Negyvenhatodik évfolyam. 27. szám. *Budapest, 1902. julius 6.*

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.

Hőgyes Endre: Közlemények a budapesti m. kir. tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. I. Újabb vizsgálati módszerek a n. vestibularis működésének tanulmányozására. 437. lap.

Marikovszky György: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. II. Kapcsolat a labyrinth és a testfelület érzékenysége között. 438. lap.

Parádi Ferencz: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem bőr- és bujakórtani intézetéből. (Igazgató Marschalko Tamás dr. egyetemi tanár.) A méhgonorrhoea gyógykezelése prostituáltaknál. 439. lap.

Falta Marczel: A tavaszi hurutról. 440. lap.

Tárcza. † Maizner János dr. 442. lap. — **Huber Alfréd**: A Finsen-féle gyógymód mai állása. 442. lap.

Közegészségügy. Az országos közegészségügyi egyesület iskolaegészségügyi bizottsága. 444. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Szili Jenő**: A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben. 445. lap. — *Könyvismertetés. Miquel et Cambier*: Traité de bacteriologie pure et appliquée a la médecine et à l'hygiène. 445. lap. — *E. Marx*: Die experimentelle Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe der Infectionskrankheiten. 445. lap. *Naecke*: Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. (Reuter Camillo.) 446. lap. — *Lapszemle. Közegészségügy. Jäger* és *Magnus*: A formalinfertőtlenítés módjai. (Bexheft.) — *Belgyógyászat. Mannaberg*: Néhány ritkábban előforduló hasmegbetegedés. (Ifj. Elischer Gyula.) — *Sebészet. Carré*: A tüdőbetegségek sebészi kezelése. (Pozsonyi.) — *Nagano*: Thiry-féle sipolyon emberen végzett vizsgálatok. (Pozsonyi.) — *Venereás bántalmak. Lesser*: Kisérleti adatok a higany- és jodkészítmények egyidejű használatához. (Selle i.) — *Colombini*: A venereás bubo pathogenesise. (Selle i.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Eberson*: A tüdőlob gyógyitása. — *Seeligmann*: Pruritus vulvae gyógyitása. — *Wild*: A tengeri betegség megelőzése. — *Folyóiratok átnézete.* 446—448. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Cairoi orvosi congressus. — Győry Tibor. — A budapesti gyakorló orvosok segélyző egyesülete. — Fürdőink személyforgalma. — Máramaros vármegye közkórháza. — Orvosi oklevél elvonása. — Az orvosi rend államositása Hollandiában. — Orvostörténelmi szakkiállítás. — Megjelent. — Elhunytak. — Pályázatok. — Hirdetések 432. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 449. lap. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. 450. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemények a budapesti m. kir. tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

I. Ujabb vizsgálati módszerek a n. vestibularis működésének tanulmányozására.

Hőgyes Endre tanártól.[1]

A n. acusticus vestibularis ága physiologiai működésének tanulmányozására még a mult század 80-as éveinek elején több értekezésemben kisérleti módszert mutattam volt be a t. Akademiának. A módszer lényege abban állott, hogy az élő állaton a testnek passiv helyzetváltoztatásával mesterségesen mindig ugyanazon módon létrehozható fej- és testmozgásokat physiologiai kisérleti analysis alá vetettem, és az agyvelőnek (agy, középagy, nyúltagy), hallóidegeknek, a hártyás labyrinthnak részint izgalomba hozatalával, részint egyes részek működésének kirekesztésével, azon eredményhez jutottam, hogy a n. vestibularis ideg végkészülékeiből, különösen pedig a hártyás ampullákból, az utriculusból és sacculusból szakadatlanul működő reflexbeidegző áramok áradnak szét az összes, de különösen a szem, fej, nyak, törzs és végtag izmaira, és ezen bilateralis reflexáramok tartják a testet nyugalmi állapotban, a test két felén levő hasonló és ellentétesen működő izmokat labilis bilateralis egyensúlyban, a mely labilis egyensúly változik meg akkor, midőn a testmozgások az akarat befolyása alatt vagy más reflexhatások folytán aktivakká lesznek, és az ú. n. associált bilateralis szem- és testmozgások keletkeznek. Valamely tudományos tétel bizonyossága annál nagyobb, mennél több úton és módon lehet annak positiv kisérleti alapjait demonstrálni. Eléggé bizonyított tételek érvényessége újabb bizonyító adatokkal erejében csak izmosodik.

Ezen szempontból közlöm jelenleg a következőket, fennhagyva azt, hogy a közlendő kisérleti módszerekkel nyert újabb eredményeket másszor közölhessem.

Különösen részletes kisérleti analysis alá vetettem volt fennebb említett értekezésemben azon associált bilateralis szemmozgásokat, a melyeket az élő testnek a tér horizontalis, verticalis és sagittalis síkjában való többszöri forgatása által lehet előidézni, a mely szemmozgásokat közönségesen forgatás folytán támadó szemtekerezgésnek — nystagmus rotatoricus — neveznek, a mely mozgásokon kimutattam, hogy azok nem a retina, hanem elsősorban a vestibularis idegvégek izgalmi változásainak eredményei.

A mult és jelen év folyamán e tárgyban újra felvett nagyobb számú kisérleteim folyamán a régebbi kisérletek ismétlése, és újabb kisérleti módok alkalmazása közben ezt az összefüggést a szemizomzat és a hártyás labyrinth között még meggyőzőbben sikerült kimutatni.

Ha a kisérletezésre szolgáló állatot (házinyúl) rendes ülő helyzetében rendes fejtartás mellett rögzítjük, a midőn az állat látható mozgásaiból csak a lélegzés és a szemtekemozgások maradnak szabadon, és azután nyugalmi helyzetéből a fej sagittalis síkjában előre, hátra, vagy a frontalis síkban jobbra vagy balra fordítjuk 0—90°-ig, minden elfordítás folyamán az elfordítás fokának mindig ugyanazon módon megfelelő bilateralis szemállások (strabismus) keletkeznek, mely szemállások változatlanul megmaradnak mindaddig, míg az állat a kitérített helyzetben marad, akár egész napon keresztül és azonnal elmaradnak akkor, ha az állat rendes horizontalis nyugalmi állásába visszahelyeztetik.

E szemállapotokra nézve az is kiderült, hogy azok épen úgy, mint a forgatásra beálló nystagmus, kimaradnak akkor, ha a két vestibularis ideget átmetszi az ember.

Ez a módszer tehát még alkalmasabb és meggyőzőbb a

[1] Előadatott a Magyar Tud. Akademia III. osztályának 1902. junius 16-diki ülésén.

hártyás labyrinth és a bilateralis passiv szemmozgások között levő összeköttetés demonstrálására, mint a forgatásos nystagmus előidézésének módszere.

Ez újabb kisérleti módszerben tökéletesítés és egyszerüsítés történt a szemállások megfigyelésének módjára és az egyes szemizmok összehúzódásában létének meghatározására. Korábban ez a szembeillesztett finom tükből álló, a szemtengely rendszerét utánzó készülék segélyével történt. E kisérletek folyamán kiderült, hogy e meghatározás teljesen lehetséges és könnyen eszközölhető egy, az élő szem corneájának közepétől a felső egyenes szemizom cornealis széli tapadása közepéig vont égetési vonal megfigyelésével, a melyet cocainozott szemen könnyen és fájdalmatlanul lehet létesíteni egy izzó galvanocauterrel vagy közönséges tühegygyel.

Ha a fixirozó-deszkán az állat fejét és nyakát, vagy a test elülső vagy hátulsó részét successive felszabadítjuk, és az állatot a fentebb jelzett síkokban előre, hátra, jobbra vagy balra térítjük el nyugalmi horizontalis állásából, ez eltérítést a fej-, nyak-, törzs- és végtagizmokban szintén a kitérítés foka szerint különbözőképen, de mindig szabályszerüen megjelenő bilateralis testmozgások kisérik. Igy e módszer alkalmas arra is, hogy a vestibularis idegvégekről az egyes testizomcsoportokra kiterjedő reflexmozgásokat is tanulmányozhassuk. A reflexmechanismus e tanulmányozásának részleteiről később fogok jelentést tenni a t. Akademiának.

* * *

Az idevágó felmerült újabb kisérleti módszerek közül még egy egészen újonnan talált módszert kell bejelentenem, mely döntő bizonyitékát birja annak, hogy a hártyás labyrinth tiszta és elkülönített izgatása reflex úton bilateralis szem- és testmozgásokat bir létrehozni, és felvilágositást ad arról, hogy milyen mechanismussal történhetik a reflexizgalom kiváltása.

Ha egy nyúlnak a külső hallójáratát kikészitjük és a fülkagyló és porczos hallójárat eltávolitásával egész a csontos külső hallójárat bemenetéig eljutunk, a dobhártya felső része tünik a szem elé. Annak megnyitása után a hallócsontok lánczolata merül fel, a melynek félretolásával kellő irányban előnyomulva kivülről be- és előfelé könnyen eljuthatnak a fenestra ovalishoz. Ha ide egy kis kampóra hajtott Pravaz-tüt, melyen egy vékony, hosszú szopókában végződő kaucsukcső van illesztve a végből, hogy azon levegőt vagy folyadékot lehessen átfujni, bedugunk, bejutunk azzal a scala vestibuli perilymphájába, a nélkül, hogy a fenestra belső nyilásával szemben levő sacculust megsértenénk. Ha most a kaucsukcsövön gyengéden befujunk, és ezzel a perilymphában hullámot verünk, azt tapasztaljuk, hogy gyengébb befujásra reflex fej-, erősebb befujásra pedig azokkal együtt reflex bilateralis szemmozgások keletkeznek.

E kisérlet tehát tisztán demonstrálja azt, hogy a hártyás labyrinth reflexkapcsolatban áll a szem- és testizomzattal.

Azt pedig, hogy mi történik a perilympha hullámzása közben a kisérlet folyamán, szemmel láthatóvá lehet tenni a következő módon. Lehetőleg friss nyúlholttestből vett sziklacsontban kikészitjük a fossa mastoideát azon módszer szerint, melyet a fentebb említett értekezésekben ismertettem. A fossa mastoideában megnyitjuk a vestibulum tetejét. Ekkor előtünik a perilymphában úszó hártyás labyrinth: az utriculus a beléje nyiló ampullákkal. Ha most e készitményen a fenestra ovalisba, úgy mint fentebb, egy kaucsukcsöre illesztett canulet viszünk be, és abba befujunk: a perilympha hullámzásba jön, és vele lebegő mozgásba esik a hártyás labyrinth is, a mely mozgást puszta szemmel, de még jobban lupe alatt egészen jól megfigyelhetünk. Semmi kétség sem foroghat fenn az iránt, hogy az élőben tett hasonló kisérletnél a hártyás labyrinthban hasonló mozgások támadnak, és hogy a hártyás labyrinth e lebegő mozgásai képezik azt a mechanikai ingert, mely a reflex bilateralis szem- és testmozgásokat kiváltja.

Az e kisérleti módszer által elért eredmények részleteit és azoknak jelentőségét az associált szem- és testmozgások idegmechanismusainak magyarázatára más alkalommal lesz szerencsém bejelenteni.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

II. Kapcsolat a labyrinth és a testfelület érzékenysége között.[1]

Közli: *Marikovszky György* dr., a budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetének segéde.

A vizsgálatokat galambokon és nyulakon végeztem, még pedig: 1. az összehasonlithatás kedvéért ép állatokon, 2. olyanokon, melyeknek egyik, 3. a melyeknek mindkét labirinthját elroncsoltam, eltávolitottam, vagy cocainoztam 10% cocainoldattal, 4. olyan *galambokon*, melyeknek valamennyi félkörös csatornáját plombálva (lumenét elzárva) a peri- és endolympha keringését megakadályoztam, a nélkül, hogy az idegvégkészüléket megsértettem volna.

Galamboknál talpuk és szárnyuk belső felületének egy, tapasztalatilag igen érzékenynek talált pontját vizsgáltam meg. Nyulaknál a fül hegyét és tövét, továbbá a mellső és a hátsó végtagokat tettem vizsgálat tárgyává.

Az érzékenység vizsgálatára legalkalmasabbnak találtam a villamosságot, mint a melylyel tetszés szerinti és lemérhető mértékben izgathattam a vizsgált testfelületet.

Egy Du Bois Reymond-féle szánkagépet egy 1 Ampére erejü árammal működésbe hozva, a szánkagéptől jövő két electroddal izgattam a kérdéses testrészt. Minél közelebb volt egymáshoz a szánkagép két tekercse, természetesen annál erősebb áramcsapásokat osztott a két electrod. A két tekercsnek egymástól való távolságát millimeterekben le lehetett az eszközön olvasni. Hogy az áramcsapások lehetőleg teljesen érjék a vizsgált állat bőrét, galamboknál megnyirtam, nyulaknál megborotváltam a vizsgálandó testfelületeket. Ha az áram elég erős volt, az illető végtag megrándult.

A vizsgálatok eredménye, példának néhány átlagosan kiszámitott adatot véve (39 kisérletsorozatot végeztem) a következő volt.

Ép galamb mintkét lába erősen megrándult, midőn a két tekercs 28 millimeternyire volt egymástól. Ugyanily erős áram elég volt a reactio előidézésére azon galamboknál, a melyeknek valamennyi csatornáját plombáltam.

A legerősebb áramra sem kaptam azonban reactiot azon galamboknak egyik lábán sem, melyeknek mintkét tömkelegje ki lett irtva. Nem sikerült továbbá reactiot kiváltani a bal labyrinthjuktól megfosztott galambok jobb lábán és jobboldalt megoperáltaknak bal lábán, holott operált oldali lábuk körülbelül ugyanolyan erős, sőt olykor már gyengébb áramra is reagált, mint az ép állaté. A galambok szárnyán analog volt a vizsgálat eredménye.

A nyulakon végzett vizsgálatok eredménye összevágott a a galambokon végzettek eredményével. Pl. ép nyulak hátsó végtagja mindig erősen összerándult, ha a szánkagép két tekercse át lag 103 millimeternyire volt egymástól. Ezzel szembe pl. azon nyulak jobb végtagja, melyeknek bal tömkelegjét irtottam ki, csak akkor rándult meg, ha a két tekercs csak 80 millimeternyire volt egymástól. A nyulak mellső végtagján és fülein végzett vizsgálatok analog eredményre vezettek.

Igy kitünt, hogy:

1. ha valamely állatnak mindkét tömkelegje megszünik működni, mindkét testfél felületének megkisebbedik az érzékenysége.

2. féloldalt operált állatoknál az eltávolitott tömkeleggel ellentett oldali testfelület érzékenysége fogyatkozik meg. Vagyis a labyrinthmüködés valamelyes módon összefüggésben van a testfelület érzékenységével, még pedig olyan formán, hogy mindegyik tömkeleg a tulsó testfél érzékenységére van befolyással.

[1] Bemutattatott a Magyar Tud. Akademia III. osztályának 1902 junius 16-diki ülésén.

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

A méhgonorrhoea gyógykezeléséről prostituáltaknál.[1]

Parádi Ferencz dr. I. tanársegédtől.

A mult évtizednek a gonorrhoeás bántalmak lényegére, különösen pedig a gonococcus Neisser biologiájára vonatkozó munkálatai nézeteinket a kankós bántalmaknak, különösen pedig a női gonorrhoeának jelentőségről és fontosságáról meglehetősen átalakították. A gonococcus kimutatása a gonorrhoea kiindulási pontjától távolabb eső szervekben sok, addig felderítetlen eredetü megbetegedést magyarázott meg és ismeretesekké váltak azok a szomorú következmények, a melyek a kankó elhanyagolása esetén a nőt sújtják.

Kétségtelen, hogy ha a női gonorrhoea fontosságáról és súlyosságáról szólunk, úgy elsősorban a méhgonorrhoeára kell gondolnunk, nemcsak azért, mert az eddigi adatok szerint a húgycső mellett az uterusban székel a gonorrhoea leggyakrabban, hanem különösen azért, mert a női gonorrhoea jelentőségét azok a szövődmények adják meg, melyek az ascendáló méhgonorrhoea folyamán jelentkeznek, és a melyek, ha az életet a legtöbbször nem is veszélyeztetik, de oly súlyos tünetekkel járnak, a milyeneket a más helyen székelő gonorrhoeás folyamatoknál sohasem találunk. Hozzájárul még az is, hogy a női gonorrhoea ezen szövődményei a gyógykezelés számára vagy épen nem, vagy igen tökéletlen mértékben hozzáférhetők.

De a prophylaxis szempontjából is legfontosabb a méhgonorrhoea, mert kiszámíthatatlan ideig elhúzódik, illetőleg megtartja fertőző képességét, és a gyógykezelés elé is nagyobb akadályokat gördít, mint a húgycsőben vagy Bartholini-mirigyekben székelő gonorrhoea.

Teljesen indokolt tehát, hogy sokan kitartó buzgalommal újabb és újabb gyógyítási módszerek után kutatnak, és nem helyezkednek azoknak álláspontjára, kik a méhgonorrhoeát már eleve is gyógyíthatatlannak tartják, és e felfogásukban megnyugosznak. Mindinkább szaporodnak a tapasztalatok abban az irányban, hogy nem minden méhgonorrhoea után következik be a méh függelékeinek megbetegedése, hanem, hogy annak korai felismerése és helyes *causalis* kezelése által képesek vagyunk a gonococcusokat elpusztítani, mielőtt azok hozzáférhetetlen helyre vonták meg magukat, és ezáltal nemcsak a méhgonorrhoeát meggyógyítani, hanem az adnexák megbetegedését is megakadályozni.

A női gonorrhoea gyógyíthatatlanságáról szóló dogmát, a mely eredetileg a nőgyógyászok köréből indult ki, újabban több venerologus is hangoztatja, így különösen *Behrend* és *Kromayer*, kik épen ez okból sürgetik a prostitutio állami ellenőrzésénél a kankós bántalmak figyelembevételének mellőzését.

Bár a prostitutio ellenőrzése a kankós bántalmak prophylaxisára nézve nézetünk szerint sem fog sohasem számottevő tényezővé válni, azonban mi, mint azt *Marschalkó* tanár tavaly megjelent munkáiban bővebben kifejtette, egészen más okokból jövünk hasonló conclusiora[7]. Meg vagyunk győződve, hogy női gonorrhoeát és különösen a prostituáltak gonorrhoeáját az esetek túlnyomó részében meg tudjuk gyógyítani, egy másik részében az eseteknek pedig legalább olyan irányban befolyásolni, hogy a virulens és veszedelmes folyamatot kevésbbé virulenssé, tehát kevésbbé veszedelmessé teszszük.

Jelen dolgozat czélja beszámolni azokról a tapasztalatokról, melyek e meggyőződésünket mégérlelték.

A gonorrhoea gyógyíthatóságának kérdésére csak úgy lehet kellő módon felelni, ha minden elfogultság nélkül, teljesen tárgyilagosan mérlegeljük egy nagyobb kórházi beteganyagon elért eredményeket. Épen azért, mert az irodalomban nagyon kevés ilyen nemű, nagyobb kórházi beteganyagot felölelő statistikai munkálat jelent meg, szabad reménylenünk, hogy jelen munkálat sem lesz egészen értéktelen, hanem hozzá fog járulni a kérdés megvilágításához, annál is inkább, mert kevés más intézetnek a beteganyaga lenne alkalmasabb épen a szóban forgó kérdés eldöntésére, mint a kolozsvári egyetemi bőr- és bujakórtani klinika beteganyaga. Eltekintve ugyanis attól, hogy a klinikának 24 ágyból álló prostituált osztályára kerülnek a kerületi orvosi vizsgálatok alkalmával betegnek talált registrált kéjnők, egy másik venerikus női osztálya is van a rendőrség által kórházba szállított, a titkos prostitutio mindennemü fajtájához tartozó női személyek számára (faczér cselédek, kávéházi pénztárosnők, szállodai szobalányok, csatangoló női személyek stb). E mellett számba jön az, hogy beteganyagunk kis városból és annak közvetlen környékéből verődik össze, tehát a már egyszer kezelt beteg igen sokszor nem tünik el véglegesen szemünk elől, hanem megfigyelésünk alatt maradhat. E körülményt a gyógyeredmények megitélésénél mindenesetre mint igen értékes tényezőt emelhetjük ki.

A mult év folyamán főnököm, *Marschalkó* tanár úr azzal a megbizással tisztelt meg, hogy állítsam össze azokat az eredményeket, melyeket klinikáján a méhgonorrhoea kezelésével elértek. Feladatom az 1897 végétől 1900-ig bezárólag a klinikán méhgonorrhoeával kezelt beteganyag adatainak feldolgozása volt. Ezeknek egy részéről *Marschalkó* tanár egy közelebb megjelent dolgozatában már referált.[8] Feldolgozásra várnak még az 1900. év vége óta összegyült adatok, a melyekben a klinikai kép nőgyógyászati vizsgálatokkal is ki van egészítve. E vizsgálatokat, melyek a mi kezelésünk kritikájának szempontjából oly annyira fontosak, 1900. év vége óta *Szabó* tanár úr maga szíves végezni. Az ilyen módon megvilágított esetek talán majd alkalmasak lesznek arra, hogy a nőgyógyászok és venerologusok álláspontját közelebb hozzák egymáshoz. Jelen munkában kizárólag a méhgonorrhoea fog szerepelni.

A klinikai adatok összegyüjtése annyival érdekesebbnek igérkezett, mert azok nagyrészt egy, még eddig ki nem próbált új szernek hatását tüntetik fel. E szer a *natriumlygosin*, melyet előállítója, *Fabinyi Rudolf* dr. úr, egyetemünkön a chemia tanára ajánlott fel kisérletezésre, miután a nevezett anyag egy pár bakteriologiai kisérlet folyamán elég erős antiseptikus hatást mutatott.*

A kisérleteket több irányban végeztük. Legbehatóbb vizsgálat tárgyává tettük azt, hogy a natriumlygosin mennyiben befolyásolja a méhgonorrhoea gyógyulását. Kisérleteinkhez a natriumlygosin párolt vizes oldatát használtuk. A kisérletek kezdetén hígabb, 0,5—1% oldattal végeztük a kezelést. Miután a betegek a befecskendéseket jól türték, a töménységet erősítettük, s végül 5%-osat alkalmaztunk.

A méhgonorrhoea gyógykezelésénél mi a helyi kezelésre fektetjük a fősúlyt. Az exspectativ eljárástól, a borogatástól, a jégzacskó és hashajtószerek alkalmazásától nem várunk mindent, bármily nagyra becsüljük is az általuk eltért eredményt. Azt tartjuk, hogy ez csak egészen heveny esetekben elegendő magában. Ilyenkor mi is tartózkodunk a helybeli beavatkozástól. Ellenben, ha az első heveny tünetek lezajlottak, ha hőemelkedések nincsenek, vagy pedig a beteg már eleve subacut méhgonorrhoeával kerül a kórodára, úgy a fősúlyt a helyi kezelésre fektetjük. Természetesen ilyenkor a legnagyobb óvatossággal járunk el, s bármely oldalról látunk contraindicatiot, a kezelést nem kezdjük meg, vagy abbanhagyjuk. Kezelési módszerünk némileg eltér a gynaekologusoknak *Fehling* által[2] körülirt módszereitől. Szerinte lehet ugyan különböző edző és antiseptikus szerekkel intrauterin kezelést végezni, azonban a Braun-féle fecskendő használatától lehetőleg óvakodni kell. E felfogását azzal indokolja, hogy a befecskendett folyadék, vagy az uterinalis geny ilyenkor a tubákon át a hasürbe

[1] Előadatott az Erdélyi Muzeum-Egylet orvostermészettudományi szakosztályának 1902. márczius 15-dikén tartott ülésén.

* A natriumlygosint *Fabinyi Rudolf* tanár úr állította elő a salicylaldehydnek acetonnal való condezálásával. Meghatározott quantitativ viszonyok között erős natronlúggal végezve a condenzálást, quantitativ mennyiségben képződik a diorthocumarketon natriumsója, vagyis a natriumlygosin, mely 7 molekula vízzel szép fémeszöld fényü hasábokban kristályosodik. Vízben könnyen oldódik; az oldat szine rubinvörös. 100 rész víz 18·4°C.-nál old 6·10 gr.-ot 37°C-nál 10·73 gr.-ot(Fabinyi tanár úr meghatározásai). Hideg helyen tartva napfény hatása alatt sem bomlik. Savak bontják, nagyobb mennyiségü szénsav is. A levegőből absorbeált szénsav még nem bontja. Savak jelenlétében sárga, kristályos csapadék keletkezik: a lygosin (diorthocumarketon). A natriumlygosin a földes fémek, a nehéz és a nemes fémek sóival, részben amorph, részben kristályos csapadékot ad; leválasztja az alkaloidokat is. *Jakabházy Zs.* dr. egyetemi gyógyszertani adjunctus vizsgálatai szerint a natriumlygosin erős antisepticum és erjedést gátló anyag. A vérbe juttatva a lélegzési központot erősen izgatja (Magyar Chemiai Folyóirat 1899. 51. lap).

juthat, s halálos peritonitist okozhat; továbbá tetanusszerű görcsök, thrombosis az uterus vénáiban s emboliák is keletkezhetnek halálos kimenetellel. E helyen nem terjeszkedünk e kérdés részletes tárgyalására. Csupán annyit jegyzünk meg, hogy mindezek az elrettentő eshetőségek akkor történhetnek meg, ha nagyobb mennyiségű folyadék jut nagy nyomás alatt a méhürbe, s a folyadék visszafolyása nincsen biztosítva. A Braun-fecskendő újabb alakjánál, melylyel úgyszólván nem annyira befecskendést mint becseppentést végzünk, s ezután a visszahozott canule nyomán a geny és a becseppentett folyadék kifolyhat, nehezen képzelhető el annak lehetősége, hogy a tubákon át a hasürbe folyadék jusson.

Ha minden alkalommal pontosan el tudnók különíteni azokat az eseteket, melyekben a gonorrhoea csupán a nyakcsatornára szorítkozik, úgy ilyenkor nem kellene intrauterin kezelést végezni, hanem megelégedhetnénk a nyakcsatorna kezelésével. E feltevés elméletileg plausibilisnek látszik, azonban a gyakorlatban nem sok hasznunkra van. A cervix és uterus nyálkahártyájának anatomiai elválasztása könnyű; a határt a belső méhszáj adja. Ez azonban a gonorrhoeás folyamat terjedését egyáltalán nem akadályozza meg.[20] A gonococcusok, bár önálló mozgóképességük nincsen, a mint a nyálkahártya többi pontjain gyorsan elterjednek s a méhbe is hatolnak, ép úgy áthatolnak azon a keskeny redőn, a mely az os internumot alkotja. Másfelől nem tudjuk mindig eldönteni azt sem, hogy a gonorrhoea csupán a cervixre szorítkozik-e, vagy már átterjedt a méh belhártyájának egy részére is. E kérdés eldöntésénél nem támaszkodhatunk a klinikai tünetekre. Igaz ugyan, hogy heveny gonorrhoea gyors ascendálásánál a kifejezettebb subjectiv tünetek, a hőemelkedés, hidegrázások feljogosítanak arra, hogy méhgonorrhoeát állapítsunk meg, azonban mi ritkán találkozunk a méhgonorrhoea ilyen heveny alakjával. Leggyakrabban subacut, vagy chronikus méhgonorrhoeával kerül a beteg nő kezelésünk alá minden általános tünet nélkül. Tehát ezekben az esetekben a klinikai tünetek útbaigazítására nem számíthatunk. *Schultz*[16] szerint a cervicalis gonorrhoea közel 38%-ában már méhgonorrhoea is megállapítható. Adatait aspiratio útján nyert váladék és curette-tel lekapart nyálkahártyarészek górcsövi vizsgálatával nyerte. *Wertheim*[20] a váladékvizsgálatot nem tartja e czélra kifogástalannak. Szerinte a legnagyobb óvatosság daczára is összekeveredhetik a cervix és az uterus váladéka. Csakis a histologiai vizsgálat lehet döntő e kérdésben. Erre a czélra curette-tel kell a méh belhártyájából vizsgálati anyagot venni s ha a szövetben magában van gonococcus, mondhatjuk, hogy az uterus is résztvesz a gonorrhoeás folyamatban. E módszert természetesen csupán akkor lehet igénybevenni, ha a méh nem érzékeny. Megbizhatósága azonban nem kétségbevonhatatlan, mert olyan esetekben sem lehet ilyen módon mindig gonorrcoccust kimutatni, a hol méhgonorrhoeára alapos gyanú volt.

Mindezek alapján nem esünk túlzásba, ha mindazon eseteket, melyeknél a cervicalis váladékban gonococcus van, méhgonorrhoeának nevezzük, s a felhozott nehézségek miatt, legalább a gyógykezelés szempontjából nem különböztetjük meg a cervix és az uterus gonorrhoeáját. Tehát mi minden olyan esetben, midőn a cervicalis váladékban gonococcust találunk, intrauterin kezelést végzünk.

(Folytatása következik.)

A tavaszi hurutról.[1]

Irta: *Falta Marczel* dr. szem- és fülorvos Szegeden.

A trachomától elárasztott vidéken, mint a milyenen magam is szemészeti gyakorlatomat űzöm, a tavaszi hurutra irányítani a figyelmet, nem felesleges már csak azon szempontból sem, mivel a trachoma és tavaszi hurut bizonyos alakja könnyebben összetéveszthető, és így, ha egy tavaszi hurutos iskolás fiú vagy katona a többi trachomásokkal elkülönítettik, ha a trachomát nem is kapja meg, de kénytelen ő is átélni a trachomásokkal szemben jogosan, de több tekintetben túlhajtottan foganatosított vexálásokat.

