gyengültek“. Hólyaghúzókat is gyakran alkalmaztak.

A kevésbbé drastikus elbánások között felemlítendők a forró vagy meleg lábvizek és különböző izzasztó kúrák. Az efféle általános kezelést feltétlenül szükségesnek tartották minden súlyosabb, acutan fellépő ophthalmia kezdeti szakában; sőt némely orvos e mellett tartott ki végig és minden helybeli beavatkozást perhorreskált. Az általános kezelésben csak egy dolgot fogtak fel helyesen az orvosok, t. i. nagy súlyt helyeztek a tisztaságra, s arra, hogy a beteg friss, tiszta levegőben tartózkodjék mentől többet. (Az ophthalmia aegyptiaca előidéző vagy legalább is elősegitő okai között nagy szerepet tulajdonítottak az afrikai poros levegőnek, valamint annak, hogy hazatérés közben a túlzsúfolt hajókon romlott levegőben voltak a katonák.)

Helybeli kezelés. A heves kezdeti tünetek idejében minden hatásosabb gyógyszer alkalmazását elvetették. A fájdalomnak és nagy vérbőségnek csökkentésére hideg *borogatásokat* alkalmaztak, sőt némelyek, ha lehetett, a betegeket hideg (12—13°-os) levegőn tartották.

A hideg borogatásoknak ellenségei *langyos theákkal* mosatták a szemet.

Ha a szemhéjak és a kötőhártya duzzanata már csökkenőben volt, áttértek az *adstringens* szerekre. A mi titkos és ismeretes összetételü collyriumot és szemkenőcsöt az előző századok orvosai ismertek, sorra elöszedték; valamennyinek felsorolása csaknem lehetetlen és czéltalan is lenne. A fontosabbak és kedveltebbek a következők: *aqua acidula* (egy-két csepp tömény kénsav egy uncia vízre), a *Conradi-féle szemvíz* (körülbelül 1‰ sublimat tartalommal), a *Solutio lapidis divini* (cuprum aluminatum) *cum et sine laudano*, *aqua plumbica*, *aqua stiptica* (ólomvíz kámforral), *zincum sulfuricum*. Az angol orvosok közül Guthrie[9] 1%-os *argentum nitricumot*,* Lawrence és Tyrell 1%-os *timsós* szemcseppeket ajánl. Érzékenyebb szemekre vagy nagyobb izgalmi tünetek mellett gyakran használták *a laudanum liquidum Sydenhamit* (10—20 csepp 4 uncia vízre). A kenőcsök közül különösen a *higany*tartalmúakat alkalmazták szivesen; legelterjedtebb volt a *fehér praecipitat* kenőcs különböző erősségben (Eble mucilagoban használta ezen szert). Használták még az ú. n. *vörös és fekete praecipitatot* és a *calomelt*, ritkábban a *cuprum sulfuricumot* és *kalium jodatumot* ugyancsak kenőcsben. A kenőcsöt vagy mucilagot ecsettel vagy sondával juttatták a szemrésbe.

A maró vagy edző (caustikus) szerek használata főképen olyankor került szóba, ha a heves lobos tünetek csökkenése vagy megszünte után még a kötőhártyán nagyfokú papillaris túltengések és csomók maradtak vissza. Bajos dolog eldönteni azt, hogy ki volt az első, a ki ezen szereknek destructiv hatását először ajánlotta, illetve igénybe vette. Cunier[14] 1838-ban irott czikkében különböző Afrika-utazók irataiból kideríti, hogy Algirban és Egyptomban a benszülöttek régóta saját maguk égetik argentum nitricum pálczikával a kötőhártyájukat; e végből a trachomások mind megtanulják saját szemhéjukat kifordítani. Az Európában használatos causticumok közül a legfontosabbak voltak a *cuprum aceticum*, *cuprum sulfuricum*, *argentum nitricum*; ritkábban alkalmazták még a *sublimátot*, *a légenysavas higanyoxydult*, *a liquor plumbi aceticit*, égetett *timsót*, a savak közül a *kénsavat* sáfránynyal (solutio croci in acid. vitriol. concentr.), *a phosphorsavat* (Cunier); egyesek megkisérlették a *marókali* alkalmazását és a *zincum sulfuricumot* (tojásfehérjében oldva). Mindezen szerekkel arra törekedtek, hogy a kötőhártyán kifejlődött kóros képződményeket tönkre tegyék s e végből őket vagy in substantia vagy tömény oldatokban alkalmazták. A cuprum aceticumot poralakban nedves ecsettel kenték rá a kötőhártyára; maró hatása gyengébb lévén a cuprum sulfuricumnál, nem sokan használták. A *kékkőnek* úgy mint manapság, akkor is nagy szerep jutott a trachoma therapiában. Használták porrá törve (Eble)[11] mint a cupr. acet.-ot, (néha a lapis divinus alakjában) használták mint mostan is, simára csiszolt jegecz alakjában, használták meleg töményoldatban (Adams)[5] ecsetelésre és végül a legkülönbözőbb töménységü higabb oldatokban az egyes étetések közötti időben collyrium gyanánt. Épen ezen nagy elterjedésének köszönhető hogy a szer hatását már korán kitanulmányozták s a contraindicatiókat (cornea fekély, sok váladék, erős izgalom) megállapitották. Az *argentum nitricum* a század első évtizedeiben csaknem kivétel nélkül pálczika alakban alkalmaztatott; elcinte csinyján bántak vele s főképen csak igen erősen túltengett kötőhártyán a nagyobb granulák vagy papillaris hypertrophiák elpusztitására merték használni; az égetés után olajjal, tejjel vagy Werneck ajánlatára tömény konyhasós vízzel öblitették le a kötőhártyát; a pokolkő oldatoktól féltek, mert a szétömlő folyadék hatása nem szabályozható és localizálható.

A legelső szemorvos, ki ezen két gyógyszernek kiváló értékét a maga teljességében tudta méltányolni, Vetch[1 és 3] volt; ő felhivja a figyelmet arra, hogy úgy a kékkőjegeczczel mint a lapissal igen különböző hatásokat lehet elérni a szerint, hogy mily módon alkalmazzuk őket. Ugyancsak ő mondotta ki először, hogy egyiket sem szabad causticum gyanánt használni, hanem inkább enyhébb módon adstringensekül. Különösen a cuprum sulfuricumot kedveli. (Sattler.) A mint az gyakran megtörténik, úgy Vetchnek jó tanácsait is nem kortársai méltányolták, hanem csak a késő utódok fedezték fel.

A többi marószerek közül még külön említésreméltó az *ecetsavas ólom*, a melyet úgy látszik Eble[11] alkalmazott először liquor plumbi acet. purus alakjában ecsetelésül renyhe, lobos tünetek nélküli granulatioknál. (A 40-es években poralakban használtatott sokáig Buys belga katonaorvos ajánlatára.) A *sublimátnak* tömény vizes vagy borszeszes oldatát porczkeménységü granulatiok edzésére használták, a melyeken más causticum nem fogott.

Észszerüen gondolkodó orvosok hozzáfogtak a trachoma *operativ* módon való gyógyitásához is. Már a trachoma-epidemiák első éveiben is, különösen Scarpa ajánlatára számosan gyakorolták a *scarificatiokat* részint a szemhéji, részint a chemotikus szemtekei kötőhártyán; ezen bemetszéseknek a fő czélja localis vérelvonás volt; miután pedig ily módon sok vért kibocsátani nem sikerült, a vérelvonásnak hivei kicsinylőleg nyilatkoztak felőlük. Sokkal fontosabb operativ eljárás a már Hippocrates idejében ismeretes excisio, a granulákkal teli *áthajlási redőnek kimetszése*. A 19-dik században elsőnek gyakorolta Walther.[7] (A közlés 1821-ből való.) Ő már felismerte a trachoma-csomók jelentőségét és sürgette azok eltávolitását, „denn sie sind das Nest der Krankheit, gleichsam das Bollwerk ihrer Verschanzung“. Rájött arra

* A pokolkő-oldatot szemcseppek gyanánt trachománál állitólag P. Mc. Gregor angol orvos használta először 1812. táján. (Sattler.)

is, hogy nem kell a kötőhártya túlságos megrövidülésétől tartani, mert a tényleges szövetveszteség sokkal kisebb, mint az az erősen fellazult és megnyult kötőhártyán látszanék. A kimetszés által keletkezett sebet lapispálczikával érintette vérzéscsillapítás végett. Az áthajlási redők kimetszése rendszeres eljárás gyanánt ez időben még nem terjedt el; a legtöbb szemorvos csak részleges kimetszésekre mert vállalkozni, túlságosan megnőtt granulák vagy sarcomatosus papillák eltávolítása czéljából.

A *pannus* külön gyógyításáról aránylag keveset irtak. A XVIII. századból Scarpá-tól származó *peritomiát* nem sokan végezték. A német orvosok, Walther is elvetik. Angolországban több követője akadt Scarpának, különösen Guthrie. A Scarpa-féle peritomiának czélja a cornea edényeinek összefüggését a kötőhártya edényeivel megszakítani; az edényeknek egyszerű átmetszése erre nem elegendő, szükséges egy keskeny kötőhártyasávot köröskörül kinyirni. (L. Scarpának francziára fordított tankönyvében a „petit nuage" kezelését.) A pannus egyszerű mechanikus kezelését — bórsavpor vagy czukorpor behintésével — inkább elfogadták. Ezen időszakra esik egy érdekes kezelési módnak feltalálása, a mely az orvosokat igen sokáig foglalkoztatta, t. i. a vaskos, felszívódásra hajlamot nem mutató, átlátszatlan pannusnak gyógyítása *gonorrhoeás váladéknak* a szembe való *beoltása* által. Ezen kezelési módot elsőnek Jaeger Fridrik[22] bécsi tanár alkalmazta állítólag már 1812-ben. A beoltásra lehetőleg tisztán blennorrhoeás, egyéb fertőző csiroktól mentes genyre lévén szükség, újszülöttek kankós szeméből vették azt. A beoltott szemen egy heveny blennorrhoea conjunctivae tört ki és folyt le, a melynek eredménye volt az, hogy a fehér, véredényekben szegény, vaskos pannus erősen fellazult, sűrűn megereződött s a még általában felszívódásra képes szövetrészek az így megjavított anyagcsere segítségével felszívódtak.

A század első évtizedeiben Jaegeren kivül csak Piringer[23] hires munkájában találunk említést inoculatiokról; Piringer 59 pannusos szemet oltott be, eredményeivel igen meg volt elégedve, a blennorrhoea következtében egy pannusos szem sem pusztult el. A szemorvosok természetesen idegenkedtek ettől a szokatlan és veszedelmes kisérlettől, de az elért és egyesek által közölt sikerek oly jók voltak, hogy mégis számosan megpróbálkoztak vele: így a 40-es években Stout,[31] Dudgeon,[32] Fallot,[36] Van Roosbroeck[47] végezték. 1854-ben Warlomont[48] a pannus kezeléséről irt monographiájában az inoculatiot ajánlja mint legjobb kezelést.

A 60-as években főképen angol szemorvosok gyakorolták, mint Humphry, Lawson,[63] Wilson[64] és különssen Bader,[58] ki 130 egyénen 170 szemet oltott be kankóval s ezek közül csak kettőnek a corneája pusztult el. 1878-ban Panas,[85] 1882-ben Abadie[88] és Mooren[89] ajánlják még a beoltást. A 80-as évek elején feltalált jequirity-kezelés, a mely hasonló czélokat szolgál, kevésbbé veszedelmesnek látszik s az orvosi gondolkodással kevésbbé ellenkező, végét vetette az efféle kisérletezéseknek.

A trachoma gyógyítása a XIX. század közepén.

A 30-as években a trachoma gyógyításában lényeges átalakulások történtek. A szemorvosok legnagyobb része belátván a nagy vérelvonások fölösleges, sőt káros voltát, elhagyta őket s így mindinkább előtérbe lépett a localis kezelés. Persze ebben sem találták meg rögtön a helyes utat s végletekre tévedtek. 1830-ban Kerst[12] hollandi és 1835-ben Fierens[18] és Loiseau belga orvosok a trachomának erélyes, úgyszólván *abortiv* gyógykezelését kisérelték meg oly módon, hogy a kötőhártyát lapispálczikával alaposan végig égették. (Ez volt a sokat dicsért és leszólt „cauterisation large et profonde.") Az égetést 1—3—8 naponként ismételték, utána a kötőhártyát rendesen olajjal mosták le. A közvetlen eredmények a régiekhez képest természetesen feltünő jók voltak, úgy hogy különösen a belga és hollandi orvosok legnagyobb része igénybe vette a lapispálczikát. A csomók és túltengések eltüntek, a kötőhártya sima lett; a hibát csak akkor vették észre, mikor a kezelés befejezése után a conjunctiva hegei zsugorodni kezdettek; trichiasis, entropium keletkezett igen számos esetben. A nagyobb katonai trachoma-kórházakban mindennaposokká lettek a symblepharon mütétek, sőt ankyloblepharon is sokszor előfordult. Bár ezen kezelésmódnak divatba hozatala után nemsokára számosan kikeltek ellene és feltárták a hátrányait, mégis még az 50-es évek elején is akadtak orvosok, a kik nem hagytak fel vele. Sokan voltak, a kik az argentum nitricum kezelést oly módon iparkodtak módosítani, hogy a káros következmények elmaradjanak. Igy Gouzé[16] antwerpeni katonaorvos a lapispálczikát nedves ecsettel ledörzsölte s ezen ecsettel kente be a kötőhártyát; állítása szerint ezen eljárással a fenti káros következményeket sikerült elkerülnie. (Az eljárás Vleminckx-től ered.) Weiss-nek[19] 1838-ban a londoni kórházakról irott referatumában olvassuk, hogy az ottani orvosok Scott ajánlatára túltelített lapisoldattal ecsetelnek s utána a kötőhártyát gondosan leöblítik; az argentum nitricumot tehát már nem causticum gyanánt, hanem inkább módosító szer gyanánt (cathérétique) iparkodnak felhasználni. Vleminckx[40] a belga katona orvosoknak utasításképen 1848-ban kiadott körlevelében a lapis tömény oldatát ugyanannyi vízzel higítva ajánlja. Robert[38] ugyanazon évben a lapist édes mandolaolajjal keverve használta és eredményeivel igen meg volt elégedve. Desmarres[25] 1842-ben 4—9%-os oldatban collyriumképen alkalmazta s ugyancsak ő volt az, a ki a *lapis mitigatust* 1848-ban a szemészetbe bevezette. (Némelyek szerint Hasnernek köszönhető ennek a szernek feltalálása, de Cunier állítása szerint egyes párisi gyógyszerészeknél már sokkal régebben kapható volt a lapis mitigatus.) Desmarres kalium nitricummal készítette 1 : 2—8 arányban. Ebben a formában a pokolkőnek alkalmazása a mai napig fenmaradt. Albrecht von Graefe[50] érdeme, hogy az argentum nitricumnak leghelyesebb módon való alkalmazását megismertük. 1854-ben a caustikus szereknek a kötőhártyára való hatásáról szóló czikkében megállapította az argentum nitricum hatásának, alkalmazásának azon módját, a mely a mai napig mint a trachoma egyik leghatásosabb kezelési módja — post tot discrimina rerum — fenmaradt. Graefe a *2%-os argentum nitricum*-oldattal való ecsetelést ajánlja utólagos konyhasó közömbösítéssel. Kisebb-nagyobb megszakításokkal ezt a therapiát követte az orvosok zöme s különböző időközben felkapott egyéb kezelések elhagyása után — követi ma is.

A lapispálczikával elért rossz eredmények miatt sokan teljesen lemondottak az arg. nitr. használatáról és egyéb szerek után néztek. Ezek között megint első helyen szerepelt a *kékkő*; bár egyesek kizárólagosan ezt használták, sőt némelyek (Gulz)[44] specificumnak tartották a trachoma ellen, használati módja nagyjából megegyezett a mostanival: egyéb adstringens szerrel megbékített szemek kötőhártyáját simára csiszolt kékkőjegeczczel simították végig, csakhogy gyakrabban és erélyesebben, mint a hogy mi manapság czélszerünek tartjuk. Kivételesen poralakban vagy kenőcsbe keverve is használták. Furnari[28] szerint az arabok tüzön kiégetett kékkő porát hintik a szemükbe, néha egyéb szerekkel (sáfrány, konyhasó) keverve. Backmeister a lapis divinus porát szórta a kötőhártyára.

Egy harmadik fontos gyógyszer, a melynek alkalmazása a század középső évtizedeiben terjedt el, *a plumbum aceticum neutrum*. (Szemcseppek gyanánt már a század eleje óta használták, sőt Eble ecsetelésre is. L. fentebb.) Buys[21] hollandi orvos 1839-ban ajánlotta elsőnek a pb. acet. neutrumnak poralakban való alkalmazását; ő a kifordított szemhéjak conjunctivájára a port finom ecsettel reászórta s azután kevés olajat juttatott rá; a por az olajjal összetapadva gyantás réteget képezett, a mely sokáig rajta tapadt a kötőhártyán s így edző és összehúzó hatását jól kifejthette. Ezen Buys-féle eljárást különösen a 40-es és 50-es években gyakorolták, főképen a belga és hollandi orvosok voltak lelkes pártolói; az olajat azonban a legtöbben elhagyták s rendesen kissé megnedvesített ecsettel tették a port a kötőhártyára s kifordítva tartották a szemhéjat addig, a míg a por el nem folyósodott; némelyek, mint Gouzé[45] (1851) a port kevés vízzel péppé dörzsölve, kenték be vele a kötőhártyát. A plumbum aceticumot — maró hatása jóval kisebb lévén a pokolkőénél — inkább a trachoma enyhébb formáinál használták, a kemény régi granulatioknál hatástalannak bizonyult. A szernek fő hátránya, a miért ilyen módon való használatát elhagyták, az, hogy ha a corneán hámtól fosztott, vagy fellazult hámú területek vannak, ott igen könnyen képződik ólom-incrustatio. (Némelyek

különben szarúhártyafekélyek edzésére is használták; (ily esetben sok hátránynyal nem jár, mert a fekély helyén amúgy is heg képződik majd.) A szernek híg oldatokban való alkalmazása mai napig is fennmaradt; 1—2%-os oldatban ecsetelésre vagy collyriumképen használta Graefe és használják ma is kiváló klinikusok, többek közt Schmidt-Rimpler és Sattler; utóbbi különösen conj. follicularisnál. Peltzer[65] 1870-ben kenőcs alakban ajánlotta.

A Buys-féle kezelés sikerein felbátorodva De Condé[43] 1850-ben különböző egyéb szerekkel kisérletezett, a melyeket ugyancsak poralakban hintett fel. Megpróbálkozott többek között a *tanninnal* is, de nem volt vele megelégedve; nagy fájdalmat, erős duzzadtságot okozott, de a kivánt eredményre nem vezetett. Sokkal szerencsésebben járt ezen kiváló adstringens szerrel Hairion[46] (1851), a ki 5 rész tannint, 20 rész vízzel és 10 rész gummi-arabicummal keverve megalkotta a sok ideig kedvelt „*mucilage tannique*"-ot, a melyet sokan az ecetsavas ólomnál többre becsültek s a mely enyhébb, de sok váladékkal járó trachománál kitünő szolgálatokat tett. Ez a szer meglehetősen ismertté vált mindenfelé: így pl. az 1859-iki bruxellesi trachoma-congressuson[53] Müller porosz delegatus dicséri, Quadri[57] nápolyi orvos, a conservativ trachomakezelés nagy híve, 1863-ban szintén ajánlja. Később ezen tannin mucilago kiment a divatból, helyette némely orvosok *tannin-syrupot* (Wolfe 1876.)[82] hoztak javaslatba, mások mnt Cyr[62] 1866-ban és Agnew[86] 1880-ban 3—10%-os vizes tannin-oldatot spray segítségével fecskendeztek a conjunctivára.