Azután a trachoma gyógyításában újabb idő óta sok esetben jő alkalmazásba a mütevés, és így megeshetik, hogy egy tavaszi hurutban szenvedő beteg kötőhártyájának áthajló redői (fornix conjunctivae) téves kórmeghatározás folytán kimetszés alá kerülnek. Midőn a szegedi orvosegyesületben ezen tárgyról értekeztem, még csak mint feltevést említettem ezen eshetőséget, és ime egy utóbb kezeim közé jutott referátumban már concret esettel állunk szemben, a mennyiben *Lang*[1] említi azt, hogy ő látott egy tavaszi hurutban szenvedőt, a kit trachoma miatt kezeltek, és plastikus műtétet is hajtottak nála végre. Hogy ez nem közömbös a szemre nézve, az világos, sőt a mütevésnek szomorú következményei is lehetnek, és még hozzá oly szemre nézve, a mely betegségéből idővel teljesen meggyógyult volna.

Nagyon is indokolt tehát, és főleg nagyon is időszerünek tartom a tavaszi huruttal foglalkozni, s ha semmi más czélt nem érek is el vele, mint hogy a figyelmet ráterelem, már ezzel sem végeztem felesleges munkát.

A tavaszi hurut a trachomával csak épen annyiban egyezik, hogy nincsen egységes klinikai képe, abban pedig, hogy hányféle névre keresztelték, még a trachomát is jóval felülmulja. Az irodalomból nem kevesebb mint tizennégy nevet sikerült kifürkésznem: Phlyctaena pallida, conjunctivitis vernicosa, verrucositás conjunctivae, verrucae conjunctivae, conjunctivitis superficialis hypertrophica, conjunctivitis vernalis, conjunctivitis aestivalis, conjunctivitis autumnalis, conjunctivitis printanea, conjunctivitis hypertrophica, recurrens, keratitis marginalis hypertrophica, hypertrophia epithelialis aestiva, hypertrophie périkeratique, catarrhus printaneus. És ha még ez nem elég, úgy magam is ajánlanék egy nevet, a mely legalább a tavaszi hurut minden fellépése alakjára jellegzetes, és talán a sok zürzavart az elnevezésben megszüntetni képes volna. Szerintem az ophthalmia hypertrophica volna a legmegfelelőbb név, mivel a tavaszi hurut minden alakjában közös vonás a túltengés, és az egész látószervet befolyásoló alanyi tünetek kisérik. A tavaszi jelzőnek tulajdonképen nem sok értelme van, mivel a baj télen át is fennáll, és bátran a trachoma elé is tehető, mivel e meleg évszakban ez is rosszabbra fordul.

Különösen a tavaszi hurut különféle megjelenő alakjai leirására fektettek súlyt, mivel azokat összefoglalva az irodalomban feltalálnom nem sikerült, sőt az egyik alakjáról sehol sem találtam említést.

Első alak. A szemen semmi elváltozás nem látszik. A bulbaris és szemhéjak kötőhártyája ép. Beteg (a világosságban) erősen fénykerülő, és a mint kissé erősebb a világosság, nagyon gyenge ciliaris injectio is mutatkozik. Ez azonban nem önálló alak, előbb-utóbb átmegy az alább említendők egyikébe. Ez csak a bekezdő fokozata a tavaszi hurutnak, melylyel valószinüleg minden alakja kezdődik, azonban leggyakrabban oly rövid ideig tart, hogy csak már a kifejlettebb alak jut szemeink elé. Néha azonban hónapokon át eltart, és ekkor igen nehéz lehet a kórmeghatározás, különösen akkor, midőn a beteg koránál fogva nem képes subjectiv érzéseiről számot adni. Ezen alak a legkönnyebben összetéveszthető a lymphatikus szembántalommal. Volt egy kis 3 éves fiúbetegem, kit szülei azzal a panaszszal hoztak hozzám, 1899. május hónapban, hogy a kis fiú folyton pislog és a fényt kerüli. Az objectiv vizsgálat a szemet kissé zavarosnak tüntette fel és nagyon csekély ciliaris injectio is látható volt. A kis fiú sápadtas arczszíne, egyes kitapintható mirigyek és a fenti tünetek lymphatikus szembántalomra engedtek következtetni, mely diagnosist az is megerősíteni látszik, hogy a beteg lakásának falai nedvesek voltak, miután a ház szegedi árvíz alatt vízben állott. Calomel, roboráló diaetetikus kezelés mellett, az állapot nem rosszabbodott ugyan, de nem is javult. Magam is a légváltozástól reméltem eredményt és a szülők kérdésére, vajjon a Balaton vidéke meg fog-e felelni, igenlő választ adtam, már azért is, mivel két hónapi kezelés hasztalan volt. A Balatonon a kis fiú szeme sokkal rosszabbul lett, és midőn két hónapi ott tartózkodása után újból láttam, a szemei eresek voltak, erősen fénykerülők, ciliar injectio kifejezettebb és a felső szemhéjak tarsalis conjunctivája a tavaszi hurut legjellegzetesebb képét mutatja mozaikszerű külsőjével. A Balaton vidékének forrósága és a nagy vízfelületről visszavert fény kifejlődésre juttatta a tavaszi hurutot, melyben a kis fiú mai napig is szenved.

Második alak. A tavaszi hurut typikus és leggyakrabban

[1] Előadta a szegedi orvosegyesületben.

[1] Sitzungsbericht der Engl. Ophth. Gesellschaft. A. f. Augenheilk. B. XLIV, Heft 4.

előforduló alakja a felső tarsalis kötőhártya túltengett lapos szemölcsei, melyek az ismeretes kövezet-, vagy mozaikszerű képet adják. Jó hasonlat, a mit Goldzieher is használ a „chagrinirozott" szó is. Az egész felület többé-kevésbbé opaleskáló. Az alsó szemhéj kötőhártyája és az áthajló redők az egyszerű hurutos vagy csak hyperaemikus jelleget mutatják. Időközönként kevés váladék is van. Ezen alakot igen gyakran összetéveszthetik a trachomával. Igy történt azzal a beteggel is, a kit a szegedi orvosegyesületben ez előadásom megtartásakor bemutattam. Az édes atyja az iskolaév kezdetén hozzám hozta a 11 éves fiút, a kinél a felső szemhéjak kötőhártyáján az imént leirt elváltozásokat találtam.

Szinte biztosra lehetett venni, hogy az iskolában a trachomások közé fogják ültetni és a trachoma-kórházba utasítják. Igy is történt.

Harmadik alak. A szarúhártya körül vöröses-barna dudorok emelkednek ki, melyek a limbusra, de ritka esetben magára a szarúhártyára is ráterjednek. E dudorokhoz conjunctivalis edénykacsok húzódnak. A szem izgatott, kissé fénykerülő, néha szivárványhártya-hyperaemia ciliar injectioval is jelen van. Egyéb elváltozás nincs, csak néha a szemhéji kötőhártya kissé hurutos kevés nyálkás váladékkal. Ezen alakot leginkább a szem phlyctaenáival lehet összetéveszteni. De összetéveszthető a keratitis fasciculosával is, midőn még a limbuson vagy ahhoz közel van a dudor.

Negyedik alak. A bulbaris kötőhártya különböző helyein egy-két szélesen elterült lapos egész fillér nagyságú húsvörös kocsonyaszerű beszürődések találhatók, melyekhez edénykacsok bőségesen húzódnak. Ezen előadás alkalmával bemutatott betegnél a jobb szemen ezen beszürődés majdnem fillér nagyságú, a szaruhártyától 5 mm.-nyi távolságban kezdődik, és ki- és felfelé eső irányban fekszik. Ezen alak összetéveszthető az episcleritissel.

Ötödik alak. A második és harmadik alak együttes jelenléte.

Hatodik alak. A második és negyedik alak együttes jelenléte.

A tavaszi hurutra vonatkozó ismereteink ma még igen hézagosak, A mint nem tudjuk, hogy miért fordul elő leginkább fiatal egyéneknél, úgy nem tudjuk, hogy miért szenvednek abban leginkább a finemüek. De azt tudjuk, hogy miért kedvez a meleg éghajlat és meleg időszak ezen betegségnek. Még kevésbbé mutattak fel eredményt a bakteriologiai vizsgálatok.

A szorosabban vett kóroktant illetőleg igen is szétágazók a vélemények. *Schleich*[1] határozott összefüggésbe hozza a tavaszi hurutot általános szervi bajokkal. Szerinte tavaszi hurutban szenvedőknél majdnem az összes kitapintható nyirkmirigyek megnagyobbodottak, a szövetek lazasága van jelen, általános halványság, hiányos véralkat, fehér vérsejtek szaporodottak, haemoglobintartalom alászállott. Ugyanezen nézetet vallja *Michel* is az ő tankönyvében.

Angelucci[2] szerint a tavaszi hurut összefüggésben van az edényrendszer zavaraival, az abban szenvedőknél hajlamot talált szívdobogásra és activ hyperaemiára és véredénytágulásra, és ebből igyekszik egyszersmind magyarázatot adni ahhoz, hogy a tavaszi hurut télen megjavul, a mennyiben hidegebb évszak alatt a bőredények jobban összehúzódnak.

Okozatos összefüggésbe hozzák még e bántalommal az öröklött bujakórt is. Mások pedig a nagy területü álló vizeket tartják e betegség szülőokának.

Azonban a magam gyakorlatában észlelt esetek a fenti nézetek egyikét sem erősitik meg. Volt ugyan közöttük egynéhány gyengébb testalkatú is, de volt aztán olyan is, a ki különben legegészségesebb és legfejlettebb szervi alkotású volt. Például a fiú, kit ez előadás alkalmából bemutattam, tagbaszakadt erőteljes, egészséges fiú, ilyenek testvérei és a szülők is. Úgy hogy ma csak annyit tudunk e baj aetiologiájáról, hogy a melegség nagy szerepet játszik benne, de azon tényező, a mely ugyanegy éghajlat alatt lakók közül *egyeseket* hajlamosit a tavaszi hurut fellépésére, a mai napig még ismeretlen. Hogy az álló vízfelületek a hőséggel kapcsolatban némi befolyással lehetnek e betegség fellépésére, nem tagadhatom, mert a mint a fent leirt esetemben látható, a mint a beteg Balaton vidékére távozott, ott a felső szemhéjak addig ép kötőhártyáját teljesen elborította a tavaszi hurut ismeretes képe.

A tavaszi hurut csak szórványosan lép fel és mindenütt előfordul, a hol meleg évszakok vannak. Algirban *Gros*[1] dr. adatai szerint igen gyakori, míg előbb azon téves véleményen voltak, hogy ott a trachoma gyakori, utóbb kiderült, hogy a trachoma csak szórványos a nagy számban előforduló tavaszi huruttal szemben.

A kórmeghatározás az esetek nagy számában könnyü. A fő dolog, hogy egyáltalán tavaszi hurutra is gondoljunk. A kép az esetek legtöbbjében, ha a felső szemhéjat kifordítjuk, classikus, ezt a képet trachomával összetéveszteni, a ki csak egyszer is jól megfigyelte, szinte lehetetlen. Nehezebb lehet a tavaszi hurut kórmeghatározása, ha a felső szemhéj porczfedő kötőhártyája ép. Leginkább a lymphatikus szembántalmakkal téveszthető össze. A fent leirt alakok elsejében pedig, a melynél semmiféle jellegzetes elváltozást nem találunk, alig kerülhető el a tévedés még gyakorlottabb orvosoknál is, főleg, ha a tavaszi hurut ezen alakja kisebb gyemekeknél lép fel, a kik anamnesisben nem lehetnek segitségünkre.

A limbus corneae táján fellépő dudorok igen hasonlítanak a phlyctaenularis eruptiokhoz. Csakhogy a tavaszi hurut dudorai megtekintésekor a tömörebb összeállás benyomását nyerjük, körülötte rendszerint kevés a conjunctivalis edényhálózat és színük barnavörös.

A phlyctaenularis eruptiok kevésbbé tömörek, körülöttük erősebb edényhálózat van, és inkább ibolyás-vörös színüek, ha frissek, tetejükön fehérek is, ha pedig már régóta fennállanak, akkor a felületük behorpadt, a mi a tavaszi hurut dudorainál sohasem fordul elő.

A tavaszi hurut azon alakja, a melyben a szemteke kötőhártyájában szélesen elterülő beszürődések vannak, összetéveszthető volna az episcleritissel. Azonban ez utóbbi rendszerint fájdalommal jár, a mi a tavaszi hurutnál nincs jelen, továbbá az episcleritisnél, ha a beszürődött hely felé nyomást gyakorlunk, utána sárga színben tünik át a kötőhártyán a beszürődés, míg a tavaszi hurutnál piszkos-szürke színben.

A tavaszi hurut kórmeghatározásánál legfontosabb az anamnesis. Ha a beteg azzal a panaszszal jö, hogy folyton viszket a szeme, majdnem bizonyos, de ha még azt is mondja, hogy csak a meleg évszakokban viszket, egész bizonyosan meg lehet állapitani a tavaszi hurut diagnosisát minden vizsgálat nélkül is. A kicsiny gyermekek azonban subjectiv érzéseikről nem tudnak beszámolni, igy azután ezeknél bajos lehet az eligazodás, főleg, ha a fent leirt alakok elseje van jelen, a midőn épen semmi jellegző objectiv tünetet nem találunk. Mint a fenti kórleirásban említettem, velem is megtörtént a tévedés. Azóta azonban sohasem mulasztom el, ha kétségeim vannak a diagnosis megállapításában és kis gyermekekről van szó, megkérdezni a szülőket, hogy nem dörzsöli-e a gyermek sokszor és erősen szemét. Ha tavaszi hurut van jelen, akkor erre mindig igenlő választ kapunk, mert azóta előfordult eseteimben ez a jelenség mindig megállapítható volt. Tehát gyermekeknél, ha gyanu van tavaszi hurutra, a szem dörzsölése a beteg által kiváló figyelmet és számbavevést érdemel.

Még egy jelenségre akarok rámutatni, a mi szintén kisegítő lehet a kórmeghatározásban. Ugyanis ha tavaszi hurutnál a felső szemhéj segélyével a szemgolyót enyhén, de gyorsan dörzsöljük még inkább azonban, ha a felső szemhéjat kifordítjuk és porczfeletti kötőhártyájának szemölcsös felületét dörzsöljük a jelzett módon egy kis üvegrúd végével, a betegek igen élénk viszketö érzést éreznek.

Ez semmiféle más szembántalomnál nem fordul elő, és a trachotól való megkülönböztetésben elég ennek a tünetnek a megállapítása, mert ha a trachomásan elváltozott kötőhártyát dörzsöljük, ez inkább fájdalmas érzést kelt, de viszketőt soha. Előnyös szolgálatot tehet e jelenség különösen a hidegebb évszakokban. Ha ekkor látjuk a tavaszi hurutban szenvedőt, a szem majdnem teljesen békés, a subjectiv kellemetlen érzések hiányoznak, a dudorok és szemölcsök többé-kevésbbé visszafejlődöttek, sőt a felső szemhéj porczfeletti kötőhártyáján egészen elmosódott lehet a

[1] Zum Wesen des Frühjahrskatarrhs.
[2] Arch. di ottalmologia. Anno V. fasc. 8—9.

[1] Revue général d'ophthalmologie. 1898. április, cit. Centrablt. für Augenhlk. Supplhft. 1898.

*

tavaszi hurut képe. Ha kétségünk volna a kórmeghatározásban, a dörzsölésekkel a viszkető érzést kiválthatjuk, a mely teljesen megegyező azon viszketéssel, a melyet a beteg a meleg időszakban minden más külső behatás nélkül is érez.

A tavaszi hurut therapiája még ma is igen bizonytalan nyomokon halad és így sok a gyógyítószere. Azok, kik általános szervi bajokkal hozzák összefüggésbe a tavaszi hurutot, nagy súlyt fektetnek a belső gyógyszerelésre, vasat, jodot, arsent stb. adnak.

A helyi kezelésre pedig a gyógyító szerek egész legioját ajánlják. Ezek között szerepel az antisepticumok majdnem mindegyike cseppek, kenőcsök vagy por alakjában, továbbá higított eczetsav, cocain és hosszas hideg borogatások, valamint a massage. Többen ajánlják az operativ eljárást is, a mi a szemölcsök és dudorok eltávolításában áll. Legutóbb pedig *Perret*[1] magasztalja a suprarenint, de a magasztalások után mindjárt azt is mondja: En cas de rechute, il sera toujours facile de recommencer le traitement. Hát ennyi szolgálatot mindegyik szer nyujt, csak ezzel a kis fentartással éljünk. Mert a dolog úgy áll, hogy jó a suprarenin, cocain, xeroform, 0·6% lapis, eczetsav stb., de csak télen vagyis a hidegebb időjáráskor, a „rechute“ azonban mindig megjő a melegebb időkkel.

A műtevő eljárás csak egyes erre különösen alkalmas esetekben javasolt. Egy oly bántalomnál, mely végre is magától meg fog gyógyulni, igen óvatosnak kell lenni a késsel, mert ezzel esetleg maradandó kárt okozhatunk. Némely esetben azonban, mint ilyenről *Silex*[2] is beszámol, kiváló eredményt érhetünk el általa. Különösen áll az oly esetekre, melyekben semmi más elváltozás nincs, mint a limbus körül egy-két dudor. Két esetben megkisérlettem a felső szemhéj porczfeletti conjunctivájának erős megkaparását is, de visszaesés következett be.

A jelenleg általam követett eljárás a tavaszi hurutban szenvedőknél a következő: Télen a betegnek nem rendelek semmit, csak ha hurutos tünetek is vannak, 1% zincumsozojodolicumot vagy 1‰ sublimatot. A melegebb idők beálltával hüvösebb hőmérsékkel biró klimatikus gyógyhelyet ajánlok. A ki pedig erre bármi okból nem képes, azzal a melegebb idő alatt sötét szemüveget használtatok és a *Magnani*[3] által ajánlott hosszas hideg borogatásokat rendelem. Ezen kivül 2—3 naponként sárga kenőcscsel csekélyebb massage-t csinálok, még pedig a felső szemhéjat kifordítva egy kis jól legömbölyített üvegrúd végével dörzsölöm, a limbus körül levő dudorokat és a szemteke kötőhártyájában székelő beszűrődéseket pedig a felső szemhéj segélyével, különösen figyelve arra, hogy a dörzsölés folyton a dudorokat illetőleg beszűrődéseket érje, a mit az általam ajánlott ellenőrző módszer[4] segélyével igen könnyen eszközölhetünk.

TÁRCZA.

† Maizner János dr.

Maizner János dr., a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem orvosi karának nesztora folyó év junius 30-dikán elhunyt, 74 éves korában. Váczon született 1828-ban, Szászországból bevándorolt családtól. Elemi és középiskoláit ugyanott, orvosi tanfolyamát a pesti egyetemen végezte. 1852-ben avatták orvosdoktorrá. Tanfolyamának végzése után Balassa mellett nyert műtőnövendékséget és műtői oklevelet, majd Semmelweis mellé jutott mint tanársegéd, és ez állásból neveztetett ki 1859-ben a kolozsvári, akkori orvossebészeti tanszékhez a szülészet tanárává. Ez intézetben működött, melynek igazgatójává is lett 1872-ig, egész addig, mig az be nem szüntettetett, illetőleg, a midőn abból az újonnan felállított egyetem orvosi kara keletkezett, a melybe Maizner mint a szülészet és nőgyógyászat első nyilvános rendes tanára neveztetett ki. Ily minőségben tanitotta a szülészetet és a nőgyógyászatot az orvosnövendékeknek, illetőleg bábáknak 1892-ig, a midőn 33 évi tanársága után nyugalomba vonult. 1885-ben a kolozsvári egyetem rektora volt.

Maizner tanár szaktudományi működését primitiv külső viszonyok között kezdette meg a kolozsvári orvossebészeti intézetben. Az adott körülmények között azonban mindig igyekezett szaktárgya érdekében, a mit lehetett megtenni. Buzgó működést fejtett ki az orvossebészeti intézetnek egyetemi orvosi karrá változása alkalmával felmerült administrativ teendőkben. Ez intézetnek történetét is megirta. Szintén buzgalommal vett részt a fiatal egyetem culturalis törekvéseiben. Mint gyakorló orvos és köztevékeny férfiú, városában és Erdélyben sok időn át közszeretetben és tiszteletben állott, mely részvéttel kiséri őt huzamosabb idő óta beállott lassú végelgyengülése után bekövetkezett halála után sírjába is. Nyugodjanak békében hamvai!

[1] Leçons de therapeutique oculaire. II. Edition. A Darier 120. l.
[2] Zur Therapie des Frühjahrskatarrhs. Sep. Abdr.
[3] Acc. Med. di Torini 1898. Cit. Ctrbl. f. Aug. után Supplhft. 1898.
[4] Szarúhártya-homályok és ellenőrző massage. O. H. 1896. 13. sz.

A Finsen-féle gyógymód mai állása.

(Folytatás.)

II. A műszerek.

A fentebb jelzett kisérletek eredményeiből kifolyólag a *Finsen*-féle kezeléshez szükségelt, valóban jó instrumentariumnak a következő tulajdonságokkal kell birnia:

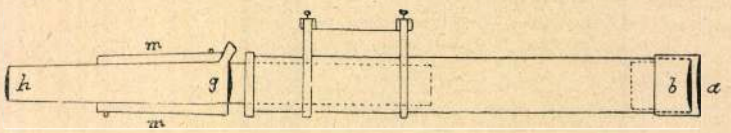
1. A fény legyen eléggé intensiv, különösen pedig tartalmazzon minél több chemiai sugarat.

2. A chemiai sugarak hatásának jelentékeny fokozására a concentrálás elkerülhetetlenül szükséges; a gyüjtőkészülékben minden egyes üveglencse helyett (villamos fény használatát tételezve fel) ismert okokból csak kvarczlencse alkalmazható és végül

3. a chemiai sugaraknak minél zavartalanabb és mélybeterjedő előhatolása érdekében a szöveteknek előzetes vértelenítése el nem hagyható feltételt képez.

Az 1. pontot illetőleg a fentebbiek értelmében csak két fényforrás jöhet számításba; ezek egyike a nap fénye, másika a villamos ivlámpa fénye. Szükségtelen annak okát bővebben magyaráznom (egyébként már fentebb jeleztem), hogy e két fényforrás közül már kivétel nélkül mindenki csak az ivlámpa fényét használja. Általában véve már mondhatjuk, hogy a therapeutikus hatás annál intensivebb, minél intensivebb a fényforrás, vagyis más szóval: *minél erősebb fénynyel dolgozunk, annál mélyebbre terjed a hatás és annál rövidebb expositio szükséges ugyanoly hatás elérésére.* A *Finsen*-féle intézetben ma már csupán 48—50 Volt feszültségű és 70—80 Ampére erejű ivlámpákkal folyik a munka. Ilyen lámpa összesen hét van elhelyezve: ezek tehát, mint látjuk, igen erős (mintegy 30—40,000 normalgyertyaerejű) fényforrások.

A 2. pontban jelzett követelményeknek megfelel a mai alakjában használt (a korábbiakhoz képest részben módositott) és általánosan ismert, távcsőhöz hasonló készülék: *a Finsen-féle concentrator.* Mig a nap fényében foglalt ultraviolett sugarak az üvegen is képesek áthatolni, addig az ivlámpa chemiai sugarai számára az üveg nagy akadályt képez. E czélra mai ismereteink szerint csupán a kvarcz alkalmas, a melynek használata e concentratoroknál tehát elengedhetetlen követelmény. Meg kell azonban felelni még egy másik feltételnek is, és ez az, hogy a hősugarak teljesen visszatartassanak. *A concentrator feladata ezek után tehát egyfelől a chemiai sugarak átengedése és concentrálása, másfelől a hősugarak visszatartása.* E követelményeknek megfelelőleg a concentrator a következő szerkezettel bir: (l. az 1. ábrát.)



1. ábra.

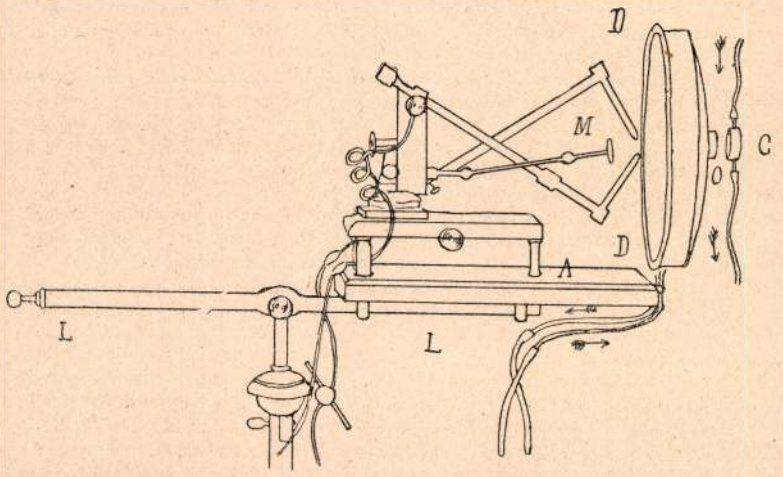
Áll egy körülbelül 95 cm. hosszú sárgarézcsőből, a mely kvarczból készitett négy lencsét tartalmaz; a lámpához legközelebb álló két lencse *(a, b)* összesen 12 centimeter gyújtótávollal bir, vagyis ha a legkülső *(a)* lencse 12 centimeternyire van a szénpolusoktól, akkor a divergálva jövő sugarak akként töretnek, hogy a csőben ezentúl párhuzamosan haladnak tovább; e sugarak most a cső proximalis (a beteg felé néző) részében levő újabb két lencse *(g, h)* által ismét concentráltatnak akként, hogy gyujtópontjuk a *h* lencse alatt mintegy 10 cm.-re esik. A *g* és *h* lencséktől körülzárt csőrészekben destillált viz van, a mely a hősugarakat elnyeli, a chemiai sugarakat azonban átbocsátja; hogy ez a viz túlságosan fel ne melegedjék, e végből a csőnek *(m, m)* köpenyében állandóan friss viz kering. Minden lámpa körül négy ilyen concentrator van alkalmazva 130°-ú szög alatt, a mely a sugarak kihasználására a legalkalmasabb elhelyezést képviseli. A *Finsen*-féle intézetben jelenleg a már említett hét ivlámpának megfelelőleg össszezen 28 ilyen concentrator működik.

A 3. pontban jelzett czél (a szövetek vértelenítése) elérésére használják az úgynevezett nyomóüvegeket: ezek sárgarézbe foglalt két kvarczlemezből állanak, a melyek között levő hézagban egy a foglalaton alkalmazott be- és kifolyó cső útján szintén friss viz kering. A vizkeringés czélja ugyanis, hogy még azon hősugarakat is teljesen eliminálja, a melyek a concentratoron át a nyomóüveg szabad felületére érnek. Az egész berendezés eléggé egyszerűvé van téve az által, hogy a concentrator és a nyomóüveg vízkeringése, gummicsöveknek czéltudatos összekapcsolása által, egységes egészet képez. Főczélja természetesen, hogy a kis készülék segélyével a szövetek lehetőleg anaemiásokká tétessenek, mivel tudjuk az előzőkből, hogy a vér a chemiai sugarak áthatolását akadályozza.

A *Finsen*-féle concentratorok legnagyobb hátránya, hogy még ma is meglehetősen drágák (Schjörring kopenhágai czég legújabb árjegyzéke szerint 4 concentrator 1968 koronába kerül) és ez képezte nagyobb elterjedésüknek eddigelé a legfőbb akadályát. Drágitja a fel-

szerelést továbbá a nagyfeszültségű áram, az ívlámpa, egyszóval az egész berendezés költsége, drágítja végül az a körülmény is, hogy az ívlámpához közel eső kvarczlencse a nagy melegtől egyszer-másszor megreped, hasznavehetetlenné lesz és újjal cserélendő ki. Ez utóbbi fogyatkozáson egyébként *Reyn* (a *Finsen*-intézet egyik assistense) legújabban akként iparkodott — és úgy látszik sikeresen — segiteni, hogy *az ívfényhez legközelebb álló lencse mögé* alkalmazta a meleget absorbeáló vízréteget.

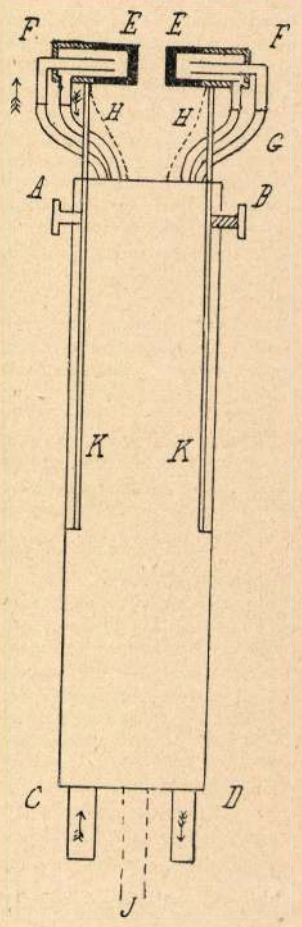
Jogosult volt tehát a kivánság, tekintettel az ezen concentratorral elérhető és alább részletezendő eredményekre, hogy olyan készülék állíttassék elő, a mely az eredeti *Finsen*-féle concentratornál jóval olcsóbb, hatására nézve azonban vele legalább is megegyezik. Az első ilyen készülék az, a melyet *Lortet* és *Genoud* lyoni orvosok szerkesztettek és a melyet 1901. február 4-dikén mutattak be a tudományos akademiának.[37] A készülék első alakjában lényegében véve nem volt egyéb, mint a *Lumière*-féle kinematograph golyócondensatorának a czélhoz alkalmazott módositása. Minthogy e műszert ilyen alakban ma már nem használják, ezért csak *a már módosított készüléket* óhajtom röviden ismertetni. A fényt egy 10—12 Ampère erejű ívlámpa szolgáltatja, csak olyan tehát, a minőt közönséges világitási czélokra használunk és a minő erőset — mint korábban említém — már *Lahmann* is alkalmazott. A két szénpolus bizonyos szög alatt áll szemben egymással és csavarok segitségével ide-oda mozgatható (l. a 2. ábrát). A



2. ábra.

két polus mögött kis (*M*) tükör van alkalmazva, a melynek hivatása, hogy a fénysugarak legnagyobb részét a *DD* ernyőnek közepe felé vetitse. Az ernyő főleg a vakító fény feltartására szolgál, kettős falú és a két fal között víz kering, a mely a hősugarak nagy részét felfogja; közepén kerek nyilás van, a melynek helyét egy kvarczból készült, kettős falú (a *Finsen*-féle „nyomóüvegek“ mintájára készült) üreges obturator foglalja el (az ábrán szét van választva), a melyben szintén víz kering és a mely a *Finsen*-féle concentratornál említett „nyomóüveg“ szerepét teljesiti. A *Lortet-Genoud*-féle készülék előnye, hogy aránylag csak gyenge (összesen 10—12 Ampère erejű) villamos áramot igényel, szerkezetéből pedig elmaradván a költséges concentráló készülék, ára is a *Finsen*-féle concentratorhoz viszonyitva olcsónak mondható (Reiniger, Gebbert és Schall legújabb árjegyzéke szerint a *Lortet-Genoud*-féle lámpa ára 440 korona). További előnye a szerzők állitása szerint az, hogy photochemikus intensitása elég nagy ahhoz, hogy a kitűzött czél már 10—15 percznyi expositio után eléressék. A készülék hátrányait az egyéb újabb készülékek ismertetése után és ezekkel párhuzamosan fogom kritikailag méltatni. Néhány hóval ezelőtt ismertette *Sophus Bang*,[38] *Finsen* tanár laboratoriumi assistense azt a készüléket, a mely a német orvosok és természetvizsgálók 1901-diki hamburgi congressusán méltó feltünést keltett és a mely azon elvből indult ki, hogy az ívfényben a gyógyitólag ható ultraviolett sugarakon kivül levő sok hatástalan, sőt directe káros sugaraknak vízen át való szűrése helyett olyan fény alkalmaztassék, a mely sok ultraviolett sugarat tartalmaz; mindezek mellett azonban, laikus nyelven szólva, nem meleg, hanem hideg sugarakat lövel. *Bang*-nak sikerült ilyen fényt akként előállitani, hogy 7 Ampère erejű és 40 Volt feszültségű villamos áramot olyan elektrodokba vezetett, a melyek vasból készültek, hengeralakúak, belsejükben pedig víz kering. Ezen „hűsitő elektrodok“ alkalmazása (a melynek eszméje egyébként *W. Siemens*-től származik, a ki azokat optikai czélokra és a közönséges ivlámpában már 1879-ben alkalmazta) mindenesetre nagy vívmány a tudományban, mert megoldották a „hideg fény“ kérdését. Az elektrodok között rendkivül intensiv és ultraviolett sugarakban nagyon gazdag villamos fény keletkezik, a mely annyira hideg, hogy a készülék működése alkalmával az elektrodokat bátran meg lehet fogni. Az elektrodok alatt a már ismert kvarczny omóüveg van alkalmazva, a melyben szintén kering víz, hogy az esetleges höhatás még biztosabban elkerülhető legyen. Az elektrodpár és a nyomóüveg egy fémmarkolatba (*A*, *B*, *C*, *D*) van erősitve (l. a 3. ábrát), a mely belsejében a vizet hozzávezető és elvezető csövet és a villamos áramot közvetitő kábelt tartalmazza.

A készülék előnye tehát ugyanaz, mint a *Lortet-Genoud*-féléé, sőt ennél a könnyebb kezelhetőségénél és contemplált áránál (körülbelül 100 márka) fogva még előnyösebb is. Az egész készülék, mely alakra és nagyságra nézve körülbelül evőkanálra emlékeztet, csak egy példányban létezik még, a melylyel még mindig folynak a kisérletek, körülbelül 10 hó óta a *Finsen*-féle intézetben. Minthogy e lámpával valóban bámulatos baktericid hatást lehet kifejteni, ezért szükségesnek tartom, hogy a vele eszközölt kisérletekről is megemlékezzem. Míg a közönséges 25 ampères és 55 voltos ívlámpa 60 cm. távból és a legjobb kisugárzási szögben a staphylococcus pyogenes aureust $4^1/_2$ perez alatt öli meg, addig a *Bang*-lámpa hasonló viszonyok között már 4 másodpercz alatt öli meg az emlitett bakteriumok culturáit, hatása tehát 60-szor erősebb. A *Bang*-lámpával már 150-nél több, részint ép bőrön, részint lupusbetegen tettek kisérleteket; a saját alkaromon végzett kisérlet is — mint már említém — ezen lámpával történt. Az összes kisérletek arról tettek bizonyságot, hogy erélyes fényreactio már 10—15 percznyi expositio után áll be.



3. ábra. A jelek magyarázata: *FF* electrodtartók; *EE* vaselectrodok; *G* vizhozzávezetés az electrodok számára; *ABCD* csőalakú fogantyú; *HH* villamos kábel; *B* csavar az electrodok közti táv szabályozására.

Csak a teljesség kedvéért említem, hogy az 1901-dik év deczember elején adták át a használatnak a *Strebel*-féle[39] és a *Kjeldsen*-féle „Dermo“-lámpát,[40] a melyek a leirás után (magam nem láttam!) teljesen identikus és csak a részletekben eltérő constructioval birnak, mint *Bang* lámpája, és ugyancsak a „hűtő elektrodok“ használatán alapszanak. Érdekesnek tartom a „dermo“-lámpára vonatkozó közleményből csak a következő charakteristikus passust idézni: „Die *Kjeldsen*-Lampe . . . . . wie ausgeprobt, bei 5 – mondd öt — Ampère in 3 Minuten das bewirkt, was früher in $1^1/_2$ Stunden mit 80 Ampère *kaum* erzielt wurde.“ Mint látjuk, az Ampèrek számának folytonos csökkentésével arányosan nemsokára oda érünk, a hol a Finsen-féle kezelés előtt voltunk, hogy t. i. *Ampèrekre egyáltalában nem lesz már szükség.*

A mennyire értesültem, még egyéb újabb lámpák is kerültek már forgalomba, igy pl. a *Foveau de Courmelles* és *Trouvé* lámpája, *Sequeira*, *Strobinder* lámpája; *Finsen* tanártól legutóbb kapott szives személyes közlésből tudom, hogy a kopenhágai intézet jelenleg egy 20—25 ampères, egy személy kezelésére szolgáló lámpa készitésén fáradozik. Meg vagyok egyébként győződve, hogy a legközelebbi jövőben újabb és újabb lámpák fognak felbukkanni, a melyeknek a tudomány remélhetőleg csak hasznát fogja látni. Hiszen az eddig ismert és felsorolt lámpák is már néhány érdekes adattal gazdagitották a phototherapia tudományát. Megtanultuk ismerni (legalább therapeutikus szempontból!) a „hűtőelectrodokat“ és ezzel egyúttal azt is, hogy szénpolusok helyett vaspolusokkal is lehet villamos fényt gerjeszteni. Megtudtuk azt, hogy az eddigieknél sokkal hatékonyabb „chemiai fényforrást“ — bocsánat e kifejezésért — is lehet előállitani és megtanultuk végül azt is — és ez talán reánk nézve a legfontosabb eredmény) —, hogy a *Lortet-Genoud*-, a *Bang*-, a *Strebel*-, a *Kjeldsen*- és a többi lámpával (legalább mai alakjukban) *lupust gyógyitani még csak távolról sem lehet oly sikerrel, mint az eredeti Finsen-féle concentratorral.* És mivel most kimondtam a sententiát, ezért magyarázattal is tartozom.

Ha az eddig elősorolt készülékeket szemügyre veszszük, akkor azt látjuk, hogy ezek két categoriába oszthatók: az egyikbe tartozik a *Finsen*-féle műszer, a mely nagy feszültségű áramot igényel és a fényt concentrálja, a másikba tartozik a *Lortet-Genoud*-, a *Bang*-, a *Strebel*-, a *Kjeldsen*-féle és a többi műszer, a melyek kis feszültségű árammal és concentrator nélkül dolgoznak. Az utóbb emlitett készülékek kisebb eltérésekkel (a melyek főleg a polusok anyagát illetik) teljesen azonos feltételek között működnek, tehát bármelyiket választhatom ki azok közül, hogy ennek kapcsán észrevételeimet tehessem, a melyeket azután a többi készülékre is alkalmazhatok. Kiválasztom a *Bang*-féle lámpát, mert ez a többi emlitett műszer közül a legjobbnak igérkezett. Chemiai sugarat — és czéljaink elérésére ez a legfontosabb feltétel — sokkal többet lövel, mint pl. a *Lortet-Genoud*-féle lámpa (igaz ugyan, hogy legújabban kiderült, miszerint a vaspolusokból lövelt chemiai sugarak más törésűek mint azok, a melyek a szénpolusok között fejlődnek); a villamos áram ereje egyébként körülbelül ugyanaz, mint a *Lortet-Genoud*-lámpáé. Minthogy a fentebb emlitett második csoport lámpáinál úgyszólván kizárólag csak chemiai sugarak fejlesztetnek, ezért érthető, hogy az úgynevezett „fényreactio“ és a „bacteriumok elölése“ mint elméleti criteriumok minden lámpánál prompt beváltak és épen ez vezette tévútra a lámpák szerkesztőit. A *Bang*-lámpához még Kopenhágában való tartózkodásom alatt is sok reményt fűzött úgy a feltaláló, mint *Finsen* tanár; hazajövetelem után nemsokára azonban

maga *Finsen* tanár volt szives engem arról értesiteni, hogy a *Bang*-lámpához fűzött várakozások (legalább a lupustherapiát illetőleg) teljesen megniúsultak, mert mint állitá, kiderült, hogy a *Bang*-lámpa chemiai sugarai *nem képesek a mélybe hatolni*. Azaz praecisebben kifejezve, a dolog úgy áll, hogy azon lupusgöbök, a melyek felületesen (talán csak a papillaris rétegben) székelnek, az *említett* lámpák által is valószinűleg befolyásolhatók lesznek és ezért *részleges gyógyulást* valószinűleg ezen lámpákkal is lehet majd elérni, de oly biztossággal (már t. i. a később statistikailag igazolandó határok között), mint a *Finsen*-féle concentratorokkal, a munka semmi esetre sem lesz lehetséges. Dolgozatom készen volt már, a midőn megjelent a Deutsche med. Wochenschriftnek legújabb (1902. 2. sz.) számában magának *Bang*-nak kritikája az általa szerkesztett lámpáról, a melyet, minthogy magától a lámpa feltalálójától származik, szó szerint idézek e helyen. *Bang* azt mondja: „Während die Verwendung meiner Lampe, auf die bisher einfachste und billigste Weise eine starke Hautreaction und oberflächliche bakterientötende Wirkung zu Stande bringt, behalten die *Finsen*-Apparate uneingeschränkt ihre Suprematie den tiefer sitzenden Leiden, wie Lupus vulgaris gegenüber, wo von den Eisenlicht abzurathen ist, jedenfalles in der Stärke, in der es von meiner kleinen Handlampe zu 8 Ampère produziert wird". Emlitettem korábban, hogy *Lahmann* is tudott 12 ampéres lámpájával gyógyeredményeket felmutatni (ő pláne vértelenitést sem eszközölt), kétségtelen, hogy azok is csak a felületesebb lupusgöbökre vonatkozhattak. A készülékek használhatatlansága szerintem onnan származhatik, hogy a lámpák feltalálóinak figyelmét elkerülte azon *Finsen*-től kisérletileg beigazolt tény, hogy *a hatás a fény erejének arányában növekedik*. Azt hiszem tehát, hogy az eddigi lámpákkal, még ha az eddig használt electrodokat más anyagból készültekkel (t. i. még több chemiai sugarat fejlesztőkkel) is cserélik ki, az eddigi áramerő mellett *a priori*- sem lehet nemcsak elérni, de még csak remélni sem olyan eredményeket, a minőket *Finsen* az ő concentratorával elér.

Az ezen lámpákkal végzett kisérletekből még azon további tanuság is következik, hogy valamely photochemiai czélokra használandó lámpa jóságának megitélésénél nem lehet mérvadó a bakteriumölő képesség, vagyis a chemiai sugarak kisebb-nagyobb száma — mert hiszen érthető, hogy a táptalajra nézve egészen más viszonyok érvényesek, mint a bőrnél —, de mérvadó lehet egyes egyedül csak a hónapokon át folytatott, még pedig élő szöveten folytatott kisérletezés. E kisérlet a *Bang*-lámpával már hónapok óta folyik, fájdalom eredménytelenül (legalább a lupus vulgarist illetőleg). A mit a *Bang*-lámpára vonatkozólag állitottam, az vonatkozik a *Strebel*-, a *Kjeldsen*-, a *Lortet-Genoud*-féle és egyéb elősorolt készülékre is.

Mondom egyébként, hogy kizárva egyáltalában nincs, miszerint a *Lortet-Genoud*-féle készülékkel (azért szólok most ismét erről, mert tudtommal az olcsó készülékek közül ez van még leginkább elterjedve, a *Bang*-lámpa pedig a kisérletek eredménytelensége folytán nincs is még forgalomba bocsátva), *kivételesen* gyógyeredményt is lehet vele elérni, de ez csak kivétel és csakis a felületes lupusgöbökre vonatkozhatik. Innen van, hogy a *Lortet-Genoud*féle készülék — jóllehet ide s tova már egy év óta ismeretes — nagyobb kelendőségnek nem is örvend: igaz, hogy nem is lettek ezen aránylag elég hosszú idő alatt még különösebben számbavehető eredmények az irodalomban feljegyezve.* Innen van, hogy mindazon helyeken, a hol a phototherapia nemcsak kisérleti, hanem therapeutikus czélból is lőn meghonositva, még ma is csak a drága, de megbizható *Finsen*-féle concentratort látjuk alkalmazva, a *Lortet-Genoud*-féle készülékről pedig szó sincs.

Csak a *Lesser* tanár intézetét emlitem, a ki a drága *Finsen*-műszerekkel akkor kezdte meg áldásos működését (1901. májusban), a midőn a *Lortet-Genoud*-féle[41] készülék már ismeretes volt. A *Lortet-Genoud*-féle készülék ezen főhibájának részletes fejtegetése után talán felesleges is megjegyeznem, hogy alkalmazása is nehézkes, a fényforrás irányitása nagy időveszteséssel jár, az egész készülék merevségénél fogva pedig csak nagyon korlátolt esetben adaptálható teljesen a beteg területhez. Megjegyzem még egyébként, hogy *Lortet* és *Genoud* maguk is belátták törekvéseik sikertelenségét, mert mint Kopenhágában értesültem, az expositio idejét a hirdetett negyed óráról már fél órára emelték.

Mindezek után egész határozottsággal állithatom, hogy legalább a lupustherapiában a később statistikailag igazolandó kiváló sikereket csakis az eredeti Finsen-féle concentratorral lehet ma még elérni, és valószinű, hogy ily sikereket a fény concentratioja és erős villamos áram alkalmazása nélkül, legalább a most ismeretes polusokkal, nem is lesz lehetséges elérni. *Finsen* maga is — a ki pedig e tekintetben úgy hiszem elsőrendű szakértő — a következőleg nyilatkozik a Deutsche med. Wochenschrift-nek legújabb (1902. 2. sz.) számában az eddig ismert lámpákról: „Ich bin deshalb leider gezwungen allen denen, die dieselben Resultate zu erzielen wünschen, wie sie hier das Lichtinstitut aufzuweisen hat, den Rath zu geben, dieselbe Lichtstärke (ca. 70 A.) und Sammelapparate derselben Construktion, sowie so lange Sitzungen zu benützen, wie wir, so lange bis etwas Besseres kommt". Azt hiszem egyébként, hogy a lupusnak a mai *Finsen*-féle concentratorokkal való elég hosszadalmas kezelése épen az által lesz megrövidithető, ha még erősebb fényforrást és a szénpolusoknál lehetőleg még több chemiai sugarat fejlesztő (talán a hűtő electrodok mintájára készült) electrodokat alkalmazunk. A *Lortet-Genoud* és egyéb megnevezett és még nem nevezhető, mert fel nem fedezett lámpákkal végzett és végzendő kisérletek egyébként mindig tanulságosak lesznek és a tudománynak csak hasznára fognak válni, de mindenesetre helytelennek tartom, ha az ilyen műszerekkel dolgozó intézetek a „*Finsen*-féle intézetek" nevét használják, mert végre is ezen műszerek legalább mai alakjukban az eredeti *Finsen*-féle műszereknek csak *surrogatumai* és csak arra alkalmasak, hogy az eredeti *Finsen*-műszerekbe helyezett bizalmunkat discreditálják.

Huber Alfréd dr.

(Folytatása következik.)

* *Beck Soma* kartárs úr, a kinek alkalma volt a *Lortet-Genoud*-féle készülékkel dolgozni, budapesti kir. orvosegyesületnek 1902. márczius 8-dikán tartott ülésén maga is kedvezőtlenül nyilatkozott e lámpáról.

Közegészségügy.

Az országos közegészségi egyesület iskolaegészségügyi bizottsága titkárának, *Genersich* dr. egyetemi tanársegédnek jelentése a bizottság működéséről. „Szerfelett sokan vesztik el egészségüket, sőt számosan éltükkel fizetnek értelmetlenségükért, veszélybe döntvén nem egy izben környezetüket is. A műveletlenségnek oly sok emberélet esik áldozatául, hogy senki se vonhatja kétségbe e szakbizottság arra irányuló törekvésének jogosultságát, hogy minden tanintézet kielégitő mértékben terjesssze az egészségtani ismereteket, s hogy a neveléssel és tanitással foglalkozó összes intézetekben életbe léptessék az iskolaorvosi intézményt az egész ország területén.

„A tanuló ifjúság egészségének megóvására s az egészségtani ismeretek terjesztésére az Országos Közegészségi Egyesület kezdettől fogva nagy figyelmet forditott; hogy ezen kettős czélt — mely iskolaorvosi és egészségtantanári szakbizottságát megteremtette, e szakbizottság elég buzgósággal és kitartással szolgálta-e az utóbbi időben? — ennek eldöntését óhajtom következő soraimmal megkönnyiteni."

„A Közegészségi Egyesület 1901-diki évzáró közgyülésének jegyzőkönyve szomorú nevezetességű évre nyújt visszapillantást, mert a közegészségtan halhatatlan úttörőit ragadta el körünkből, kik az egész emberiséget hálára kötelezték korszakot alkotó működésükkel. Pettenkofer a külföldön, Fodor pedig hazánkban készitette elő a talajt a közegészségügy czéltudatos ápolására, s ne legyen Pettenkoffer érdemeinek kisebbitésére értve, hogy a tanitvány bizonyos tekintetben túlszárnyalta mesterét. Az iskolaegészségügy terén kifejtett ténykedésben például Fodoré az elsőség, s nemcsak maga fáradozott fényes eredménynyel e téren, hanem az iskolaorvosi és egészségtantanári szakbizottságot is mindig támogatta törekvéseiben, s e bizottság legjobb tanácsadóját s lelkes barátját vesztvén el benne, hálás kegyelettel adózott a nagy halott szellemének, a mikor emlékezetére tartott gyászünnepélylyel kezdte meg működését a lefolyt egyleti évben, mintha enyhülést keresve egyszersmint erőt akart volna meriteni a visszaemlékezésből további munkálkodására. S vajjon kimutathatják-e jobban Fodor egykori tanitványai iránta érzett hálájukat, mint azon ügyet szolgálva, a melynek a kiváló férfiú életét szentelte, a mikor hallgatóinak ő maga is többször szivükre kötötte, hogy fordítsák minden igyekezetüket a közegészségügy fejlesztésére, mert sem a hazára, sem az ő személyére nézve megtisztelőbb és kedvesebb dolgot nem művelhetnek? A gyászünnepélyen Csapadi tanár emlékbeszédben ismertette Fodor professor érdemeit az iskolaorvosi intézmény megalkotásában, szavaira a jelenvoltak évek mulva is hálás elismeréssel fognak visszagondolni.

A közegészségügy vezérférfiának elvesztése feletti fájdalmunkat csak az mérsékelheti, hogy helyére oly férfiú lépett, kinek multja és jelene egyaránt biztositékot nyujt arra, hogy nagy elődjének áldásos működését teljes sikerrel fogja folytatni.

A szakbizottság részletes megbeszélésnek vette alá az iskolaorvosi intézmény reformálásának kérdését, azon informatiok alapján, melyeket az 1901 év végén tartott ministeri enquête reformtervezetéről nyert. Az említett tervezet egyfelől az iskolaorvosok működését, másfelől kiképzésüket illető lényeges újitásokat tartalmaz, s a legellentétesebb nézetek nyilvánitására adott alkalmat; ezáltal tehát a vita folyamán e thema minden oldalról megvilágittatott, mig végre elhatároztatott, hogy a szakbizottság a ministeriumhoz memorandumot nyujt be, a melyben a tervezettel szemben elfoglalt álláspontját kifejti. A döntésre hivatott forum kétségtelenül oly irányban fogja a kérdést megoldani, hogy a két ellentétes véleményből (t. i. a reformtervezet és a szakbizottság véleménye) azon javaslatokat valósitsa meg, a melyek a véleményezők azon közös óhajtásának, hogy az iskolaorvosi intézmény tovább fejlesztessék, leginkább megfelelnek, és figyelemmel lesz arra, hogy az iskolaorvosok a kiképzés révén kellő jártasságot szerezhessenek maguknak, hogy biztos positiohoz juthassanak, s hogy ezután nem fogják őket túlzott követelésekkel terhelni.

A szakbizottság az iskolaorvosi intézmény fejlesztését előmozditani igyekezett azzal is, hogy a cultusministeriumhoz intézett memorandumában az iskolaorvosi állások rendszeresitését kérte az ország összes iskoláiban, (a székes főváros tek. Tanácsához benyujtandó hasonló irányú beadványt terjesztett a Közegészségi Egyesület választmánya elé is) valamint ezen állásoknak véglegesitését, bizonyos szolgálati idő kitüzésével, s a tanfelügyelők mellé hygienikus szakreferensek beosztását ajánlotta.

Az iskolaorvosok szervezkedését meginditani is szükségesnek tartván, elhatározta, hogy az egész országban működő iskolaorvosok és egészségtantanárok névjegyzékét összeállitja.

A szorosabb értelemben vett iskolaegészségügyi és socialpaedagogiai kérdésekkel határos ügy, a tanuló ifjúság erkölcsének és egészségének védelmeaz iskolán kivül, szintén, foglalkoztatta e bizottságot.

Végül pedig midőn Korányi Frigyes professor 50 éves orvosdoktorságának megünneplésére, nemcsak az ország minden részéből, hanem külföldről is a fővárosba tódultak magánosok és testületek, ez

utóbbiak sorában az iskolaorvosi szakbizottság is üdvözölni sietett az orvosi karnak köztiszteletben és szeretetben álló büszkeségét, kit a közegészségügy terén szerzett rendkivüli érdemei elismeréséül az Országos Közegészségi Egyesület már régen tiszteleti tagjául választott.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben.

Közli: **Szili Jenő** dr.

(Folytatás.)

III. Új festőeljárások.

A bakterium-festés technikájának haladása jelentékenyen gyarapitotta ugyan ismereteinket az utóbbi időben a mikroorganismusok morphologiáját illetőleg, másrészt azonban egész sereg olyan biologiai problemát vetett fel, melyeket megfejteni jelenleg nem áll hatalmunkban. Igy pl. a Neisser-féle diphtheria-festés kitünően bevált mint diagnosticai módszer, de hogy mi a lényege és jelentősége ennek a specialis festődésnek, arról fogalmunk sincs; a magyarázó vagyis inkább magyarázni akaró theoriák maguk is csak tapogatódznak. Szép eredményekkel járt legujabban a Nakanishi-féle eljárás, a melynek előnye szembeöltő, mert nem száritja be és nem fixálja a festendő bakteriumokat, midőn azok természetszerüleg több és finomabb részletet tüntetnek fel, mint ha beszáradt és melegtől megalvadt tokjukon át kellene a festéket felvenniök. Módszere szerint úgy élő, mint formalinnal megölt bakteriumok festhetők, csakhogy a megöltek több structuralis részletet mutatnak. Másrészt pedig a régi kipróbált módszerekhez is kezdünk itt ott visszatérni, melyeket a sok toldás, complikálás és „javitás" gyakran tönkretett. Igy újabban *Valdvogel* (Wien klin. Rundschau 1901. No 14) ajánlja újra szives figyelembe a tbc. bacillus-festés régi legegyszerűbb módját contrastfestés nélkül, vizben vizsgálva; a bacillusok igy igen élénken és sokkal biztosabban festődnek mint az újabb eljárásokkal.

Kisskalt[42] a Gram-féle festésnek egy módositását ajánlja főleg metszetekre nézve, melyeknek kezelésénél az absolut alkohol a celloidint feloldja s igy a metszet széteshetik; azért ő a propyl-, butyl-, és amylalkoholt ajánlja decolorálásra, melyek azonban nem egészen felelnek meg az aetylalkoholnak, igy pl. az anthrax Gram+ methylalkohollal kezelve leadja a festéket, de a tulnyomó rész teljesen hasonlóan viselkedik akármelyik fajta alkoholt használjuk: igy festve maradnak a coccusok, spórák mind, nem festődnek proteus, pyocyaneus vibriok stb.

Dreyernek[43] sikerült a kitünően differentiálo Van Gieson-féle festéssel kezelt metszetekben mindazon bakteriumokat és sarjadzó gombákat contrastfestéssel kimutatni, melyek a Gram, a Weigert és a Claudius-féle (methylibolya + picrinsav) eljárással festődnek. Paraffinos metszetekben előbb methyl- vagy gentianaibolyával fest, aztán concentrált picrinsavval kezel, decolorál kevés picrinsavat tartalmazó anilinolajban s utoljára festi a metszetet Van Gieson szerint. A bakteriumok sötétkékek, sejtmagvak barnáslilák, sejtplasma és piros vérsejtek sárgásak, a kötőszövet piros.

Klein már 1899-ben leirta (Centralbl. f. Bact. XXV. p. 376.) a spórafestést be nem száritott anyagban; a bakterium-emulsiot óraüvegben festi gyengén melegitett carbolfuchsinnal körülbelül 6 perczig, azután felkeni az anyagot, fixálja, decolorálja 1%-os kénsavval, és ellenfesti methylenkékkel néhány perczig. Hasonló elv szerint, festi a spórákat és főleg a spóra előstádiumait képező úgynevezett sporogen-szemcséket.

Marx[44], kinek eljárása legszebben tünteti fel a Bunge-féle sporogenrészeket ellentétben a sohasem sporastadiumot képviselő Babes-Ernst-féle szemcsékkel. Marx a condensvizből vesz bőséges anyagot, melyhez a tárgyüvegen Ziehl-féle carbolfuchsint ad, ezt 4—5-szöri felmelegitéssel egészen elpárologtatja, s aztán röviden decolorálja 25%-os salétromsavval; utánfestés Löffler-féle methylenkékkel, mikor a sporogen részek pirosak, a bacillustest kék.

Nakanishi[45] igen finom s a mellett egyszerű festésmódot ajánl főleg a bakteriumok finomabb szerkezetének feltüntetésére. A tárgylemezt telitett vizes methylenkék-oldattal vékonyan bekeni, mig az szárazon égszinkék lesz, a vizben feleresztett vagy folyékony táptalajában levő bakterium-emulsiot rácseppenti, s fedőlemezzel lefödi. A mikroorganismusok a festéket magukba veszik, a bakteriumok és protozoák igen finom structura képet adnak, mag, sőt magoszlás tisztán látható, csak csillók nem festődnek, valaminthogy a spórák is szintelenek maradnak.

Hinterberger[46] a Van Ermeugem-féle csillófestést módositotta azért, hogy a sokszor igen zavaró csapadékot kiküszöbölje: Az argentum nitricum oldatát alkohollal készíti, és ennek a készitményre való behatása után azt a felesleges salétromsavas ezüstöt, melyet a bakterium-testek nem vettek magukba, konyhasóval kicsapja, és az igy keletkezett ezüstchloridot ammoniakkal adja le. Ezután következik a Van Ermeugem-féle methodus többi része, a csersavas kezelés, stb. Képeket ezen eljárás adhat ugyan szépeket, tisztákat, de complikáltnak elég complikált, úgy hogy nem valószinű, miszerint elterjedhessen. Egyébiránt Hinterberg ezen methodusához egy üvegcsipőt is szerkesztett, mely kizárja az aczélcsipők okozta csapadékokat is.