Az 50-es évekre esik még a *chromsav* caustikus hatásának igénybe vétele is. Hairion[52] használta először 1858-ban töményen vagy vízzel egyenlő részekben. Serres 1866-ban chromsav kristályt próbált ki étetésre, 1886-ban pedig Darier[108] és tanítványai ajánlották alkalmazásra töményen. Állításuk szerint jól hat kemény, renitens túltengések ellen, a melyek más szereknek ellentállanak; alkalmazása igen fájdalmas, nagyobb körben nem terjedt el.

A felsoroltakon kivül még számos gyógyszert ajánlottak a század közepe táján részint causticumok, részint adstringensek gyanánt, a melyeket azonban felfedezőjükön kivül nem sokan propagáltak. Ilyenek: a *liquor kali caustici* híg oldatban (Trusen[33] 1846); a *tömény jodtinctura* (Fromont fils[37] 1848).

A *chlorzink*-et 1849-ben Hays[41], ugyanazt 2 rész kali nitricummal pálczikába öntve 1872-ben Just[78] ajánlotta causticumnak az argentum nitricum helyett. Wallace[42] 1849-ben *aranychlorid*-ot, Follin[51] 1856-ban *ferrum sesquichloratum*-ot proponált. Számosan használták a *chlorviz*-et szemcseppül Graefe[50] ajánlatára friss trachománál, ha az izgalmi tünetek miatt erélyesebb szerek használata még nem indicált. A *timsóport* elhagyták teljesen.

Az operativ kezelés a század közepe táján meglehetősen háttérbe szorult. A reactio a túlzott és erőszakolt lapis égetések után nagy volt, a gyógyítás egészben véve conservativ alapokon nyugodott, a véres beavatkozásoknak kevés barátja akadt. A már Walther által gyakorolt excisiókat azonban mégis egyik másik szemorvos szívesen végzi s előnyt ad nekik egyéb kezelési módok felett. Ilyen volt Lutens[17] antwerpeni katonaorvos (1838) és Chizelle[15], ki a csomókimetszés megkönnyítésére ugyanakkor egy kettős csipőt (pince double) talált fel. Az angol orvosok Weiss leirása szerint csak kivételesen nagy granulák vagy túltengések esetében operálnak. Piringer[23] részletesen leirja a kimetszések technikáját, 1842-ben Guépin[26], 1846-ban Garzia Y. Vazquez[34] spanyol orvos a Percy-féle ollóval ismételten kis kimetszéseket tesznek az áthajlási redőből s ebben megelőzték Pilz[49] prágai szemorvost (1854), a kit német irók a csomókimetszés feltalálójának szeretnek nevezni. Pilz kis görbe ollóval vagdalta ki a csomókat, egy ülésben kettőt hármat; a kimetszéseket 2—3 nap mulva újra folytatta. Eljárásában követőkre nem talált, két teljes évtizeden keresztül alig találunk az irodalomban excisiókról említést, a míg Galezowsky[80] 1874-ben számos ily módon kezelt betegéről referálva újra felszínre nem vetette a trachoma operativ kezelésének kérdését.

A kimetszéseken kivül egyes olasz orvosok különféle mechanikus eljárásokat eszeltek ki — talán a régi görög therapiából merített adatokból — a melyek a manapság üzött mechanikus kezelésnek előhirnökei gyanánt tekinthetők. Mariano[59] 1864-ben „*punzecchiamento*" (franczióul piquage) néven közli az ő eljárását, a mely abban áll, hogy hegyes lancettával 30—50 apró szúrást ejt a kifordított kötőhártyán; bő utánvérzést enged meg, utána valamilyen causticummal keni be a conjunctivát. Borelli[54] egy „*scardasso*" nevü drótecsettel keféli ki a csomókat. Fadda[67] egy apró fogú ráspolyt („*spianatore*") használ a kötőhártya ledörzsölésére; Stokes[61] dublini orvos a kifordított szemhéjat két elefántcsontból való lemezke közé szorítja (a mostani Kuhnt-féle expressio tökéletlenebb alakja.) A trachomás csomók *kinyomásá*nak egyik legrégibb módját szintén ez időtájt találta ki Cuignet[77] (1872): a kifordított szemhéj alá egy eszköz nyelét tolja s elülről a mutatóujjával nyomást gyakorol a szemhéjra.

A *pannus* kezeléséről legjobban tájékoztat Warlomontnak[48] a pannusról irott monographiája; a *peritomiá*-nak nem sok híve van, de azért különféle alakban végzik: ilyenek a pannushoz vezető conjunctiva erek egyszerü átmetszése, kötőhártya csíknak Scarpa szerint való kinyírása. Carron du Villards a szemtekei kötőhártya jó részét a pannusnak a peripheriás részeivel együtt lepraeparálja. A kötőhártya edényeinek, valamint az episcleralis edények *scarificálás*-át Desmarres gyakorolta. Tavignot a nagyobb cornealis véredényeket hasogatja meg. Némelyek az edények átmetszését *cauterezés*-sel kötötték egybe. A *lapis pálczika* szintén szerepelt különösen vastag pannusok égetésében. Sanson gyürüalakba öntött pokolkővel étette meg körös-körül a corneára menő edényeket. Az *ecetsavas ólmot* Buys ajánlatára a pannusos corneára is ráhintették. Igen vaskos pannusra *kékkőport* hintettek rá vagy *kékkőjegeczczel* érintették. Van Rossbroeck tiszta *tinctura cantharides* becsöppentést ajánlotta stb.

A trachoma gyógyítása a XIX. század utolsó évtizedeiben.

A mint az elmondottakból kiviláglik, az 50-es és 60-as években a trachoma gyógyítása egészben véve meglehetősen conservativ alapokon állott. Ennek okát is adhatjuk; a radicalis, de helytelenül alkalmazott tömény pokolkővel való égetések a káros következményeik miatt hitelüket vesztették; sebészi beavatkozásoktól az orvosok túlnyomó része a trachoma kezelésében érthető okokból idegenkedett, úgy okoskodván, hogy miután a trachomás folyamat magában véve is hegesedéssel gyógyul, helytelen dolog volna bármilyen természetű műtéti beavatkozással ezen hegeknek a számát még szaporítani vagy az amúgy is zsugorodó kötőhártyából bizonyos részeket eltávolítani. Nagy tekintélyü tudósok, köztük első sorban Graefe voltak szószólói ezen felfogásnak s így nem csoda, ha egyes ellenkező irányban dolgozó kisérletezők követőkre nem találtak.

Az orvosok azonban a medicamentosus gyógyítás eredményeivel korántsem voltak megelégedve. Hónapokig, évekig tartó s a beteg és orvos türelmét egyaránt kimerítő kezeléssel sem sikerült mindig a trachomát meggyógyítani, még kevésbé a recidiváknak elejét venni. Nem csoda, ha egyes szemorvosok, különösen olyanok, kik trachomával erősen fertőzött vidékeken müködtek, beleúntak ebbe a meddő küzdelembe s szakítva az uralkodó felfogással, egyéb gyökeresebb és hatásosabb gyógyeljárásokhoz fordúltak. Évtizedekig tartó kisérletezések és vitázások eredményeiképen alakúltak meg azon elvek, a melyek szerint mostanában a trachomát kezeljük. A trachoma modern gyógyításában a gyógyszeres kezelés a mechanicus és szükség esetén az operativ beavatkozókkal együttesen kerül alkalmazásra.

Ezen időszakra esik a mostani trachomakezelésben oly nagy szerepet játszó *sublimátnak* szélesebb körökben való elterjedése. Romiée Liègei szemorvos volt az első, a ki már 1872 óta rendszeresen használta a sublimátot. (Eljárását azonban csak 1889-ben ismertette egyik assistense Arnauts).[123] Romiée hetenként egyszer 1:120—100 arányú vizes sublimátoldattal ecsetelt, közben pedig 2%-es sublimát szemcseppeket rendelt. 1884-ben Dujardin[100] 4%-es oldatot használt ecsetelésre. A sublimáttal való gyógyítás csak 1886 ban vált közismertté Guaita[109] sienai orvos révén, a ki ezen gyógyszernek hatását

az egészséges és gyuladt kötőhártyára részletesen kitanulmányozta. Tapasztalásai szerint a sublimát megakadályozza új folliculusok képződését, elsorvasztja a meglevőket és antiseptikus hatásánál fogva a fertőzés veszélyét megcsökkenti. Úgy ő, mint követői, Debenedetti,[110] Rosmini,[112] Staderini[119] 2‰-es oldatot használtak ecsetelésre. Ugyanígy alkalmazták a szert Reich[116] és egyéb orosz orvosok is. A következő években a sublimátnak egyéb, hatásosabb módokon való alkalmazása az ecsetelést meglehetősen kiszorította, de azért manapság is különösen olasz orvosok s a németek közül Sattler[138] alkalmazzák, Kenneth Scott[139] Kairóban 4%-os(!) oldattal ecsetel; szemcseppekül 1 : 2000—5000 arányú oldatokat ajánlanak. Spray formában Pedrazzoli,[121] újabban pedig Susdalsky[183] (1 : 4000—5000 oldatban) használják a sublimátot. Rosmini[127] 2‰-es konyhasós sublimát oldatot magasan álló irrigatorból erős sugárral folyat a kifordított szemhéjakra, eleinte rövid ideig, később perczekig. A sublimát kenőcsöt vaselinnel készítve (1/3‰) Michel[103] használja massageal. Wicherkiewicz[153] (1894) 1—2‰-es sublimát kenőcsöt ken a szemrésbe s azután 10%-os glycerines tanninoldatba mártott gazeel „szárító kötést" tesz a szemre. Ezeken kivül nagy szerepe van a sublimátnak híg oldatokban (1/5—1‰) a különböző mechanicus és operativ beavatkozásoknál, részint antiseptikus, részint pedig a trachomát specificusan gyógyító hatásánál fogva; mütétek után mosogatások, öblítésekre használják.

Alig van még egy olyan gyógyeljárás, a mely a trachoma kezelését oly gyökeresen átalakította volna, mint a Keinig Gusztáv és Otto[130] által 1890-ben ismertetett *sublimat-massage*. A mióta Hippel[133] az 1891-i heidelbergi szemész congresszuson a Keinig-féle eljárás jó eredményeiről beszámolt, Európának csaknem valamennyi szemorvosa megpróbálta és tekintélyes részük mint fő kezelési eljárást ma is alkalmazza. A mint tudjuk, ezen kezelési mód nem új. Minden időben ismeretes volt a massagenak izgató, az anyagcserét serkentő s igy a felszivódást siettető hatása, de Hippocrates ideje óta alig akadt mivelője. 1889-ben Costomiris[131] Athenben igen finomra tört *bórsavport* hint a kifordított szemhéj kötőhártyájára s azután újjával dörzsöli lehetőleg egyenletesen; állitása szerint az eredményei kitünőek. A Keining testvérek a massaget 1 : 2000 sublimát oldatba mártott vattával gyakorolják; ily erősségü oldatot használnak a legtöbben) bár akadnak olyanok is, kik sokkal erélyesebben masszálnak. Igy például Schreiber[146] egyszer napjában 1 : 500 oldattal s ezenfelül még két óránként 1 : 2000 oldattal masszáltatja a kötőhártyát. A massage erőssége és időtartama az eset szerint különböző. Irritált szemeken vagy érzékeny egyéneknél rövidebb ideig és gyengébben kell dörzsölni; ha türi a szem, vérig lehet dörzsölni a kötőhártyát, ilyenkor a sublimát oldatnak a behatolása sikeresebb. A sublimátos masszálásnak hivei mindenféle trachománál ezt alkalmazzák, leszámítva a legfrissebb, nagy izgalommal és sok váladékképződéssel járó eseteket. Ilyenkor a váladék megcsökkenéséig pokolkő oldattal ecsetelnek.

Magyarországon a sublimáttal való gyógyitásnak legerősebb szószólója Feuer[186, 189] tanár, a kinek cursusain kiképezett trachoma orvosok a masszálást országszerte gyakorolják. A gyógyitást 2%-os argentum nitricum ecsetelésekkel kezdi s a sublimátra csak akkor tér át, ha már a váladék képződés és a kötőhártya fellazúltsága csökkent. A masszálást 1‰-es oldatba mártott kemény vattatamponnal eszközli másodnaponként erélyesen, de kiméletesen (nem vérig). A sublimátnak ily módon való alkalmazásával jobb sikereket ért el, mint azelőtt a kékkővel. Nagy súlyt helyez a csomók kinyomására (körömmel és a zúgokban szőrszedő csipővel). Ha a szem a sublimátot rosszúl türi, 1‰-es jodtrichlorid vagy tömény bórsavoldattal masszál. (Megfelelő esetekben igénybe veszi a lapis mitigatust is, óvatos, felszines égetésekre konyhasó leöblitésekkel. Az argentum nitricum pótszeréül 5—10%-os argentamint tart czélszerünek, bár hatása amannál jóval hátrább áll, de szükség lehet rá olyankor, ha a pokolkő oldat túlságosan izgat.)

Némelyek a Keinig-féle massaget nem tartották elég hatásos beavatkozásnak, mert a sublimat csak a kötőhártya felszinére vagy felszinesebb részére hat; ezért egyéb módokat eszeltek ki, a melyek lehetővé teszik, hogy a gyógyszer a mélyebb részekbe, sőt magába a porczba is behatoljon. Franczia szemorvosok a 90-es évek elején sürün gyakorolták az Abadie-féle[113, 136] eljárást, a melyet úgy végeznek, hogy szikével a szemhéj hossza irányában és keresztben számos egymásra merőleges bemetszéseket ejtenek a kötőhártyán s azután egy 2‰-es sublimat-oldatba mártott kefével az egész vérző felületet erősen megdörzsölik. Tanner,[144] Steiner,[155] Vennemann[156] szintén mélyre menő scarificatiok után öntenek vagy dörzsölnek a kötőhártyára sublimat-oldatot. Imre[147] (régebben) és Truhart[159] szikével vagy éles kanállal kaparják le a conjunctiva-hámot és igy nyitnak utat a sublimatnak. Armaignac[148] nyalábba összekötött tükkel szurkálja meg a kötőhártyát a sublimat bekenése előtt.

A mély scarificálásokat különben sublimat nélkül is alkalmazzák részint localis vérelvonás czéljából, részint, hogy az erősen beszürődött szövetek a nagy feszülés alól felszabaduljanak. Igy Kuhnt[187] frisebb keletü porczmegvastagodásoknál Graefe késsel vagy lándzsaalakú tűvel mély szúrásokat ejt be a porcz szövetébe s tapasztalása szerint a porcz jelentékenyen megvékonyodik ettől. A massageal elért jó eredmények reáirányitották újból a szemorvosok figyelmét a *mechanicus* gyógymódokra, úgy hogy az elmult évtizedben a legkülönbözőbb masszáló eljárások próbáltattak ki részint gyógyszerek egyidejü alkalmazásával, részint a nélkül. Costomirisnek fent említett eljárását különösen olasz orvosok gyakorolják (Pedrazzoli). Pilkow[182] bórsavpor helyett *jodolt* vagy *jodoform*-port használ ugyanoly módon. Adolkowitsch[162] *cuprum sulfuricumnak* 3%-os glycerin oldatával dörzsöli a kötőhártyát. A gyógyszerek nélküli masszálásnak szintén különböző módjait találták ki. Bositow[145] a kifordított szemhéjakat egymás alá tolva körkörös mozgásokkal egymáshoz dörzsöli. Misc-jewitsch[149] a kifordított szemhéjat hüvelyk és mutató ujja közé fogva mindenféle irányban hajlítja, görbíti, csavarja s ilyen módon iparkodik a porczban levő beszürődések felszívódását elősegiteni. Tapasztalatai szerint ily módon elejét lehet venni a pillaporcz begörbülésének. Ottava[151] egy rovátkolt, csontból, fából vagy kaucsukból készült spatulát tol a kifordított szemhéj mögé és e felett ujjával nyomkodja, illetve mozgatja a szemhéjat; a spatula 10 cm. hosszú, egyik végén 12 mm. a másikon 9 mm. széles; szükség szerint a keskenyebb vagy szélesebb végét lehet használni. Efimov[165] hasonló spatula felett masszál, de az eszközt a szemhéj kifordítása nélkül tolja fel az áthajlási redőbe s ujjával a szemhéj bőrét dörzsöli. Prokopenko[164] sima üvegpálczával dörzsöli a kötőhártyát. Imre[208] a kifordított szemhéj bőre mögé spatulát tol be s a kötőhártyát egy Knapp-féle rovátkolt hengerrel masszálja.

Azzal már régen tisztában voltak a szemorvosok, hogy a granulák vagy csomók a trachomának úgyszólván specifikus termékei s hogy a míg a kötőhártyáról ezen csomók teljesen el nem tüntek, addig a trachomát gyógyultnak nem szabad tekinteni. Az összes trachomaellenes sebészi beavatkozásoknak az a czélja, hogy ezen csomókat valamiképen tönkretegyék vagy a kötőhártya ép részeitől eltávolitsák.

Erre a czélra a *mütéti eljárásoknak* egész sora szolgál. Ilyenek: a *csomók kiégetése* (thermocauterrel vagy galvanocauterrel), elpusztitása *elektromos áram* segitségével, a csomók *kikefélése, kinyomása, kikaparása lekaparása*, s végül mint legradicalisabb eljárás, a csomókat tartalmazó *áthajlási redőknek kimetszése*, a melyhez szükség esetén még a beteg *pillaporcz* kisebb-nagyobb részének *eltávolitása* is járulhat. Ide tartoznak részben a fentebb már említett scarificatiok is.

A csomók kiégetése. A század második felében elsőnek Korn[68] ajánlotta 1870-ben; egy elemmel izzóvá tett platinlemezzel laposan égeti meg a csomókat hordó kötőhártya részeket; ugyanígy jár el 1883-ban Unterharnscheidt.[94] Eljárásukat mások nem igen követték, mert az égetés helyén keletkező kiterjedt heg káros következményeitől méltán féltek. Szivesebben dolgoznak ma is a hegyes végü galvonocauterrel, a mint azt 1872-ben Samelsohn[79] ajánlotta, a ki minden egyes csomót külön égetett ki. Az égetés nem túlságosan fájdalmas, a csomó teljesen elpusztul s a visszamaradt pontszerü heg számbavehető utóbajt vagy zavart nem okoz; némelyek csak régibb, makacs trachománál, mások egészen friss esetekben is égetik a csomókat rendesen több ülésben (egyszerre 5—6-ot); a kiégetés különösen olyankor indicált, ha csak kevés, nagy csomó van. Rendszerint a galvanocautert

használják erre czélra, alkalmasabb lévén a thermocauternél. A magyar szemorvosok közül Imre,[132] Feuer[189] és Goldzieher[204] ajánlják.

A csomók elpusztítását *elektrolysis* által a 70-es évek elején kezdték megkisérleni (Rodolfi,[69] Arceolo, Truchart). Azóta többen megpróbálkoztak vele, de jó eredményekről nem sokan referálnak. Az alkalmazás különböző módon történik; rendesen 4—5 milliampère erősségű áramot használtak, a kötőhártyára kerülő elektrod ecset vagy szivacs, vagy pedig hegyes tü (Coppez[188]), a melyet szükség esetén a nagyobb granulákba be lehet szúrni. Némelyek a negativ, mások a positiv sarkot teszik a conjunctivára. Smith[81] két elemmel úgy applicálja a galvanáramot, hogy a platinnal ellátott anodot és a rézdróttal ellátott kathodot egymástól kis távolságban csúsztatja végig a kötőhártyán úgy, hogy mindkettő egyidejüleg érintse. Johnson[129] egy hárompengéjü késsel számos mély bemetszést tesz a kötőhártyába a szemhéjak hossza irányában; azután két keskeny platinlemezzel fegyverzett elektrodot húz végig az egymással párhuzamos sebekben; az alkalmazott áram 30 milliampère erősségü. Miután eddig minden villamárammal gyógyító orvos e mellett más szereket (lapis, sublimat stb.) is alkalmazott, nehéz az eljárás értékét megitélni.