Peppler[47] egy aránylag egyszerűbb eljárást állitott össze csillófestésre. Az általa használt pácz receptje: 20 r. tannin 80 rész vízhez és 15 r. vizes, kénsavmentes chromsav-oldat (2·5 : 100) folyton keverendő egybeöntéskor és 4—6 napig állva hagyandó; a festék áll: 10 r. conc. alkoholos gentianaibolya (5 : 100), 2·5 r. acid. carbolicum liquef. destil: úgynevezett carbolgentianaibolya. Festés a tárgyüvegen történik, melynek tisztitására különös gond fordítandó: fél órai főzés 4%-os kalium hypermanganatoldatban, az oldat kiöntése, mosás a vizvezeték alatt, mig a viz teljesen tisztán folyik el, ekkor főzés 1 r. sósav, 4 r. vízben fél óráig, újra mosás vizvezeték alatt, míg a lefolyó viz a kék lakmuszpapirost már meg nem vörösíti, most alkohol öntendő rá és a tárgyüvegekkel jól megkeverendő, az alkoholt leöntve friss alkoholt reá s most a tárgyüvegeket csipővel ki lehet venni ez Bunsen-láng felett az alkoholt róla leégetni, mert a ruhával törlés által újabb szerves részecskék tapadnának hozzá. Most végre az anyagot finoman szétkenni, páczolni hidegen 1—5 perczig, vizzel lemosni és festeni carbolgentianaibolyával 2 perczig. Incidit in Scyllam, qui vult vitare Charybdim: Peppler igazán eléggé egyszerű csillófestéséhez olyan körülményes tárgyüvegpraeparálást ir elő, hogy az egyszerűségből nem sok marad. Már igazán egyszerűbb eljárás az, a melyet *De Rossi*[48] ajánl: páczul szolgál egy 25%-os tanninoldat, melyhez 1 : 1000 arányban kaliumhydroxyd adatott; a festék receptje: 100 gm. dest. víz, 5 gm. acid. carbolic. crystal, 10 gm. alkohol és 0·25 gm. fuchsin, vagyis a Ziehl-féle oldat. A készitményt nem szabad fixálni, hanem csak a páczból egy, a festékből négy-öt cseppet kell reá ereszteni és 15—25 perczig hidegen, vagy pedig 25—30 másodperczig enyhe hevités mellett festeni. Aztán nem túlerős vízsugárral lemosható a praeparatum, megszáritandó és kanadabalzsamba elzárandó.

Zettner[49] csillófestésre többféle páczot állitott elő, melyek közül legjobbnak bizonyult egy antimon-pácz (5 gm. tannin, 100 gm. viz és 1 gm. tartarus stibiatus). Ennek behatása után arany- illetőleg ezüstsókat csapat le a csillókra s igy teszi őket láthatóvá, vagy Van Ermengem elvének megfelelőleg jár el. Állitólag ugyan igen tiszta és szép képeket kapott, de eljárása még hosszadalmasabb, mint ezen elődjéé.

(Folytatása következik.)

42. Centralbl. f. Bact. 30. k. 281. l.
43. Ugyanott. 27. k. 534. l.
44. Ugyanott. 29. k. 11. l.
45. Münch. med. Woch. 1900. 6. sz.
46. Centralblatt f. Bact. 27. k. 597. l.
47. Ugyanott. 29. k. 345. l.
48. Archivio per le Scienze Mediche. 24. k. 297. l.
49. Zeitschrift f. Hyg. 30. k. 95. l.

Könyvismertetés.

Miquel et Cambier: Traité de bacteriologie pure et appliquée à la médecine et à l'hygiène. Paris, C. Naud, éditeur. 1902.

A rendkivül diszes kiállitású, nagy alakú könyv egyike a legnagyobb bakteriologiáknak, melyek eddig megjelentek. Szerzői, Páris város bakteriologiai laboratoriumának igazgatója és aligazgatója, hű képét adják benne a bakteriologia jelen állásának. A munka négy főrészre oszlik. Az első magába foglalja a bakteriumok morphologiáját, biologiáját, ellentálló képességük tárgyalását physikai, úgyszintén chemiai behatásokkal szemben; foglalkozik azután a tenyésztőtalajok készitésmódjával, a tenyészetek előállitásával és konzerválásával, az állatkisérlet módszereivel, bakteriologiai mikroskopozással és mikrophotographiával. Mindez aránylag elég röviden, de világosan, könnyen érthetően van előadva; számos oly eszközt és módszert találunk itt ismertetve, melyek franczia származásuk miatt a nálunk leginkább elterjedt német munkákban felemlitve nincsenek, noha használhatóság tekintetében sokszor felülmulják a megfelelő német származásukat. A második főrész a pathogen bakteriumokat ismerteti, még pedig először a coccusokat, azután a bacillusokat, végül a spirillumokat. Az idecsatolt két kiegészitő fejezet egyike azon fertőző betegségekről szól röviden, a melyek kórokozója még nem eléggé ismert avagy egyáltalán ismeretlen; de idesorolja — talán joggal — az influenzát és a lágy sankert is; a másik kiegészitő fejezet talán kissé nagyon is kurtán bánik a virulentia és az immunitás fontos kérdéseivel. A harmadik főrész a zymogen és chromogen bakteriumokkal foglalkozik, majd külön alfejezetekben a levegő, a viz, a talaj, a putrefactio bakteriumai, az emberi és állati test különköző részeinek mikroorganismusai, a tejtermékek, alkoholos italok, tápszerek, növények bakteriumai, a thermo- és photobakteriumok vannak ismertetve fontosságukhoz mért kisebb-nagyobb részletességgel. Az utolsó főrész a bakteriologia alkalmazásáról a hygienében szól, megbeszélés tárgyává téve a levegő, viz és talaj bakteriologiai vizsgálatának módszereit, a viz tisztitását és a fertőtlenitést. Pontos betűrendes tárgymutató rekeszti be az érdemes munkát, melyről bátran mondható, hogy egyike a legjobbaknak a hasonló fajtájúak között, s a melyet a nagyszámú, részben színes ábra még könnyebben használhatóvá tesz.

E. Marx: Die experimentelle Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe der Infectionskrankheiten. Berlin, 1902. Verlag von A. Hirschwald.

A maga nemében egészen új munka azon módszereket, elveket, és eredményeket tünteti fel jól áttekinthető módon, melyeket a bakteriologia a fertőző betegségek felismerését, serumtherapiáját és prophylaxisát illetőleg megállapitott, illetve felmutatott. Sorra véve valamennyi fertőző betegséget, elsősorban ismerteti az illető betegséget okozó mikroorganismus morphologiai, biologiai és tenyészetbeli sajátságait, a mennyiben pedig ezek még nem volnának ismeretesek, legalább felemliti röviden a felfedezésükre vonatkozólag eddig végzett vizsgálatokat,

úgyszintén a fertőző anyagnak tapasztalatból eddig megismert azon sajátságait, melyek az ellene való némileg okszerű védekezést illetőleg felvilágosítással szolgálhatnak. Azután áttér azon módszerek leirására, melyek az illető betegség bakteriologiai diagnosisát illetőleg tekintetbe jöhetnek. Majd annak tárgyalása következik, hogy az illető fertőző betegség serumtherapiája minő reménynyel biztat, s e tekintetben minden túlzásból mentes tárgyilagosságot tüntet elő; a könyvben tulajdonképen bentfoglaltatnak az eddigi összes serumtherapiai törekvések, még azok is, melyek eredménytelenek maradtak és eredményhez nem is vezethettek. Megjegyzendő, hogy a serumtherapián kivül az egyes fertőző betegségekben megkisérlett egyéb bakteriologiai gyógyitásmódok is emlitve vannak. Legbehatóbb minden egyes betegségnél a prophylaxysról szóló rész, még pedig nem az általános hygienei prophylaxis, hanem a specifikus, az illető fertőző betegség specialis parasitologiáján alapuló; itt vannak kellő terjedelemben tárgyalva a védoltó módszerek, a melyek egyik-másik fertőző betegségben már eddig is figyelemre méltó eredményeket tüntettek fel. A mint a röviden felsoroltakból látjuk, a munka tulajdonképen nem más, mint alkalmazott bakteriologia, melynek ismerete nem csupán a hivatalos, hanem minden gyakorló orvosra nézve manapság nagyon fontos. Mint tanulságos s e mellett kellemes olvasmány bizonyára nálunk is lesz keletje a munkának, mely a „Bibliothek v. Coler“ egyik kötetjét képezi.

Naecke: Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Halle a. S., C. Marhold, 1902.

Az elmebajos bűntettesek elhelyezése már sok fejtörést okoz a criminal anthropologiával foglalkozóknak. A humanismus tülekedése ez az igazságszolgáltatás rideg paragrafusaival. A fogság maga igen kevés embert kerget az őrületbe, a bűntett többnyire már maga elmebajos egyén cselekedete. Miért is élesen megkülönböztető az elmebajos bűntettes a bűntevő elmebajostól. Hogy ezeket az ép elméjű bűntettesektől el kell különiteni, mindenki vallja. Hogy hova kell elhelyezni, ez a vitás pont. De vitás az is, hogy ki döntse el ezen kérdést. Feltétlenül igazat kell adnunk szerzőnek, ha ezt az orvosokra akarja bizni, különösen pedig elmeorvosokra, sőt külön fogházi psychiatereket óhajt. Az elhelyezésnek mostanig három módja divik: 1. az összes elmebajos gonosztevők elhelyezése központi intézetekben, 2. fogházzal kapcsolatos intézetekben, s 3. elmegyógyitó intézetekkel kapcsolatos külön osztályban. Mind a három mód sikeres megoldáshoz vezethet, de hogy melyiket válaszszuk, arra azt feleli: „egy és ugyanaz a rendszer nem felel meg minden országnak, minden időben, néha másik is“. Az első mód főképen Amerikában és Angliában vált be, s hivei is onnan sorakoznak, mig Olaszországban ez a rendszer sehogy sem vált be. A harmadik megoldásra is van példa, az elmegyógyitó intézet azonban igy könnyen elveszti kórházi jellegét, s fogházzá sülyed. Helyesnek szerző a második megoldási módot tartja, a fogházzal kapcsolatos intézetek szervezését. Ezekben a beteg nemcsak fogsága idejét tölti, hanem ott marad, mig teljesen ártalmatlanná nem lesz. *Reuter Camillo* dr.

Uj könyvek. *Müller*: Kursus der Orthopädie für praktische Aerzte. Berlin, O. Enslin. — *Gärtner*: Die Quellen in ihren Beziehungen zum Grundwasser und zum Typhus. Jena, G. Fischer. — *Ziemssen* und *Rieder*: Die Röntgengraphie in der inneren Medicin. Wiesbaden, J. F. Bergmann. *Vogt*: Neurologische Arbeiten. Erste Serie: Beiträge zur Hirnfaserlehre. Jena, G. Fischer. — *Emmerich* und *Trillich*: Anleitung zu hygienischen Untersuchungen. Dritte vermehrte Auflage. München, Rieger'sche Universitäts-Buchhandlung. — *Richer*: Introduction á l'etude de la figure humaine. Paris, Gaultier, Magnier et comp. — *Soupault*: Les dilatations de l'estomac. Paris, J. B. Baillière et fils. — *T. D. Crothers*: Morphium and narcomanias from other drugs. London, W. B. Saunders and Co. — *A. Shadwell*: Drink, temperance and legislation. London, Longmans, Green and Co. — *Christopher Heath*: Clinical lectures on surgical subject. Second series. London, J. and A. Churchill. — *Byron Bramwell*: Analysis of 155 cases of tabes. London, Bale, Sons and Danielsson. — *S. Gee*: Medical lectures and aphorismus. London, Smith, Elder and Co. — *S. West*: Diseases of the organs of respiration. London, Ch. Griffin and Co.

Lapszemle.

Közegészségügy.

A formalinfertőtlenités különböző módjait tanulmányozták *Jäger* tanár főtörzsorvos és *Magnus* törzsorvos, a német hadügyministerium megbizásából az I. hadtest kisérleti állomásán. Érdekes kisérleteik során csakhamar meggyőződtek a Schering-féle eljárásnak — paraformaldehydpastillák elpárologtatása az „Aesculap“-készülék segitségével — megbizhatatlanságáról, s figyelmüket különösen azokra az eljárásokra fordították, melyek elporlasztott vagy elpárologtatott vizet is juttatnak a formaldehydgőzökkel egyidejűleg a fertőtlenitendő helyiségek levegőjébe. Vizsgálataikat részint a helyőrségi barakk betegszobáiban, hullaházában stb. végezték. Jäger első kisérleteiben külön párologtatta el az Aesculap-készülékben a paraformaldehyd-pastillákat, s külön fejlesztett vizgőzt a Schlossmann-féle készülékkel. További kisérleteiben a Flügge-féle úgynevezett „boroszlói methodust“ próbálta ki: Flügge készülékében vizzel higitott folyékony formalint párologtatott el; majd ismét a Schlossmann-féle készülékkel higitott formalin-oldatot porlasztott szét (nem glykoformalt, mint Schlossmann). A kisérletekhez vászondarabkákat használt, melyeket részint különböző pathogen bakteriumok tiszta tenyészetébe (typhus-, diphteria-bacillus, staphylo- és meningococcus, Friedländer-bacillus, prodigiosus) áztatott, majd typhus-bacillusokat bőven tartalmazó vizelettel, streptococcusos pleuraexsudatummal, tuberculosus köpettel, staphylococcusgenynyel stb. itatott, de anthraxspórás selyemfonalakat is. A fertőzött vászondarabkákat és selyemfonalakat a szobák legkülönbözőbb helyeire, padlóra, butorokra, a casemattaszobák ablakfülkéibe, ágy alá, stb. rakta, ki s a fertőtlenités megtörténte után részint bouillonba, részint agarba oltotta azokat. Jäger kisérletei alapján arra az eredményre jutott, hogy a formalin-pastillák elpárologtatása az Aesculap-készülékkel még akkor sem bir megbizható fertőtlenitő hatással, ha egyidejűleg vizgőzt fejlesztenek is a fertőtlenitendő helyiségben. Sokkal tökéletesebb fertőtlenitést érhetni el folyékony formalinnal, akár elpárologtatással (boroszlói módszer), akár elporlasztással (Schlossmann-féle módszer) juttatjuk azt a levegőbe. A kettő közt lényegesebb különbséget Jäger nem talált. Az anthraxspórák kivételével a többi pathogen bakteriumokat mindkét eljárással csaknem kivétel nélkül sikerült elpusztitania. De mert úgy a Flügge-féle, mint a Schlossmann-féle eszköz elég drága, a Flügge-féle eszközt Jäger egy olyan eszközzel kisérlette meg pótolni, a mely amannál tetemesen olcsóbban megszerezhető (1/6 árban). Jäger erre a czélra egy egyszerű Papin-fazekat használ, melyet a kellő mennyiségű hig formalinnal, majd négyszer annyi, lehetőleg forró vizzel megtölt s egy erős spirituségővel forral. Hogy ezzel az olcsó improvizálható eszközzel ép oly jó eredményeket lehet elérni, mint az eredeti Flügge-félével, Jäger kisérletileg beigazolta. A szoba alakja, nagysága befolyásolja a sikert. A formalin desinficiáló hatása azonban a mélységbe nem terjed igy sem. Már a selyemfonalak belsejét nem képes sterilizálni. Azért csak bizonyos betegségeknél lehet egyedül a formalindesinfectioval beérnünk (diphtheria, scarlatina, morbilli, tuberculosis és influenza). Minden más esetben csak úgy kell a formalindesinfectio daczára fertőtlenitenünk (gőzzel, sublimattal, carbolsavval, kresolszappannal vagy a Jäger ajánlotta 60°-os, 5%-os szóda-oldattal), mint ha formalint nem is használtunk volna.

Magnus a Krell-Elb-féle carboformal-izzótömbökkel kisérletezett. Az eljárás igen egyszerű, az eszköz minden hozzátartozóval együtt igen compendiosus és könnyen szállitható. De kevésbbé megnyugtató eredményeket adott a boroszlói eljárásnál, daczára annak, hogy külön párologtatott el még vizet is a fertőtlenitendő szobában. Azért Magnus a Flügge-féle eljárásnak iparkodott olyan formát adni, hogy az ép oly könnyen, kényelmesen és jól legyen használható, mint a carbolformal-izzótömbök elpárologtatása. Hosszas kisérletezés után egy olyan készüléket szerkesztett, mely használatra teljesen készen, felszerelve, olcsón szerezhető be, s melynek segitségével kedvezőtlen viszonyok között is igen jó eredményeket tudott elérni.

Az eszköz felső része egy 20 cm. átmérőjü, hig (—8%) formaldehyd-oldattal már a gyárban megtöltött és beforrasztott vékonyfalú pléh conservdoboz, mely 7 cm. magasságban áll az eszköz alsó részét képező tüzelő felett. A tüzelő maga egy hasonló, de kisebb, spirituszszal megtöltött conservdobozból áll, melynek a szivóbelet befogadó nyilását egy vékony, könnyen beszakitható pléhlemez zárja el.

Használatkor a formaldehydes tartó tetéjén szög beverésével lyukat kell ütni, hogy a formaldehydgőzök azon át távozhassanak, majd a spiritusztartó nyilását elzáró pléhlemezt leszakitva, a szivóbelet fenékig betoljuk s meggyujtjuk.

Ugyanezt az eszközt lehet a formaldehyd-desinfectiot követő ammoniakfejlesztésre is felhasználni, csak a formaldehyd helyett ammoniumcarbonatot, az alsó — tüzelő — edénybe pedig újból spirituszt kell önteni.

100 m³ űrtartalmú szoba fertőtlenitésére 4 liter 8%-os formaldehyd-oldat, s ennek elpárologtatására 800 gramm spiritus szükséges. Az elpárologtatás mintegy 80 perczet igényel. Az ammoniakfejlesztésre 300 gramm ammoniumcarbonat és 300 gramm spiritus kell. Mivel a conservdobozok olcsók, s a 8%-os formaldehyd-oldat sem drága (nem a szabadalmazott, s igy drága, 40%-os oldatot, az úgynevezett formalint használja), Magnus számitása szerint egy 100 m³ űrtartalmú szoba fertőtlenitése három márkánál többe nem kerül.

Az eljárásnak ez az olcsósága kétségtelenül nagy előny; s ha tekintetbe veszszük Magnus kisérleteit, a ki a nélkül, hogy a szobát teljesen elzárta volna, előbb a rések eltömésével, 18° C. temperaturakülönbség mellett, tehát kedvezőtlen viszonyok között is két óra alatt, az ammoniakfejlesztés idejét is beleértve 3¼ óra alatt képes volt diphtheria tiszta tenyészetével kevert sputummal bekent tapetadarabkákat a fertőtlenitett szobában teljesen sterillé tenni, eljárását a gyakorlat szempontjából igen használhatónak kell itélnünk. (Hygienische Rundschau, 1902. 7. és 8. sz.) *Bexheft.*

Belgyógyászat.

Néhány ritkábban előforduló hasmegbetegedésnél számba jövő diagnostikai momentumokról és tünetcsoportokról értekezik *Mannaberg*. Mindenekelőtt a nálunk oly ritkán előforduló solitaer májtályogokról értekezik négy általa észlelt eset kapcsán. Elsősorban a máj megnagyobbodását, különösen a felső határét tartja Frehrichssel egyetértőleg igen fontosnak, mely momentum szerző eseteiben is kiváló szolgálatokat tett. A tüdőbe nyúló félkör alakú tompulatok jelenléte mint conditio sine qua non nem vehető. Szerző a következőket emeli ki mint legfontosabbakat. 1. Elől magasabban álló májtompulat. 2. Az alá felé megnagyobbodott májtompulat sem szól abscessus ellen, mert az a convexitásban is ülhet, mig csak lefelé való megnagyobbodást igen reservaltan kell fogadnunk, kivéve, ha fluctuatiot volnánk képesek kimutatni. Figyelmeztet azon a diagnosisban oly kevéssé figyelembe vett, intermittáló lázak kiséretében fellépő májsyphilisekre, melyek nem a

szokásos hepar lobatum, hanem egy diffus májmegnagyobbodás tüneteivel lépnek fel. Egy ilyen esetet közöl is, midőn a májmegnagyobbodás és lázak jodkaliadagolásra visszafejlődtek, illetve megszüntek.

Igen fontosak azon hasi tünetek is, melyek néha a mellkasi szervek megbetegedéseinél lépnek fel, és melyek annyira praevaleálhatnak, hogy pl. a mellkasi tünetek háttérbe szorulásával a pneumonia diagnosisa kétségessé válik, a fellépő óriási meteorismus folytán. Szerző ezen eseteket pneumonia meteoristicának nevezi és alkalma volt egy ilyen házi epidemiát is észlelni. Egy esetben pedig bélhűdést és ennek folytán létrejött dynamikus ileust látott egy bűzös exsudatum pleuriticum által feltételezve. Szerző ezen béltüneteket a pneumonia- vagy influenzabacillusok szokottnál nagyobb toxicitásának tulajdonítja. (Wiener med. Wochenschrift, 1902. 14. és 15. sz.)

Ifj. *Elischer Gyula* dr.

Sebészet.

A tüdőbetegségek sebészi kezeléséről értekezik *Garré* és kiemeli, hogy nem feltétlenül szükséges a mellhártya összenövése a tüdőn végzendő műtétekhez. A mellhártyaüreg óvatos megnyitásával, pneumopexiával, tamponálással elkerülhető, hogy nagyobb mennyiségű levegő áramoljék a pleuraüregbe. De az esetleg létrejövő totalis pneumothorax sem képez életveszélyes complicatiot, minthogy a retrahált tüdőt — Murphy ajánlatára — pincettával a sebbe húzva és igy a mediastinumot fixálva, a másik oldali (egészséges) tüdő kellően légezhet és megszünik a nagyfokú dyspnoë, collapsus. Megbeszéli a tüdőtuberculosis, aktinomykosis. tályog, bronchiektasia, echinoccus esetében követett eljárásokat és ez úton elért eredményeket. (Mittheil. aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, IX. kötet, 3. füzet.) *Pozsonyi* dr.

Thiry-féle sipolyon emberen végzett vizsgálatokat *Nagano*. Mikulicz ugyanis veleszületett ectopia vesicaen végzendő plastikához előleges műtétképen 8 cm. hosszú vékonybélkacsot varrt ki a hasfalhoz Thiry-féle sipoly módjára. E bélkacs mesenteriumával összefüggésben állott, és a vékonybél legalsó részéből volt véve. A gyomor felé eső végét a hasfalhoz varrta ki, a coecum felé eső végét pedig összevarrta és a hasüregbe sülyesztette vissza. A bélkacs hőmérséke valamivel nagyobb volt, mint a hónaljban. A belőle nyert nedv erősen alkalikus volt, fehérjére, zsírra hatása nem volt, a keményítőre és nádczukorra csekély, tejczukorra pedig semmi hatást sem gyakorolt. A felszívódásra vonatkozó kisérletek kimutatták, miszerint viz, továbbá jodkali-, chlornatrium-, maltose- és nádczukor-oldatok jól szívódnak fel, tejczukor-oldat már rosszabbul. Az is kitünt, hogy az emlitett szénhydrátfélék felszívódásához nem szükséges, hogy előbb fermentumok átalakitsák. Az emberi vékonybéllel végzett kisérletek tehát ugyanazon eredményt adták, mint a kutyákon végzett hasonló vizsgálatok. (Mittheil. a. d, Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 9. kötet. 3. füzet. *Pozsonyi* dr.

Venereás bántalmak.

Kisérleti adatok a higany- és jodkészitmények egyidejű használatához. *Lesser* már egyik előbbi dolgozatában azon nézetének adott kifejezést, hogy calomel, Hg. protojod., Hg. oxydul. tannicum belső adagolása contraindikálva van mindaddig, mig a jodsók a szervezetben keringenek, mert a higanyoxydulsók jodkali jelenlétekor mint izgató hatást kifejtő jodhiganyvegyületek szivódnak fel. A bedörzsölési kúra, úgyszintén a higany-injectio. Lesser vizsgálatai alapján azonban odkalival egy időben rendelhető, a nélkül, hogy ebből a szervezetre nézve bárminemű kár származhatnék, sőt a higanynak és jodkalinak ily combinált alkalmazásával a lues nagyon sikeres gyógykeze-lése érhető el. (Archiv f. Dermatologie und Syphilis, 1902. április.)

Sellei.

A venereás bubo pathogenesiséről értekezik *Colombini*. A venereás bubo pathogenesisét illetőleg három felfogás létezik, úgymint: 1. A bubo nem tartalmaz specifikus mikroorganismusokat és csak utólagosan secundaer fertőzés következtében lett virulens. 2. A bubo lehet sympathikus vagyis egyszerűen lobos, azonban specifikus-virulens is, melynek, ha genyét átoltjuk, typikus chancert kapunk. 3. A bubo mindenkor specifikus mikroorganismusokat tartalmaz, és genyét átoltva, mindenkor typikus, puha fekélyt létesitünk. Ezen utóbbi nézeten van Colombini is. Hogy azonban nem sikerül mindig a bubo genyéből átoltás után friss chancert létesíteni, annak oka szerinte abban van, hogy az átoltandó anyagot nem választjuk meg mindig helyesen, mert valamint a puha chancer váladékának átoltása után sem kapunk minden esetben új chancert és az inoculatio csak akkor lesz sikeres, ha a fekély széléből vagy alapjából vett kaparékot oltjuk át, úgy a bubo genyével sem sikerül mindig az átoltás, mert a genyben levő specifikus mikroorganismusok, vagyis a Ducrey-féle bacillusok már elpusztultak. Ha azonban a még nem teljesen szét esett mirigyszövetből vett kaparékból veszszük oltási anyagunkat, akkor mindig képesek leszünk új chancereket létrehozni, jeléül annak, hogy a bubo minden esetben, kivétel nélkül a Ducrey-féle bakterium által idéztetik elő; Colombini szerint tehát minden bubo virulens. (Dermatolog Zeitschrift, 1901. 6. füzet.)

Sellei.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A tüdőlob gyógyitására a creosotal helyett, melyet consistentiája miatt nehéz dispenzálni s a melyet kellemetlen szaga miatt sokszor nem tűrnek a betegek, *Eberson* a thiocolt ajánlta, a melyet a rendesen használni szokott senega infusumban feloldva ad; a hatás feltünő, a láz 24—48 óra alatt megszünik, a physikalis elváltozások eltünnek, euphoria áll be. Egy éven aluli gyermekeknek ½ gramm, nagyobb gyermekeknek 1—4 gramm, felnőtteknek 5 gramm adandó naponként. (Aerztliche Central-Zeitung, 1902. 8. szám.)

Pruritus vulvae gyógyitására *Seeligmann* már tiz év óta feltünő jó eredménynyel használja a guajakolvasogent. A vulva alapos megtisztítása és az esetleg jelenlevő excoriatioknak indifferens kenőcsökkel és borogatásokkal meggyógyítása után gyapotgomolyra kent 10%-os guajakolvasogen viendő a viszkető helyekre, legczélszerűbben este, a mikor is reggelig ott marad. Ezen eljárás több este egymásután ismétlendő. Ha az eredmény nem volna eléggé kielégitő, 15—20%-os guajakolvasogenre térhetünk át; ezen concentratio mellett azonban néha már izgalmi tünetek is mutatkoznak a bőr részéről. Ha egy idő mulva újból jelentkeznék a viszketés, guajakolvasogen 1—2-szeri alkalmazása már elegendő kedvező eredmény elérésére. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 9. szám.)

A tengeri betegség megelőzésére *Wild* a következő eljárást ajánlja: 3 órával az utazás megkezdése előtt 0·3—0·5 orexinum tannicum veendő ¼ liter folyadékban (húsleves), utána két órával bőséges étkezés; hosszas utazásoknál az orexin fenti adagban naponként 3-szor veendő, mindig két órával az evés előtt. Megjegyzendő, hogy szerző az orexint olyanoknál is sikeresen használta, a kik a vasuton utazást rosszul tűrik. (Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, 6. kötet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 26. szám. *Ferenczi Sándor*: Tébolyodottság. *Németh Ödön*: Az elmebetegség szinlelése. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 26. szám. *Szana Sándor*: A közsegélyezésre szorult gyermekek ügye a szajnai dépertementban 1900-ban. *Rottenbiller Ödön*: Adatok a csont- és izületi gümőkór kezeléséhez.

Magyar orvosok lapja, 1902. 26. szám. *Feleki Hugó*: Urethritis desquamativa. *Tauszk Ferencz*: Agurin, egy új diureticum. *Marberger Sándor*: A neurasthenia gyógyszeres kezelése. *Reich Miklós*: Az enteroptosis és annak mechanikai kezelése. *Arányi Zsigmond*: A kankós izületi lobok mechanotherapiai kezelése.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 26. szám. *Ullmann*: Az extragenitalis lágy sanker előfordulása. *Flesch*: A „syndrome de Benedikt" diagnostikájához. *Fellner*: Az elektromos kétsejtes fürdő indicatioi. *Ziffer*: Gégesclerosis. *Kassowitz*: Myxoedema infantilis, mongolismus és mikromelia. *Pollak*: A syphilis balneotherapiájának kritikája. *Huber*: A Finsen-therapia jelen állása.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 26. szám. *Ghon*: Meningitis influenzában. *Wiener*: A vörös vérsejtek viselkedése magasabb hőmérsék mellett. *Kreibich*: Pityriasis lichenoides chronica hat esete. *Merk*: Vaccina generalisata vera.

Wiener medizinische Presse, 1902. 26. szám. *Nothnagel*: Meningealis apoplexia. *Eitelberg*: A fülkagyló neuralgiájának esete. *Korczynski*: Az anyagcsere osteomalakiában.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 24. szám. *Chiari*: A Banti-féle betegség. *Cohn*: Az állati szervezet glykokoll készlete. *Wiener*: Az állati szervezet glykokoll készlete.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 26. szám. *Koziczkowsky*: A gyomor működésképességének vizsgálata Shali szerint. *Hess*: A visszérthrombosisról heveny izületi csúzban. *Moeller*: Saválló bacillusok. *Becker*: Trichocephalus dispar okozta betegségi állapotok. *Winter*: Az anyatej minőségének megitélése mikroskopi vizsgálattal. *Strebel*: Haték ony fénygeneratorok a gyógyászatban.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 24. szám. *Schücking*: A haloidsók új mikrochemiai meghatározásmódja. 25. szám. *Tollens*: A Gärtner-fele haemophotograph összehasonlitása a Fleischl-féle haemoglobinometerrel. 26. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Virchow's Archiv, 168. kötet, 2. füzet. *Westenhoeffer*: „Schaumorgane" és „gangréne fondroyante". *Steinhaus*: A szájnyálmirigyek vegyes daganatai. *Meyer*: Dermoidcysták foetusok és újszülöttek ligamentum latumában, ondózsinórjában és mellékheréjében. *Deganello*: A scapula chondrosarcomája. *Sutter*: Adat az elsődleges veserák metastasisának ismeretéhez. *Deetz*: Angioma arteriale racemosum az arteria corporis callosi területén.

Therapeutische Monatshefte, 1902. 6. füzet. *Freund*: A tüdővész némely alakjának viszonya az első bordagyűrűn létrejövő izületképződéshez. *Krug*: Tetanus gelatina-befecskendezés után. *Edlefsen*: A kakodylsav-kezelés történetéhez. *Frankl*: Dionin a gynaekologiai gyakorlatban. *Rubinstein*: Új köpülyözési módszer. *Gerlach*: A Wassmuth-féle belégzési készülék. *Lenné*: Diabetes mellitus.

Die Therapie der Gegenwart, 1902. 6. füzet. *Gerhardt*: Soványitókúrák. *Machtzum*: Az idült izületcsúz gyógyitása. *Hess*: Agurin, purgatin, yohimbin. *Laquer*: A traumás neurosisok physikalis és suggestios therapiája. *Huchzermeyer*: A tabes kezelése.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 63. kötet, 5. és 6. füzet. *Hahn*: A gerinczvelő sebészete. *Perez*: Az influenza sebészeti szempontból. *Payr*: Magnesium használata véredénymegbetegedésekben. *Payr*: A zúzási módszerek (Quetschmethoden) használata a bélsebészetben. *Graser*: Heineke. *Noorden*: Lapoczkaficzam az arteria thoracica longa

leszakadásával az arteria axillarisról. *Jacobsthal*: Adatok az operative kezelt aneurysmák statistikájához. *Kuhn*: A tgpusos radius-törés mechanismusa.

Gazette hebdomadaire, 1902. 50. szám. Alkoholisták latens majsteatosisa. 51. szám. *Achard* és *Lanbry*: A chloretentio heveny betegségekben.

La semaine médicale, 1902. 26. szám. *Marie* és *Guillain*: Léteznek-e klinikailag localisatiok a capsula internában?

Journal médical de Bruxelles, 1902. 26. szám. *Coppez*: A pupillák vizsgálata.

Bulletin général de thérapeutique, 143. kötet, 20. és 21. füzet. *Robin*: Eczema pruriginosum. *Pozzi-Escot*: Adat az élő szövetek redukáló principiumainak ismeretéhez. *Bandonin*: A Broca- és Chatin-féle phototherapiai készülék. *Créquy*: A szamár és kecsketej előnyei. *Fiessinger*: Némely albuminuria diaeteticája. *Robin*: A heveny periodusos hypersthenias dyspepsia kezelése.

British medical journal, 1902. junius 28. *F. Treves*: Az appendicitis némely phasisa. *A. E. Barker*: Az enterectomia összehasonlítása anus praeternaturalissal. *H. Bethan Robison*: Duodeno-choledochotomia. *F. A. Southam*: Epehólyag-kiirtás esete. *B. G. A. Moynihan*: Jejunostomia két esete. *W. A. Mackay*: Lokalizált peritonitis typhusban; műtét után gyógyulás. *J. Basil Hall*: Appendix-átfúródás sérvtömőben. *R. W. G. Stewart*: Generalizált vaccinia. *E. R. Fothergill*: Megjegyzés a pikrinsavat és a bromkaliumot illetőleg. *E. J. Trevor-Jones*: Idegen testek eltávolítása epekő-fogóval. *G. M. Smith*: A carotis interna kanyargos volta *W. Calwell*: Tetania miatt halálosan végzőzött gyomortágulat esete.

The lancet, 1902. I. 25. szám. *J. Rose Bratford*: A biologia viszonya az orvostanhoz. *F. Marsch*: A torok lymphoid vagy adenoid szöveteinek idült túltengése. *A. Newsholme*: Az egészségügyi reformok befolyása statistikai megvilágításban. *J. Beard*: A rák aetiologiája. *Mayo Collier*: Rosszindulatú pylorus-daganat műtett esete. *C. G. Seligmann* és *L. S. Dudgeon*: Az eosinophilia összefüggése echinococcus-betegséggel. *Howell Rees* és *D. C. Rowlands*: Rabies esete 20 hónapos incubatioval. *A. E. Francis*: Exostosis multiplex esete. *J. Wishart Little*: Idegen testek gyors és biztos lokalizálása Röntgen-fénynyel. *H. S. Pendleburg*: Intussusceptio szokatlan esete. *P. A. Pearcey*: Amputatio a vállban és csípőben.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 25. hetében (1902. junius 15-dikától junius 21-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 394 gyermek, elhalt 240 egyén, a születések tehát 154-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 26·7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16·3, az egy éven felüli lakosságnál: 14·3 az öt éven felüli lakosságnál: 11·8 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 4, pertussis 0, morbili 10, scarlatina 8, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 15, apoplexia 3, eclampsia 3, szervi szivbaj 20, pneumonia 16, pleuritis 0, pneum. catarrh. 6, bronchitis 5, tuberculosis pulmonum 53, enteritis 11, carcinoma 13, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 6, morbus Brightii et nephritis 3, veleszületett gyengeség 10, paedatrophia 0, marasmus senilis 3, erőszakos haláleset 6, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, baleset 1, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2860 beteg, szaporodás e héten 893, csökkenés 951, maradt e hét végén 2802 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi junius 18-dikától junius 24-dikáig terjedő 25. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 37 (37), diphtheria, croup 20 (27) hagymáz (typhus) 3 (3), kanyaró (morbili) 198 (256), trachoma 1 (5), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 12 (11), orbáncz (erysipelas) 13 (14), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1, (1) járv. fültőmirigylob 4 (3), ezenfelül varicella 10 (21).

< **Cairoi orvosi congressus**. A khedive magas védnöksége alatt az idén deczember hó 10-dikétől 14-dikéig Cairoban orvosi congressus fog tartatni. A meghivó a budapesti egyetem orvosi karához is megérkezett azon kéréssel, hogy hassunk oda, miszerint hazánkból több orvos látogassa meg Egyptomot. *Heymann* dr. temesvári születésű s évek óta Cairoban működő hazánkfia a napokban szóval is ismételte előttünk e kérést. A congressus tárgysorozata, melynek tervezetét az érdeklődőkkel szivesen közöljük, a fontos kérdések egész sorozatát öleli fel. De nemcsak tudományos szempontból lesz érdekes e congressus, hanem azért is, mert soha jobb alkalom nem kinálkozik Egyptomot, a Nilus vidékeit s a Szentföldet beutazni, megismerni. Azon t. kartárs urakat, kik ezen congressus iránt érdeklődnek, kérjük, hogy szíveskedjenek folyó hó 9-dikén d. e. 10 órakor az I. sz. belgyógyászati klinika tanári szobájában megjelenni, hogy megalakíthassuk az önálló magyar bizottságot, s hogy e tekintetben is megfelelhessünk a congressus vezetősége óhajainak. Budapest, 1902. julius 3-dikán. *Korányi Frigyes* dr. és *Bókay Árpád* dr. dekán.

□ **Győry Tibor** dr. egyetemi magántanárt a vallás- és közoktatásügyi minister a folyó évi szeptember havában Karlsbadban megtartandó német természettudósok és orvosok 74. congressusával kapcsolatosan egybeülő természet- és orvostudomány-történelmi társulat gyüléseire kiküldte.

♀ **A tiszti főorvosnál okleveleiket** májusban bemutatták: *Füredi Sándor* dr., *Steinberger Sarolta* dr., *Ladányi József* dr., *Fischer Dezső* dr. és *Hazai Sámuel* dr. egyetemes orvosdoktorok; és 5 szülésznő.

◑ **A budapesti gyakorló orvosok segélyző egyesülete** — mint azt a megjelent évi jelentésből olvassuk — az 1901-dik év folyamán 30 betegedési esetben nyujtott tagjainak segélyt 5480 koronával. Az egyesületnek ez évben 181 tagja volt.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Korytnicza*, junius 24.: 133. *Tátrafüred*, junius 27: 383. *Tátra-Lomnicz*, 38. *Szt. Lukács-fürdő*, junius 30.: 577. *Tarcsa*, junius 30.: 184.

○ **Máramaros vármegye közkórházában** az 1901. év folyamán — mint azt Szilágyi István dr. igazgató-főorvos jelentéséből olvassuk — 2083 egyén volt gyógyitás alatt 64,788 ápolási napon. Műtétet 207 esetben végeztek. Az igazgatón kivül *Lengyel Soma* dr. osztályos főorvos, *Nádor Henrik* dr. osztályorvos és *Majzler Salamon* dr. segédorvos működtek közre a betegek orvoslásában.

— **Orvosi oklevél elvonása.** Az alsó-ausztriai, továbbá a tiroli és vorarlbergi cs. kir. helytartóság közlése szerint *Jahnel Emánuel* dr. és *Huber Alajos* dr. orvosoktól, kik oklevelüket 1899. évi január 1-je előtt szerezvén, ez által a gyakorlat folytatására Magyarországon is jogositva voltak, az orvosi gyakorlat továbbfolytatásának joga, a korneuburgi cs. kir. járásbiróság 1900. év február 26-dikán, illetve a legfőbb itélő- és semmitőszéknek kelt jogerős itélete folytán megvonatott.

— **Államositani akarják az orvosi rendet Hollandiában.** A tervezet szerint minden családfő, a kinek 500 frton felüli jövedelme van 1—2% fizetne egy államilag kezelt alapra. Az igy összegyült pénzből az állam minden 2000 ember számára egy jól fizetett orvost tartana.

— **Orvostörténelmi szakkiállitás** létesitését tervezik Emmerich és Laudon kezdeményezésére Nürnbergben. A kiállitás a német muzeum alosztályát képezné.

○ **Megjelent.** *Kemény Ignácz* dr.: A bakteriologia és a magángyakorlat (klny.). 1902. — *Szabó József* dr.: Az ép állcsonti öböl accidens feltárása foghúzás alkalmával. 1902. (Klny.) — *Politzer Alfréd* dr.: A csecsemőlázakról hygienikus szempontból. 1902. — *Fürst Zsigmond* dr.: Az emberiség legnagyobb ellensége. Népszerű tanácsok a tüdővész terjedésének meggátlására. Budapest, 1902. Ára 20 fillér. — *Riegler Gusztáv* dr.: Ásványvizpalaczkok dugaszolása (klny.). 1902. — U. a. Emlékbeszéd Fodor Józsefről 1902. — *Chyzer Kálmán*: Egészségügyi Almanach. A magyarországi orvosok, gyógyszerészek és állatorvosok hiteles adatok alapján összeállított névjegyzéke. I. évfolyam. Dobrowsky és Franke, Budapest, 1902. Ára 3 korona. — *Marek*: Klinikai diagnostika. 72 ábra. Állatorvosi kézikönyvtár VII. kötete. Budapest, 1902. Kiadja a M. O. Állatorvosi Egyesület. — *Goldzieher V.* tanár: Adatok a szem kórboncztanához. 5 ábra (klny.) 1902. — U. a. Ueber Syphilis der Orbita. Halle, 1902. — *Pólya Jenő Sándor* dr és *Navratil Dezső* dr.: Vizsgálatok a pofa nyálkahártyájának nyirokereiről. Budapest, 1902. (Klny.) — *Löw Sámuel* dr.: A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1902-diki évkönyve. Budapest, Hornyánszky-féle könyvnyomda. 1902.

† **Elhunytak**: *Tauber József* Belényes volt városi orvosa Piskolton, *Simonics Balázs* tb. járásorvos, Gödöllőn, *Décsi Lipót* gyak. orvos Budapesten.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**“ Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére. **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — 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 kimeritő 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. (VIII. bemutató ülés 1902. április 23-dikán.) 449. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (Szakülés 1902. január hó 25-dikén.) 450. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1902. április 23-dikán.)

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

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Róna és Böke tagtársakat.

Pemphigus vulgaris, foliaceus és vegetans esetei.

Róna Sámuel. Csak ritkán jutnak nagy dermatologiai osztályok is olyan helyzetbe, hogy e három pemphigus-alakot egy időben észlelhessék és ezért ragadta meg bemutató az alkalmat a demonstratiora.

1. *Pemphigus vulgaris chronicus esete.* W. J. 73 éves napszámos. 1901. május óta beteg. A baj néhány napig tartó viszketéssel kezdődött, a nélkül, hogy kiütések jelentkeztek volna. A kiütés hólyagok alakjában a nyár folyamán lépett fel a háton. Azóta folyton újabb hólyagok jönnek. Szájában, torkában egy hó óta érez bajt. Jelen állapot 1902. január 27-dikén. Arczon, nyakon, hajzatos fejbőrön, mellen, háton, végtagokon lencsényi egész mogyorónyi tiszta vagy véres savóval telt bullák és elszórtan varral borított excoriatiók. Legnagyobb fokúak a laesiok a törzs mellső felületén. Emphysema pulmonum. Kórházi tartózkodása alatt folyton újabb bullák keletkeztek úgy a bőrön, mint az orr- és szájüregben. Láztalan, de azért lefogyott. A hólyagok legtöbbször hyperaemiás alapon fejlődtek mérsékelt subjectiv tünetek kapcsán. Más bőrelváltozások nincsenek. Utóbbi időben mind sürűbben a szájüri nyálkahártya is részt vesz a folyamatban. Kórisme kétségtelenül pemphigus vulgaris.

2. *Pemphigus foliaceus.* P. J. 46 éves napszámos. 1902. április 3-dikán jött az osztályra. Négy év óta beteg. A baj borsónyi és nagyobb hólyagokkal kezdődött, első évben csak a fejen, azután a második évben a test többi részein állandóan jelentkezik. Szájürben a harmadik évben érzett először bajt. Betegsége óta állandóan lázas és 2—3 havi időközökben 3—4 hétig tartó hasmenése van. Jelen állapot: Az egész törzs diffus vörös, beszűrődött és telve kiütéssel: igen lapos, különböző nagy hólyagokkal, excoriatiokkal, kerekded pikkelyekkel és varakkal. A végtagokon kisebb fokú az elváltozás. Nyálkahártya szabad. A beteg kórházi tartózkodása alatt csaknem állandóan lázas, rohamosan fogy, gyengül. Az elemi laesio az épebb bőrterületen mindig hyperaemiás alapon ülő, átlátszó savóval telt lapos hólyagból áll, mely csakhamar szürkés-fehér lesz, besüpped és varrá szárad le. A lobos, beszűrődött, tehát ismételten megtámadott területeken a hólyagképződés alig kifejezett, főleg mászkos, nyirkos, kerek, könnyen elcsúsztatható opák hámkorongok keletkeznek, melyek gyorsan vékony pikkelyekké és varakká száradnak be. Diffus bronchitis és fehérjevizelés.

Pemphigus vegetans. S. K. 26 éves vasgyalús 1902. márczius 6-dikán vétetett fel. Két hó óta beteg. Baja a jobb inguinalis tájon egy kiderithetetlen okból elgenyedt mirigy felett kezdődött különböző nagy hólyagok alakjában, melyek nyomán hatalmas condyloma latum szerű túlburjánzások keletkeztek. Ugy a hólyagok, mint a burjánzás a peripheriában továbbhaladt, majd a bal inguinocruralis és mindkét axillaris tájon fellépett. Belső szervekben elváltozást kimutatni nem lehet. A kórházban tartózkodása alatt a fejbőrön nagyszámú, az arczban gyér, a háton, végtagokon alig néhány bulla jelentkezett. E mellett a fent említett regiokban a folyamat lassan bár, de tovaterjedt és márczius 25-dikén láz kiséretében a bal hónaljgödörben gyermekökölnyi, majd néhány nappal később a bal felkar belfelületén hasonló nagyságú tályog keletkezett. Ezek megnyitása óta a beteg, mint azelőtt, láztalan, jó közérzettel, a folyamat alig terjedt. Nyálkahártya szabad.

Az utolsó három évi tapasztalatai alapján az aetiologiát illetőleg kiemeli, hogy az idegrendszer részéről klinice egyetlen egy esetben sem találtak olyan megbetegedést, mely a bőrlaesiókkal összefüggésbe hozható lett volna. A bonczasztalon sem találtak makroskopice észrevehető elváltozásokat. A histologiai vizsgálat még hátra van. A vér megbetegedését kutató, tehát általános infectiora és intoxicatiora irányult vizsgálataik is negativ eredményt adtak. Ha sterilen dolgoztak, sohasem tudtak a vérből valamely bacteriumfajt kimutatni, sem a venákból kihúzott vérből kitenyészteni. A bullák termékéből is csak bizonyos ideig tartó fennállás után tudtak pyogenes aureust és albust kitenyészteni és pedig mind a három alaknál, a mi a hólyagoknak secundaer fertőztetése mellett szól. Tehát nem erősitheti meg *Wallsch* leletét, a ki egy a pseudodiphtheria bacillus csoportba tartozó bacillust tudott kitenyészteni. A vizsgálatokat folytatni fogják. A toxinos theoriák közül csak *Lereddét* vizsgálták, a ki a pemphigust és a dermatitis herpetiformis Duhringot a toxinoknak (autotoxinok) a vérképző szervekre, első sorban a csontvelőre supponált izgató hatásából eredő eosinophiliájára viszi vissza. Szóló sem a vérben, sem a bullákban nem tudott constanter eosinophilsejt-szaporodást kimutatni. A bonczolásra került esetekben pedig a csontvelő a hosszú csontokban makroskopice oly épnek látszott, hogy a mikroskopos vizsgálattól eltekinthettek. A vizsgálatokkal Huber és Körmöczi foglalkoztak. Külső infectiora, contagiositásra is hasztalan vizsgáltak, oltással nem birtak új bullát előidézni, occlusiv kötéssel nem birták új bullák képződését meggátolni. Tehát az aetiologia homályos maradt. A mi a prognosist illeti, szóló azokhoz csatlakozik, kik a pemphigust halálos megbetegedésnek tartják. Az összes szerelés cserben hagy. Ujabban a *kakodylsavas Na*-injectiokkal tettek próbát. Ezt az As pótszeréül adták, mert a betegek jól tűrik. Azonban *Burlureaux* azt mondja, hogy az arsenkezelést a kakodylsavas Na-kezeléssel nem szabad confundálni és külön kell tanulmányozni. Kimutatja, hogy a kakodylsóknak sem chemiai, sem toxikus tekintetben nincs közük az As-készítményekhez, és ezért különböző a therapiai hatás. Azért említi fel, hogy a szaktársak figyelmét felhivja. Pemphigusnál nem látott tőle hasznot.

Körmöczi Emil. Bizonyos betegségeknek typusos vérleletet tulajdonitanak, pl. a typhusnál a fehér vérsejtek kis számban fordulnak elő és a granulált sejtek majdnem hiányoznak, szóval az a szövettani kép van jelen, mit *leukopeniának* neveznek. Ez a vérlelet azonban csak complikálatlan esetben van jelen; ha bronchitis vagy bronchopneumonia van jelen, vagy peritoneális izgatottság vagy erősebb orrvérzés: akkor a vérlelet megváltozik és a granulált sejtek lesznek túlnyomóak. Lehet, hogy a pemphigusnál is igy van a dolog, és eosinophilia csak a complicálatlan esetekben van jelen, mig ha lázak vagy más complicatio lép fel, az eosinophil-sejtek eltünnek. Hisz régi tapasztalat, hogy a különben fennálló epsinophilia lázas mozgalmakra eltünik. Ilyen esetet észleltek két év előtt Hochhalt osztályán, hol myeloid leukaemia volt jelen sok eosinophilsejttel, később ezen betegnél sepsis lépett fel és az eosinophil-sejtek eltüntek. Azért megfontolandó a dolog, hogy eosinophilia nem csak complicatio nélküli esetekben van-e jelen, mely esetben persze csak a positiv leletnek lehetne diagnostikus értéke.

A mi a csontvelő-vizsgálatokat illeti, azoknak fontosságát szóló is elismeri, mert csak ez dönthetné el, hogy az eosinophilia lényeges symptomája-e a pemphigusnak? Typhusnál pl. a csontvelő is megváltozott, t. i. az nem myelocytikus, hanem inkább lymphocytikus typusu; ilyen különben a csontvelő a Banti-féle kórnál is, mi szintén leukopeniás vérleletet mutat. Ha felvesszük, hogy az eosinsejtek a csontvelőben keletkeznek, és ha elismerjük, hogy a csontvelő vérképző szerv, akkor pemphigus eseteiben a csontvelőt ilyen értelemben metaplastikusnak kellene találni. Ilyen vizsgálatok azonban sok nehézséget okoznak, nem a technikai részben, mert hisz az eosinophil granulatiokat könnyű szövettanilag is feltüntetni, nem úgy, mint a neutrophil granulatiokat, de azt lesz nehéz meghatározni, hogy tényleg meg van-e szaporodva ezen sejt a csontvelőben, mert rendesen is találtatnak ott azok, és pemphigus eseteiben nem szoktak nagyon megszaporodni; kifejezett esetekben azonban ez nem lesz nehéz. Minden esetre azonban itt van a kérdés sarkpontja, és itt kell további vizsgálatokat tenni.

Ulcera tuberculosa pharyngis.

Huber Alfréd. G. K. 43 éves nőtlen, vasuti tisztviselő, folyó évi február hó eleje óta beteg; nyelési nehézségei vannak és márczius hó közepe óta rekedt; ekkoriban két hétig éjjel izzadt; egy testvére tüdőbajban halt el. Az uvulán a jobb arcus palato-glossuson és jobb tonsillán miliaris és ezek összefolyásából származott nagyobb, felületes sárgásan belepett fekélyek. Tüdőcsúcs infiltratioja (Hochhalt). A lues kizárható volt, kevésbbé a herpes pharyngis. A diagnosist a kaparék górcsői leletétől várták, de negativnak mutatkozott. De a fekélyesedés terjedt újabb miliaris fekélyek fellépése által, subjectiv tünetek súlyosbbodtak, a köpetben nagyszámú tbc. bacillus; ezért tuberculosis pharyngist vettek fel. Paunz is megvizsgálta a beteget. Lelete: a garatban látható ulceratio a jobb mandolán és szájpadíveken át beterjed a nyelv gyökéig és az epiglottisig. Utóbbi erősen duzzadt, infiltrált, felületén több helyen kifekélyesedett; a kannaporczok feletti nyákhártya duzzadt, beszűrődött, az interarytaenoidealis táj még ki is fekélyesedett. A gége és a garat nyálkahártyája e mellett nagy fokban anaemiás. A rosszul észlelhető hangszálagok halaványak, duzzadtak, mozgásuk korlátolt. Paunz is tuberculosisra tette a diagnosist, és exstirpált néhány borsónyi darabot, melyek typusos tuberculumoknak bizonyultak górcső alatt. Bacillust — keveset — csak nehezen lehetett találni. A megbetegedés nem gyakori. Guttmann az összes paraesis betegek 1%-ában találta. Higmann is figyelmeztet a lues és pharynx-herpestől való megkülönböztetésre. Ma a diagnosis a bemutatott esetben könnyebb: a fekélyek inkább lap szerint, mint a mélybe terjednek, kimart, egyenetlen szélűek, udvaruk kevéssé hyperaemiás, szürkés göbcsék jelenléte és főleg a lefolyás eloszlat minden kétséget. A therapia tisztán tüneti: orthoform befúvás és tejsavecsetelés.

Paunz Márk. Az ilyen esetek nem gyakoriak. Szóló 3—4 esetet észlelt, kettőt a Rókusban, egyet az általános munkás betegsegélyző pénztár ambulatoriumában. 39 éves asszony, nyelési fájdalmai vannak négy hét óta. Egy abortus, két év előtt haemoptoe. Tüdővizsgálat negativ, köpet nincs. Garatlelet: jobboldalt hátul lencsényi torpid fekély a nyelvgyök jobb felén; innen átterjedt a fekélyes folyamat az epiglottis jobb szélére, két lencsényi fekély a jobb álhangszalagon. Feltünt, hogy

nem közönségesek, tuberculosisra gyanus. Egy hétig KJ.-t kapott a diagnosis biztossága szempontjából, de nem használt. Egy darabot kimetszett szóló, és a szöveti vizsgálat typikus tuberculosist mutatott. Ez is hasonló eset a bemutatotthoz, de nem oly nagyfokú. Az ilyen esetek összetévesztetnek luessal és a lapiskezelés és kenőkúra esetleg árthat. Prognosis mindig infaust. Elsődleges tuberculosis-fekélyeket a garatban észleltek (Fränkel, Seifert). A kezelés csak tüneti lehet. Ha körülirt, legjobb excindálni, a mit a kettős curettekkel jól lehet végezni.

Róna Sámuel. Nem mindig könnyen lehet kimutatni a tuberculosis-bacillust. Két-három év előtt hasonló esetet mutatott be, melynél szintén nehezen lehetett a tuberculosis-bacillust kimutatni. Az elsődleges garatfekélyt illetőleg kérdi Paunzt, hogy a Fränkel-féle eset miliaris tuberculosis volt-e? A miliaris tuberculosis-esetek prognosisa absolute infanst.

Paunz Márk. Az ilyen esetek még nincsenek tisztázva.

(Folyt. következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(Szakülés 1902. január 25-dikén.)

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

(Vége.)

Az elmeállapotára vonatkozó elváltozás abban nyilvánul, hogy feledékeny; a képzettársitása lassú és laza és az emlékképek alkotása igen nehéz. Igy csekély és egyszerű dolgokat is sokszor kell átolvasnia, hogy azokat megértse és emlékezetben tartsa, ennélfogva szakmája terén is visszamaradt azóta, mióta a baleset érte, mert bármit is olvas, azonnal elfeledi. A megszokott és régen tanult dolgokat azonban tudja. A levélirás egészen jól megy nála, de idegen, illetve meg nem szokott dolgok másolásánál igen fárad és sok hibát követ el.

Összefoglalva az elváltozásokat, azt látjuk, hogy minden működés terén bizonyos hanyatlás állott be, mely különböző fokú s különösen a szagérzés, izérzés, hallás és képzettársitás, illetve emlékképek alkotásképessége csökkenésében nyilvánul; a nemi ösztön terén pedig annak teljes felfüggesztéséből áll.

Tekintve most azon körülményt, hogy fentirt 5000 voltos áramcsapás érte, mely a fejen át haladva 24 órán át tartó öntudatlanságot hozott létre s végeredményként csupán egyes működések gyengülését eredményezte: azt kell mondanunk, hogy ilyen kimenetelű esetek a ritkaságok közé tartoznak. Annyival is inkább, mert a koponyán állandóan visszamaradt behorpadásoknak sem találjuk góczi jelenségeit a mozgás terén, daczára annak, hogy az agy is nagyobb fokú összenyomatást szenved általa. Minden csak úgy magyarázható, hogy a behatolt villamosság testi égésen kivül és nagyfokú, de muló megrázkodtatáson kivül az agy részéről egyéb elváltozást nem okozott, hanem az egész helyen a megégett csont védelme alatt, mely később elhalt, meningitis lépett fel a nélkül, hogy az egyes agyközpontok működésükben zavartattak volna; a meningitis gyógyult és a csont eltávolításakor már nem reagált a beavatkozásra. Az agy pedig a lassan képződő hegnek, újabb csonttörésnek s ezzel járó behorpadásnak, illetve nyomásnak engedve, functiojában csak annyiban lett zavarva, hogy a keletkezett hiány pótlására más agyrészletek, bár nem olyan tökéletesen, mint az előbbeniek, lettek begyakorolva s igy az egyes működések csökkenése mellett a gyógyulás annyira helyreállott, hogy az illető azon igen erős villamos csapás daczára is könnyebb munka végzésére továbbra is alkalmassá vált.

2. **Rosenberger Mór:** *a*) **Dystrophia musculor. progressiva** és *b*) **hemiathetosis esetet mutat be.**

3. **Pneumonia crouposában szenvedő betegnél végzett bakteriologikus vérvizsgálat.**

Jacobi József: A beteg betegségének 5-dik napján vétetett fel a belklinikára, s akkor nála a bal alsó, két nap mulva pedig a bal felső lebeny is beszűrődöttnek találtatott. Majd deliriumok léptek fel a betegnél, a 9-dik napon a szivtompulat megnagyobbodását találta: a 10-dik napon exitus letalis következett be. Halála előtt két nappal venaesectio útján vett vérből pneumococcusok tenyésztek, melyekkel beoltott nyúl elpusztult, s annak szivvérében tokkal biró pneumococcusok találtattak.