(Folyt. köv.)

Csüngő szemhéj felnyitása izomképzéssel.

(Operatio ptoseos myoplastica.)

Műtéttani tanulmány.

Irta: dr. *Siklóssy Gyula* kórházi főorvos.

(Vége.)

5. A homlokizom hatásának átvitele.

Ez az elv nyujtja a legtöbb változatosságot, a mi a kivitelt illeti. A legtöbb módszer közöttük a bőrt is rövidíti, úgy hogy némelyik (Pagenstecher) eredetileg vad szőrök és szemhéjbefordulás ellen használtatott s később lett alkalmazásba véve szemhéjcsüngés ellen, másik pedig (Hess) szemhéjcsüngés ellen lett kigondolva s később hozatott javaslatba (e sorok irója által) szemhéjbefordulás ellen.

E körülmény magyarázata abban rejlik, hogy a homlokizom ilyen átvitele valóban megrövidíti a szemhéjat. Ha tehát a szemhéjemelő *rendesen* müködik, a szemhéj megrövidíttetik s a homlokizom hatását képesek vagyunk a tarsusra illetőleg a szemhéjszélre átvinni: akkor a befordulás elleni küzdelem biztos sikert igér.

Pagenstecher eljárása a Snellen fonalas operátioját utánozza, a mely kisfokú szemhéjbefordulás ellen adott esetben jó eredményt adhat. Itt nem az átmeneti redő felől indul ki a mütő a kettősen fegyverzett fonállal, hanem 2—4 mm.-rel a pillaszőrök felett a külső bőrről, a tükkel felhalad a bőr alatt a szemöldökig s abban csomózza össze a fonalakat kis hengerek felett, miután előzőleg jól meghúzta őket. A fonalak 20—25 napig maradnak benn; ezek tökéletes tisztaságára nem kell annyira ügyelni, sőt jobb az eredmény (mondja Pagenstecher) ha a fonalak átgenyednek. A genyedés következtében (vagy arra a körülményre, ha a fonalak átmetszik a szöveteket) erős hegkötegek jönnek létre a homlokizom és a szemhéj széle között, a melyek a szemrés nyitására elégségesek.

Pagenstecher mütevési módja igen ártatlan. Bár ellenkezik a sebész elveivel az a körülmény, hogy különös gondját arra kelljen fordítania, nehogy a fonalak, melyekkel varr, valamiképen asepticusak legyenek, ez a követelmény mégis elég könnyen megvalósítható. De épen Vaudde hangsúlyozta már 1888-ban, hogy a genyedésre bekövetkező hegek nem erősebbek, mint azok, a melyek tiszta eljárás után (a fonalak 20—25 napig bennthagyása mellett) jönnek létre.

Pagenstecher mütéte után a hatás ideiglenes. Ha a hegkötegek közvetítik is rövid időre, nehány hónapra a homlokizom hatását, de állandó eredményt azzal nem lehet elérni, még olyan esetekben sem, a hol bőven lelógó bőr *az egyik oka* a szemhéjcsüngésnek. Az ilyen esetekben jó hatása lehet *Wecker* módosításának, a ki a mütétet valódi Graefe-féle rövidítéssel (kimetszés a bőr és a záró izomból) köti össze. A mütétet épen ezzel kezdi s a fonalakat alulról viszi fel. Igaz, hogy így az alább következő mütéti módok hibáiba esik, melyek hamar arra vezetnek, hogy lagophthalmus áll elő, valamint hogy a szemhéj előre vonatik a tekétől, közöttük tátongó ür keletkezik, az esetleg bekövetkező szemrésnyitásnál a tarsus csak egyenesen felfelé mozog.

Dianoux módosítása egyszerübb. Ő csak arra helyez súlyt, hogy a szemrés-záró valamennyire gyengíttessék s a Pagenstecherféle hegek zavartalanul támadhassanak. A tüket alulról szúrja be; az egyik tü a bőr alatt, a másik a szemrészáró alatt halad; a fonálkacsok a szemhéj széle felett vannak, a fonalak a szemöldök felett csomóztatnak össze. Napok mulva a fonalakat meghúzza, hogy azok mindent átmetszenek, a mit felnyaláboltak, csak a szemhéj bőrét nem. Igaz, hogy ezek távolságát 6—8 mm.-re rendeli, mégis tény, hogy az átmetszés épen legelsőbben a bőrön át jön létre, a mi különben a hegnek támadó pontjává kell, hogy legyen.

Szintén bőr alatti hegek közvetítik a homlokizom hatását a következő egymáshoz, végtelenül hasonló mütéti módoknál, melyek közül elsőnek a *Meyer* által ajánlottat említem, a ki a szemhéjszél felett vezetett bőrmetszés után két függélyes metszés segélyével nagy, szegletes bőrlebenyt készit. Ezt alapjáról felszabadítja s a hosszanti metszés alsó sebajkából kiindulólag a szemrés-záró izom mögött catgut-fonalakat varr fel a szemöldökhöz, természetesen a bőr alatt. Három ilyen fonalat helyez el és azután visszavarrja a lebenyt. Igy számítás szerint öt heg húzza fel a szemhéjat. Kétségtelen, hogy catguttel nem lehet olyan hegeket elérni, melyek a czélnak megfelelnének. Az alsó vízszintes heg minden valószinüség szerint többet húz le, mint a hegek felfelé. Az is bizonyos, hogy a szemhéjak bőrének külső, függélyes hege nem segít, de éktelenít.

Dransart elhagyja a függélyes metszéseket; felszabadítja a tarsus felső szélét s egy tüvel varr a homlokizom felé, a hol visszatér azzal, a nélkül, hogy a bőrt átszúrná. Három catgutfonállal köti össze a tarsust és az izmokat a homlokizommal, melyeket alól csomóz a bőr alatt.

Birnbacher a bőrmetszést a tarsus felső széle felett végezi és pedig a szemhéj egész szélességében; a tarsust felszabadítja s abba három fonalat akaszt, melyek közül a középső lehetőleg függélyesen halad a bőr alatt a szemöldök közepéig, a két szélső pedig szétágazva megy a szemöldökig, be- illetőleg kifelé. A fonalakat kis jodoformcgazeból készült hengereken köti meg s 25 napig hagyja őket benn.

Ugy látszik, hogy *Birnbacher* módja részleges, későn szerzett szemhéjcsüngés eseteiben adhat aránylag jó eredményt, legalább *Hirschberg* öt illetőleg hat esete (a hatodikat Hadji Antinoglou közli) ezt bizonyítja. Hirschberg esetei sérülés (öngyilkossági kisérlet) következtében jutottak a szemhéjcsüngéshez, míg *Kempner* esete tehénszarv dőfése után került mütétre. Ez utóbbi nagyon dicséri a módszert, főleg szépségi szempontból (nem torzít).

Ahlström egy 15 éves fiút mütett két oldali veleszületett szemhéjcsüngése miatt, a ki szemeit minden irányban rendkivül kis fokban tudta csak mozdítani. Mütét közben a bal szemén a szemhéjemelőnek nyomára sem lehetett akadni, a jobb szemén pedig csak inacskák utaltak arra. Ép ilyen sorvadt állapotban lehettek a többi szemizmok is. *Birnbacher* módszerre mérsékelt eredményt adott.

Peschel egyszerüsítette a Birnbacher által ajánlott eljárást: elhagyta ugyanis a bőrmetszést. (Lásd Snellen fonalas mütéte szemhéjbefordulás ellen.) A tüket a bőr felől, alulról vezeti a tarsuson át a szemöldökig; a három fonál divergál; a kettős tüszúrás minden esetben lehetőleg ugyanazon szúrási csatornában halad.

Legújabban *Koster* módosította a Pagenstecher-féle eljárást. (Zeitschrift für Augenh. 1899. junius.) Közleményét azzal kezdi, hogy a Pagenstecher eljárása a végleges eredményt tekintve nem kielégítő („Wenig befriedigende definitive Resultate“.) Ugyanaz a kiindulási pontja, a mi az alább tárgyalandó Mules-féle eljárásnak: t. i. a fonalakat benne hagyja a szövetben. Az egyik kettősen fegyverzett fonalat a pillaszél felett közvetlenül úgy szúrja be, hogy az 6—8 mm.-nyire felnyalábolja a szemrés-zárót és a tarsus feletti kötőszövetet. A kiszúrási ponton rögtön újra beszúr

s felviszi a belső szárat a szemöldök fölé, a hol a szemöldökránczoló és a homlokizom rostjait is magába fogja. Itt újra ugyanazon szúrási csatornán beviszi a fonalat s körülbelül 8 mm-rel kifelé megjelenik vele a bőr felett, a hová a másik tűvel a külső fonalat is felhozza. Itt már előre kis bőrsebet (1·5 mm. nagyságban) készített; a fonalat takácsmódra csomózza s a bőrsebet bevarrja. Világosabban érthető a tűk haladási módja az idézett helyen látható ábra megtekintésével.

Közvetlenül műtét után nagyobb az eredmény: a szemrés alvás közben is kissé nyitva marad. Épen azért mondja Koster, hogy a betegnek eleintén erőszakosan kell pilláját becsuknia, hogy a fonalak a maguk rendes helyét megtalálják. Arra az esetre ha netalán lobos duzzanat támadna, Koster 3000-szer higított langyos sublimatoldattal való borogatást ajánl. A mi későbbi fejtegetéseit illeti a jó hatás magyarázására, azzal nem fognak egyetérteni a kérdéssel foglalkozók.

De nem értett azzal egyet már *Pagenstecher* sem, holott Koster abban az esetben, ha a fonalak eltünnek, felszívódnak, (selyemfonál!) vagy kigenyednek, műtétét, mint Pagenstecher-féle fonalas hegköteg készítő-műtétet fogja fel. Pagenstecher 1901. juniusában (Zeitschrift für Augenheilkunde) tiltakozik az ellen, hogy a tűkkel a szemrés-zárót is felnyalábolják. Ragaszkodik ahhoz, hogy nagy tűk és vastag fonalak használtassanak, mert így erős hegkötegek jönnek létre. Ezek a hegkötegek igen erősek még akkor is, ha a szúrási csatorna genyedés nélkül (első szándékra) gyógyul.

Mules már 1894 előtt gondolt arra, hogy valami erős és állandó összeköttetést kellene létesíteni a homlokizom és a szemhéj széle között s ezt úgy képzelte megvalósíthatónak, ha vékony fémdrótot varr be a tarsus és a homlokizom közé, a melyet azután benn hagy állandóan.

Cant és *Morton* két esetben végezték a *Mules*-féle műtétet. A szemrés annyira tágult a homlokizom összehúzódására, hogy a pupilla fedetlen maradt.

Láttuk azt az elvet, melyet főképen Pagenstecher képvisel s a mely azt czélozza, hogy keletkező hegkötegek segélyével vitessék át a homlokizom hatása a szemhéjra, láttuk Koster műtevési módját, mely idegen testet visz hosszú időre, állandó tartózkodásra a bőr alá, hogy annak segélyével emelhesse a homlokizom a szemhéjat.

Harmadik változata a csüngő szemhéj ilyen elveken felépült műtevésének az a csoport, mely rövidítéssel és lapszerinti hegesedéssel akarja a homlokizom segítségét biztosítani. Ezek között a régebbi a *Panas*-nak nagyon ismert eljárása, a mely abban áll, hogy egy négyszegletü bőrlebenyt készít a szemhéj bőréből, azt felszabadítva, átcsúsztatja a szemöldök alatt maradó bőrhíd alatt s felvarrja a szemöldökhöz, míg a bőrhíd alsó szárát levarrja a szemhéji alsó sebajakhoz. Óriási rövidüléssel jár; minden sebészi alapelvvel ellenkezik a bőrnek egymásra varrása (alácsusztatása,) nagy ránczokat, hurkokat hoz létre, a szemrészárás mindig elégtelenül megy végbe. Elve helyes volna, mert a lapszerinti hegedésnél erősebb nem képzelhető, de a rövidítés igen nagy s hatása valóban torzító.

Szinte csodálatos, hogy *Cohn H.* 1895-ben a római nemzetközi orvosi congressuson azt állította, hogy Panas módja szerint műtett betegének szemhéjából még egy 6 mm. széles bőrcsíkot is ki kellett vágnia. Mi maradt akkor abból a szemhéjból?

Transley a szemrés-záróból metsz ki egy darabot, ha Panas szerint operál: ez által elkerüli állítólag, hogy a hegek nem olyan torzító hatásúak. Transley bemutatásához hozzá szólt Noyes (lásd fent) és *Harlam*, a ki azt állította, hogy elég adott esetben a tarsusból kimetszeni egy félhold-alakú darabot; a bőrt külön kell egyesíteni s a tarsus sebszéleit is. (Régi elmélet a szemhéj rövidítéséről.)

Nem tagadható, hogy az irodalom mutat azért fel olyan eseteket, melyekben még a Panas módszere is sikerre vezetett. Így *Bistis* irja, hogy egy 45 éves nuclearis oculomotorius-bénulásban szenvedő egyénnél a ki már két és fél éve szenvedett bajában, sikerrel alkalmazta Panas módszerét. A baj a hátulsó magvakra volt helyezhető; hogy a kettős képek, melyek szerinte megvoltak, kivánatossá tették-e a csüngő szemhéj felnyitását, azt nem említi.

Péchin a Panas-féle műtétet csak az esetben ajánlja, ha a szemhéjemelő tökéletesen hiányzik, a miről, mint *Koster* sokkal később irja, úgy győződhetünk meg, ha 5% cocaint cseppentünk a beteg szemébe. A születés óta csüngő szemhéj esetleg kissé emelkedik a cocain behatására, az alsó szemhéj pedig visszahúzódik. Ennek oka a Müller-féle izom összehúzódása, mely a *meglevő* szemhéjemelő inának alsó részre tapad. Ha ez létezik, bár sorvadt, vagy hüdött állapotban, van támasza a Müller izomnak s így az összehúzódhat; ha ellenben a szemhéjemelő egyáltalán hiányzik, akkor nincs támasza, s nem húzódhat össze a Müller-féle izom. Hogy veleszületett szemhéjcsüngésnél a szemrés mégsem teljesen csukott, azt épen a Müller-féle izomnak lehet köszönni, melynek tonusa bizonyos fokig nyitva tartja a szemrést.

Évans is követte a Panas eljárását: egy kis módosítást tett azonban rajta. A műtét területét lehetőleg eltolta az orr felé, a mikor a m. epicranius legerősebb részletével lehet a tarsust kapcsolatba hozni.

Legutolsó e sorozatban, de aránylag a leghasználhatóbb a *Hess jun.* által ajánlott műtéti mód csüngő szemhéj ellen. A műtét maga abban áll, hogy a szemöldökben egy hosszú ívelt metszést végezünk, a bőrt a pillaszélig felszabadítjuk, a szemhéj bőrének közepébe három kettősen fegyverzett fonalat akasztunk s azokat egyenesen felvarrjuk a szemöldökbe. A fonalak csomózása csokorra történik. A hegesedés lapszerinti, a rövidülés szükségszerinti, a torzítás nem nagyfokú. Magam évekig nagy barátja voltam a Hess-féle műtevésnek, úgyannyira, hogy kiterjesztettem azt a szemhéjbefordulásra is, mindaddig, a míg egymásután három izben nem voltam képes megállapítani a helyes középútat. Vagy sok volt az eredmény s így a szemrés nyitva maradt, vagy kevés az eredmény s így a szemhéj nem nyillott kellőleg.

Ezenkivül egy más körülmény is közrejátszott abban, hogy a Hess-féle műtéttől eltértem. T. i. a bőr rugalmas szöveténél fogva nem alkalmas arra, hogy tartós összeköttetést létesítsen a szemhéj és a homlokizom között. Igaz, hogy ennek a meglazulásnak, elernyedésnek nem szabad olyan hamar bekövetkeznie, mint azt *Fejér* közleményében a minap olvastam (Gyógyászat, 1902. április) s nem is áll az be egy-két év előtt. Ha pedig olyan módon vezetik a bőr felkészítését, hogy a bőr alatti kötőszövet, a szemrés-záró izom bönyéje, sőt valami az izomszövetből is a felső lemezbe kerüljön, akkor az eredmény majdnem biztosan állandó is marad, ha olyan hatást idéztünk elő, hogy a szemrés teljesen nem zárható.

Hess módszerét kipróbálta *Roll*, a ki az Ophthalm. Society of the Unit. Kingd. 1901. május 23-iki ülésén mutatott be két esetet; *Blair*, a ki a Britisch Medical Association 1901. augusztusi ülésén ismertette az eljárást; *Critchett*, a ki öt esetben műtett Hess módszerre szerint: ezek közül kettőnél állandó lett az eredmény, míg háromnál 1—2 év mulva visszatért az eredeti állapot.

Hess módszerén változtatott *Landolt* és pedig akképen, hogy a pillaszél felett 4 mm.-rel, de azzal párhuzamosan vezeti a bőrmetszést s a bőrt egészen a szemöldökig felszabadítja. A szabaddá vált tarsus-szélbe fonalakat erősit s azokat felfelé húzza a szemöldök felé. A bőrsebet csak néhány nap mulva egyesíti és pedig fel- és befelé: a mi által „igen szép cosmetikus hatású (!) ránczot“ nyer.

Kunn a Wiener med. Wochenschrift 1893. 8-dik és 9-dik számaiban egy eljárást ismertetett, mely szerint ő a homlokizmot alapjáról csonthártyaemelővel (raspatorium) letolja, az egészet felszabadítja s a tarsushoz levarrja.

A hatás szerinte igen nagy, úgy hogy úgyszólván megijeszti a műtőt, de napok mulva megkisebbedik és állítólag állandóan elég nagy marad.

6. Izomképléses műtétek.

Már *Kunn* fentirt műtéte egyenes, izomszerű összeköttetést iparkodik létrehozni a homlokizom és a tarsus között.

Valódi izomképléses eljárás azonban *Darier*-é, a ki a szemrészáró izomkötegét köti össze a homlokizommal. E czélból ovalis metszést végez a szemhéj bőrén, felkészíti a szemrészárót, két szalagszerű csíkot szabadít fel belőle, a melyek közül az egyik a külső, a másik a belső oldalon többi izomtömeggel összekötte-

tésben marad. Majd felfelé a szemhéji sebből kiindulólag alávájja a bört, úgy, hogy az izomcsíkokat felhúzhassa a szemöldökig, a hova azután odavarrja azokat. Majd leválasztja a csíkokat az izomtestről s egyenesen a tarsushoz erősíti őket. Azt állítja, hogy gyakorlás útján valódi szemhéjemelő működésre képesítenek ezek az izomkötegek.

Schirmer és *Hess* azt jegyzik meg, hogy a szemrés-záró-izom az arczideg hatása alatt áll; a szemrés-záró a szemhéjemelő ellenlábasa: tehát szándékolt szemrés záráskor elernyedés helyett összehúzódás, tehát nyitási ingerület, szándékolt nyitáskor pedig összehúzódás helyett elernyedés, tehát csukási ingerület közvetítetnék.

Darier eljárásának elméletileg észrevehető hibája van: hogy t. i. a szemrészáróról csak igen vékony, gyengécske kötegeket, izomlebenyeket lehet leválasztani. Ha ezeket felvarrja s azután még összeköttetésüktől is megszabadítja, akkor ezek idegen helyre került gyenge izomnyalábokat, nyeletlen izomlebenykéket képviselnek, a melyek hova-tovább felszivódnak, legeslegjobb esetben gyenge hegköteggé alakulnak át.

Izomképléses műtétre hivatkozik még Czermák műtéttana, de csak kivonatos ismertetésből *Vautrin műtétére*, a ki „izomlebenyt metsz ki a homlokizomból s azt a tarsusra erősíti".

Saját eljárásom.

Ugy az irodalomból merített ismereteim, mint az operált esetekből folyó tapasztalataim arra a meggyőződésre vezettek, hogy a mennyiben a szemhéjcsüngés oka a szemhéjemelő hiánya, annak sorvadt állapota vagy az ideg tartós bénulása, a szemhéjcsüngésen csakis izomképezéssel lehet segíteni. Ennek az izomnak mozgató hatással kell birnia, összefüggésben kell állania azzal a nagy izomtömeggel, a melyből képeztetett s mellékhatások által a szem épségét veszélyeztetni nem szabad.

Az izomképléses eljárások közül így kizárható a Darier-féle, melynél a szemrészáróból leválasztott izomcsík köti össze a pillaporczot a homlokizommal; még sokkal inkább adhatna jó eredményt egy távoleső idegen izomból vett részlet átültetése pl. a kétfejü karizomból kifejtett izomcsík átvitele.

De kizárható a Motais-féle eljárás is, annál is inkább, mert sokszor épen a felső egyenes is hűdve van szemhéjcsüngés esetében. Azonkivül látó szemet kitenni a műtét által a kettőslátás veszedelmének, annak az esetőségnek, hogy az szarúfekélyt, tályogot kap, nem volna észszerü.

Marad tehát a homlokizom, a mely rostjaival bőségesen kinálkozik arra a czélra, hogy a szemhéjcsüngésen valódi izomképléssel segithessünk.

1. ábra.
Első eset műtét előtt.

2. ábra.
Első eset a balszem operálása után.

3. ábra.
Első eset mindkét szem operálása után.

4. ábra.
2-ik eset műtét előtt.

5. ábra.
2-ik eset műtét után.

Kunn eljárása azonban nem ajánlható. A homlokizom lefutása rövid. Ha még oly hosszú lebenyt vágunk is (felülről lefelé, az izom rostjaival, tehát erőkifejtése irányával) párhuzamosan — a lebeny 1·5—2·0 cm.-es megnyújtást nem adhat — tehát okvetlenül rövidíti a szemhéjat. Innen ered *az az igen nagy hatás*, a melytől Kunn maga is megijedt s a mely okvetlenül szemrés-tátongásra s ennek szövődményeire vezet. *Vautrin* eljárása Czermák előtt is ismeretlen maradt, a mi a részleteket illeti, így én még kevésbbé nyerhettem abba betekintést.

De az abban foglalt vezérelvet saját felfogásom szerint iparkodtam megvalósítani, a melyeket némi boncztani előismerettel bátran meg is tehettem. Első kisérletemet ez irányban 4 év előtt végeztem, a mikor eltökéltem magam arra, hogy *a homlokizomból erős, széles, elég hosszú két izomcsíkot készítek*, mely csíkok az izomtömeggel összeköttetésben maradnak (így a beidegzésben szakadás nem áll elő) s ezeket a csíkokat leerősítem a pillaszélre. Hosszanti csíkokkal ezt elérni nem lehet: maradt tehát az egyetlen képzelhető mód vízszintesen vezetni az izomban a metszést s így a hosszant futó rostokat keresztezve, rövid rostú izomcsíkot átültetni.

A műtét a következőképen megy végbe: A beteg szemöldöke előtte való napon gondosan leborotváltatik, szeme, homloka s az egész tájék szappannal s 5000-szer higított sublimatoldattal gondosan megtisztíttatik, majd steril kötéssel láttatik el. Közvetlenül a műtét előtt 3% bóroldattal lesz az egész terület megmosva. A segéd a beteg feje felett foglal helyet s két kezének négy-négy ujjával erős nyomást gyakorol a beteg szemöldöke felett a homlok bőrére. A segéd nyomó ujjai által határolt vonalban viszi a műtő az erélyes, igen nagy bőrmetszést, mely a szemöldököt kifelé, úgy mint befelé jóval túlhaladja.

A sokszor jelentékeny, de könnyen csillapítható vérzés elállítása után a nagy bőrsebből kiindulólag felszabadítja a műtő a szemhéj bőrét, ledolgozik a mindjobban feltáruló tasakban le egészen a pillaszélig. Ez nagy, lapos metszésekkel néhány percz alatt megtörtént. Itt kevés vérzésre akad, a mi mégis jelentkezik, az egyszerű nyomásra könnyen csillapul. Óvatosságból nem árt Jaeger-féle lemezt helyezni a pilla alá.

Majd a homlok bőrét fejti fel a műtő felfelé legalább 2—3 cm.-nyi magasságig. A segéd eleintén kancsalhoroggal, később ujjaival segít a felszabadításnál. Ha már elegendő terünk van, akkor a homlokizom rostjait magunk előtt látjuk. Ezekből a rostokból készítünk először az orrfelőli oldalon egy 4—5 mm. széles, 3 cm. hosszú lebenyt, mely az orr felől marad összeköttetésben a homlokizommal (annak a szemöldök-ránczolóval érintkező részletével, mely a szemrés-záróval is összefügg), ez a lebeny gyökere; nyelvalakú vége pedig majdnem átér a szemöldök tulsó végéhez. Majd ugyanilyen lebenyt készítünk a halántéki sebszél felől is, a mely második lebeny az első felett foglal helyet. Itt jegyzem már meg, hogy bármennyire csábító legyen is kényelmi szempontból egy szinvonalban leválasztott rétegből kiszabni (középső átmetszés segélyével) a két lebenyt, az nem vezetne czélra, mert a lebenyek így rövidek lennének. A lebenyeket azután le kell hajlítani, be a felkészített szemhéji zsákba s ott a végükbe szúrt fonállal a bőrhöz varrni.

A mi az odavarrást illeti, első esetemben megkisérlettem a lebenyt a bőrhöz és a tarsushoz rögzíteni. Az odaillesztett lebeny külső szélén át vezettem a kettősen fegyverezett fonál egyik tüjét, azzal behatoltam a tarsus szövetébe, majd abból kijöve, átmentem az izmon és a bőrön; ezután a másik tüvel jöttem ki a tasakból a bőr külső felszinére. Ez a módszer nagyon szövevényessé teszi a levarrást, később már megpróbáltam egyszerüen a tasak legmélyebb pontján a bőrhöz erősíteni a lebeny szélét. Ez is teljesen megfelelt a czélnak.

Ezután a műtét területét végig öntjük 5000-szer hígított sublimatoldattal, a szemöldökben ejtett sebszéleket csomós varrattal egyesítjük és mind a két szemet lekötjük és két napig kötve tartjuk. Kötésváltoztatás után a másik szem nyitva marad; a műtett szem 8 nap mulva szabadítható meg a kötéstől.

Az eredmény azonnal ellenőrizhető. A szemrés nyilása közvetlenül a műtét után a homlokizom hatalmába kerül és pedig annál jobban, mentől kényelmesebben lettek elhelyezve a lebenyek. Rövid izomlebeny megfeszül, rövidíti a szemhéjat; a nyitás elégséges, de a csukás elégtelen. Épen e miatt szükséges mindkét szemet behunyva tartatni, néhány napig a két szemet kötözni. A nyitás úgy is biztosítva van; fődolog a csukásnak biztosítása.

A homlokizom rostjainak haladását, mint fent említettem, nem lehet tekintetbe venni. De a haránt irányban átmetszett izom is oly hatalmasan működik, hogy azzal a beteg s az orvos is meg lehet elégedve.

A hatás évek mulva sem csökken. Jelentékeny visszafejlődést e tekintetben eseteimben nem tapasztaltam.

A műtétet a fent irt alakban 5 esetben végeztem, mindig a legjobb eredménynyel. Két esetemet közlöm itt s a műtét eredményét az arczképekkel is bemutatom.

Schn. J., kinek arczképe műtét előtt az *első ábrán* látható, erős, jól táplált 15 éves fiú. Szemhéjai szülei állítása szerint születése óta lecsüngenek. A bal szemét valamivel jobban képes nyitni, míg a jobb szemrés a legnagyobb erőfeszítésre csak 1—2 mm.-re nyilik. Látható, hogy mily csekély eredményre vezet a homlokizom leghatalmasabb erőlködése is. Mily magasra görbül a felhúzott szemöldökív közepe, csakhogy a csüngő szemhéj valamennyire felhúzható, a szemrés valamennyire nyitható legyen.

Jellegzetes fejtartás: fejét hátraszegve hordja és kissé jobbra igazítja; így a jobban nyiló bal szemrésen át többet képes meglátni.

A szemöldöktájban végzett metszés hossza 9 cm., a homlokbőre 3 cm. magasságban lett felszabadítva, a szemhéj bőre le egészen a pillaszörökig (tasak alakban) a homlokizomból két nyelvalakú izomlebeny készült, melyek szélessége 0·4 cm., hosszuk 3 cm. Varrás az izmon át a tarsusba, onnan az izomba s mindkét tüvel ki a bőr felszinére: csomózás.

A legkisebb erőlködés nélkül képes azonnal szemhéját annyira felemelni, hogy a pupilla felső széle 2 mm.-nyire szabaddá lesz. A bőr rövidítve nincs, tehát a szemrés-záró izom összehúzódását rendes becsukódás követi. Ez a hatás állandó is maradt, a mennyiben 4 hétig figyelhettem a beteget a műtét után és 14 hónappal később is újra láthattam. A nyitott szemrés a szarúhártya felső szélét valami csekélylyel meghaladja. A nyitás és csukás gyorsan, az ép állapotot megközelítő módon megy végbe.

A *második ábra* ezt az esetet mutatja, 2 héttel az egyik szem operálása után, a *3-dik ábra* pedig 4 héttel az első és 2 héttel a második szem operálása után.

Második esetem *(4—5. ábra)* egy 56 éves egyénre vonatkozik, a ki veleszületett szemhéjcsüngésben szenvedett. Az első ábrán látható, hogy a jobb szemen a szemrés majdnem középtág; a szemöldök felett hosszú vonalas heg s főleg erős tüktől eredő szúrási hegek találhatók; a szemrést hiányosan képes csukni. A becsukott szemhéjon Panas-műtét után maradó, párhuzamos, éles, függélyesen lefutó és megfeszülő két ráncz vehető észre. A műtétet 3 hónap előtt Bécsben végezték ezen a szemhéjon, állítása szerint azt a műtét előtt valamennyire képes volt nyitni és csukni. A bal szemén teljes szemhéjcsüngés volt jelen.

A beteg kivánta, hogy jobb szemén, „ha csak lehet", nagyobb hatást hozzunk létre, bal szemét pedig nyissuk fel teljesen.

A jobb szemen előbb óvatosan fel kellett szabadítani a régi Panas-műtétből származó hegeket, majd 3·5 cm. hosszú izomcsíkokat varrtam le lapszerint a tarsus felé, a pillaszélhez egészen közel, míg a bal szemen 4·5 cm. hosszú csíkokat szabtam ki és varrtam le. Az 5-dik ábrán látható az eredmény 4 héttel a műtét után. A szemrés mindkét szemen tökéletesen nyílik és csukódik.

Ugyanezen eljárás szerint műtettem még másik 3 esetben, mindenkor megfelelő eredménynyel

A mydriaticumok élettani hatása.

Irták: *Erdélyi Jenő* és *Hermann Emil* dr.

(Folytatás.)

Duboisin.

A duboisin a duboisia myoporoides alkaloidája, legkitünőbb pupillatágító szereinknek egyike.

Fouché vizsgálta elsőnek mydriatikus hatását, kisérleteihez $^1/_{20}$%-os oldatot használva. Szerinte ezen oldat egyetlen cseppjének becseppentése után a pupilla tágulása 9—13 percz mulva kezdődött és a tágulás maximuma 25 percz mulva volt már észlelhető.

Ezen hatás 2½—3 napig tartott, de 4—4½ nap mulva a pupilla rendes tágasságát már visszanyerte. A sugárizom teljes bénulása 15—30 percz alatt állott be és 36—48 óráig tartott, de négy nap mulva az alkalmazkodási képesség is visszatért.

Schäfer szintén behatóan foglalkozott a duboisinnal. Szerinte a mydriasis körülbelül 5 percz mulva kezdődik, 20 percz alatt éri el tetőfokát, 18 óra hosszat tart és 26 óra alatt enyészik el, a középértéket véve mindenütt. A fényreactio megszüntét 15 percz multán észleli. Ez adatok mind tengerimalaczon tett észleletekre vonatkoznak. Emberen végzett vizsgálatai szerint a hatás 8 percz mulva kezdődik, 19 percz multán éri el tetőpontját (tehát több idő telik el a hatás kezdetétől annak maximumáig, mint a beceseppentéstől a hatás kezdetéig). Az alkalmazkodási képesség 15 percz alatt szünik meg. Az emmetropia, myopia és hypermetropia a hatást semmikép sem befolyásolja. Öregeknél ellenben a hatás lassabban kezdődik és nem is éri el azt a magasságot, mint fiataloknál.

Eserin hatása a duboisin tágította pupillára hasonló, mint az atropinnál, csak a végső tágulás kisebb és másnapra a pupilla átmérője rendes.

Mint az atropinnál, úgy itt is megkisérelte az átvihetőséget és úgy találta, hogy a láta 30 percz mulva teljes mértékben kitágult. E szernél találta legkifejezettebbnek az átvihetőséget.

Chadwik tapasztalta, hogy ½ mgm. duboisinum sulfur. beceseppentése után 75 éves embernél szédülés, nyugtalanság, csontgyengeség, torokszárazság, érlökés-lassúbbodás lépett fel. Mindezen, az atropin-mérgezéshez hasonló tünetek morphininjectiora megszüntek. Ugyancsak Chadwiknak még egy hasonló tünetek közt lefolyó esete volt, mikor 0·6 mgm. duboisint cseppentett be. Ezen tünetek is megszüntek morphin bőr alá fecskendezésére.

Crouzet 1%-os duboisin 10 cseppjének becseppentése után a belladonna-mérgezés ismert tüneteit észlelte heves jelenségekkel. Azonkivül agybetegek beszédzavarához hasonló jelenség és delirium is jelentkezett. Ugyanő 72 éves embernél acut iritis ellen 1/20%-os duboisint irt fel, hogy belőle naponta a kötőhártya tömlőbe cseppentsen. Négy nap mulva a beteg nagy garatszárazságról panaszkodott. A kezelés tovább folyt és újabb négy nap multán a duboisin-mérgezés kifejezett volt.

Veasey 1/20%-os duboisin-oldat 3 cseppjének mindkét szembe való cseppentése után általános mérgezési tüneteket észlelt.

A duboisint ½ és 1%-os oldatában vizsgáltuk. Előbbi a pupillát 10 percz alatt teljesen kitágította, ugyanekkor az alkalmazkodást is csaknem teljesen felfüggesztette. A fényreactio 15 percz mulva teljesen eltünt.

1/20%-os duboisin. P. T. 12 éves. Jobb szem. V.=5/5. Accom. 13·5 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 18. becseppent.					
5 óra 10 p.	5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	75 mm.	13·5 D.
5 „ 15 „	6 „	renyhén „	„ „	85 „	11·5 „
5 „ 20 „	9 „	alig „	+ 5·0 D.-val	100 „	5·0 „
5 „ 25 „	9 „	nem „	„	100 „	5·0 „
5 „ 30 „	9 „	„ „	„	100 „	5·0 „
5 „ 40 „	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
5 „ 50 „	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
6 „ 00 „	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
6 „ 10 „	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
6 „ 20 „	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
febr. 19.	9 „	„ „	„	115 „	4·0 „
„ 20.	9 „	„ „	„	110 „	4·5 „
„ 21.	9 „	„ „	„	110 „	4·5 „
„ 22.	8 „	gyengén „	üveg nélkül	85 „	11·5 „
„ 23.	6 „	jól „	„ „	85 „	11·5 „
„ 24.	5·5 „	„ „	„ „	75 „	13·5 „
„ 25.	5 „	élénken „	„ „	75 „	13·5 „

Három nap multán a pupilla még mindig ad maximum tág, a negyediken csökken és 6 nap alatt teljesen megszünik a mydriasis. Az alkalmazkodás bénulása is csak a negyedik napon kezd erősebben visszafejlődni és az ötödik napon szünik meg. Fényre az első három napon egyáltalában nem reagál, a negyediken igen renyhén és csak a hatodikon élénk ismét a reactio.

1%-os duboisin. L. J. 14 éves. Bal szem. V=5/5. Accom. 12 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 18. becseppent.					
5 óra 21 p.	4 mm	jól reagál	üveg nélkül	80 mm.	12 D.
5 „ 28 „	6·5 „	nem „	„ „	85 „	11·5 „
5 „ 33 „	6·5 „	„ „	„ „	90 „	11 „
5 „ 38 „	6·5 „	„ „	„ „	100 „	10 „
5 „ 48 „	6·5 „	„ „	„ „	120 „	8·5 „
5 „ 58 „	6·5 „	„ „	„ „	140 „	7 „
6 „ 08 „	6·5 „	„ „	„ „	150 „	6·5 „
6 „ 18 „	6·5 „	„ „	+ 5·0 D.-val	90 „	6 „
febr. 19.	6·5 „	„ „	„	100 „	5 „
„ 20.	5·5 „	gyengén „	üveg nélkül	100 „	10 „
„ 21.	5 „	jól „	„ „	80 „	12 „
„ 22.	5 „	„ „	„ „	80 „	12 „
„ 23.	4 „	„ „	„ „	80 „	12 „

Az 1%-os duboisin-oldat a pupillát már 5 percz alatt kitágította; különben a hatás módja teljesen megfelelt a 1/20%-os oldatnak, csakhogy a tünetek gyorsabban állottak be. Az egyén pupillája sokkal kevésbbé volt tágulékony, mint az előbbié. Az alkalmazkodás bénulása sokkal később állott be és hamarabb is tünt el. A fényreactio 5 percz mulva fel volt függesztve.

A két oldat hatása közt ily sajátságos viszonyt találván, egy harmadik egyént vettünk vizsgálat alá. Ennél azonban igen kellemetlen helybeli tünetek: égetés, szemhéjgörcs, szédülés léptek fel és így nála a további kisérletezéssel felhagytunk. E kellemetlen jelenségek egyébként nemsokára elmultak, a kötőhártya beléveltsége azonban még egy óra mulva is jelentékeny fokú volt. A pupillatágulás azonban, noha az észlelt egyén az adagolt csepp jó részét kiszorította, nem maradt el.

* 1% duboisin. M. G. 13 éves. Bal szem. V=5/5. Accom. 12 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 19. becseppent.					
10 óra 52 p.	4·5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	80 mm.	12 D.
10 „ 57 „	4·5 „	„ „	„ „	80 „	12 „
11 „ 02 „	4·5 „	„ „	„ „	80 „	12 „
11 „ 07 „	5·5 „	nem „	„ „	80 „	12 „
12 „ — „	5·5 „	„ „	„ „	80 „	12 „

* A nagyfokú égetés miatt a cseppet kiszorítja.

Gyakorlati értékesítését illetőleg:

Fouché akkor ajánlja a duboisint, mikor a törőképességet gyorsan akarjuk meghatározni és mikor az atropin helybeli izgalmat és mérgezési tüneteket okozott. *Schäfer* jó eredményeket látott synechiákban dús iritisnél, hol az atropint már sokáig és hiába használta. Szerinte a duboisin nagyobb hatást képes kifejteni, de hatását gyorsabban veszti el, mint az atropin.

Schultze 1/20%-os oldatban mint az atropin pótszerét ajánlja.