Felemliti az eset kapcsán, hogy még csak 2—3 év előtt is prognostikus czélra akarták felhasználni pneumoniásoknál a bakteriologikus vérvizsgálatot, a mennyiben azon időben többnyire csak letalisan vagy igen súlyos, complicatiokkal lefolyó tüdőgyuladásoknál találtak a vérben pneumococcusokat. Újabban azonban Fränkel minden esetben, Landi 27 közül 25-ben találta meg azokat. Úgy látszik tehát, hogy azok rendesen jelen vannak pneumoniásoknál a vérben.

A különbséget az újabb és régebbi vizsgálatok eredményei között valószinűleg az adja, hogy míg régebben csak nehány csepp vért vettek a vizsgálathoz, addig most 5—10 ccm.-nyit használnak fel arra. Kismennyiségű vérrel dolgozva tehát a véletlennek is nagy szerepe lehet abban, hogy kitenyésznek-e a pneumococcusok vagy nem. Mindamellett valószinűnek látszik az, hogy súlyosabb esetekben nagyobb számmal vannak azok a vérben. Előadó 15—20 cseppnyi vért adott egy kémcsőnyi leveshez. A sectio ez esetben az egész bal tüdő beszűrődésén kivül savósrostonyás pericarditist és cerebrospinalis meningitist mutatott ki.

4. **Fogolyán Kristóf: Pleura-rákos beteget mutat be.**

5. **Buday Kálmán:** *a*) **Veleszületett teljes duodenum atresia** és *b*) **kettős baloldali ureter esetét demonstrálja.** (Az „Értesitő“ egész terjedelemben közli.)

6. **Höntz Kálmán: A stomatologia viszonya a gyermekgyógyászathoz.** (Szintén közölve lesz.)

PÁLYÁZATOK.

63/902. szám.

A seprősi körorvosi állásra pályázatot nyitok. A körorvosi állás javadalmazása: 1700 korona évi fizetés, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási és 40 fillér halottkémlési dij.

Az 1876. évi XIV. t.-cz. 142. §-a értelmében felszerelt pályázati kérvények **folyó évi julius hó 10-dikéig** adandók be hozzám.

Kisjenő, 1902. évi junius hó 18-dikán.

3—2 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

2960/902. szám.

Nyitramegye galgóczi járásában Karkócz székhelylyel: **Karkócz**, Bucsány, Maniga, Szilár, Alsó-Zelle, Felsö-Zelle, Újváros, Beregszegh, Vörösvár, Vágmedencze, Zsuk-Ratkócz összesen 10,592 lelket számláló községekből alakitott egészségügyi kör **körorvosi állásának** betöltése végett pályázatot nyitok **1902. évi augusztus 1-ei** záros határidővel, a mely időig a felszerelt folyamodványok hozzám beadandók.

Az állomás javadalmazása 1200 korona fizetés, 400 korona úti általány. Körorvos tartozik a körhöz tartozó minden községet kéthetenként és pedig előre meghatározott napon meglátogatni, a községekbeli vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni; székhelyén a vágatási biztos és halottkém teendőit végezni. A körorvos az orvoshoz jövő betegnek adott tanács vagy rendelésért 40 fillért, mig ha ő a beteg házában tesz látogatást, ezért nappal 80 fillért, éjjel 1 korona 60 fillért igényelhet.

A választást f. évi augusztus 12-dikén délelőtt fogom megtartani Karkóczon a községházán.

Galgócz, 1902. junius hó 27-dikén.

2—1 *Frideczky Timót*, főszolgabiró.

18,554/1902. szám.

Arad vármegye közkórházánál megüresedett **másodorvosi állásra**, valamint annak betöltése folytán megüresedhető többi orvosi állásra pályázatot hirdetek. A másodorvosi állás javadalmazása 1800 azaz egyezernyolczszáz korona évi fizetés, a kórház belterületén szabad lakás, mely áll egy előszobából és egy szobából. Ezenkivül fütés és világitás.

A kinevezés ideiglenes, a mennyiben ezen állás két évi időtartamra töltetik be.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják s az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontjában előirt képesitéssel birnak, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényüket Arad vármegye főispánjához **f. évi julius 31-ig** terjeszszék be.

Arad, 1902. junius 27-dikén.

Schill József, főjegyző.

823/1902. szám.

A kormányzatomra bizott **Szabolcs vármegye „Erzsébet“ közkórházánál** évi 800 korona törzsfizetés, szabad lakás, fütés, világitás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresitett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ának 3-ik bekezdésében előirt minősitésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi julius hó 14-dikéig**, mint záros határidőig nyujtsák be.

Nyiregyháza, 1902. junius hó 26-dikán.

Br. Feilitzsch.

7483/902. szám.

Belügyminister úr ő nagyméltóságának 65,973/902. sz. a. kelt rendelete folytán a **budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetnél** két évi időtartamra megüresedett **ideiglenes másodorvosi állásra**, mely 1200 korona évi fizetés, I. osztályú élelmezés, szabad lakás, fütés és világitás élvezetével van egybekötve, pályázat hirdettetik.

Felhivatnak tehát azon orvostudor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egykoronás bélyeggel ellátott s keresztelő, vagy születési bizonyitvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat jelen pályázatnak a „Budapesti Közlöny“-ben való első beiktatásától számitott **három hét alatt** alulirt igazgatósághoz nyujtsák be.

Később beérkező folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Budapesten, 1902. évi junius hó 27-dikén.

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatósága.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Julius 15.	tmrsegéd	Kolozsvár	1600 k. és lakás	Szabó Dénes dr. dékán
15.	járás o.	Hosszúaszó	1000 k., 400 k. u. á.	Csató Gábor alispán, Dicsö-Sz.-Márton
15.	körorvos	Eszlény	1200 k. és lakás	Nagy Lajos főszb., Szamosujvár.
„ 20.	tmrsegéd	Szombathely	1000 k. és telj. ellátás	Reismann Ad. ig.-tmr. Szombathely
—	magáno.	Csúz	3200—4000 k. jövedel. (1200 k. fixum)	Dr. Kircz Zolt., Budapest, V., Sétatér-u. 7.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Dr. Csillag Jakab górcsői laboratoriuma

Budapesten, VIII., József-körút 22—24. sz.

kizárólag **gonococcus vizsgálattal** foglalkozik.

A vizsgálandó anyag beküldését illető felvilágosítással szívesen szolgál a laboratorium.

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.

Orvosoknak tőkebefektetésre igen alkalmas.

Korytnicza-fürdőn,

annak legélénkebb és legkiesebb helyén, teljesen újonnan, a legmodernebb igényeknek megfelelőleg berendezve, **eladó** a

HUNGÁRIA- és ERZSÉBET-VILLA.

Közelebbi felvilágositást ad a tulajdonos: **Mager István** fodrász, Budapesten, VII., Sip-utcza 1 vagy Korytnicza-fürdőn.

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.

Nincsen szer, mely oly gyorsan felszívódik mint a **Vasogen**



A V. P. & Co. eredeti csomagolásnak 30 gr. kartonja. Javallatokat nem tartalmaz.

Ára **K. 1.30**

Mint minden jót, úgy Vasogen-készítményeinket is utánozzák.

Utánzott szerek

forgalomba hozatnak, melyek teljesen elütő **készítési módjai** megváltozott és éppen nem ártalmatlan hatást gyakorolnak, **a nélkül, hogy azok a betegre nézve olcsóbbak volnának.**

A törvényes procedurák lassan szoktak lefolyni és időközben nemcsak a beteg, hanem készítményeink jó hírneve is károsodik.

Itt csakis

a rendelő orvos segíthet,

a mennyiben **kizárólagos garanciát nyujtó**

V. P. & Co. eredeti csomagolást

rendeli és a netán tudomására jutott utánzatokról bennünket értesit.

VASOGENFABRIK PEARSON & Co., G. m. b. H., HAMBURG.

Főraktár Ausztria és Magyarország számára:

WILHELM MAAGER, Wien, III. Heumarkt 3.

Crurin 86148. számú német bir. szabad.

Chinolin-Wismuth-Rhodanat

forgalomba jön mint:

Crurin purum

pro injectione

Gonorrhoea kezeléséhez, mint 1—2%-os vizes suspensio évek óta legjobb sikerrel használtatik. (*Prof. E. Jacobi, Freiburg,* „Deutsche med. Wochenschrift" 1901. 52. szám.)

Crurin-hintőpor

Crurin purum 50% Amylummal. Évek során kitünő eredményekkel, klinice kipróbálva **Ulcera cruris, eves sebek és tályogok ellen.** (*Dr. Max Joseph, Berlin,* „Dermatol. Centralblatt" 1897. No 2. stb.)

Irodalmat és mintákat az orvos uraknak ingyen bocsát rendelkezésre a **kizárólagos gyár**

KALLE & Co., Biebrich a. Rh.

gyógykészitmények osztálya.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsöi és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

Idény május 1-től szeptember végéig.

GLEICHENBERG

Javallatok: A légzőszervek hurutos betegségei, az emésztő-csatorna bajai, továbbá vérszegénység stb.

Ellenjavallat: Tüdővész.

GYÓGYHELY.

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

Felvilágositás és prospektus ingyen.

Lakásmegrendelések a gyógyhely-igazgatóságnál Gleichenbergben.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

Védjegy:



CHINOSOL D. R. P. 88.520. sz.

1, ½, ¼ gr. tablettákban és poralakban.

Kitünő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

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

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

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

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagybani eladásra Ausztria-Magyarország részére:

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

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók.** — Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diaetetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.

Telefon. — Prospektus. — Egész éven át nyitva.

„THERAPIA“ Általános gyógyintézet CIRKVENICÁN

Fiume mellett, az Adriai tenger partján.

Egész éven át nyitva.

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

Prospektus ingyen és bérmentve.

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

Szt.-Margitszigeti gyógyfürdő Budapesten,

nyári és téli gyógyhely.

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

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

PAPAIN REUSS

legjobbnak elismert digestivum

javalva van

gyomorhurut, atonia, carc. ventr., dyspepsia infant. gastroectasia stb. eseteiben.

Adagja: felnőtteknek 0·5 gm., gyermekeknek 0·1—0·3 gm. kevés vízben.

Papain-pastillák a Papain Reuss-ból

készítve.

20 drb à 0·15 gm. korona 1.40 mint nyálkaoldószer a légzőszervek hurutjainál is nagyon ajánlható.

Mintákat kivánatra ingyen és bérmentve küld:

BÖHRINGER & REUSS, Cannstatt (Württbg.)

Kérjük szíveskedjék mindig Papain Reuss-t rendelni.

Raktár: **Török József gyógysz. Budapest.**

Vereinigte Chininfabriken
ZIMMER & Co., FRANKFURT A. M.

EUCHININ
keserű ízétől megfosztott chinin.

SALOCHININ
Antineuralgicum.

EUNATROL
Cholagogum.

VALIDOL
Analeptic., Antihysteric., Stomachicum.

EUPYRIN
Antipyreticum.

RHEUMATIN
Antirheumaticum.

FORTOIN
Antidiarrhoicum.

UROSIN
köszvény és húgysavdiathesis ellen.

DYMAL
antiseptikus sebhintőpor.

Minták, irodalom és egyéb részletek rendelkezésre állanak.

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

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

Mercurocrême.

Szabadalmazva.

Teljesen zsír- és szagtalan.

Törv védve.

33⅓% 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.

„ATOXYL“ új, alig mérgező arsenkészítmény.

Még igen nagy adagok bőr alá fecskendése sem idéz elő kellemetlen melléktünetet (tályogképződés, izgatás, fokhagymaszag stb.)

„Atoxyl“ oly kevéssé toxicus, hogy általa veszélytelenül adható **40—50-szer annyi arsen**

mint a szokásos szervetlen arsenkészitmények használata által.

Mindazon bajokat, melyek tapasztalat szerint arsenre reagálnak (bőr-, vér-, idegbajok stb.) az ATOXYL igen kedvezően befolyásolja.

Adagja: 0·05—0·2 gramm pro die subcutan.

IRODALOM: *Dr. W. Schild* (*Prof. Lassar* klinikájáról), Berliner med. Gesellschaft 1. 1902. márczius. — *Dr. F. Blumenthal*, magántanár (*Prof. von Leyden* klinikájáról) ibid.

„NEU-SIDONAL“

új hathatós szer mindennemű húgysavas bántalom sikeres leküzdésére; mely a szervezetben azonnal szabad chinasavvá változik. Ez persze

in statu nascendi

különös intensitással hat.

‚Neu-Sidonal‘ könnyen oldható, igen kellemes ízű; absolute ártalmatlan és teljesen közömbös. **Olcsó ára** következtében különösen húgysavas állapotok hosszas kezelésére ajánlható.

Kapható minden gyógytárban. — „Sidonal“ irodalom és minták ingyen.

Napi adagja: 2—5 gramm. Ára: 1 gramm 25 pf. = 30 fill.
Ajánlatos rendelési mód: 10 tabletta à 1 gramm. Ára: 2·50 márka = 3 korona.

VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE, AKTIENGESELLSCHAFT, CHARLOTTENBURG, Salzufer Nr. 16.

Negyvenhatodik évfolyam. 28. szám. *Budapest, 1902. julius 13.*

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.

Lőte József: Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. Módszertani adalék az állati szervezet fogékonysága fokának megállapitására vonatkozólag, bakterium hatása iránt. 451. lap.

Tausz Béla: A csizi jodbromos víz befolyása a gyomor physiologiai működésére. 452. lap.

Plesch János: Egy új műszer a csonttörések kórismézésére. 454. lap.

Parádi Ferencz: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani intézetéből. (Igazgató Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.) A méhgonorrhoea gyógykezeléséről prostituáltaknál. 456. lap.

Tárcza. Huber Alfréd: A Finsen-féle gyógymód mai állása. 457. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Szili Jenő**: A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben. 459. lap. — *Könyvismertetés. Behring, Römer und Ruppel*: Tuberculose. (Deutsch László.) 459. lap. — *Lapszemle. Húgyszervi betegségek. Dreyer*: Gonococcusok a nyirokerekben. (Guszman J.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Martin*: Gége-haematoma esete. (Tóvölgyi E.) — *Senator*: A gégefedő egy cystikus daganata. (Tóvölgyi Elemér.) — *A. G. Guye*: A recidiváló orrpolypoknak oka. (Tóvölgyi Elemér.) — *F. Terreles*: A nyelvgyök strumájának egy esete. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Darier*: Acoin. — *Cummings*: A pneumonia gyógyitása creosotallal. — *Grumme*: Lábizzadás gyógykezelése. — *Paldrock*: Jodipin. — *Kreibich*: A pofabőrön fellépett actinomycosis. — *Schwartz és Neugebauer*: Medullaris analgesia gyógykezelése. — *Folyóiratok átnézete.* 460—462. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetések. — A sanatoriumegyesület ülése. — A budapesti orvosszövetség közgyülése. — Felhivás pályázatra. — Az I. egyptomi orvosi congressus. — Fürdőink személyforgalma. — Hőgyes tanár Pasteur-intézete. — A budapesti általános poliklinika. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. — Az egyetemi I. sz. női klinika. — Pályázatok. — Hirdetések. 462. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 463. lap. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. 463. lap.

Mellékletek. Gynaekologia, 3. szám. Szerkesztik: Tóth István dr. egyetemi m. tanár és Temesváry Rezső dr. nőorvos. — F. Hoffmann-La Roche & Cie „Sirolin" czimű prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

Módszertani adalék az állati szervezet fogékonysága fokának megállapítására vonatkozólag, bakterium hatása iránt.[1]

Lőte József dr. egyet. tanártól Kolozsvárt.

A mai alkalommal egy módszertani kérdésre bátorkodom reá irányozni a t. szakülés figyelmét. Azt látom úgyanis, hogy ez a kérdés még a legútobbi időben is feltünően kevés figyelemben részesül a kisérleti fertőző betegségek tanulmányozásában. Pedig fontos, hogy lehetőleg jól oldódjék meg, mivel nagy jelentőségü kapcsolatos kérdések megitélése függ tőle.

Ismeretes, hogy a betegségokozó mikroorganismusoknak az állati szervezetekbe jutását követő változások, vagyis a fertőzés következményei, mondjuk: a támadó és a támadott szervezet sajátságain kivül, a fertőző anyag *mennyiségétől* is függenek. Tehát, egyéb viszonyok egyenlők lévén, az állati szervezet ellenálló képességét, vagyis *fogékonyságát a fertőző anyag mennyiségével mérhetjük, viszont a fertőző anyag erejét: virulentiáját, abból itéljük meg, hogy mekkora mennyiség teszen beteggé s illetőleg öl meg egy bizonyos állatot.* Világos ebből, hogy a fogékonyság fokának megitélésénél főfontosságú dolog lehetőleg pontos mérték alkalmazása, vagyis a fertőző anyag mennyiségének szabatos megállapítása. Ebből a szempontból egyelőre csak a növényi természetü fertőző anyagról, a bakteriumról lehet szó. S hogyan szokták a fertőzésre használt bakteriumok mennyiségét meghatározni? *S. J. Goldberg*[1] kisérletes vizsgálatokat tett annak kiderítése czéljából, hogy az alkoholnak minő hatása van a galamb természetes fogékotlanságára[2] lépfene iránt, és hogy a lépfenés fertőzés következményeit képes-e módositani a szóban forgó szer. Az ide vágó irodalom ismertetésében megrójja *Laitinent*, ki galambjainak a lépfenebacillus agaron fejlődött tenyészetéből 1/4 kacsnyit oltott be. Egyebek közt azt a kifogást teszi, hogy ez az adag igen kicsiny arra, hogy elegendő pontossággal lehessen vele dolgozni. Könnyen megeshetik, hogy az ember szándéktalanul többet olt be elenyésző csekélységgel, pl. 1/2 kacsnyit, és a kisérlet eredménye mindjárt egészen más lesz. *Goldberg* maga hasonlóképen galambot használt kisérleti állatul, fertőző anyagul pedig lépfenebacillus 20—26 órás tenyészetét döjtött agaron, és a felszinen fejlődött lepedéknek 1/2—1/24 részét oltotta be húslével felerésztve.

K. Hirota[3] az agaron fejlődött lépfenebacillus tenyészetéből az egérnek, nyúlnak halálos adagot úgy határozza meg, hogy a mennyi egy platintü hegyére fér. *Rich. Volk*[4] a nyúlvész bacillusának húslében fejlődött tenyészetéből 1 milliomod, 1 tizezred kcm.-t már halálosnak tapasztalt, ellenben *B. Issatschenko*[5] közlése szerint *Feiktistoff*, ha a poczegérvész bacillusának húslében fejlődött tenyészetét lónak beadta, még 500 cm³ mennyiségétől sem látott semmi bajt.

Felix Lochmann[6] a *bacillus caseolytikus* húsleves tenyészetét súly szerint mérte: 0·0025 és 0·00025 gm. (1/10 kacsnyi) 4—5 nap alatt ölte meg az egeret, stb.

Ezekből az élő példákból kitetszik: hogyan szokták a fertőző anyag mennyiségét, az állati szervezetet fogékonyságának a mér-

[1] Előadatott az „Erdélyi Muz. Egylet" orvos-természettud. szakosztályának 1902. junius 7-diki orvos szakülésén.

[1] Centralblatt f. Bakteriologie stb. 1901. XXX. k. 696. l.
[2] Centralblatt f. Bakteriologie stb. 1902. XXXI. k. 230. l.
[3] Centralblatt f. Bakteriologie stb. 1902. XXXI. k. 180. l.
[4] Immunitás értelmében.
[5] Centralbl. f. Bakteriologie stb. 1902. XXXI. k. 26. l.
[6] Centralbl. f. Bakteriologie stb. 1902. XXXI. k. 387. l.

tékét meghatározni. Nem szükség sok szót pazarolni annak a kimutatására, hogy az adagolásnak ez a módja mennyire megbizhatatlan. Bizonytalan elsősorban általában azért, mivel a tenyészet bősége a talaj alkata szerint változó, s így természetesen nem lehet tudni, hogy abban a grammban, köbcentimeterben mennyi a bakterium, hogy annak az agaron nőtt tenyészetnek a törtrészei mekkora tömegűek, vagy hogy arra a kacsra egészben, vagy törtrészeiben mennyi fér fel, mikor az sincs megmondva, hogy mekkora a karikája.

Pedig lehet ezeknél megbizhatóbb mértéket használni a fogékonyság fokának a megitélésére, ha nem is minden, de a legtöbb bakteriumfajtára nézve. Az általános elvi jelentőségű kórtani kérdések megoldása legalább mindenesetre megnyugtatóbb eredménynyel történhetik meg azzal az eljárással, a melyet mi már egy pár év óta használunk az intézetben szabatosabb kivitelt kivánó kisérleteinknél. 1899. október 24-dikén rendeztük az első sorozatot az ismertetendő eljárás felhasználásával.

Az eljárás alapelve az, hogy a kisérleti állatba juttatott életre képes *bakteriumoknak a számát* határozzuk meg kitelhető pontossággal, nem pedig *a nyers tenyészet tömegét* mérjük ki, vagy becsüljük meg. Ennek az alapelvnek a megvalósítása igen egyszerűen történik a már ismeretes bakteriumszélesztő eljárás segítségével. A mikor állatot oltunk, a húslével előbb egyenletesen eldörzsölt, aztán kellően felhígított oltóanyag meghatározott mennyiségével, 1—2 vagy több cseppel, (a mi megmért Pravaz féle fecskendőnk tűjéből) egyszersmind szélesztést[1] is csinálunk egy vagy több példányban rendesen kocsonyával, Petri-féle csészében vagy szélesztő üveglapon. A szélesztésben fejlődött telepek számából egyszerű számítás segítségével megállapítjuk a kisérleti állatba juttatott bakteriumok számát. Az említett kisérletsorozatban az egyik szélestésben 25, a másodikban 27, a harmadikban 31 lépfenebacillus telepe fejlődött az oltó 1—1 cseppjéből. A középszámot megszorozva a beoltott cseppek számával, megkapjuk a bejuttatott bacillusok számát. 135,000 bacillus volt a legkisebb, 2.700,000 a legnagyobb adag. Mind a tíz nyúl megdöglött. Csak kinagyolva bátorkodom bemutatni most az eljárást, a melyet más czélra rendezett kisérleteknél használtunk, de a módszernek magának a kidolgozásával még nem foglalkoztunk Mindazáltal ebben az alakjában is szabatosabb képzetet ébreszt az emberben a fogékonyság mértékéről, mint a szokásos mérések. Csak könnyebb elképzelni, hogy egy kgm. súlyú jól tartott házinyúl szervezete 1812—3759, sőt némelykor még 7075 lépfenebacillus fertőző erejét is legyőzi, ellenben 4354—6368-al már nem tud sikeresen megbirkozni, sőt némelykor még 943 is legyőzi, mint ha azt mondják, hogy a szóban forgó bacillus tenyészetéből minimalis mennyiség hatástalan, ellenben 1/4 kacsnyi, vagy agaron fejlődött tenyészetnek 1/2 negyed része, sőt még annyi is megöli a nyulat, a mennyi egy platintü hegyére reáfér. A dolog természetéből következik, hogy a módszer eredménye akkor lesz legtisztább és így legmegbizhatóbb, ha a kisérletre használt bakteriumfajta sejtjei a tenyészetben magányosan állanak vagy *isporát*[2] teremnek. Ebben az esetben a szélestésből keletkező telepek valóban egy-egy bakteriumsejt helyét jelölik, ha az oltóanyagot alkalmas szürővel a morzsás, pelyhes részecskékből megszabadítottuk.

Magától értődik, hogy a fertőző anyag adagát bizonyos súlyegységre, pl. egy kilogramm testsúlyra kell számítanunk, épen mint a vegyi anyagok hatása tanulmányozásában, ha a fogékonyság fokát megközelítő pontossággal akarjuk kifejezni.

Az előbbiekben vázlatosan ismertetett eljárás segítségével még olyan gyilkos fertőző anyag irányában is sikerül egyéni különbséget megállapitani a fogékonyság fokát illetőleg, mint a lépfene, olyan nagy mértékben fogékony állatfajon, mint a házinyúl, sőt még mint a fehér egér is. Szembetünően mutatkozik az összefüggés a fertőző anyag adaga és a betegség lefolyása között. A melyik egér pl. 257,500 bacillust kapott 31 órát élt, a melyik 11,550-t, 94 órát, a harmadik 5500-tól 110 óra mulva döglött meg, a melyek pedig 550 bacillust kaptak, életben maradtak. Temészetesen ugyanabból a tenyészetből származott bacillusok egy kgm. testsúlyra vannak számítva. Igy járván el kisérleteink rendezésénél, egy pár szerencsés esetben már eddig is észleltük, hogy az állat (egér) nagybeteg volt, alig látszott elevennek. Vártuk a halálát, és ime megfordult a betegség: „egy pár óra mulva talpra állott és életben maradt".

Nyúlon lázas hőemelkedést állapítottunk meg, a mely a negyedik nap végén kezdődött, és két napig tartott. Azt hittük, hogy belépusztul az állat a betegségbe. Azonban a láz elmult, s a nyúl életben maradt.

Részletezőbb adatokat a módszerre vonatkozólag talán lesz szerencsém közölni egy más alkalommal.

[1] Számláló szélesztésnek nevezzük az ilyen szélesztést.

[2] Olyan magyarosított alakja a *spóának*, mint *scholanak* az *iskola* stb.

A csízi jod-bromos víz befolyása a gyomor physiologiai működésére.

Irta: *Tausz Béla* dr., Csíz hivatalos fürdőorvosa.

A modern orvosi tudomány gyökeresen átalakult. A typhust nem az első hét végén tüneteiből, hanem az első időszakban a a Vidal-féle reactioból diagnostizáljuk. Diphtheria diagnosisánál mindenekelőtt a mandulák lepedékeiből vett praeparatumban keressük a jellegzetes bakteriumokat. Tuberculosis gyanujánál a tuberculin reactioját nézzük stb. Ép így vagyunk a balneologiával is. Ma már nem a klinikai tapasztalatokból következtetünk valamely ásványvíz gyógyértékére, hanem physico-chemiai analysis útján széjjelbontván az illető ásványvizet ionjaira, speculativ úton állítjuk fel alkalmazásának gyógyjavallatait. S ez a helyes út! Hisz pl. lymphadenitiseknél, idült csontgyuladásnál, bármily okból eredettek legyenek is, nem azért adagoljuk a jodot, mintha ezen megbetegedések specifikus ellenszere a jod volna, hanem, mert tudjuk, hogy a jod a lobosodásokat s az izzadmányok felszívódását kedvezően befolyásolja, már pedig eme megbetegedések pathologiai anatomiája az idült lobosodás. A physico-chemiai analysis egész pontossággal tárja fel előttünk valamely ásványviznek, hogy úgy fejezzem ki magamat: beléletét, összetételének mivoltát, s így fő hatóanyagait. Megmondja, hogy az illető ásványvízben levő alkatrészek hány százaléka van dissociálva, tehát oly alakban, mely felszívódásra képes, s hány százaléka nem alkalmas a felszívódásra; megmondja, hogy a vérhez viszonyítva, mennyi az osmotikus nyomása, tehát a gyomornak mily munkája leend a felszívódás előkészítésében stb.; methodikája exact, kivitele nem ütközik nagyobb nehézségekbe, s oly dolgokról ad felvilágosítást, melyeket mindeddig nem tudtunk értelmezni.

A physico-chemiai irány bevitele a balneologiába nem történt hirtelen. Than tanár, ki ez irány és tan megalapítója, már 1864-ben hangsúlyozta szükségességét, s az 1890-ben tartott első balneologiai congressuson hazai ásványvizeink egy jó részét physico-chemiai analysis útján elemezve mutatta be.[1] Ezen időben e tan jórészt még csak a chemikusok és physikusok kezében volt letéve. Csak később, midőn az ásványvizek és mesterséges oldatok hatását a gyomor és belek működésére, valamint a vérre és anyagcserére behatóbban kezdték kutatni, és midőn Korányi Sándor tanár[2] fagypontcsökkenési vizsgálatai a klinikusok figyelmét a 90-es évek közepén e térre is felhívták, hódított nagyobb teret az orvosi tudományban, s így a balneologiában is a physico-chemiai analysis. *Smithe-Medde, Mehring, Brandl, Aurep, Javorski* stb. még mesterséges oldatokkal kisérleteztek. *Koeppe* Gissingenben volt az első, ki: „Die physicalisch-chemische Analyse der Mineralwässer" czimü munkájában[3] e tant a balneologiába teljesen átvitte, majd következett *Scherk*,[4] *Frenkel*,[5] *Strauss* és *Roth*,[6]

[1] Balneologiai congressus 1890. évkönyve.

[2] Vizsgálatok az állati folyadékok osmosisnyomásának stb. 1896.

[3] Archiv f. Balneol. u. Hydrotherap. I. Band, 8. Heft.

[4] Die Wirkungsweise der Mineralwässertrinkkuren in ihrer Beziehung zur Fermententwickelung und Ionenspaltung. Archiv f. Baln. u. Hydr. I. Band, 3. Heft.

[5] Gazette des Eaux, 1897.

[6] Zeitschrift f. Klin. Medizin. 37. Band, 1899.