A mi vizsgálataink is hasonló eredményt adnak, de valószinű, hogy hatása tart annyi ideig, mint az atropiné. További vizsgálatoktól visszatartott az utolsó kisérletünknél fellépett heveny, bár kisfokú intoxicatio.

A duboisin tehát kétségen kivül igen jó mydriaticum, de a gyakorta előforduló mérgezések és idiosynkrasia óvatosságra intenek vele szemben.

Daturin.

A daturin Ladenburg szerint isomerje az atropinnak. Tulajdonságai azéval lényegükben megegyeznek, de sokkal gyengébben hat. Egyáltalában nem használatos.

Hyosciamin.

A hyosciamin a hyosciamus niger alkaloidája. Az atropinnal isomer vegyület; Risley megjegyzi, hogy ha hyosciamint a szemészetben használni akarunk, csak egészen tisztát, kristályosat szabad alkalmazni és hogy az oldat közömbös legyen és nagyobb

meleg alkalmazása nélkül állíttassék elő. Szürésénél alkalikus papir mellőzendő.

Filsmusi-Guelfi találta, hogy az atropin és hyosciamin egyenlő adagjai a pupillatágulás kezdetére, kifejlődésre és fokára nézve egyformán viselkednek, azonban a tartam hyoscinnál hosszabb. Mérgezési tünetek az atropinnal azonosak: az ajkak, száj, garat és a többi nyákhártyák szárazsága, különösen jellemzők azonban a tág láták.

A hyosciamin ezenkivül az atropinnal ellenkezően álmot okoz, melyben a pupillák szükek, mint a rendes álom alatt

A $^1/_{20}$%-os hyosciamin a pupillát csak 30 percz mulva kezdi kitágítani és 65 percz mulva a tágulás 3 mm., tehát nem maximalis. Az alkalmazkodást 20 percz mulva kezdi bénítani, de ezen bénulás is csak két dioptriát tesz ki. Reactio mindvégig élénk. Másnapra minden visszatér a rendes állapotba. Más töménységü oldatot a gyógyszerésztől ismételt sürgetésünk daczára sem sikerült kapnunk. Különben jelen vizsgálatunkat sem tekinthetjük feltétlenül megbizhatónak, ha meggondoljuk, hogy Risley útmutatása szerint mily körültekintéssel kell eljárnunk hatásos kivonat nyerése czéljából.

Gyakorlati alkalmazását illetőleg az irodalomban nem találunk feljegyzéseket. Csak nagy gonddal sikerül hatásos oldatnak előállítása, könnyen alakul át atropinná, azonfelül drágább és egyáltalában nem jobb.

Mindezen körülmények már magukban is elégségesek arra, hogy elterjedtségének korlátolt voltát nemcsak a multban, de a jövőben is megmagyarázzák.

$^1/_2$% hyosciamin. Cz. J. 12 éves. Bal szem. V = $^5/_5$. Accom. 14 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 20. becseppent.					
5 óra 02 p.	4 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	70 mm.	14 dioptria
5 „ 07 „	4 „	„ „	„ „	70 „	14 „
5 „ 12 „	4 „	„ „	„ „	70 „	14 „
5 „ 17 „	4 „	„ „	„ „	80 „	12 „
5 „ 22 „	4 „	„ „	„ „	80 „	12 „
5 „ 27 „	4 „	„ „	„ „	80 „	12 „
5 „ 32 „	4·5 „	„ „	„ „	90 „	11 „
5 „ 37 „	4·5 „	„ „	„ „	90 „	11 „
5 „ 42 „	4·5 „	„ „	„ „	90 „	11 „
5 „ 47 „	5·5 „	„ „	„ „	100 „	10 „
5 „ 52 „	5·5 „	„ „	„ „	100 „	10 „
5 „ 57 „	6 „	„ „	„ „	100 „	10 „
6 „ 07 „	6·5 „	„ „	„ „	100 „	10 „
6 „ 12 „	7 „	„ „	„ „	100 „	10 „
6 „ 22 „	7 „	„ „	„ „	100 „	10 „
febr. 21.	4 „	„ „	„ „	70 „	14 „

Hyoscin.

A hyoscin a scopolaminnal isomer. Walter szerint e szerre a mydriasis előbb áll be, mint az atropinnál, de rövidebb ideig tart, míg az alkalmazkodás bénulása csaknem addig, mint az atropinnál. Az 5%-os atropin-oldat hatása egyenlő 1‰ hyoscin-oldat hatásával.

Schultz $^1/_{10}$—$^1/_2$% oldatot használt. Vizsgálatai alapján állítja, hogy a hyoscin hatása a pupillára és az alkalmazkodásra tízszer erősebb az atropinénál. A hatás 5—7 napig tart.

Morton 1%-os oldat becseppentése után általános mérgezési tüneteket észlelt.

Walter is említi, hogy az 1%-os oldat émelygést okoz, ezért ajánlja a 0·1%-os oldatot.

Schultz szerint a főbb mérgezési tünetek: beszédzavarok, feledékenység, szédülés, támolygó járás, aluszékonyság, deliriumok.

Schultz szerint akkor alkalmazható $^1/_{10}$—$^1/_4$%-os oldat, mikor az atropin nem elég erélyesen hat.

Walter állítja, hogy glaucománál a belső nyomásra hatással ninesen, acut glaucománál a fájdalmat növeli.

Saját vizsgálataink alapján a következőket mondhatjuk:

$^1/_{20}$%-os oldat 5 percz alatt kezdi tágítani a pupillát és 20 percz alatt a tágulás maximalis. Az alkalmazkodás bénulása igen gyorsan jelentkezik: 2—3 percz mulva, 30 percz mulva eléri legnagyobb fokát, de a bénulás nem teljes.

Fényre 15 percz mulva renyhén, 30 percz után egyáltalában nem reagál. Másnapra tünetek már visszafejlődőben vannak, de csak 8—9 nap mulva tünnek el végérvényesen.

1%-os oldat hatása hasonló, de kifejezettebb; 15 percz alatt a mydriasis teljes.

Az alkalmazkodást rögtön bénítja. Negyedik napon a hatás alig vesztett valamit fokából és csak 10—12 nap mulva ér teljesen véget.

Mérgezési tüneteket nem észleltünk.

A hyoscin hatása tehát biztos és nagyon kifejezett. Mindamellett eddigelé a szemészeti gyakorlatban igen kis elterjedettségnek örvend, minek oka valószinüleg a sok mérgezési jelenség, melyet használata közben tapasztaltak.

Kitünő tulajdonságai miatt megérdemli, hogy alapos vizsgálat tárgyát képezze.

Minthogy a $^1/_2$ vagy 1%-os oldatnak egy cseppje is biztosan kifejti hatását, ily csekély mennyiség pedig alig okozhat mérgezési tüneteket, reméljük, hogy idővel a hyoscin használata sokkal kiterjedtebb lesz. Alább a hyoscinnel végzett kisérleteinket feltüntető két táblázat következik.

$^1/_{20}$%-os hyoscin. D. J. 11 éves. Jobb szem. V = $^5/_5$. Accom. 14 D.

Datum	Pupilla átmérő	Olvas	Fényreactio	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 20. becseppent.					
5 óra 56 p.	5 mm.	üveg nélkül	élénken reag.	70 mm.	14 dioptria
6 „ 01 „	6 „	„ „	„ „	90 „	11 „
6 „ 06 „	7 „	+ 5 D.-val	„ „	90 „	6 „
6 „ 11 „	8 „	„	gyengén „	100 „	5 „
6 „ 16 „	9 „	„	nem „	110 „	4·5 „
6 „ 21 „	9 „	„	„ „	110 „	4·5 „
6 „ 26 „	9 „	„	„ „	120 „	3·5 „
6 „ 31 „	9 „	„	„ „	120 „	3·5 „
6 „ 41 „	9 „	„	„ „	120 „	3·5 „
6 „ 51 „	9 „	„	„ „	120 „	3·5 „
7 „ 01 „	9 „	„	„ „	120 „	3·5 „
febr. 21.	9 „	„	„ „	100 „	5 „
„ 22.	7·5 „	„	„ „	90 „	6 „
„ 23.	7·5 „	üveg nélkül	„ „	160 „	6·5 „
„ 24.	7 „	„ „	„ „	120 „	8·5 „
„ 25.	6·5 „	„ „	gyengén „	100 „	10 „
„ 26.	6 „	„ „	jól „	80 „	12 „
„ 27.	5 „	„ „	élénken „	70 „	14 „

1% hyoscin. P. A. 13 éves Jobb szem. V = $^5/_5$. Accom. 10 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 22. becseppent.					
5 óra 15 p.	5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	100 mm.	10 D.
5 „ 20 „	6·5 „	gyengén „	+ 5·0 D.-val	105 „	5 „
5 „ 25 „	9 „	nem „	„	130 „	2·5 „
5 „ 35 „	10 „	„ „	„	145 „	2 „
5 „ 45 „	10 „	„ „	„	155 „	1·5 „
5 „ 55 „	10 „	„ „	„	155 „	1·5 „
6 „ 05 „	10 „	„ „	„	170 „	1 „
6 „ 15 „	10 „	„ „	„	170 „	1 „
6 „ 25 „	10 „	„ „	„	170 „	1 „
febr. 23.	10 „	„ „	„	170 „	1 „
„ 24.	10 „	„ „	„	145 „	2 „
„ 25.	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
„ 26.	9 „	„ „	„	100 „	5 „
„ 27.	8 „	„ „	„	80 „	7 „
„ 28.	6·5 „	„ „	üveg nélkül	130 „	8 „
márcz. 2.	5·5 „	„ „	„ „	110 „	9·5 „
„ 3.	5·1 „	„ „	„ „	100 „	10 „

Atroscin.

Schmidt E. Marburgban ismerteti új mydriaticumként az atroscint, melyet Königshoffer és Hesse próbáltak ki legelőbb.

A scopolamin és atroscin közel rokonok, a különbség csak a kristályvíz-tartalomban és az optikai viselkedésben van. Az optikailag inactiv scopolamin vagy úgynevezett atroscin viszonya az activ scopolaminhoz olyan, mint az optikailag activ hyosciaminé az inactiv atropinhoz. Ugyanazon viszonyok közt, melyek

alatt a hyosciamin atropinná változik, lesz az activ scopolominból atroscin is.

Königshoffer és *Hesse* szerint az atroscin hatása bizonyos tekintetben erősebb, mint a scopolamin vagy atropiné.

Mint mydriaticumnak élettani hatása olyan, mint a scopolaminé és atropiné, de az alkalmazkodásra való hatása négyszer gyorsabb a scopolaminénál.

Meyer Ottó Schmidttel egy sorozat összehasonlító kisérletet végzett, melyek eredménye a következő: 18 egészséges egyénen végzett kisérletüknél két cseppre a pupillatágulat 7 percz mulva kezdődött és 25 percz alatt érte el a maximumot. A hatás 15 esetben 6 napig, 3 esetben 8 napig tartott. A mydriasis tökéletes volt.

Az alkalmazkodás bénulása 10 percz mulva állt be és 30—35 percz alatt teljes volt; 18 eset közül 4-ben a bénulás nem volt teljes.

Könnyű mérgező hatás atroscinnál 18 eset közül 6-nál volt, kettőnél szédülés, négynél szédülés az arcz kipirulásával párosulva, kissé szaporább pulsussal és csekély szárazság érzetével a garatban.

Königshoffer és Hesse állítják, hogy a közérzetet sem befolyásolja erősebben 2‰-es oldatban, mint 1%-os atropin vagy 0·4%-os scopolamin.

Pathologikus esetekben találta Meyer, hogy iritisnél a synechiákat az atroscin ép úgy feloldja, mint a scopolamin. Ámbár a scopolamin hatására fel nem oldott összenövéseket az atroscin sem tudta többnyire felszabadítani, mégis két esetben oly synechiákat, melyek scopolaminnak hónapokig ellenállottak, az atroscin egyszerű becseppentése megszüntetett.

Keratitis parenchymatosa esetében jelentékeny cornea-homályokkal is történtek kisérletek. Igy három esetben, melyek atropin- és scopolaminnal hetekig hiába kezeltettek, atroscin egyszeri becseppentésére tágult a pupilla, bár a hatás csak órákig tartott. Érdekes, hogy ez esetek közül kettőben, miután az atroscin egyszer már mydriasist okozott, a scopolamin is hatott, bár ezelőtt eredményre nem vezetett. Ennek okát a két szer diffusioképességeinek különböző fokában kell keresni. Helybeli zavarok, mint a szemürbeli nyomás emelkedése, nem voltak észlelhetők, de az ingerlékenységet csökkentő hatása többször tapasztaltatott.

Meyer szerint Königshoffer észlelete az atroscin mélyebb hatását illetőleg, fennáll a scopolaminnal szemben, de csak pathologikus esetekben, physiologice nem. Feltünők az aránylag gyakori könnyű toxikus jelenségek, valamint azon körülmény, hogy az esetek egy részében az alkalmazkodás bénulása nem észleltetett.

Az atroscint 1/4 és 1/20/o-os oldatban alkalmaztuk. 1/40/o-os oldata a pupillát 5 percz alatt kezdi tágítani és 12—15 percz alatt teljesen kitágítja. Másnapra a pupilla tágassága alig csökken valamit és csak a nyolczadik napon lesz ismét normálissá. Az alkalmazkodás bénulása már 2—3 percz mulva kezdődik, 20 percz mulva csak 2 dioptriányi alkalmazkodás maradt meg és az mindvégig fenmarad. A bénulás a mydriasissal együtt fejlődik vissza. A fényreactio 5 percz mulva gyengül, 15 percz mulva kimarad.

1/20/o-os oldat hatása kissé intensivebb. A pupilla 10 percz alatt teljesen kitágul, az alkalmazkodás bénulása 20 percz alatt éri el tetőfokát, de ekkor sem teljes. A tünetek 10 nap alatt visszafejlődtek. Mérgező hatást nem észleltünk.

1/40/o-os atroscin. P. A. 13 éves. Bal szem. V=5/5. Alkalm. 11 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 15. becseppent.					
4 óra 43 p.	5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	90 mm.	11 diopt.
4 „ 48 „	6 „	gyengén „	„ „	100 „	7 „
4 „ 53 „	9 „	alig „	„ „	115 „	4 „
4 „ 58 „	10 „	nem „	+ 0·5 D.-val	115 „	4 „
5 „ 03 „	10 „	„ „	„	140 „	2 „
5 „ 08 „	10 „	„ „	„	140 „	2 „
5 „ 13 „	10 „	„ „	„	140 „	2 „
5 „ 18 „	10 „	„ „	„	140 „	2 „
5 „ 23 „	10 „	„ „	„	140 „	2 „
5 „ 28 „	10 „	„ „	„	140 „	2 „
5 „ 38 „	10 „	„ „	„	140 „	2 „
5 „ 48 „	10 „	„ „	„	140 „	2 „
5 „ 58 „	10 „	„ „	„	140 „	2 „
			„		
febr. 16.	9 „	„ „		130 „	3·5 „
„ 17.	9 „	gyengén „	„	110 „	4·5 „
„ 18.	8 „	kevéssé „	üveg nélkül	150 „	7 „
„ 19.	7 „	jól „	„ „	140 „	7 „
„ 20.	6·5 „	élénken „	„ „	120 „	8·5 „
„ 21.	6 „	„ „	„ „	100 „	10 „
„ 22.	5 „	„ „	„ „	90 „	11 „

1/20/o-os Atroscin. K. M. 14 éves. Jobb szem. V=5/5. Accom. 12 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 17. becseppent.					
4 óra 56 p.	6 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	78 mm.	12 diopt.
5 „ 01 „	6·5 „	alig „	+ 0·5 D.-val	110 „	4·5 „
5 „ 06 „	8 „	nem „	„	110 „	4·5 „
5 „ 11 „	8 „	„ „	„	120 „	3·5 „
5 „ 16 „	8 „	„ „	„	130 „	2·75 „
5 „ 21 „	8 „	„ „	„	130 „	2·75 „
5 „ 26 „	8 „	„ „	„	130 „	2·75 „
5 „ 31 „	8 „	„ „	„	130 „	2·75 „
5 „ 41 „	8 „	„ „	„	135 „	2·5 „
febr. 18.	8 „	„ „	„	95 „	5 „
„ 19.	8 „	„ „	„	70 „	9 „
„ 20.	8 „	„ „	„	65 „	9 „
„ 21.	8 „	gyengén „	„	65 „	9 „
„ 22.	7·5 „	jól „	üveg nélkül	90 „	11 „
„ 23.	7 „	„ „	„ „	90 „	11 „
„ 24.	7 „	élénken „	„ „	85 „	11·5 „
„ 25.	6·5 „	„ „	„ „	80 „	12 „
„ 26.	6 „	„ „	„ „	75 „	12 „

Scopolamin.

A scopolamint Schmidt E. marburgi gyógyszerész állította elő a scopolia atropoides gyökeréből.

Hatóanyaga: a scopolamin alkaloida természetü. Kisérleteinket a scopolaminum hydrobromicummal, mint legtisztább praeparatummal végeztük, melyet Mercktől Darmstadtból hozattunk.

Rählmann 1893-ban elsőnek nyilatkozik e szerről. Szerinte a tropeinek gyógyszertani osztályába tartozik.

Ladenburg szerint a hyoscin mellett a hyosciamus nigerben is előfordul, de vele nem azonos. Chemiai összetétele az atropintól vagy hyoscintól teljesen különböző, sokkal inkább isomer a cocainnal, de más, hasadási productumai vannak.

Rählmann vizsgálatai szerint a pupilla tágító hatása ugyanakkora, mint a hyosciné, azonban ezen alkaloida kellemetlen melléktüneteit és utóhatásait nem mutatja. Az atropin kellemetlen melléktünetei, pl. étvágytalanság is hiányzanak a scopolaminnál még hosszabb használat után is. Fájdalomcsillapító hatása sem áll az atropiné mögött.

A szem tensiojára valószinüleg nem hat, sőt annak fokozódásakor is türetik e szer.

A scopolaminum hydrochloricum ötszörte erősebb az atropinnál. Vele egyenlő mértékben bénítja a sphincter iridist és az alkalmazkodást.

Martelli az Angelucci klinikáján a scopolaminummal végzett kisérletek eredményét közli, melyek szerint a scopolamin. muriaticum 1‰-es oldatban az 1%-os atropinnal egyenlő erős mydriasist és alkalmazkodási bénulást okoz félakkora idő alatt. A hatás tartama azonban kissé rövidebb. Gyógyhatását illetőleg azt tartja, hogy helyettesítheti az atropint, mert semmi kellemetlen hatást vagy általános tünetet nem észleltek.

Bellarminoff a scopolamin hatását 1 : 200—1 : 1000 oldatban állatokon, majd ép és beteg embereken kipróbálta és találta, hogy a pupillára energikusabban és gyorsabban hat, mint az atropin, de a hatás rövidebb ideig tart. Cocain szerinte növeli a scopolamin pupillatágító hatását. Az alkalmazkodásra gyorsan és erősen hat, a mennyiben annak teljes bénulását okozza, mely azonban nem tart addig, mint az atropinnál.

Egészséges szemben a scopolamin a szeműrbeli nyomásra nem hat, miből azonban még nem következik, hogy glaucoma esetén is ilyen a hatása. Az atropinnal összehasonlítva nagy a diffusio coëfficiense, ezért a mellső szemcsarnokba gyorsan és

nagyobb tömegekben nyomul be. 1 : 500—1 : 1000-es oldatokban jobban türik mint az atropint.

Virlieng a giesseni egyetemi szemklinikán scopolam. hydrobromicummal kisérletezett, melyet Merck darmstadti vegyészeti gyárából szerzett be. Tengerimalaczon és emberen végzett nagyszámú kisérletei oda utalnak, hogy 0·0025 : 5 oldatban alkalmazva az atropint felülmulja úgy az első hatás idejének beállására, mint az alkalmazkodásra vonatkozólag is. A scopolamint a betegek kitünően türik.

Rählmann 1894-ben újra nyilatkozik. Az utolsó 1½ évben tett tapasztalatai szerint úgymond az 1‰-es scopolamin-oldat a gyakorlat minden igényének megfelel. *Sorti* bizonyítja, hogy a scopolamin erélyes mydriaticum és az alkalmazkodást bénítja és még 1 : 150,000 oldatában is észrevehető hatása van.

Szemben az eddigi vizsgálatokkal a szemürbeli nyomás növekedését találta az embernél, állatnál egyaránt (bár ezen állitását a Fick-féle tonometerrel, e megbizhatatlan eszközzel végzett méréseire alapítja) ha a szert ismételten rövid időközben becseppentette. Egy-két csepp, úgy látszik, nem emeli a tensiot. Minél gyengébb az oldat, annál kevésbbé kisebbíti az alkalmazkodási tágasságot : így 1 : 10.000-nél 8 D-ról 1 D-ra. 1 : 150,000-nél 8 D-ról 6 D-ra. 2%-os scopolamin gyorsabban és erélyesebben hat mint 5%-os atropin.

Eserin után gyorsabban hat és fordítva a mioticumok nehezebben hatnak scopolamin, mint atropin után. Súlyos melléktünetek scopolamin után nem észleltettek.

Bock a scopolam. hydrobrom ot 226 esetben alkalmazta (conjunctiv. scroph., a szarúhártya legkülönbözőbb megbetegedései, scleritis, iritis stb. esetén). „A scopolamin — irja Bock többek között — gyors és biztos lobellenes hatású, olcsóbb az atropinnál, sőt azt gondolom, hogy baktericid hatású is az által, hogy a mikroorganismusok számára rossz táptalajt képez.“

Pooley szerint 1/5% oldat 3—4 cseppje bénítja az alkalmazkodást. A mydriasis 15 percz mulva lép fel, a hatás 24—48 óráig tart.

Oliver találta, hogy 1/480 gm. scopolam. hydrobrom. az accomodatiot 23 percz alatt bénítja, a bénulás 24—36 óráig tart. Az alkalmazkodás és pupillabénulás utolsó nyomai 72—96 óra mulva tünnek el. Káros mellékhatást nem tapasztalt. A teljes mydriasis 18 percz alatt lép fel és 24—30 óráig tart.

Fowler 1/100%-os oldat egy cseppjére tapasztalta, hogy a pupilla 25—30 percz alatt ad maximum kitágult, mely állapotban 24 óráig megmaradt és 60—80 óra multán régi tágasságát ismét visszanyerte.

Blaskovics László budapesti klinikai tanársegéd is végzett beható vizsgálatokat a scopolaminnal 1893-ban.

Szerinte a mydriasis 8 percz mulva kezdődik, 30 percz mulva éri el maximumát. A teljes mydriasis 8—14 óráig áll fenn, azután lassan visszafejlődik és a negyedik napon a pupilla átmérője a normálisra tér vissza. Ez adatok az 1‰-es oldatra vonatkoznak. Erélyesebb hatásúnak mondja az 5‰-es oldatot, bár a nagyobb töménység a hatás tartósságával nem áll viszonyban. Az alkalmazkodást bénító hatása már nem oly erélyes, mint a mydriatikus hatás. Az 1‰-es oldat 9 percz mulva kezdi bénítani az alkalmazkodást, a maximum 3 óra mulva következik be és ezután csak 3 óráig áll fenn, mindazáltal 3 napra van szüksége, míg eredeti értékére visszatér.

A scopolamin kellemetlen melléktünetei ugyan ritkábban észlelhetők, mindazáltal több szerző megemlékezik róluk. Igy

Rählmann erős oldatok (1 : 120) után némelyeknél torokszárazságot, keserü izt, szomjúságot, étvágytalanságot, szédülést és bizonytalan járást látott, de sokan ez oldatot is jól türték. E tünetek a becseppentés után 15—20 percz mulva kezdődnek és nemsokára elmulnak. A következő esztendőben, 1894-ben, új kisérleteiről számol be és ekkor a következőkép nyilatkozik :

„Az általános tüneteket illetőleg, melyek erősebb adagoknál mindig megfigyelhetők, megemlítendő, hogy az atropinnal és más hasonló anyagokkal ellentétben a spocolamin a pulsust lassítja és az agykéreg ingerlékenységét csökkenti. Az étvágyat nem rontja, hosszabb használatra igen alkalmas.“

Guttmann kiemeli, hogy a spocolaminnak az atropinnal ellentétben, úgyszólván mellékhatásai nincsenek. Helyesnek ismeri el mindazt, a mit Rählmann mond, és tagadja, hogy a hyoscin. hydrobrom. egyenértékü volna a scopolamin. hydrobr.-mal, mert az előbbi alkalmazásakor fellépnek általános tünetek, melyek a scopolaminnál teljesen hiányzanak.

Vele ellentétben találta Pooley, hogy néha mérgezési tüneteket okozott. *Hawkes* 1897-ben scopolaminra észlelt két mérgezést közöl. Borroughs Welcome & Co. kis tablettáit használta, melyeket a pupilla kitágítása végett a kötőhártyaredőbe helyezett. Egy tablettában 0·06 mgm. volt. Hawkes ilyeneket sokszor használt káros következmények nélkül.

Az első táblácskákat 9 éves gyermeknél minden baj nélkül alkalmazta, a következő kettőt fiatal 20 éves asszonynál, ki 20 percz mulva kissé elkábult, ezután szédülés tünetei közt elaludt ; de további káros következményeket szerző nála nem észlelt. Az utolsó két táblácskát 10 éves leánynál alkalmazta, kinél skiascopice astigmatismust állapítottak meg. A beteg igen ideges természetü volt. Az alkalmazás után 10 percz mulva a várószobában elaludt és alig lehetett rajta vizsgálatot eszközölni. Hazaérve, még ¼ óráig aludt, azután hallucinatioi voltak, melyekben a vörös szín nagy szerepet játszott. Összefüggés nélkül beszélt és a mit mondott, azt a következő pillanatban elfeledte.

E tünetek 10 órát tartottak, mikor is a beteg chloral és kevés bromkali bevétele után elaludt. Álmából felébredve, a történtekre egyáltalában nem emlékezett vissza. Későbbi káros következmény nem észleltetett.

Fowler is azt találta, hogy a scopolam. hydrobrom 1/10% -os oldata néha mérgezési tüneteket okozott, és ezért 1/20%-os oldatot használt.

Meyer Ottó összehasonlító kisérleteket végzett, scopolamin- és atropinnal és találta, hogy a scopolamin kevésbbé mérgező hatású.

Saját kisérleteinket a scopolamin. hydrobromic. vizes oldataival végeztük 1, 2 és 5‰-es töménységben.

Az 1‰-es scopolaminnal vizsgált 2 esetünkben a mydriasis már körülbelül 9 percz mulva kezdődött, maximumát 25—30 percz mulva érte el s a 3—4-dik napon csökkenni kezdett és a 6—7-dik napon végképen megszünt. Az alkalmazkodás bénulása 20 percz mulva kezdődött, 1 óra mulva érte el maximumát, egy esetben 12 D-ról 3·5-re, egy másikban 10 D-ról 1 D-ra esett le, majd másnapra a bénulás enyhült, de normális értékét csak a mydriasis megszüntével egyidőben nyerte vissza. A fényreactio erősen meggyengült, de teljesen el nem enyészett.

A 2‰-es oldatnál a pupillatágulat már 5 percz mulva kezdődött, legnagyobb fokát 20 percz mulva érte el, 3 napra csökkent és 6 nap alatt teljesen elenyészett. Az alkalmazkodás bénulása ugyancsak 5 percz mulva kezdődött, egy óra mulva maximumára csökkent és 6 nap alatt megszünt. Fényreactio jelentékenyen gyengült.

Az 5‰-es oldat számbavehető eltéréseket az előbbiektől nem mutatott. A mydriasis kezdete 5, maximuma 30 percz, másnapra kevéssé csökken, de csak a 9-dik napra tünik el teljesen.

Az alkalmazkodás bénulása 5 percz multán kezdődik, 40 percz mulva majdnem teljes, a következő napra csökken, de normálissá csak a 9-dik napon válik. A fényreactio 4 napig teljesen hiányzott.

Alább kisérleteinket feltüntető táblázataink következnek :

1‰ scopolamin. M. G. 13 éves. Bal szem. V = 5/5. Accom. 12 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 19. becseppent.					
5 óra 06 p.	6 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	80 mm.	12 D.
5 „ 11 „	6 „	„ „	„ „	100 „	10 „
5 „ 16 „	6 „	jól „	„ „	105 „	10 „
5 „ 21 „	7·2 „	gyengén „	„ „	130 „	8 „
5 „ 26 „	7·5 „	alig „	„ „	170 „	6·5 „
5 „ 31 „	8 „	„ „	„ „	180 „	5·5 „
5 „ 36 „	9 „	„ „	+ 5 D.-val	120 „	3·5 „
5 „ 46 „	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
5 „ 56 „	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
6 „ 06 „	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
6 „ 16 „	9 „	„ „	„	120 „	3·5 „
febr. 20.	9 „	gyengén „	„	120 „	3·5 „
„ 21.	8 „	„ „	„	90 „	6 „
„ 22.	8 „	jól „	üveg nélkül	110 „	9·5 „
„ 23.	7 „	élénken „	„ „	100 „	10 „
„ 24.	6 „	„ „	„ „	80 „	12 „

1 %o scopolamin. C. J. 12 éves. Bal szem. V = 5/5. Accom. 10·5 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 8. becseppent.					
4 óra 45 p.	4·5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	95 mm.	10·5 D.
4 „ 50 „	5 „	„ „	„ „	100 „	10 „
4 „ 55 „	6 „	jól „	„ „	111 „	9 „
5 „ — „	7 „	„ „	„ „	140 „	7 „
5 „ 05 „	8 „	renyhén „	„ „	169 „	6 „
5 „ 10 „	9 „	alig „	+ 5 D.-val	100 „	5 „
5 „ 15 „	9 „	„ „	„	112 „	4·5 „
5 „ 20 „	9 „	„ „	„	127 „	4 „
5 „ 30 „	9 „	„ „	„	127 „	4 „
5 „ 45 „	9 „	„ „	„	155 „	1 „
febr. 9.	9 „	„ „	„	155 „	1 „
„ 10.	9 „	„ „	„	145 „	2 „
„ 11.	7 „	gyengén „	„	115 „	8·5 „
„ 12.	6 „	jól „	üveg nélkül	108 „	9·5 „
„ 13.	5·8 „	élénken „	„ „	104 „	10 „
„ 14.	5·2 „	„ „	„ „	104 „	10 „
„ 15.	5·2 „	„ „	„ „	98 „	10 „
„ 16.	5 „	„ „	„ „	95 „	10·5 „
„ 17.	5 „	„ „	„ „	— „	—

2%o-es scopolaminum. P. A. 13 éves. Jobb szem. V = 5/5. Accom. 12 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 8. becseppent.					
4 óra 50 p.	5·5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	80 mm.	12 D.
4 „ 55 „	6·5 „	jól „	„ „	102 „	10 „
5 „ — „	7·5 „	alig „	„ „	151 „	6 „
5 „ 95 „	9 „	„ „	+ 0·5 D.-val	100 „	5 „
5 „ 10 „	11 „	„ „	„	140 „	2 „
5 „ 20 „	11 „	„ „	„	155 „	1 „
5 „ 30 „	11 „	„ „	„	180 „	0 „
5 „ 45 „	11 „	„ „	„	180 „	0 „
febr. 9.	11 „	jól „	„	170 „	0·5 „
„ 10.	9 „	„ „	„	95 „	6 „
„ 11.	6·5 „	élénken „	„	90 „	6·5 „
„ 12.	6 „	„ „	üveg nélkül	120 „	8·5 „
„ 13.	6·5 „	„ „	„ „	85 „	11·5 „
„ 14.	5·5 „	„ „	„ „	80 „	12 „

5%o-es scopolaminum. J. J. 12 éves. Jobb szem. V = 5/5. Accom. 12 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 18. becseppent.					
5 óra 10 p.	6 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	80 mm.	12 D.
5 „ 15 „	7 „	„ „	„ „	100 „	10 „
5 „ 20 „	8 „	gyengén „	+ 0·5 D.-val	100 „	5 „
5 „ 25 „	8·5 „	„ „	„	100 „	5 „
5 „ 30 „	9 „	„ „	„	100 „	5 „
5 „ 35 „	9·5 „	„ „	„	100 „	5 „
5 „ 40 „	10·5 „	nem „	„	100 „	5 „
5 „ 45 „	10·5 „	„ „	„	160 „	0·5 „
5 „ 55 „	10·5 „	„ „	„	160 „	0·5 „
6 „ 05 „	10·5 „	„ „	„	160 „	0·5 „
6 „ 15 „	10·5 „	„ „	„	160 „	0·5 „
					4 „
febr. 19.	10 „	„ „	„	110 „	
„ 20.	10 „	„ „	„	110 „	4 „
„ 21.	9 „	gyengén „	„	90 „	6 „
„ 22.	9 „	jól „	üveg nélkül	160 „	6·5 „
„ 23.	9 „	„ „	„ „	100 „	10 „
„ 24.	8 „	élénken „	„ „	90 „	11 „
„ 25.	6 „	„ „	„ „	80 „	12 „

Gyakorlati értékesítését illetőleg az atropinnal összehasonlítólag használva mindig legalább egyenértékű vele, de néha sokszoros előnyben van felette. A mi azonban állandó helyet biztosít néki a therapiában, ez azon körülmény, hogy 1%-os atropin-oldatnak megfelelő erősségü 2%o-es oldatban alkalmazva hosszú időn keresztül használható a nélkül, hogy azon kellemetlen melléktüneteket mutatná, melyek az atropin hosszabb használatát lehetetlenné teszik. Étvágyrontásról itt szó sincs, csak nagyobb adagokban alkalmazva okoz a garatban szárazságot, a mi atropinnál már közepes adagokra észlelhető. Ezért tehát atropin-intoxicatio kezdődő szakában, vagy idiosynkrasia esetén kiváló sikerrel alkalmazható, a mennyiben localisan az atropin-hatást teljesen pótolja, általános tünetekkel pedig egyáltalában nem jár.

Rählmann szerint iritis, episcleritis és corneainfiltratio nehány esetében, mikor atropint a betegek már nem türtek, testi erejük étvágytalanság folytán alászállt, közérzésük pedig a lehető legkedvezőtlenebb volt, nemcsak a szembajt gyógyította, hanem tartós euphoriát okozott. Fájdalomcsillapító és antiphlogistikus hatás tekintetében sem áll az atropin mögött, a szem belöveltségét pericornealis injectio esetén kedvezőbben befolyásolja, mint az atropin, valamint keratitis pannosa esetén is jobban hat. De különös előnyei vannak a bulbus elülső részeinek genyes bántalmainál. Ily esetekben ugyanis: név szerint keratitis purulenta, ulcus serpens és iridocyclitisnél az atropin sokszor rosszul türetik. Kezdődő hypopyon, valamint hosszabb ideig változatlanul fennálló hypopyon is atropin használatnál a pupillatágulat daczára is rendszerint nagyobbodik.

Scopolaminra azonban Rählmann szerint a hypopyon rendszerint kisebbedik; általában kötőszöveti genyes folyamatokat is kedvezően befolyásol, valószinüleg az edényekre gyakorolt direct hatása folytán. E mellett szól azon tény is, hogy scopolamin nagyobb adagjaira a szivmüködés nem fokozódik, mint atropinnál, ellenkezőleg csökken.

Saját vizsgálataink alapján az intraocularis nyomást, legalább ép szemen nem befolyásolja és a szerzők nagy része szerint még annak pathologikus fokozódása esetén is kitünően türetik. Igy nélkülözhetetlen gyuladásoknál, különösen iritisnél, főkép, ha az glaucomás szemen lép fel, mely esetben az atropin a szem tensioját emelő hatásánál fogva nem alkalmazható.

E tekintetben Walther szerint a hyoscinhoz hasonló. Glaucoma secund. esetén fellépő chronikus loboknál is sikerrel használható. Glaucoma absolutum esetén is csillapítja az izgalmi tüneteket, a hyphaemát és az erős ciliaris injectiót.

Bellarminoff ezen szert az iris, cornea és sclera betegségeinél, katarakta discissioknál és a töröképesség meghatározására alkalmazta és a hatással nagyon meg volt elégedve.

Martelli szerint gyógyhatását illetőleg helyettesítheti az atropint, mert eddig semmi kellemetlen hatást vagy általános tünetet nem észlelt.

Minden esetben, a hol gyors és erős pupillatágításra és alkalmazkodást bénító hatásra van szükség, különösen, ha ajánlatos, hogy a hatás ne tartson soká, a scopolamin eléje helyezendő az atropinnak.

Vierling szerint alkalmazást érdemel azon esetekben, hol a pupilla gyors és tartós tágítása szükséges. Összenövéseket, melyek az atropinnak ellentállottak, szét lehet vele tépni.

Sorti különösen jó hatást észlelt alkalmazkodási görcsnél, iritisnél, katarakta extractionál is erősen beszürődött corneafekély esetén, noha itt mioticum kellene. Utóbbi esetben talán a fekély tisztulását is sietteti.

Mindenesetre gazdagítja gyógyszer készletünket.

Grossmann a scopolamin. hydrobrom következő jó tulajdonságait sorolja fel:

„Keratitisnél fájdalomcsillapító, a cornea körüli edényteltséget alászállítja, a könyürülés és fénykerülés csökken, a hypopyonkeratitisnél gyorsan tisztul a fekély és gyorsan felszívódik a hypopyon. Szivbajosoknál és gyermekeknél az atropin elé helyezendő a scopolamin, mert 1%o-os oldata semmi mérgezési melléktünetet nem okoz."

A szemürbeli nyomást legkevésbbé sem emeli, ezért diagnostikus pupillatágításra öregebb egyéneknél az atropin és homatropin elé helyezendő. Előnye még, hogy kevésbbé penészesedik, mint az atropin-oldat.

Blaskovics és Sorti egy-egy esetben kisfokú tensio-emelkedést vettek észre, és ezért óvatosságra intenek.

Mindazáltal a scopolamin kétségtelenül legjobb pupillatágító szereinknek egyike, miért is a további kisérletezést és vizsgálódást a dolgok jelen állása mellett semmiesetre sem szabad abbahagyni. (Folyt. következik.)

A szent János-közkórház szemészeti osztályának működése az 1902. év első félévében.

Közli *Grósz Emil* tnr., egyetemi nyilvános rendkivüli tanár.

Az 1902-dik év első felében Budapest székes főváros főpolgármestere s a jobbparti közkórházak igazgatója bizalmából a szent János-kórház szemészeti osztályát vezettem, minthogy az osztály vezetéséről az alább olvasható okokból *lemondottam*, kötelességemnek tartom, hogy működésemről beszámoljak. Ezen czélból megismertetem az osztály betegforgalmát, a tanulságosabb eseteket s az osztály elhelyezését. A követett gyógyítási és operálási eljárások azonosak azokkal, a melyekről akkor beszámoltam, a mikor a *szent Rókus-kórház* szemészeti osztályának 1901-dik évi működését ismertettem[1] s így ezekről csak annyiban fogok szólani, a mennyiben a félév előtt mondottak kiegészítésre szorulnak.