Strauss,[7] *Kostkevitz*,[8] *Duhoureau*,[9] *Buchböck*,[10] *Brasch*,[11] *Müller*[12] és *Ernst Cohen*.[13] Hazánkban *Bókay* tanár, majd utána *Vas* hívta fel a balneologusok figyelmét e tanokra, az 1901. évi congressuson *Rottenbiller* dr. értekezett róla, énmagam pedig a csízi jodbromos forrás vizének tanulmányozásánál kizárólag e tan alapján állottam. Vizünk physico-chemiai analysisét Buchböck dr. végezte 1899-ben (teljesség okáért még megemlítem, miszerint hazánkban a csízi vizen kivül mindeddig még csak háromféle víz van, physico-chemiai analysisen elemezve. 1. A Kristály-víz, 1900-ban Than tanár intézete által, 2. egy budai, újonnan felfedezett glaubersós forrás, ugyancsak 1900. májusában Láng által, 3. a szinyelipóczi Salvator-forrás 1901. deczemberében Koeppe által).

Kisérleteimet úgy állaton, mint embereken végeztem; a vizsgálatok a budapesti poliklinikának, Vas egyetemi magántanár vezetése alatt álló laboratoriumában történtek, kinek szívességéért és rendkivül becses útmutatásaiért e helyütt is legmélyebb hálámat és köszönetemet fejezem ki.

Kisérleteimnél a következő eljárást követtem: Kutattam a czízi víz hatását:

1. próbareggeli előtt,
2. próbareggelivel egyidejüleg,
3. próbareggeli után.

Controllvizsgálat czéljából ép ily eljárást követtem egyrészt aqua destillataval, másrészt mesterséges konyhasó-oldattal, melynek concentratioja megegyezik körülbelül a csízi vizével. Ezután próbareggeli nélkül vizsgáltam a víz hatását a gyomorra 15, 30, 45 és 60 percznyi időközben.

Vizsgálataimnál az Ewald-féle próbreggelit (300 gramm tea czukor nélkül, és egy fél zsemlye) használtam, a gyomortartalmat pedig Nélaton-gyomorkutaszszal exprimáltuk. A tartalmat rögtön Beckmann-apparatus segélyével fagypontcsökkenésre vizsgáltam, nehogy a gyorsan elszálló szénsav az adatokat megmásítsa. Ezután vizsgáltam az összaciditást luggal, a szabadsósavat amydoazo-benzolsavval, majd Volhardt eljárással meghatároztam a Cl Na-tartalmat, s ebből O-re, mint 16-ra vonatkoztatva a moleculasúlyokat, a Cl értékét. Ezután a fagypontcsökkenés segélyével kiszámítottam az osmotikus nyomást, valamint a mólok összegét. Eredményeim egy részét már tavaly publikáltam.[14] Újabb kisérleteim csak megerősítették eredményeim helyességét, s legyen szabad kisérleteim további adatait a mellékelt táblázatokban feltüntetni:

	Mennyiség cm³	Aciditás	Δ	Cl gm.	Cl Na gm.	Osmotikus nyomás atmosphera	Molok
A víz normalis adatai							
	100	0	—1·12° C.	1·202	1·85	15·00	0·673
400 cm³ csizi víz bevitele után:							
15 percz	180	2	—0·94° C.	1·090	1·68	11·244	0·0508
	170	2	—0·90° C.	1·079	1·66	10·244	0·0486
	180	4	—0·90° C.	1·033	1·59	10·836	0·0486
	180	3	—0·87° C.	1·014	1·56	10·728	0·0470
30 percz	140	4	—0·82° C.	0·942	1·45	9·923	0·0443
	90	0	—0·80° C.	0·926	1·425	9·676	0·0432
	125	4	—0·80° C.	0·923	1·42	9·676	0·0432
	90	5	—0·80° C.	0·877	1·35	9·676	0·0432
45 percz	85	0	—0·72° C.	0·72	1·20	8·713	0·0399
	35	0	—0·69° C.	0·702	1·108	8·355	0·0573
	45	1	—0·65° C.	0·669	1·03	7·864	0·0351
	25	0	—0·59° C.	0·60	1·00	7·123	0·0318

[7] Therapeutisches Monatsheft, 1899.
[8] Ugyanott.
[9] Annales de la Société d'Hydrologie medicale. 1899.
[10] Balneolog Zeitung, 1899. és Orvosi Hetilap, 1899.
[11] Zeitschr. f. diätet. Therapie, 1900.
[12] Comptes rendues, 132. kötet, 1046. oldal.
[13] Vorträge f. Ärzte und physik. Chemie.
[14] L. Orvosok Lapja, 1901. 17. szám.

Átlagos érték:

	Mennyiség cm³	Aciditás	Δ	Cl-tartalom gm.	Cl Na gm.	Osmotikus nyomás atmosph.	Molok
15 percz	175	2·9	—0·89° C.	1·053	1·62	11·025	0·0490
30 percz	110	3·1	—0·80° C.	0·923	1·42	9·74	0·0435
45 percz	47	1	—0·63° C.	0·661	1·04	7·635	0·341

I. A mi a gyomortartalom mennyiségét illeti, úgy erre nézve a különböző kisérletek szerint különböző eredményeket kaptunk. A kisérletek 15, 30, 45 és 60 perczig tartottak, s az eredmények meglehetős praecisitással egyformák voltak. Mint a táblázatból látható, éhgyomorra adagolva 400 cm³ vizet, az expressionál a maximum 180 cm³ volt, a minimum 170 cm³. Ezen valmint a továbbiakban közlendő, más individuumoknál, és más időben végzett kisérletek körülbelül egyforma adatokat adtak. 30 percz után történt expressionál a maximum 140 cm³, a minimum 90 cm³. 45 percz után pedig 85, 25, sőt igen gyakran 0 is. A 40. percz volt a kritikus időpont. Ezután rohamosan csökkent a mennyiség, sőt mint említém, 45 percznél gyakran már nem kaptam tartalmat. Egy órán túl végzett expressionál sohasem kaptam tartalmat.

A mint ez adatokból látható, a víz meglehetősen gyorsan távozik a gyomorból. Controll vizsgálat czéljából ugyanily concentratiojú konyhasó-oldatot, majd aqua destillatát vettem, s az eredmény egész más volt. Igy 400 gramm ugyanoly concentratiojú konyhasó-oldatot, mint a csízi vizé, 15 percz mulva exprimálva, még 280 grammot kaptam, 400 gramm aqua destillatával végezve a kisérletet, 260 grammnyi mennyiséget kaptam. Vizünk tehát sokkal gyorsabban hagyja el a gyomrot. E kisérletek ellentmondanak Strauss dr. vizsgálataiak,[15] ki azon tételt állítja fel, hogy hypertonikus vizek lassabban hagyják el a gyomrot, mint ito- és hypotonikus vizek. Mint ezt más helyütt bővebben kifejtettem,[16] valamely ásványvíznek a gyomor motorikus functiojára kifejtett hatását nem lehet egyedül azon szempontból elbirálni, vajjon az illető oldat vagy ásványvíz hyper-, ito- vagy hypotonikus, hanem e tekintetben sok más egyéb tényező is közremüködik. Igy, mint azt csak legutóbb Penzoldt[17] kimutatta, igen nagy szerep jut a szénsavnak is, mely a gyomor motilitását nagy fokban serkenti. Vizünknek a gyomorból történő gyors eltávolodásánál nézetem szerint nagy szerepet játszik meglehetős nagy szénsavtartalma. Még meg akarom jegyezni, hogy az expressionál nyert folyadék majdnem kivétel nélkül zöldre vagy sárgára volt tingálva. Nem akarom ezzel határozottan állítani, miszerint ennek okát a víz cholagog hatásának tulajdonítom, de a gondolat igen közel áll, hogy vizünk az epekiválasztásra is befolyást gyakorol.

II. *Aciditás.* A csízi víz a gyomor sósavképződését nem gátolja, de igenis annak egy jó részét neutralizálja. Mint a tabellákból látható a sósavképződés gyorsan indul meg, 30 percznél éri el maximumát, azután gyorsan alászáll. Hogy neutralizálja az elválasztott sósavat, arról úgy theoretikus, mint praktikus úton győződtünk meg. Vegyünk pl. egy kémcsövet, és tegyünk bele 10 cm³ 1‰ sósavoldatot. Adjunk hozzá 10 cm³ csízi vizet, s a lakmuspapir színe nem változik. Ugyane próbát 10 cm³ közönséges vízzel téve, a kék lakmus erősen vörös lesz.

Praktikus szempontból vizsgálva a dolgot, oly egyéneken kisérletezünk,[18] kik hyperaciditásban szenvedtek, s az eredmény mindig a sósav tetemes lefokozása volt. Álljon itt egy példa két kisérleti egyénről:

I. kisérlet.

M. J. 42 éves, két év óta emésztési zavarok. Összaciditás 100-on felül. Rendelés naponta háromszor 200 gm. csízi víz étkezés után.

[15] Therapeutische Monatshefte, 1899.
[16] L. Gyógyászat, 1902.
[17] Deutsches Archiv f. klin Medizin, 1902. 73. kötet.
[18] L. Orvosok Lapja, 1901. 19. szám.

*

1.	napon összaciditás	110,	sósavra vonatkoztatva		0·149%
2.	„ „	66,	„ „		0·058%
3.	„ „	48,	„ „		0·040%
4.	„ „	40,	„ „		0·032%
5.	„ „	36,	„ „		0·033%
6.	„ „	38,	„ „		0·037%
7.	„ „	35,	„ „		0·031%

II. kisérlet.

H. M. 26 éves, őrmester. Egy év óta gyomorégése. Próbareggeli után összaciditása 120. Rendelés: idem.

1.	napon összaciditás	78,	sósavra vonatkoztatva		0·369%
2.	„ „	65,	„ „		0·058%
3.	„ „	40,	„ „		0·041%
4.	„ „	44,	„ „		0·043%
5.	„ „	40,	„ „		0·041%
6.	„ „	48,			0·044%
7.	„ „	38,			0·040%

A csízi víz adagolását — minden egyéb szer adagolása nélkül — négy héten át tovább folytatva, a hyperaciditás teljesen megszünt, s az összaciditás állandóan 30—45° között maradt.

E víz e hatásának eredményére oly módon jutottunk, hogy kutattuk, mi a tudományosan magyarázható oka azon régebbi tapasztalatnak, melyet nemcsak mi, hanem a Csízen müködő többi orvos már régóta észlelt, hogy egyes betegek a vízivás következtében étvágyukat elvesztik, másoknál ép ellenkezőleg, az eddig csökkent étvágy feltünő mértékben fokozódik. Ez ok kiderítésén fáradozva jutottunk a fentebb leirt eredményhez, s e tekintetben megjegyezhetem, hogy még oly esetekben is, midőn diaeta, karlsbadi só, gyomormosások stb. nem voltak képesek a gyomor hyperaciditását lefokozni, a víz rendszeres ivása után prompte csökkent az aciditás. E vizsgálataimnál Hirschler tanár legmeszszebb menő előzékenysége és becses útbaigazítása oly nagy mértékben voltak segítségemre, hogy e helyütt is kötelességem iránta érzett hálámat leróni. Az általa rendelkezésemre bocsátott beteganyaggal tovább kisérletezve vizsgáltam a csízi víz befolyását a gyomor kóros savaira, főleg eczet és tejsavra. Hosszas kisérletezés után annak felfedezésére jutottam, hogy a csízi víz a kóros sav képződését megakadályozza, sőt a legtöbb esetben teljesen megszünteti, a mi congrual az összaciditás csökkenésével. Legyen szadad erre vonatkozólag egy classikus kisérleti eredményt közölni:

N. N., 23 éves, asztalos, 5 hét óta emésztési zavarokról panaszkodik, étvágytalanság, gyomorégés. Testsúly 57 kgm. Egy órával a próbareggeli után történvén az expressio, kóros savakat találtunk, s magas összaciditást. Az eczet- és tejsavat a felfözési methodussal, a tejsavat pedig a Leo-féle eljárással határoztuk meg.

Foglaljuk össze az aciditást és a szabad sósavat *A* rovatba, az eczet- és vajsavat együtteseu *B*-vel jelölve, a tejsavat *C*-vel, úgy az első két napon a kisérletek eredménye a következő volt:

I. nap

A = *a)* összaciditás 78
b) szabad sósav 0·1661%
B = 10
C = 3·6‰

II. nap

A = *a)* 62
b) 0·1385%
B = 11
C = 7·2‰

Ez adatok megállapítása után a kisérleteket úgy végeztük, hogy próbareggeli előtt 1/2 órával adtunk 200 gramm csízi vizet, délben és este, hasonlókép étkezés előtt 200 gramm vizet A további négy napi kisérletek eredménye a következő volt:

III. nap

A = *a)* 39
b) 0·0363‰
B = 7
C = 2·7‰

IV. nap

A = 53
0·073‰
B = 8
C = 2·7‰

V. nap

A = *a)* 54
b) 0·0985‰

VI. nap

A = *a)* 60%
b) 0·075‰
B = 3
C = 1·8‰

VII. nap

A = 60
0·06205‰
B = 0
C = 0·27%

VIII. nap

A = *a)* 43
b) 0·073‰
B = 0
C = 0·72‰

IX. nap

A = *a)* 66
b) 0·146
B = 0
C = nyomokban

X. nap

A = *a)* 60
b) 0·109%
B = 0
C = 0%

A következő napokon a vizet úgy adagoltuk, hogy közvetlen a próbareggeli után kapott 200 gramm vizet, hasonlókép délben és este, étkezés után egy órával 200 grammot. Az eredmény következő volt:

A kisérleteket még további 30 napig folytatva, vaj- és eczetsavat soha, tejsavat ritkán és csak nyomokban találtunk.

E kisérletekből azonban nemcsak az tünt ki, hogy az összaciditás és a kóros savak képződése csökken, hanem hogy a víz adagolása nem irrelevans. Hyperacid gyomornál legjobb rögtön étkezés után adagolni a vizet, hogy a termelt savat neutralizálja, ellenben ép, subacid vagy anacid gyomornál mindig étkezés előtt fél, háromnegyed órával. A fürdőhelyen igy is történik a víz adagolása.

(Folytatása következik.)

Egy új módszer a csonttörések kórismézésére.

Irta: *Plesch János* dr., Rajeczfürdő.

Vizsgálati módszereink a csonttörések kórismézésére bár eléggé megfelelőknek mondhatók, mégis lesznek olyan esetek, melyekben vagy az eset különösségénél, vagy a fennálló körülményeknél fogva elégteleneknek fognak bizonyulni. Egyrészt ezen oknál fogva, másrészt mivel többféle módszer alkalmazása mellett a kórisme felállítása annál bizonyosabb, azt hiszem nem végzek felesleges munkát, *ha egy új, rendkivül egyszerü, pontos eredményeket adó, az eddigi eljárásoknál sokkal kiméletesebb, és a mit szintén kiemelendőnek tartok- minden eszközt nélkülözhetővé tevő eljárásomat ismertetem.*

Hiszen kétségtelen, hogy a *radiographia* feltalálásával egy oly vizsgálati eljárással lettünk gazdagabbak, melynél tökéletesebbet kivánni nem lehet, de számba véve az óriási beruházásokat, a gép complikált és drága kezelését a magángyakorlatban, a vidéken és háborúban mégis csak a régi eljárásokra leszünk utalva.

Vizsgálati eljárásaink akkor nevezhetők tökéleteseknek, ha pontos eredmények mellett mindenki által, minden körülmény között alkalmazhatók. És ezért legyen bár a legtökéletesebb a *radiographia*, a harcztéri sebészetben, a falusi és legtöbbször a magángyakorlatban nem fog alkalmazást nyerni. A *crepitatio, rendellenes mozgathatóság*, a *dislocatio* és *fájdalmasság* lesznek azon tünetek, melyekre a gyakorló orvos diagnosisát alapítani fogja. Elég gyakran előfordul azonban az eset, hogy az ezen tünetek utáni vizsgálódás a megkivánt eredményre nem fog vezetni, hogy ezen tünetek egyikének avagy másikának, vagy valamennyiének hiánya daczára törés mégis fennáll. *Ilyen kétséges esetekben vagy olyanokban, a hol a tüneti vizsgálat akár a beteg érzékenysége, akár a képződött daganat vagy vérömleny, akár más körülmény miatt nem lehetséges, jól lesz alkalmazható az én eljárásom.*

Az én methodusom *a csontok hangvezető képességén alapszik.* Ha egy csont egyik epiphysisén kopogtatunk és ugyanazon csont másik epiphysisén hallgatódzunk, úgy a csont a kopogtatás által keltett hangot tovább fogja vezetni, és mi egy teljesen egynemü hangot fogunk hallani. *Az egészséges csonton* keletkezett hang mineműségére tekintettel nem kell lennünk, mert a hang jellege és magassága minden csontnál annak hosszúsága, töménysége, nagysága, az őt körülvevő szövetek minő- és mennyisége szerint és egyénenként változó. Egyugyanazon embernél azonban a két oldal fél egynemü csontjai egyenlő kopogtatási hangot adnak.

Fontos ezen jelenséget kiemelni azért, mert a csontok pathologikus elváltozása esetén az egynemü csontok kopogtatási hangja eltérő lesz, a mi a csontbetegségek diagnostizálásánál igen jól lesz észlelhető, mint azt alább bővebben ki is fogom fejteni.

Az egészséges csont tehát a keltett hangot egynemüen fogja tovább vezetni. Nem úgy azonban a folytonosságában megszakított repedt vagy törött csont. *Ha egy repedt csontot hallgatunk, az nem fogja a hangot egynemüen tova vezetni, hanem egyes részein a hanghullámok meglesznek szakítva, és a repedés nagyságától függő erősebb vagy gyengébb zörejt s metallikus szinezetü hangot fogunk kapni. Tört csontoknál már sokkal élesebb lesz a különbség. Itten a csont a keltett hangot egyáltalában nem fogja tovább vezetni, hanem ha a törvégek egymással érintkeznek a kopogtatás okozta csekély dörzsölés hangos recsegést tesz hallhatóvá, ha pedig a törvégek akár az által, hogy teljesen elváltak egymástól, akár pedig azért, mert közéjük ékelődött valamely más szövet, nem érintkeznek egymással, a hangvezetés teljesen meg fog szünni.*

A törés helyének megállapítása tehát ezen módszerrel nehézségekbe nem fog ütközni. Ha a kopogtatás és hallgatódzás helye között a hangvezetés fennáll úgy ezen helyen a csont ép, ha vezetés nincs, avagy zörej van jelen, úgy ezen két hely között kell lennie az elváltozásnak. *Addig fogunk tehát hallgató fülünkkel a kopogtatás helye felé közeledni, mígnem tiszta egynemü hangot kapunk*, a határponton, vagyis melyen innen hangot, melyen túl vagy zörejt vagy semmit (csak relative semmit) sem hallunk, lesz a törés illetőleg az infractio helye. Néha nagyon érdes törések esetében a crepitatio *punctum maximumán* állapíthatjuk meg a törés helyét.

A mi már most az eljárást illeti, az épen olyan egyszerü, mint a milyen a tünemény, a melyen alapul. Egy néhány practikus fogásra azonban mégis figyelmeztetni akarok.

A legjobb a csont epiphysisén direct kopogtatni, bár nem változik a jelenség, ha a diaphysisen kopogtatunk is, csakhogy a legkevesebb csontnál hozzáférhető a diaphysis, míg az epiphysis egy része az egyik, sőt sokszor mindkét végén direct kopogtatásnak is hozzáférhető. Ha azonban az egyik diaphysis vagy normális helyzeténél fogva, mint a felkarfejecs, vagy pathologikus elváltozás, (ficzam, vérömleny daganat, gyuladás stb.) miatt hozzá nem férhető, úgy az azzal szomszédos csontra (pl. a vállnál az acromionra) kopogtatunk. *Az izületen keresztül az ütés okozta hang bár valamivel gyengébben, de mégis átterjed*, míg a csontot övező szövetek a hangot alig alterálják.

Ha a kopogtatás helyét megválasztottuk, akkor legczélszerübben úgy járunk el, hogy a csont másik végén hallgatódzunk. Hallgatódzhatunk vagy direct a fülünkkel vagy bármely más ismert hallgatószerszámmal, a milyen, az egyszerü és binauricularis stethoskop, phonendoskop stb. Én vizsgálataimnál a *phonendoskopot* használtam, és pontosabb vizsgálatokra ezt tartom a legalkalmasabb müszernek, mert mivel egyrészt nem kell közvetlenül a betegre feküdni, vagy a stethoskoppal esetleges fájdalmas részeket nyomni, másrészt pedig, mert egy kézzel könnyen kezelhető. Phonendoskopos vizsgálatnál a megvizsgálandó területtől körülbelül $^1/_2$ meternyire állunk, egyik kezünkkel azt beállíthatjuk, másik kezünk a kopogtatásra szabad marad. Előnye a phonendoskopnak még az is, hogy a szív vizsgálatára szolgáló toldalékrésze lehetővé teszi a törés határának pontos meghatározását, mert illeszkedő része igen kicsiny, alig 1 cm^2, míg a többi hallgatóműszeré jóval nagyobb.

Ha tehát a kopogtatás helyével ellenkező másik csontvégén hallgatódzunk nagyjában rögtön meghalljuk van-e törés jelen avagy nem. Ha törést constatáltunk, vagyis ha a hangvezetés megszünt úgy addig közeledünk a phonendoskoppal a kopogtatás helye felé, mígnem hangot hallunk. Most a hangvezetés és megszakadás határát a csont kerületein több helyen megállapítva képesek leszünk ilyen egyszerü módon a törés irányát kirajzolni.

Én eljárásomat hullán csaknem valamennyi csonton kipróbáltam. Kedves kötelességemnek ismerem *Pertik Ottó* dr. tanár úrnak ezen helyen a legnagyobb szívességgel átengedett anyagért leghálásabb köszönetemet kifejezni. Hullakisérleteim, melyeket a törés helyének kipraeparálásával ellenőriztem, igazolják eljárásom gyakorlati alkalmazhatóságát.

Nagyon hosszadalmas volna, ha methodusom alkalmazásának módját az összes lehetséges csonttöréseknél le akarnám irni, itt csak az egyes, gyakrabban előforduló töréseket akarom részletezni, és azon töréseket, hol eljárásom különösen jól alkalmazható.

Igy elsősorban a *koponyatörésekről* akarok szólani. A subcutan koponyatöréseket eddig, hacsak nem Röntgen-sugarakkal csak a következményük képen fellépett tünetekből vagyis későn tudtuk diagnostizálni. Ezen esetekben a gyanus hely egyik oldalán hallgatódzunk, a másik oldalon kopogtatunk. Hullakisérletnél a vezetés a legcsekélyebb repedés esetén jelentékenyen alászállott, áthatoló törés esetén pedig megszünt. Ha a hangvezetés gyengült voltáról meggyőződést akarunk szerezni, mindig az ellenoldali hasonló pontokat kell ellenőrzésképen meghallgatnunk, mert a suturák vagy gyermekeknél és serdülőknél a még nem teljesen elcsontosodott fontanellák zavarólag hathatnak, a miket azonban összehasonlítás útján könnyen kizárhatunk.

A *koponya-alap* töréseire nézve kisérleteim ki nem terjeszkedhettek, és az eljárásnak ezeknél való alkalmazhatóságát csak a gyakorlat fogja megmutatni.

A *törzscsontok* törései közül mindenekelőtt a *bordatörések* érdemelnek említést. Ezeknél leggyakrabban csak valószinüségi diagnosissal kellett megelégednünk. Bordatörésnél, ha az én methodusom szerint járunk el, és vagy a sternumon, vagy magán a bordán, vagy a csigolya proc. spinosusán kopogtatunk és, a borda lefutásán hallgatódzunk, a leirt phenomen alapján diagnosisunkat biztosan felállíthatjuk.

A scapulánál az acromionon, proc. coracoideuson, a spinán, vagy az anguluson percutálunk. A *clavicula* töréseinél bármely végen hallgatódzhatunk és kopogtathatunk ; a hely megválasztásánál, mint minden csonton, mindig az eset mineműsége lesz döntő.

Ha a *felkarcsont* valahol a diaphysis mentén törött el, akkor a condylusok egyikén, ha a collum chir. vagy anatomicum táján, akkor az akromionon, ha a condylusok körül, akkor az olecranon ulnaen kopogtatunk.

Az *alkar* töréseinél, ha azok az ulna vagy radius alsó végét, a proc. styloideusokat illetik, akkor az erősen extensioban tartott kéz tenyéri felületén a thenar vagy hypothenaron auscultálunk a szerint, hogy az ulnát vagy a radiust vizsgáljuk.

A *carpal-, metacarpal-csontok és phalanxok* törzsének kórismézése bár theoretice ezen móddal nem kivihetetlen, a gyakorlatban ezeknél kicsinységüknél fogva még sem lesz alkalmazható.

Az *alsó végtag-csontjainak* töréseinél különösen figyelmeztetni akarok a *czombnyak* töréseire. Feleslegesnek tartom itt felemliteni azon nehézségeket, melyekbe a régi eljárás mellett ezeknek a ficzamoktól való differentialis diagnosisa igen gyakran ütközött. Eljárásomnak azt hiszem itt is, ha adott viszonyokhoz mérten veszszük alkalmazásba, hasznát lehet majd venni. A patellára, a condylusok egyikére vagy a trochanterre gyakorolt ütés okozta hang a megfelelő oldali medenczecsontokra áttevődik ha a czombcsontfejecs az izületben van és a csont folytonosságában nincsen megszakítva ; mihelyt a csont el lesz törve, az ép oldalival szemben hangváltozást fog mutatni. Ép úgy áttevődik a hang, ha a medencze kiálló pontjain kopogtatunk. Ha most bizonytalan, ficzam vagy törés van-e jelen, könnyü lesz ezek után eldönteni a kérdést a hangvezetés alapján.

Az *alsó végtag* egyéb csontjait illetőleg ugyanaz áll, mint a mit fentebb a felső végtag csonttöréseinek diagnostizálását illetőleg mondottam.

Ha már most eljárásomat a használatos kórismézési módokkal (kivéve a radiographiát) gyakorlati szempontból összehasonlítom, mindenekelőtt utalnom kell arra, hogy úgy a crepitatio, mint a rendellenes mozgathatóság, dislocatio stb. érzékeltetése a fájdalmat előidézik, vagy a fennállót fokozzák, és nem egy esetben ezen szenved hajótörést a további pontosabb vizsgálat. Nagyon gyakran, és talán az esetek többségében akkor kerül az orvos töréshez, mikor már a daganat erősen kifejlődött, a mi a vizsgálatot annyira megnehezíti, hogy a kórisme felállítását annak lelohadásáig kell elodáznunk. Ezzel szemben eljárásom kiméletes, fájdalmat sem nem okoz, sem nem fokoz, a beteg körülményeitől és állapotától függetlenül alkalmazható, és ezért különösen a harctéri sebészetben lesz jól használható.

Mielőtt eljárásomat a közhasználatnak átadnám, mely egyedül hivatott itélő birája egy methodus hasznavehetőségének,

befejezéséül még utalni akarok arra, hogy a tünemény esetleg a csontok pathologikus elváltozásainál is alkalmazást nyerhet. Saját észleléseim ez irányban a kellő beteganyag hiánya miatt sajnos alig számbavehetők. Jelenleg csak arról referálhatók, hogy egy caries costae esetében képes voltam a beteg bordát és a megbetegedés helyét pontosan körülirni, és egy osteomyelitis fibulaenél a hangvezetés változásából a csont megbetegedését diagnostizálni. Egyéb tapasztalatom ez irányban nincsen, de nem kétlem, hogy azon kartársaim, kiknek hivatásuknál fogva bővebb anyag áll rendelkezésükre, nagyobb tapasztalatról fognak majd beszámolni, és azt hiszem ezek alapján ki fog tünni, vajjon eljárásom kóros elváltozások felderitésére alkalmas-e. Én remélem, hogy eljárásom a csontbetegségek kórismézésénél is használható lesz, tekintve, hogy a csontok betegségei azok szöveti elváltozásain alapulnak, a mi a keltett és tovavezetett hang mineműségét okvetlenül kell, hogy befolyásolja.

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

A méhgonorrhoea gyógykezeléséről prostituáltaknál.[1]

Parádi Ferencz dr. I. tanársegédtől.

(Folytatás.)

Az intrauterin kezelés előtt meggyőződünk arról, hogy a méh és függelékeinek állapota megengedi-e azt. Ennek elbirálására vannak hivatva a már fentebb említett nőgyógyászati vizsgálatok, melyeknek 1900 óta a kezelendő és már kezelt betegeket minden esetbe alávetjük.

A kezelésre folyékony szereket használunk. Ezeknek bevitelére, kevés kivétellel, a Braun-féle fecskendőt alkalmaztuk módosított alakjában (2 cm³ ürtartalommal, rácsavarható ezüst canul-el). Néha a Playfair és Sänger-féle sondákkal is történt kezelés, de csak kivételes esetekben.