A lefolyt félév alatt a szegény betegek számára tartott ingyenes nyilvános rendelésen 781 új beteg jelentkezett, a kórházban ápoltak száma 293, a *nagyobb* operálásoké 201. Az előbbi évekkel összehasonlítva, a következő adatokat kapjuk:

	A járó betegek száma:	A kórházban ápoltak száma:	A nagyobb operálások száma:
1899. I. félév	479	181	97
1900. I. „	644	191	127
1901. I. „	772	219	87
1902. I. „	781	293	201

Mint e táblázatból kitünik, a járó betegek számára tartott ingyen rendelés *(más* rendelést *nem* tartottunk[2]) csak kis mértékben emelkedett, ennek oka részben a kórház elhelyezésében van, mely a főváros lakossága számára nehezen hozzáférhető, részben abban, hogy a vidéki betegek, még a budaiak is, majdnem kivétel nélkül a klinikára mennek, melynek évszázados fennállása s három évtized óta szerzett nagy tekintélye ellenállhatatlan vonzóerőt gyakorol. De a közkórháznak amúgy sem *főczélja*, hanem feladatainak csak *kiegészítője* a járó betegek számára tartott rendelés.

Annál nagyobb emelkedést mutat a kórházban ápolt betegek száma és pedig, a mint a nagyobb operálások számának még hatalmasabb emelkedése mutatja, épen a legsúlyosabb szembajokban szenvedők száma növekedett. Mindjárt jelzem, hogy távol áll tőlem azt gondolni, hogy ez a személyváltozás következménye, ellenkezőleg tudatában vagyok annak, hogy ez azon viszony eredménye, a melyben egyetemi állásomnál fogva a szemklinikával vagyok, a mennyiben annak csekély ágyszáma miatt felvételt nem nyerhetett betegek egy része az osztályon talált elhelyezést.

* * *

A kötőhártya betegségei között 16 trachoma fordult elő, egy kivételével valamennyien súlyos pannussal, ezeken alkalmam volt a *Röhmer*[3] által ajánlott jequiritol-therapia tanulmányozására. Mint ismeretes, az eljárás azon alapul, hogy a hatóanyag pontos meghatározása és adagolása által, valamint a túlságos reactiot ellensúlyozó serum készenlétben tartása által a sürü pannusok feltisztítására a jequirity régen ismert jó hatását annak kellemetlen szövődményei nélkül alkalmazhatjuk.[3] A Merck által készített anyag a jelzett czélra tényleg hatékony, minthogy azonban kisebb adagban nem ad elegendő eredményt, az erősebb anyag pedig könnyen általános reactiot idéz elő s így a beteg *állandó* s *szakértő* felügyeletet igényel, az eljárás általános elterjedésre nem számíthat, hanem csakis kivételes esetekben, kórházban vehető igénybe. Épen az ellenkező áll az *Arlt*[4] által ajánlott cuprocitrolra, mely szer a betegeknek is kézbe adható. A szert úgy a kórházi, mint a járó betegeken kipróbáltuk s azt találtuk, hogy értékes pótlószer olyan esetekben, a midőn a trachomát már csak a visszaeséstől kell óvni, azon szereket, melyeket eddig házi használatra adhattunk, határozottan felülmulja, de természetesen sem az argentum nitricum cseteléseket, még kevésbbé a mechanikus eljárásokat nem pótolhatja.

A szarúhártya-gyuladások között egy *keratitis parenchymatosa* lefolyása tanulságos. A 16 éves leány jobb szemén a gyuladás $^5/_4$ évig tartott volt s kis homályok hátrahagyásával meggyógyult. Bal szemén 1901. április havában kezdődött, igen sok praecipitatum jelent meg, a tensio fokozott volt s mint értesültem, punctio corneaet végeztek; az iris azonban a cornea sebébe belenőtt s ezen idő óta a szem még fájdalmasabb lett s a tensio-emelkedés fokozódott.

Ilyen állapotban került észlelésünk alá. A tensio-emelkedését sem mioticumok, sem két szabatos iridectomia, sem két sclerotomia nem tudták megszüntetni, úgy, hogy a lassanként megvakult szemet, mely egy évnél tovább okozott szinte elviselhetetlen fájdalmakat, végül el kellett távolítanunk. Az eset eléggé igazolja, hogy keratitis parenchymatosa esetében az operativ beavatkozástól, még a különben veszélytelen punctio corneaetől is tartózkodni tanácsos, valamint azt is, hogy az egyik szem kedvező lefolyása még nem biztosít arról, hogy a másik szemen is hasonló jó a prognosis.

Egy izben a *Gasser-ducz* kiirtása után keletkező *szarúhártyafekély* sorsát kisérhettük figyelemmel. A 42 éves nő Gasser-dúczát türhetetlen trigemnius neuralgiája miatt $1^1/_2$ év előtt irtották ki, a műtét után facialis paralysis maradt vissza s ez volt oka a corneán keletkező fekélyedésnek. Az alkalmazott blepharoraphia a corneát megmentette, de az ankyloblepharon felnyitása után újból fekély keletkezett, mely áttört s cicatrix adhaerens alakjában gyógyult. Időközben a facialis szem ágai annyira visszanyerték működésüket, hogy iridectomia segélyével négy méterről való ujjak olvasása volt elérhető. A trigeminus resectiok után a cornea teljesen érzéketlen s mégsem keletkezik trophiás elváltozás; az érzéketlenség alkalmat adhatna ugyan fekélyedésre, de a másik szem részéről kiváltott pislogás megőrzi a szemet külső ártalmak ellen, a mint azonban az anaesthesiához lagophthalmus társul, a fekélyedés azonnal jelentkezik: oly tény, mely a kisérleti adatokkal teljes összhangban van.

A uvea betegségei között egy izben a *chronikus iridochorioiditishez*, mely számos praecipitatum s synechia termelésével járt makacs tensio-emelkedés: secundaer glaucoma társul. Az alapbántalom (lues) gyógyításával, moticumok alkalmazásával s végül iridectomiával sikerült mindkét szem látását megmenteni.

Az észlelt *sympathiás ophthalmiákról* más alkalommal részletesen fogok beszámolni.

Az *aphakiás szemen* keletkező *glaucoma* tanulságos esetét észlelhettük. A 66 éves férfi hályogját 1899-ben a szemklinikán operáltam volt; convex 10·0 D-val $^5/_7$-t látott s 1901. deczemberéig e szemével dolgozott. Ekkor látása megromlott s mint értesülök, retina haemorrhagiája keletkezett, s látása 1901. deczember 10-dikén $^5/_{20}$-ra hanyatlott. Pilocarpint azonban csak deczember 20-dikán kapott, de sikertelenül, mert 1902. január 18-dikán szűk látótérrel, szem előtt való ujjak olvasásával, mély üstszerű excavatioval s kőkemény szemmel jelentkezett. Erélyes pilocarpin alkalmazása után sclerotomiát végezve (a coloboma szárai kifogástalanok voltak) $^5/_{70}$ látás volt még elérhető. Másik szemének hályogját ugyanakkor operálva e szemén is + 10·0 D-val $^5/_7$ látást értünk el. 1902. junius 28-dikán azon panasszal jelentkezett, hogy e szemén ködösen lát, a tensio + 1, V = + 10·0 D-val $^5/_{10}$. Pilocarpin erélyes alkalmazása a rohamot megszüntette. A glaucomás dispositio tehát mindkét szemen érvényesül, bár mintkét szemen teljesen szabad száru coloboma volt.

Az *érhártya sarcoma* következő esetében a diagnosis nagy nehézségbe ütközött s épen ezért közlöm a következő adatokat. Az 54 éves nő, 1902. junius hó 24-dikén jelentkezett; jobb szemén kisfokú myopiája javításával látása teljes $^5/_5$, a balon nincs fényérzése. E szemén évek óta homályosan lát, három hete teljesen vak, fájdalmai azonban csak két hete tartanak. A szemen igen élénk injectio, a cornea felszine bágyadt, szövetében hat mm. átmérőjü gyürüs homály, csarnok sekély, pupilla tág, iris atrophiás, lencse sárgás-szürke, de a tensio *nem* emelkedett.

Az anamnesis számbavételével a diagnosist *secundaer* glaucomára s intraocularis daganatra teszszük. Az enucleált szem anatomiai lelete igazolta a diagnosist.

[1] A szent Rókus-közkórház szemészeti osztályának működése az 1901. évben. Orvosi Hetilap, Szemészet. 1902. 1. sz.

[2] Az a meggyőződésem, hogy ingyenes rendelés helyiségében vagy azzal egyidejűleg, magánrendelésnek *nem* szabad történnie.

[3] Archiv für Ophthalmologie. 52. I.

[4] Centralblatt für Augenheilk. 1902. márczius.

Az *intraocularis vérzés* súlyos alakját volt alkalmunk észlelni. A 32 éves férfi előadása szerint gyermekkori betegségekre nem emlékezik, 12 éves korában tüdőgyuladást állott ki, 26 éves korában gonorrhoeája volt; két éve obstipatioban szenved, két éve nősült, három gyermeke közül egy halva született. 1900. julius havában jobb szemén látása fájdalmak kiséretében megromlott, e szemét öt izben operálták; a mint értesültem glaucomás roham miatt iridectomiát végeztek, mely után ismételt vérzés jelentkezett a mellső csarnokban, a cystoid heget ismételve kimetszették s cauthereztek. Ennek ellenére a tensi-oemelkedés nem szünt s a midőn az újabb iridectomia sem csökkentette, az időközben megvakult jobb szemet enucleálták. Ezután bal szemével 1901. szeptemberig jól látott, ekkor azonban ködösen kezdett látni, mint értesülök, akkor látása $^6/_{70}$ volt, sűrű üvegtesti homályokkal. A therapia sublimat injectiokból és izzasztásból állott. Időközben kólikaszerű rohamot állott ki, melynek szüntével egy harmadik (külföldi) kórházba vétette fel magát, hol az üvegtestben ismételt vérzések keletkezését észlelték s a hol 18 subconjunctivalis konyhasó-injectiot s izzasztásokat kapott, látása azonban csak időlegesen javult. A szent János-kórházba 1902. február 10-dikén nyert felvételt. Ekkor a bal szem pupillája középtág, fényre jól reagál, üvegtestben alul-belül ágas-bogas szürkés, kevéssé libegő helyenként vérrögökkel fedett hártyás képlet, mely a szemfeneket leplezi. Szem előtt olvas ujjakat, látótér concentrikusan szűkült. Az alkalmazott inunctios kúra javulást nem eredményezett. Az eset értelmezése nem könnyű, annál kevésbbé, mivel az enucleált szem mikroskopiai vizsgálata, a mint értesültem, még nem történhetett meg. Valószinű, hogy jobboldalt is intraocularis vérzések voltak secundaer glaucomával, a bal szemen pedig a vérzések retinitis proliferans képéhez vezettek. A vérzések forrása azonban adott esetben is rejtély marad.

A sérülések nagy száma között, melyek ápolás alatt voltak, különösen kettő érdemel felemlítést. Az egyik egy tiz éves fiú, kinek bal szemébe négy hét előtt gyujtótok- darab ugrott. A sebzés helye a limbusnál alul belül látszott, e helyhez az iris hozzáhuzódik, a csarnok félig genynyel telt, melyben focalis világítással csillogó idegen test sejthető. Az alá felé készített lebenyes seben át az idegen test eltávolítása sikerült s a szem megbékült, távozásakor látása már $^5/_{70}$ volt. A másik, 30 éves férfi, kinek bal szeme kőfaragás közben sérült. A cornea közepe táján kis sebzés, lencse elszürkült, irisen kis ködarab, melynek eltávolítása lándzsaseben s igen kis iridectomiával sikerült; a duzzadó lencse egy héttel utóbb a cornea punctioját tette szükségessé, hat héttel utóbb pedig a hályog teljes eltávolítását.

A tenonitis ritka kórképének typikus alakját is ápoltuk s jobb szem protrusioja, chemosisa nagyfokú volt, a szem mozdulatlan, a szemfenéken venás hyperaemia, a látás $^5/_{50}$, a fájdalmak nagyok; a bal szemen hasonló tünetek keletkeztek, de kisebb fokban. A bántalom influenza után fejlődött, hat hét alatt aspirin izzasztásra s meleg borogatások alkalmazására teljesen gyógyult s a látás is helyre állott.

Az osztály működésében nagy szerepet játszottak az *operálások*. A lefolyt fél évben végzett 201 nagyobb operálás a következő volt:

Extractio cataractae sec. Graefe	50
Extractio linearis simplex	1
„ „ cum iridectomia	7
Discissio per scleram (cataracta subluxata)	1
„ cat. secund. sec. Kuhnt	11
Iridectomia	80
Iridotomia	1
Sphincterolysis sec. Schulek	2
Ablatio prolapsus iridis	1
Punctio corneae	10
Sclerotomia	3
Extractio corp. alien. e camer. ant.	2
Pterygium. internum; symblepharon	3
Tenotomia, antepositio musculi	3
Enucleatio	19
Exenteratio orbitae	1
Exstirpatio sacci lacrym	1
Canthoplastica, entropium, ektropium, neoplasma	5
Összesen	201

A kisebb mütéteket ezúttal sem számítottam (corpus alienum, cantherisatio, könycsövecs-felhasítás, könytömlő-megnyitás, chalazion, ezek összes száma 52).

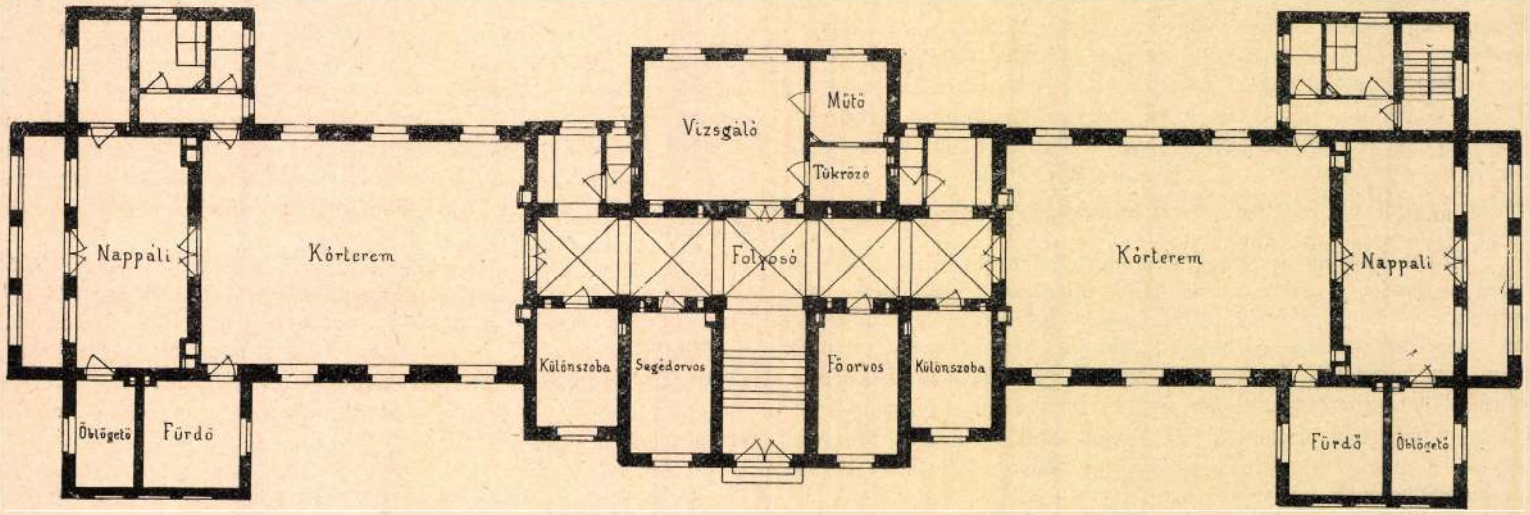
Az operálások előkészítésében, kivitelében s utókezelésében úgy jártam el, a mint azt a Rókus-kórházi müködésemről közzétett jelentésemben ismertettem. *Az utóhályog Kuhnt* módszere szerint való operálásának előnyeiről újból meggyőződtem. A *Blaskovics F. László* által közölt adatok meggyőztek, hogy az *extractio linearist* is iridectomiával kell végeznünk s egyetlen kivétellel minden esetben így is jártam el. A cataracta zonularis egy erre különösen alkalmas esetében csak iridectomiát végeztem, míg a másik szemén már előbb extractiot. A látásélesség mindkét szemen $^5/_{15}$ lett, de azon oldalon, a hol csak iridectomiát végeztem az olvasásra sokkal jobban tudta használni szemét.

Egyes esetekben ma is alkalmasnak tartom a mesterséges pupilla készítését, mivel a műtét és utókezelés aránytalanul egyszerübb s rövidebb s az eredmény nem egyszer felülmulja az extractioét.

Az *öregkori hályogosok* közül egynek vizeletében 4·7% czukor volt, a műtét s gyógyulás ennek ellenére zavartalan volt. A *glaucomások* között (33-an) egy esetben a glaucoma simplexben szenvedő férfibeteg mindkét szemfenekén vérzések voltak. Az operálás előtt három napon át naponta ötször pilocarpint kapott s az iridectomia lefolyása s gyógyulása teljesen sima volt. A *kancsalság* ellenes operálások eseteiben egyszer antepositio musculira szorultam; az a meggyőződésem, hogy ha strabismus convergens eseteiben egyszerre operáljuk mindkét internust s a szemeket kötetlenül hagyjuk, a mely eljárást *Panas* olyan melegen ajánlja, akkor sokkal ritkábban szorulunk az előrevarrásra, mint eddig.

* * *

Az osztály elhelyezése a *gyógyítás* szempontjából a lehető legkedvezőbb. A szemészeti pavillon önálló épület, melynek beosztását a mellékelt alaprajz legjobban érthetővé teszi.



[1] A fiatalkori hályog operálása. Szemészet 1901. 2. sz.

A pavillon 621 □-m. területet foglal el. A nagy kórtermek hossza 12 méter, szélessége 8—5, magassága 4·80 m. A nappali tartózkodásra szánt előtér 4—8·80 méter s innen nyilik a loggia. Eredetileg a két kórterem 28 ágyra volt berendezve. Később a nappali helyiségekbe 3—3 ágyat helyeztek.

A berendezésen mit sem változtattam, csak az emelkedő betegforgalommal még négy ágyat kértem s kaptam, úgy hogy jelenleg a két külön szobával együtt 40 beteg helyezhető el. Nagyon kivánatos, hogy a pavillon még egy emeletet nyerjen, ez esetben az operáló szoba s az operáltak az emeleten, a gyuladásos betegek a földszinten nyerhetnének elhelyezést, ugyanitt a trachomások számára lehetne elkülönítő helyiségeket berendezni.

* * *

Az osztály működésében az oktatás nem játszhatott olyan szerepet, mint azt óhajtottam volna. Az osztály elhelyezése lehetetlenné teszi, hogy az amúgy is elfoglalt orvostanhallgatók kijárjanak; ezért egyetemi előadásaimat kizárólagosan a szemklinikán tartottam; a közkórházakban az orvosgyakornokok száma is megfogyott, minek oka részben abban van, hogy az orvostanhallgatók száma majdnem felére apadt volt, részben, hogy a végzettek közül 110-en az egyetemi intézetekben nyerhetnek mint gyakornokok elhelyezést. Ilyen körülmények között a tanításra kinálkozó anyagot úgy igyekeztem felhasználni, hogy a kórházi munka végeztével a déli órákban hetenként egyszer a többi osztályok alorvos és segédorvosai számára demonstrálást tartottam. Az érdeklődés nem hiányzott, a kivitel mégis nagy nehézségekkel járt mert többen délelőtt 7—12-ig sem készültek el egyéb hivatalos munkájukkal s ha igen, akkor kimerülten kezdték meg önkéntesen vállalt újabb munkájukat. A demonstrálások legbuzgóbb látogatója az egyik kórházi főorvos volt.

* * *

Számadásomat ezúttal is a hála szavával zárom, ez elsősorban a kórház igazgatójának: *Ludvik Endre* dr.-nak szól, ki attól a pillanattól kezdve, amikor az osztály vezetését átvettem, törekvéseimet nemcsak jóindulattal, előzékenységgel, hanem szeretettel és barátsággal támogatta. Csak természetes, hogy ilyen körülmények között fájó szívvel válok meg a kórháztól s ez alkalommal is kötelességemnek tartom kijelenteni, hogy lemondásom egyedüli oka az, hogy az osztályt hivatásom: az egyetemi oktatás körébe beillesztenem — elhelyezésénél fogva — nem sikerülhetett. Annak, hogy az egyetem *alkalmazott* tanára kórházi osztályt vezessen, csak úgy van értelme és jogosultsága, ha a tanári és főorvosi működése egybeforr. Ilyen körülmények között a kórházi osztály az önálló klinikát pótolja s helyettesíti. Külföldön ezen berendezésre számos példa van s a legközelebbi multig minálunk is volt. De a két feladatot *elválasztva*, egy személy nem felelhet meg, kifogástalanul *mindkettőnek*.

Az a meggyőződésem, hogy az egyetemi tanárnak ott kell tudományos munkásságot kifejtenie, a hol tanít s ott kell tanítania, a hol buvárkodik, mert az egyetemi oktatás alaptörvénye, hogy a tudomány a hallgatóra in statu nascendi gyakorolja a legnagyobb hatást.

Viszont egy közkórházi osztály vezetőjétől meg kell kivánni, hogy tevékenysége *súlypontját* a kórházba helyezze. Egy önálló osztály senkinek sem képezheti melléktevékenységét! Minthogy pedig a kifejtett okokból a feladatok olyan szükséges *egyesítése* az én szememben lehetetlennek látszott, az incompatibilitás *ezen* valódi értelmét tisztelve: a szép kórházat s annak orvosi karát, melynek *minden* tagja, úgy a mint kell is, *egész* erejét szenteli osztályának, el kellett hagynom, hogy egyetemi kötelességeimnek lelkiismeretem szerint megfelelhessek.

IRODALOM-SZEMLE.

A serumnak az ulcus serpensre való hatását tanulmányozta *Römer*, s vizsgálatainak eredményeiről terjedelmes monographiában számol be. A pneumococus-serum történetének ismertétése után azon kisérletsorozatot vázolja, melyet a serumnak az ulcus serpensre való praeventiv és gyógyító hatását illetőleg végzett; kisérleteit tengerimalaczokon, majmokon és utóbb embereken is folytatta és pedig oly módon, hogy az állatokon pneumococcussal előidézett ulc. serp. eseteiben a serumot (körülbelül 2—4 cm³) a bőr alá fecskendezte. Kitünt, hogy a kisérleti állatok valamennyiénél a serum tényleg hatásos volt; a már kifejlödött ulc. serp. a serum adagolása után megállapodott és cauterizálás nélkül gyógyult. E jó eredményektől felbátorítva, emberen is, bár csak kis számban kisérletet tett, ezen eljárás értékének kiderítésére s noha biztos itéletet ez idő szerint még nem adhat, mégis úgy látszik, hogy a serum az ulcus serpens gyógyulását embernél is kedvezően befolyásolja. E kérdés eldöntése a klinikai vizsgálatok számára mindenesetre tág teret nyujt. Elsősorban az lesz kutatandó, hogy a cornea felszinének sérüléseinél a prophylactikusan alkalmazott serum mennyiben képes az embernél az ulc. serp. kifejlődését megakadályozni; a vizsgálatokra természetszerüleg azon esetek lesznek a legalkalmasabbak, a melyeknél a serumtherapia a sérülés után lehetőleg már rövid idő mulva foganatosítható. A gyógyító hatás tanulmányozása érdekében minden adott esetben bakteriologiai vizsgálat végzendő pneumococcusokra. Klinikai megfigyelésekkel kell megállapitani, hogy a sérülés után mennyi idő elteltével s a fekély mekkora kiterjedése mellett alkalmas még a serum az ulcust megállapodásra birni s továbbá mennyiben van a serum hatására a beteg korának s a fertőzés virulentiájának befolyása. Hosszas tapasztalatok lesznek hivatva eldönteni azon kérdést is, hogy a cauterizálás daczára továbbterjedő ulc. serp. eseteiben képes-e a serum az ismételt cauterizálásokat elkerülhetővé tenni. Ily irányú kisérletekre a serumnak bőr alá és subconjunctiválisalkalmazását ajánlja, melynek kiegészitésekép még a serumnak directe a fekélyre való csepegtetése jöhetne szóba. (Arch. f. ophthalmologie LIV. k. 1. füzet.)

Leitner Vilmos dr.

A nagyfokú rövidlátás operálásáról érdekes közlés jelent meg *Voigt* tollából. A lipcsei szemklinikán tett tapasztalatai alapján a következő conclusiokra jut:

1. A nagyfokú rövidlátás operálásakor a primaer extractio linearis előnyösebb, mint a discissio, mert

a) ceteris paribus két operativ beavatkozás elégséges, miáltal a gyógyulás tartama rövidül, az infectio veszélye csökken;

b) az üvegtest sikeresebb kimélését teszi lehetővé;

c) a súlyos glaucomás rohamok ritkábbak.

2. A discissiot lehetőleg csak akkor kell megtenni, ha felszivódásra képes lencsetömegek nincsenek már.

3. Kis utóhályog képződése nem rontja az operálás prognosisát.

4. Rendszerint mindkét szem operálására kell törekedni, mivel a munkatávol növelésével lehet igazán a rövidlátás növekedését akadályozni és binocularis látást elérni. Előbb a rosszabblátó szemen kell operálni.

5. Ha az egyik szem már vak, a másik csak szoros indicatiók alapján s a beteg határozott óhajára operálandó.

6. Egy későbbi ideghártyaleválás veszélyét a lencse eltávolitása nem növeli.

7. A rövidlátás növekvése nem volt constatálható. (Arch. f. Optht. LIV. 2.) *G. E.*

Folyóiratok átnézete.

Archiv für Ophthalmologie, LIV. kötet, 2. füzet. *Weinhold*: A széttérő ideghártyadéllőkkel való látás. *Salomonsohn*: Az egyoldali ophthalmoplegia exterior localizálása. *Voigt*: A nagyfokú közellátóság gyógyitása az átlátszó lencse eltávolitása útján. *Schlodtmann*: Vakon születettek optikai localizálása. *Guttmann*: A nagyfokú közellátóság keletkezésére vonatkozó klinikai és statistikai adatok. *Pagenstecher*: A látóideg daganatairól. *Salzmann*: Az érhártya sorvadása közellátó szemekben.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1902. junius. *Meyerhof*: Az iris és corp. ciliare sarcomájára vonatkozó újabb vizsgálatok. *Peters*: Vizsgálatok adenoid szöveteken, különös tekintettel a trachomára s megjegyzések az úgynevezett „fonalas" keratitisre. *Müller*: Adatok az operativ szemészet köréből. *Natanson*: A szemteke burkainak kétszeres átfuratása vasszilánkkal. *Pflüger*: A lagophthalmus kezelése.

Zeitschrift für Augenheilkunde, VII. kötet. 6. füzet. *Raehlmann*: A retinalis erek sclerosisos megbetegedésének felismerése szemtükörrel.

Pergens: Az embernél előforduló lenticonus posterior. *Hirola:* Panophthalmitisre vonatkozó bakteriologiai vizsgálatok. VIII. kötet. 1. füzet. *Koster:* A szemnek tengelye körül való elcsavarodással szövődött kancsalság műtéti kezelése. *Loeser:* Az orbita metastasisos tályogairól. *Weiss*: A ciliaris nyúlványoknak s a zonulának a pupilla területében való megláthatásáról.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1902. junius. *Neubürger*: I. Súlyos vérvesztés után fellépett szemizombénulás. II. Hysteriás fiúnál észlelt alkalmazkodási görcs különös esete. Julius. *Pollnow:* Kedvező kimenetelű lövési sérülés a szemen.

Archiv für Augenheilkunde, XLV. kötet, 3. füzet. *Seggel:* A cornea astigmásságának viszonya a koponyaalkathoz. *Glauning:* A látóidegfő pseudoglaucomás kivájulása. *Pflugk*: A szemhéjszél és pillaszőrök előkészítése szeműtétekre. *Mohr*: A jodoformmérgezésről, különös tekintettel a szemen jelentkező tünetekre. *Pes:* A heveny kötőhártyahurut klinikai és bakteriologiai tünetei.

Recueil d'ophthalmologie, 1902. május. *Galezowski*: A retinának arterio-sclerosisos emboliái. *Lopez:* A szemhéjon észlelt neuroma amyelin. plexiforme esete. Junius. *Sagrandi:* Trachoma a Laghouat kerületben (Algir).

Annales d'oculistique, 1902. junius. *Sulzer:* A Chamblant-féle üvegekről. *Terson és Lefas:* A szemhéji könymirigy sérüléséből származott fokozott könyelválasztás. *Pergens:* Rhazes szemészeti ismeretei. *Mazet:* Az iris átfuratása, idegen test a lencsében. Julius. *Rohmer:* A ganglion ciliare kiirtása. *Fage:* Varicella után keletkezett neuritis optica. *Valude:* A könytömlő kiirtásáról. *Terson:* A könytömlő bőrön át való bemetszése. *Chaillons:* Aorta-tágulásban szenvedő betegnél észlelt pupillazavarok. *Morax:* Trachomára vonatkozó bacteriologiai vizsgálatok. *Wecker:* A kötőhártya gyuladása és túltengése között való különbség. *Morax:* A trachoma diagnostizálása. *Elmassian:* A paraguayi acut és subacut ragályos conjunctivisekről.

Archives d'ophthalmologie, 1902. julius. *Panas:* Traumás sclera repedésekről. *Hocquard:* Az öregkori hályog műtéte után gyuladás nélkül fejlődött utóhályog boncztani vizsgálata. *Terrien*: A lencsetok sebének elhegedési módjáról. *Pedrazzoli*: Szemhéjat szétfeszítő csipő.

Gyógyászat, 1902. 29. sz. *Vajda:* A trachoma gyógyitása.

Magyar orvosok lapja, 1902. 24. sz. *Hoór*: Tapasztalatok a szemészet köréből. *Goldzieher:* Adatok a szem kórboncztanához. *Vidéky*: A jequirity therapiai használatáról.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 22. sz. *Kunz*: A vakság élettana.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 25. sz. *Budinger:* A szemhéjhiány pótlása.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 23. sz. *Bach*: A pupillavizsgálat methodikájához. *Schirmer:* Ujabb megjegyzések a pupillavizsgálatról. 24. sz. *Lewitt:* A protargol használata az újszülöttek blennorrhoeájánál. 25. sz. *Strod*: A szürke hályog mesterséges érlelése Förster szerint.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 10. sz. *Hitzig*: A corticalis látás élettana. 12. sz. *Kron*: Hysteriás vakság.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1902. 21. kötet, 3—4. füzet. *Wolff*: A reflectorikus pupillamerevség localisatioja. *Higier:* A paresises szemhéjemelő és szemhéjzáró sajátságos együttmozgása.

British medical Journal, 1902. május. *Gowers*: Myasthenia és ophthalmoplegia.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 26. sz. *Coppez*: A pupillák vizsgálata.

The Lancet, 1902. I. 20. sz. *Buszard*: Localizált baj a thalamus opticusban. 23. sz. *Douglas*: A kor szerepe a neuritis optica keletkezésében intracraniális daganatok eseteiben. II. 1. sz. *Walker*: A pupillák egyenlőtlensége mellűri aneurysma eseteiben.

Gazette hebdomadaire, 1902. 49. sz. *Dufour*: A pupillák, a syphilis, s némely idegbaj között fennálló viszony.

Leitner Vilmos dr.

VEGYESEK.

— *Uj könyvek: A Szemészet Kézikönyve.* Irta Csapodi István dr. egyetemi ny. rk. professzor. Második bővített és átdolgozott kiadás. Ifj. Nagel Ottó kiadása. 1902. A most megjelent 31 ives könyv tulajdonképpen második kiadása az *Utmutató a Szemészetben* czimű könyvecskének. A könyv a következő 15 fejezetre oszlik: 1. A szem vizsgálásának módjai; 2. Optikai eszközök; 3. A látás és hibái; 4. A szem fénytörése; 5. A fénytörő készülék; 6. A mozgató készülék; 7. Az érzéklő készülék; 8. A tápláló készülék; 9. Az érző készülék; 10. A szem külső hártyái; 11. A védő készülék; 12. A nedvesitő készülék; 13. A szemgödör és szemteke; 14. A szemorvoslásban szokásosabb rendelvények; 15. Irodalom. Mint látható, a beosztás eltér a szokott anatomiai rendszertől s a „biologiai" beosztást tartja fenn, a melylyel szerző az első kiadáskor is kisérletet tett.

Chirurgie de l'oeil et de ses annexes par le Dr. Félix *Terrien*, ancien chef de clinique ophthalmologique à la Faculté de Paris. Paris. Steinheil. 1902. A hatalmas kötet elsősorban a párisi egyetemnek a Hôtel Dieu-ben elhelyezett szemklinikáján gyakorolt műtétek leirását, utókezelését és indicatioit adja. Most midőn *Panas* negyedszázados tanársága után nyugalomba lép, e könyv egyszersmind a genialis operateur nagy tapasztalatainak letéteményezés igy kétszeres értékkel bir. A munka becsét 311 ábra emeli, úgy, hogy e könyvet a specialista s a gyakorló orvos egyaránt haszonnal olvashatja.

Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Auge. Bearbeitet von Prof. Dr. *Greeff*. I. Hälfte. Berlin, 1902. A szem kórboncztanának első önálló kézikönyve. Erre annál nagyobb szükség volt, minthogy a kórboncztan művelői a szem anatomiai vizsgálatát egészen a szemészekre bizzák. E helyzet számos hátránynyal járt. Az általános pathologiai felfogás néha nehezen tört útat, viszont a szem vizsgálatakor kiderített tények egyoldalú értelmezést nyertek. A Greeff alapos pathologiai ismeretei, valamint az, hogy működésének tere klinikával *kapcsolatos* laboratorium volt, kiválóan alkalmassá teszik a szem kórboncztanának fejlesztésére s az alapvető munka megirására.

Die neueren Augenheilmittel für Aerzte und Studirende von Dr. M. *Ohlemann* Augenarzt in Wiesbaden. Bergmann, 1902. A gyárak az új szerek olyan tömegével látják el a szemklinikákat, azok munkásai olyan előszeretettel foglalkoznak az új szerekkel, hogy valóban szükség volt egy összefoglaló munkára, mely a nagy tömegben tájékoztat, az értékest az értéktelentől megkülönböztetni segitségünkre van. Szerző 5 év előtt megjelent „Augenärztliche Therapie" czimű munkájának mintegy kiegészitője a most megjelent füzet, melynek fejezeteihez három új: organo-, serum- és fénytherapia társult.

Leçons de therapeutique oculaire par le Dr. Darier. Paris, 1901.

The Method of Cuignet or Retnoscopy by Edwin *Harding*. London. Baillière, Tindall and Cox. 1902. A leiráshoz atlasz csatlakozik, mely a methodus megértést egyszerű, világos és közvetlen rajzaival szerfölött megkönnyiti.

— *Die Motilitätsstörungen des Auges* auf Grund der physiologischen Optik von Dr. Ernest E. *Maddox*. Autorisierte deutsche Ausgabe und Bearbeitung von *Dr. W. Asher*. Leipzig, 1902. A szem mozgásainak ép és kóros viszonyainak monographiáját nyertük.

Encyclopädie der Augenheilkunde. Herausgegeben von O. Schwarz unter Mitwirkung von 53 Fachgelehrten. Leipzig, 1902.

Magnus. Anleitung zur Diagnostik der centralen Störungen des optischen Apparates. Breslau, 1902. 2. Aufl.

Greeff. Der Bau der Augenlieder. Breslau, 1902.

Silex. Compendium der Augenheilkunde. 5. Auflage. Berlin, 1902.

Hirsch. Entstehung und Verhütung der Blindheit. Jena, 1902.

Pansier. Histoire des Lunettes. Paris, 1902.

Galezowski. Leçons cliniques d'ophthalmologie. Paris, 1902.

Bock. Das erste Jahrzehnt der Abtheilung für Augenkranke im Landesspitale zu Laibach. A 10 év alatt 7637 szembeteget ápolt a szemkórházban, 3232 operálást végezett, ezek között 913 hályogellenest. A könyv a statistikai adatokon kivül a szerző által követett gyógyitási s operáló eljárásokról is számot ad, ezen adatok értékét nagyban növeli az, hogy a kórház létesülése, vezetése, sőt az összes tevékenysége szerző személyéhez fűződik. Az ő helyzete sokban hasonlit az *Imre Józseféhez*, ki ugyancsak önerejéből alkotta meg a hódmezővásárhelyi szemkórházat.

— *A pesti izr. hitközség Bródy Adél gyermekkórházának 1901 évről szóló jelentése.* A lefolyt évben 15,007 gyermek vett igénybe orvosi segélyt (26% izraelita vallású, 74% más vallású). A kórházban 1140 fekvő beteget ápoltak (izraelita 566, más vallású 574). A kórház összes kiadásai 103,096 koronát tettek. A szemészeti osztályon 133 szembeteget ápoltak, a járó betegek száma 2064, a nagyobb szemoperálásoké 75, a kisebbeké 57.

— A *miskolczi* közkórházban egy férfi és egy női kórtermet szembetegek számára rendeztek be. Az osztályt a közkórház szemorvosa *Vajda Géza* dr. vezeti. A vakság s a trachoma elterjedésének legbiztosabb ellenszere, ha a vidéken *képzett* szemorvosokra *jól* berendezett szemkórházakat vagy közkórházi osztályokat biznak. Kivánatos, hogy Borsod vármegye példáját a többi megyei kórházak is kövessék.

— *A biharmegyei közkórház* szemészeti osztályán (Waldmann Béla dr.) 1902. első félévében 200 szembeteget vettek fel, kiken 33 nagyobb operálást végeztek.

— *A szemtükör multjáról* érdekes adatot közöl Crzellitzer. *Purkinje* 1823-ban megjelent „Commentatio de examine physiologico organi visus et systematis cutanei" czimű művében ugyanis azt irja, hogy concav üveggel az állat mögött elhelyezett gyertyáról annak szemébe fényt vetett s az abból visszavert fényben találta meg annak okát, hogy a szemük fénylik.

— *Schmeichler L.* dr.-t a brünni német műegyetemen a szem hygieneje s physiologiája magántanárává habilitálták.

— *Haab* tanár (Zürich) az amerikai orvosegyesület gyülésén az idegen testeknek a szemből való eltávolitásáról előadást tartott.

— *Gonella* dr.-t Cagliariban a szemészet rendes tanárává nevezték ki.

— *Förster*, a boroszlói egyetem nyugalmazott szemésztanára meghalt. A régi gárda egyik legérdemesebb tagja szállt sirba. 1825-ben született, 1857-ben habilitálták s 1873-ig a boroszlói egyetemen a szemészet tanitásának feladatát önkéntesen viselte. Ez évben tanárul alkalmazták s klinikát kapott. Legnevezetesebb munkája: „A szervezet betegségeinek viszonya a szembajokhoz", melylyel 1877-ben az aetiologiai irányt a szemészetbe bevezette; a photometria s perimetria módszereinek megalkotása s kiépitése is az ő érdeme; 1896-ban vonult nyugalomba, utódja már akkor *Uhthoff* lett.

— *Schöbl*, a prágai cseh egyetem szemésztanára meghalt.

— *Grósz Emil* dr. egyetemi ny. rk. tanár a székes főváros Szent-János közkórháza szemészeti osztályának vezetéséről lemondott.

Budapest, 1902. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.