Azok közül a cautelák közül, melyeket a befecskendések alkalmával szigorúan szem előtt kell tartani, kiemelhejük az asepsis szigorú megóvását. Ezért a portiot a canule bevezetése előtt alkohollal és azután sublimattal beitatott tamponnal a reátapadó genytől és nyáktól jól megtakaruk, az ezüst-csnule-t pedig közvetlen a bevezetés előtt láng felett sterilizáljuk; egy pár csepp átnyomott folyadék az átmelegedett canule-t lehüti. Ügyelnünk kell a canule óvatos bevezetésére, nehogy a cervix nyálkahártyája megsérüljön. Ezért különös figyelemben kell részesíteni a cervix hajlási irányát és a belső méhszáj tágságát. A méh erősebb hajlása esetén a törést ki lehet egyenlíteni az által, hogy a mellső ajakba akaszott golyófogóval a méhet gyöngéden lefelé húzzuk. Akadály esetén minden erőszakos nyomás nélkül a belső szájat keressük, összeegyeztetve a nyakcsatorna hajlási irányát a canule görbületével. Az esetleges méhszájgörcsöt igyekszünk óvatosan legyőzni. A szük belső száját előzetesen a Hegar-féle tágitókkal tágithatjuk.

A fecskendéseket hetenként kétszer végezzük. Újabban *Marschalkó* tanár arra a tapasztalatára támaszkodva, hogy a natriumlygosinatos befecskendéseket a betegek akkor is jól türték, ha gyakrabban végezte a befecskendéseket, több esetben rövidebb időközben kezelte az endometriumot. Jelenleg kisérletek folynak arra nézve, hogy az olyan betegek, kiknél a natriumlygosinat becseppentése semmiféle reactiot nem okoz, hogyan türik a harmad, esetleg másodnaponkénti kezelést. Ha ez a módszer beválik, a mit az eddigi, még nem nagy számú tapasztalat már is valószinüvé tesz, a méhgonorrhoea gyógyulási ideje előre láthatólag meg fog rövidülni.

Mielőtt a gyógyeredmények összefoglalására térnénk, szükségesnek tartjuk körülirni azt az álláspontot, a mely szerint a méhgonorrhoea diagnosisát megállapítjuk, lefolyását és gyógyulását megitéljük. A méhgonorrhoea diagnosisát felvenni klinikai tünetek alapján csupán egészen heveny esetekben lehet. De már subacut és még inkább idült méhgonorrhoeánál igen gyakran tapasztalhatjuk azt, hogy a klinikai kép és a górcsövi vizsgálat eredménye közt nincsen meg az összhang. Találunk genyes kifolyást, melyben a legszorgalmasabb kutatással sem tudunk gonococcust kimutatni. Viszont nem egészen genyes, esetleg üvegszerü váladékban találhatunk gonococcust. Tehát megállapíthatunk górcsővel gonorrhoeát ottan is, hol annak felvételére a klinikai tünetek nem utalnak. Sokkal nehezebb azt eldönteni, hogy negativ górcsövi lelet után milyen álláspontot foglaljunk el. Idült esetekben úgy a klinikai kép, mint a górcsövi lelet igen ingadozó lehet. Azt kell meghatároznunk, hogy valódi virulens gonorrhoeával, vagy pedig a prophylaxis szempontjából nem fontos residualis gonorrhoeával[3] állunk-e szemben. Ilyenkor egy-két negativ lelet mit sem bizonyít. Ha több vizsgálat után sem jutottunk eredményhez, a lappangó gonococcusokat megkisértjük rejtekhelyükből felszinre hozni. Erre a czélra is igen alkalmasnak bizonyult a natriumlygosinat 5% vizes oldata. Megeshetik, hogy ezután sem kapunk gonococcust, csupán azt észlelhetjük, hogy a kifolyás teljesen megszünik. Ha több provokáló befecskendés után sem kapunk a váladékban gonococcust, felvehetjük, hogy nem virulens gonorrhoeával, hanem postgonorrhoeás huruttal, vagy más hurutos folyamattal volt dolgunk.

A gyógyulást sem a klinikai kép, hanem a górcsövi vizsgálat alapján állapítjuk meg. A nyakcsatorna váladékát hetenként kétszer megvizsgáljuk a befecskendést megelőző napon. Gyógyultnak tekintjük azt a beteget, kinél a kezelés kihagyása után legalább kétszeri vizsgálatnál nem lehetett gonococcust kimutatni. Mi is észleltük azt a jelenséget, hogy a már eltünt gonococcus a menstruatio után újból megjelent. Néhány esetben a gonococcus épen a menstruatio után tünt el véglegesen.

Jadassohn[3] akkor tartja gyógyultnak a gonorrhoeát, ha a helyi kezelés abbanhagyása után 8—10 nap mulva sem lehet kimutatni a gonococcust. Maga *Jadassohn* megjegyzi, hogy e 10 napi kezelés nélküli veszteglés egyáltalán nincsen inyére a prostituáltaknak, s ezért nehezen vihető ki. Klinikánkon nincsen ugyan szigorúan megszabva a kórházi tartózkodás ideje a kezelés abbanhagyása után, de a beteg, mint fentebb láttuk, ez időn túl átlag egy hétig marad a kórodán (két negativ lelet), s csak azután kerül nőgyógyászati vizsgálatra. A nőgyógyászati vizsgálat hetenként egyszer, meghatározott napon történik. Több izben a *Jadassohn* által megszabott időn túl is bennmaradt a méhgonorrhoeával gyógyult beteg. Ennek oka valamely más megbetegedés lassú gyógyulása volt (ulcus chronicum vulvae, Bartholoneitis stb.). A váladék vizsgálata ilyenkor heteken át tovább folyt.

A gyógyulás megitélésenek kérdésénél fel kell említenünk azt a kórodánkban rendszeresitett szokást is, hogy a gyógyultan elbocsátott prostituáltak a következő héten vizsgálatra berendeltetnek. Ha akkor nem lehet gonococcust kimutatni, úgy egy hónap mulva újabb górcsövi vizsgálat következik.

Mielőtt a klinikai eredményeket vázolnók, röviden megemlékezünk azokról a bakteriologiai vizsgálatokról, melyeket a natriumlygosin gonococcusölő hatásának kiderítésére gonococcustenyészeteken végeztünk. Igyekeztünk meghatározni a natriumlygosin gonococcusölő hatását, és kipuhatolni, hogy azt mennyiben lehet összemérni más, már eddig ebben az irányban kipróbált szernek hatásával. A gonorrhoea-kezelés mai állása szerint csak azokat a szereket tarthatjuk jó antigonorrhoeikus szereknek, melyeknek a szövetek lehető kimélése mellett erős gonococcusölő hatásuk van. Ez magyarázza meg, hogy erős antiseptikus szerek antigonorrhoeikus hatása korántsem akkora, mint azt feltételezni lehetne. E tekintetben első helyen állanak az ezüstsók; azoknak szerves és szervetlen összeköttetései. Érdekesnek igérkezett tehát a natriumlygosin hatását az argentaminéval, egy olyan ezüstvegyület gonococcusölő hatásával összehasonlítani, melynek e tekintetben elsőrangú szerepe van.

A bakteriologiai kisérletek megkezdése előtt gyors és biztos módszert igyekeztünk választani a tenyésztésre. A gonococcusok tenyésztésére alkalmas táptalaj megválasztásánál inkább a szükséges anyagok hozzáférhetése okoz nehézséget, nem pedig maga a módszer. Azon a hosszú kisérletsorozaton át, mely *Bumm* sikeres és urethralis oltásokkal is igazolt gonococcus tenyésztése után megindult, olyan táptalajt kerestek, melyen dúsan nő a gonococcus, s a melynek alkotó anyagait könnyen lehet megszerezni. A tenyésztési módszerek módosításai közben rájöttek, hogy bármely előzetes előkészítés után alkalmazzák az állati nedveket, azokat gonococcustenyésztés szempontjából messze felülmulják az emberből nyert fehérjetartalmú folyadékok, mint vérsavó, hydrocelefolyadék, ascitesfolyadék. Rendelkezésünkre ezek közül ascitesfolyadék és

vérsavó állott. Ezeket nem a közönségesen használt 1—2%-os agarral kevertük össze lemezöntésre és ferde agar készítésére, hanem a *Kiefer*[5] által ajánlott módszer szerint készítettük a táptalajt (3·5% agar, 5% pepton, 2% glycerin, 0·5% Na Cl összekeverendő egyenlő mennyiségü ascitessel vagy vérsavóval). Az így készített táptalajon már 12—18 óra mulva jól megkülönböztethető tenyészetet nyertünk. Oltásainknál tekintettel voltunk arra, hogy lehetőleg erős virulentiájú tenyészetet nyerjünk. Ezért olyan egyénektől oltottunk, a kik még kezelésben nem részesültek. Legtöbbször férfiurethrából oltottunk. Ugy az ascitesglycerinagar, mint a vérserumglycerinagar igen jó táptalajnak bizonyult. Mégis észleltünk annyi különbséget, hogy a vérserummal készített táptalajon a tenyészet valamivel gyorsabban indult meg, és dúsabb volt mint a másikon. Minél több izben volt az ascites sterilizálva, annál gyengébb tenyészet fejlődött rajta. A szakaszosan sterilizált ascitesfolyadék halvány opaleskáló külsőt nyert. A további sterilizálás elkerülését és az opaleskálás eltüntetését szüréssel akartuk elérni. Erre a czélra néhány izben a Pasteur-Chamberland-féle szürőt alkalmaztuk. A szüredék színtelen, vagy alig színezett folyadék volt. Az ezzel készített táptalajokon a gonococcusok egyáltalán nem tenyésztek.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A Finsen-féle gyógymód mai állása.

(Folytatás.)

III. A kezelés gyakorlati kivitele. A Finsen-féle intézet ismertetése.

A fénynyel való kezelésre Koppenhágában, mint említém, 1898 tavasza óta, mai napig kizárólag csak az igen erős villamos ívlámpákat és az eredeti *Finsen*-féle concentratorokat alkalmazzák. Azt is említettem, hogy egy-egy ívlámpára négy concentrator van alkalmazva, egy lámpa mellett tehát egyszerre négy beteg kezelhető. Minthogy az intézet óriási dolgozótermében hét lámpának megfelelőleg összesen 28 concentrator működik, ezek pedig rendszerint mind le vannak foglalva, a mi azt jelenti, hogy minden műszernél egy beteg és egy ápolónő foglal helyet, a teremben pedig állandóan 50—60 ember nyüzsög, mindebből érthető, hogy az élet, a mely itt folyik, igen mozgalmas és változatos. Az intézet napi forgalma 100—120 beteg körül ingadozik, tehát tetemes számot képvisel. A kezelt betegek száma az intézet fennállása óta évről évre gyarapodik, a mint a következő táblázatból kiderül:

1896-ban kezeltetett	15	beteg
1897-ben „	97	„
1898-ban „	221	„
1899-ben „	289	„

1900. deczember 31-dikéig csupán lupus vulgarisban szenvedő beteg összesen 640 kezeltetett, az 1901. év végéig ezernél több már az összes kezelt betegek száma, a kik közül 700-nál többet tesz ki csupán a lupus vulgaris.[42] Az 1901. évi hiteles statistikát nem ismerem még, ezért ezen évre vonatkozólag csak azon adatokat soroltam elő, a melyekről csupán szóbeli közlésekkel rendelkezem. A betegek legnagyobb részét a nők szolgáltatják.[43] Igy volt:

1898-ban	42	férfi,	120	nő
1899-ben	56	„	163	„

Nemzetiségre nézve pedig a betegek nagyobbára Dánia különféle részéből származnak:

1898-ban kezeltetett	155	dán,	7	külföldi
1899-ben „	187	„	32	„

A gyógykezelés, melynek fáradságos munkáját példás rendben, mintaszerű tisztasággal, e mellett úgy a betegek, de főleg a személyzet részéről állandóan tanusított, és valóban jóleső víg kedélylyel három orvos és 40 vizsgázott ápolónő ügyszólván egész nap végzi, csakis vasár- és ünnepnapokon szünetel, a mely napokat a dán lakosság egyébként is szigorúan szokta betartani. A betegek rendszerint naponta egyszer, de akárhányszor kétszer is kezeltetnek. A lámpákkal való gyógykezelés reggel 1/2 8 órakor kezdődik és az egyes 5/4 óráig tartó és órával percznyi pontossággal ellenőrizett expositio idők közötti 5—30 percznyi szünetek kivételével szakadatlanul folyik délutáni 4 óráig. A kezelés menetét és technikáját legczélszerűbben úgy érzékíthetem meg, ha a beteg szereplését a jelentkezés pillanatától kezdve vázolom. A *Finsen*-intézet mai alakjában Kopenhága villanegyedében (Rosenvaenget) fekvő nagy kert belsejében épült, a laboratorium és az igazgató magánlakása tőszomszédságában. Az egységes egészet képező intézet egy egyemeletes főépületből áll, a mely egyik oldalán hosszú folyosóba folytatódik és a tulajdonképeni gyógykezelés szinhelyét képező óriási teremben végződik. Az emeletes főépület zárt és fedett udvarán körös-körül csinos, faragott fapadok vannak elhelyezve, itt várnak a betegek, ki ülve, ki állva, mig a sor reájuk kerül. Ugyanitt van elhelyezve a személymérleg is, a melyen a betegek első látogatásuktól kezdve kisebb időközökben pontosan leméretnek; a súlyváltozások jegyzőkönyvileg ellenőriztetnek. *Már itt akarom megjegyezni, hogy az egész lupuskezelés kizárólag csak ambulanter történik az intézetben, fekvő beteg nincs.* A főépület földszintjén vannak az irodák, az orvosi vizsgálóhelyiségek és a kézi laboratorium. A délelőtti órákban *első izben jelentkező* betegen a diagnosis megállapittatván, ha a bántalom fénykezelésre alkalmasnak bizonyult, a status felvétele után a főépület emeletére utasittatik, a hol a beteg területet lephotographálják. Minden egyes betegről készül ilyen photographia, egy a jelentkezés alkalmával és egy a gyógykezelés befejezése után. A kezelés megindítása előtt készült fénykép a kórtörténet első lapjára ragasztatik és ez képezi a továbbiakban a gyógyulásnak egyik, ha nem is a legfontosabb controllját. Egy-egy betegnek első és utolsó fényképe tetemesen megnagyobbitva, a későbbi években a siker egyik legfontosabb documentumát képezi. *Finsen* tanár dolgozószobája tele van már az efféle kettesével egyberámázott photographiák rendkivül tanulságos gyüjteményével. A beteg további sorsa most abból áll, hogy naponta jelentkezik délelőtt az orvosok előtt, a kik dermographphal kijelölik azon beteg területet, a melynek a legközelebbi expositio tárgyát kell képeznie. A beteg terület expositioja mindig a peripherián és akként kezdődik, hogy az ép bőrterületnek egy része is kerüljön a nyomóüveg alá. Minthogy egyszerre, vagyis 5/4 órán keresztül csak mintegy két centimeter átmérőjü terület képezheti a kezelés tárgyát, ezért érthető, hogy a kezelés hosszú időt vesz igénybe. *A beteg bőrterületek controllja* — főleg ha a gyógykezelés már egy ideig tartott — *képezi az egész therapiának legfontosabb, de egyszersmind legnehezebb részét.* A vizsgálat kizárólag csak a diaskoppal, vagyis a vizsgálandó területnek üvegspatula segélyével eszközölt nyomása, illetőleg vértelenítése útján történik. *Igen fontos a czél elérésére a nyálkahártyáknak legszorgosabb vizsgálata és gyógykezelése.* Minthogy a *Finsen*-féle concentrator a nyálkahártyákhoz nem adaptálható, ezért nyálkahártytamegbetegedés esetén, az intézetben hetenként kétszer cocain-anaesthesia mellett a galvanocauterrel való égetést alkalmazzák. A közti időben naponta jodtincturával való ecsetelést vagy lapissal való edzést eszközölnek. Ha még megemlitem, hogy specialisan az orrnyákhártya kezelése után az orrüregek mindegyikébe egy-egy sublimattampon helyeztetik, az ajkakon itt-ott előforduló szétmálott göbök pedig excochleáltatnak, akkor jeleztem volna az intézetben divó nyálkahártya-kezelés főbb pontjait, a mely kezeléssel megjegyzem, az esetek többségében teljes gyógyulás érhető el. Lelkiismeretesen kezeltetnek még a lupussal összefüggő szembajok is: e czélból a betegek szeme az intézet orvosai által naponta, hetenként egyszer pedig szemészspecialista által vétetik kezelés alá. *Az arczban székelő, de a fénytherapia számára hozzá nem férhető területek* — ismétlem — *a legszorgosabb ellenőrzés és gyógykezelés tárgyát képezik, nehogy a bőrbántalom gyógyulása után visszamaradó egyéb lupusos laesiok újabb recidivára adjanak okot.* Ezek után meg kell még emlékeznem a tulajdonképeni *Finsen*-therapiáról is. A mintegy két centimeter átmérőjü beteg területnek az orvos által való kijelölése után a beteg a neki egyszersmindenkorra meghatározott időben és lámpánál helyezkedik el úgy, a hogyan azt a kezelés kivánja. Itt mellőznöm kell a részleteket és csak megjegyzem, hogy a főczél az, miszerint a concentrator által összegyüjtött fénykévének focusa a nyomóüveg által fedett bőrterületnek közepére essék, és hogy a fénysugarak a bőrt merőlegesen érjék. Természetes, hogy minden egyéb bőrrészlet a kellemetlen fényhatás elkerülése czéljából szorgosan letakarandó (sárga papirral vagy bórvízbe áztatott vattával): különösen a szemek takarandók le gondosan, a mely czélból egyébként minden betegnek saját kendője is van, a mely használat után a beteg nevével ellátott külön fiókban helyeztetik el. Az ápolószemélyzet csakis fekete szemüveggel dolgozik,* hogy látószervét az intensiv fénytől megóvja. Fontos, hogy a beteg égetést a bőrön ne érezzen: ez annak volna jele, hogy valami nincsen rendben. A nyomóüvegek alkalmazásától a therapeutikus czél sikerét illetőleg igen sok függ, ezeknek alkalmazását tehát csak jól iskolázott ápolószemélyzetre szabad bizni. Fődolog, hogy a nyomóüveg a fénynyel kezelendő beteg területhez jól is legyen adaptálható: e végből különböző, igy nevezetesen sik oldalú, concav vagy convex, kerek vagy ovalis stb. nyomóüvegek alkalmaztatnak, a melyek pl. arczlupusnál a fejhez gummiszalagok által is rögzithetők: legczélszerűbb azonban ezen rögzitést teljesen mellőzni és a nyomást csupán szabad kézzel eszközöltetni, mert a kéz a nyomás helyes fokát a legbiztosabban képes eltalálni. Lényeges dolog t. i., hogy a nyomással a kellő középutat betartsuk: tulerős nyomás gangraenát okozhat, gyenge nyomás pedig nem vérteleníti eléggé a szöveteket. Épen ezen czélból kivánatos, mint említém, hogy az egyes területekhez adaptált nyomóüvegek alkalmaztassanak, mert csak ilyenekkel lehet egyenletes nyomást kifejteni. A homlok domborúbb részletein pl. czélszerűtlen volna a convex üveg alkalmazása, mert ez itt túlerős nyomást fejtene ki: alkalmasabb tehát ezen esetben a homorú nyomóüveg használata. Meg kell még említenem, hogy a *Finsen*-intézetben olyan esetekben, a hol a lupusos területet vastagabb varak boritják, a fénytherapia megkezdése előtt és ennek gyorsabb hatása érdekében a varak előbb lemaceráltatnak. E végből az

* Igen kivánatos volna, ha a Schulek professor által szerkesztett, úgynevezett kamarás pápaszemek, melyek csakis az ibolyántúli fény behatása ellen nyujtanak védelmet, a látást pedig egyébként nem alterálják (l. Schulek: Védőüvegek az ibolyántúli fény ellen stb. Math. és termt. értesitő, XVII. kötet, 510. oldal, 1899), a Finsen-féle gyógymódnál is beválnának. Schulek tanár kegyes volt pápaszemének egy példányát nekem felajánlani, a melyet intézetemben használni is fogok. Schulek tanár szives jóindulatáért legyen szabad e helyen is őszinte köszönötet mondanom.

ung. acid. pyrogallici compos.-ot *(Besnier)* szokták használni, a melynek összetétele a következő:

Rp. Acid. pirogallici 2·0
Ichthyol
Acid salicyl. āā 5·0
Vaselin 30·0
M. f. Ung.
D. S. kenőcs.

* * *

A fénybehatás tartama ez idő szerint ötnegyed óra; de ezen idő érzékenyebb bőrű egyéneknél félórára is redukálható. Subjective az eljárás teljesen fájdalmatlan: legfeljebb az exulcerált területek okoznak a kezeléssel járó nyomás folytán némi fájdalmat. A fénykezelés után a beteg azonnal fedőkötést kap, nehogy a kezelés folytán támadt, vagy már korábban fennállott hámfoszlásokon át genyes fertőzés, esetleg orbáncz fejlődhessék. Ezen protectiv kötéshez a következő összetételű kenőcsöt használják.

Rp. Zynci oxyd. 10·0
Lanolin
Vaselin āā 50·0
M. f. Ung.
D. S. kenőcs.

* * *

A fénykezelésnek ezen főbb vonásokban történt vázolása után, a melyből mellőznöm kellett akárhány aprólékos, de a technikában mégis fontos, és különben is csak a gyakorlat által elsajátítható részletet, még csak mellékesen óhajtom megemlíteni, hogy a fénykezelés a *Finsen*-intézetben nem díjtalan: havi 26 ülést véve a számítás alapjául, a betegek közül a belföldiek 60 és a külföldiek 100 dán koronát (körülbelül 80 és 134 koronát a mi pénzünk szerint) fizetnek, a mi, tekintvén a kezelés költséges voltát, nagyon mérsékeltnek mondható. A teljesség kedvéért meg kell még végül említenem, hogy olyan betegeknek, a kiknek orrán a baj hosszabb fennállása következtében nagyobb defectusok támadtak, a phototherapia befejezése után az intézet olcsó pénzen csinos és eléggé praecis prothesiseket csináltat.

IV. A kezelés tartama.

A fénytherapia következtében várható kedvező eredmények megnyugtató tudata mellett a beteget elsősorban az érdekli, hogy a kezelés meddig tart. A *Finsen*-intézetet látogató orvosok részéről is egészen stereotyppé vált ez a kérdés, a melyre mindig azon szintén stereotyppé vált felelet hallható, hogy „*a gyógykezelés tartamát előre megállapítani teljesen lehetetlen*“. Általában, de csak nagyon is általánosságban mondhatjuk, hogy a kezelés annál tovább tart, minél kiterjedtebb a bántalom; a kezelés hosszadalmassága részben onnan van, hogy egy ülésen csak mintegy két centimeter átmérőjű terület kezelhető, de származhatik részben onnan is, hogy az egész területet 3—4-szer, sőt többször is kell végigkezelni. A kezelés tartama azonban még egyéb tényezőktől is függ; függ 1. attól, hogy a betegség mióta áll fenn: *a tapasztalat ugyanis azt mutatta, hogy a 10 évnél rövidebb idő óta fennálló lupus prognosisa sokkal jobb, mint a jelzettnél hosszabb idő óta fennállóé.*

Ezt bizonyítja *Forchhammer*-nek következő statistikája[44]: 1900. deczember 31-dikéig kezelt, összesen 640 lupus-beteg közül:

	10 évnél rövidebb idő óta fennálló estek közül	10 évnél hosszabb idő óta fennálló esetek közül	összesen
I. A főkezelést befejezte:	265 = 78%	191 = 63%	456 = 71%
II. Még kezelés alatt áll:	49 = 15%	68 = 23%	117 = 18%
III. A kezelést félbeszakította:	25 = 7%	42 = 14%	67 = 11%
összesen:	339	+ 301	= 640

A kezelés tartama függ 2. attól, hogy a szövetek a phototherapia megkezdésekor milyen állapotban vannak, mert: *rostos hegszövet, intensiv barna pigmentatio és kiterjedt másodlagos infiltratiok jelenléte tetemes akadály gördít a chemiai sugarak behatolása elé.* Függ a tartam 3. attól, hogy a bántalom milyen mélyen székel: *felületesebb laesiok hamarább és könnyebben gyógyulnak mint a mélyek. Hátráltatja végül 4. a kezelést* (de többnyire csak idő tekintetében) *a nyálkahártyáknak egyidejű lupusos megbetegedése is.* Itt jegyzem meg, hogy az említett 640 lupusbeteget illetőleg *Finsen* intézetében 74%-ban észlelték a nyálkahártyák egyidejű megbetegedését. Az összes kezelt eseteket röviden áttekintve, álltalában véve mondhatjuk, hogy a főkezelés mintegy 3—4 hónapot vesz igénybe, de eltarthat 1—2 évig, sőt ritkán még tovább is. Egy-egy beteg kezelését czélszerűségi szempontból be szokás osztani „főkezelésre“ és „első, második stb. utókezelésre“. A „főkezelés“ a legfontosabb, és addig tart, a mig a betegségek kifejezett symptomái jelen vannak. A fő- vagy utókezelés egyébként abbanmarad (ideig-óráig vagy végképen) minden esetben, ha:

1. hosszabb ideig kezelés után további szemmel látható javulás nem észlelhető;
2. ha a reactio igen erős (pl. fájdalmas bullák képződnek).

A főkezelés befejezése után a beteg még nem tekinthető gyógyultnak, hanem még egy ideig megfigyelés alatt áll, a midőn többnyire még újabb discret göbök jelentkeznek, a melyek az „utókezelés“ tárgyát képezik. A „főkezelés“ tartama alatt czélszerű időnként kisebb szüneteket tartani, hogy a reactiv jelenségek lezajlása után az eredményről tiszta képet nyerjünk. Csak példaképen említem, hogy egyik általam is észlelt lupus-betegnél öt hó alatt három, egyenként 8—8 napig tartó szünet tartatott. A *recidivák* igénylik mindenesetre a legnagyobb figyelmet, és azért az intézet már évek óta azon czélszerű eljárást követi, hogy a már kezelt betegeivel akár személyesen, akár levél útján állandóan fentartja a nexust. A meggyógyult betegek havonta egyszer jelentkeznek személyesen vagy irásban, és főleg az utóbbit igen szívesen teszik, mert az intézet orvosai részéről is a legnagyobb figyelmességet tapasztalják, a mennyiben válasz nélkül egyetlen levelük sem marad. Mielőtt e fejezettel végeznék, és a mennyiben a kezelés tartamára nézve csak főbb vonásokban adhattam meg a választ, ezért legyen szabad *tájékozásképen* azon hét eset kezelési időtartamát, a statistikailag fontos egyéb adatok felemlítése mellett megjelölnöm, a melyet *Forchhammer*[45] a „Deutsche Dermatologische Gesellschaft“-nak legutóbbi (VII.) boroszlói congressusán bemutatott:

Eset	A baj fennállási ideje	A baj kiterjedése	A kezelés időtartama	Eredmény
1.	11 év	orr, mindkét ajak, mindkét pofa nagy kiterjedésben, bal felső szemhéj, orr és száj nyálkahártyája	főkezelés 189 ülés utókezelés 114 „ összesen: 303 ülés	teljes gyógyulás (bőr és nyákhártya)
2.	3 év	orr, felső ajak, mindkét pofa nagy kiterjedésben, mindkét felső szemhéj, bal submaxillaris és submentalis táj, orr és száj nyákhártyája	főkezelés 212 ülés 1. utókez. 81 „ 2. utókez. 34 „ összesen: 327 ülés	helyenként gyanús foltok, nyákhártyák majdnem teljesen gyógyultak
3.	14 év	orr, felső ajak, mindkét pofa igen nagy kiterjedésben, száj és orr nyákhártyája	főkezelés 156 ülés utókezelés 52 „ összesen: 208 ülés	teljes gyógyulás, nehány gyanus folt egy év óta változatlanul fennáll, nyákhártya majdnem teljesen gyógyult
4.	7 év	orr, mindkét ajak és pofa nagy kiterjedésben, orr és száj nyákhártyája	főkezelés 240 ülés 1. utókez. 14 „ 2. „ 4 „ összesen: 258 ülés	arczban látszólag teljes gyógyulás. Az ínyen és a szájpadon még néhány fekély
5.	4 év	orr és mindkét pofa nagy kiterjedésben, lezajlott orrnyákhártya-lupus	főkezelés 101 ülés	teljes gyógyulás
6.	6 év	orr, felső ajak, mindkét pofa nagy kiterjedésben, orrdefectus, szájnyákhártya	főkezelés 142 ülés utókezelés 19 „ összesen: 161 ülés	teljes gyógyulás, a nyákhártya állapota tetemesen javult
7.	19 év	2 cm. átmérőjű solitaer plaque, nyákhártyák épek	főkezelés 22 ülés	teljes gyógyulás

Huber Alfréd dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A bakteriologiai technika fejlődése az utolsó két évben.

Közli: **Szili Jenő** dr.

(Vége.)

Boni[50] számos olyan bakteriumnál mutatott ki tokot, melyeknél eddig ismeretlen volt, azonkivül még a mesterséges táptalajon tenyésztett Fränkel-féle pneumococcusnál, holott eddig azt hitték, hogy csak az állati szervezetben bir tokkal. Abból indult ki, hogy valamely bakterium birhat ugyan tokkal, csakhogy az láthatatlan, mert nem veszi fel a festéket s most ha ő a hátteret valami módon színessé teszi, a festetlen tokok láthatókká lesznek. Egy tojásfehérje-, 50 cm³ glycerin és 2 csepp formalinból álló keverék sokáig steril marad, s ebből egy platinkacscsal véve, vele friss agarcultura igen csekély mennyiségét a fedőlemezen jól elkenjük s láng felett szárítjuk, mig fehér gőzök nem képződnek többé; festjük 30 másodperczig carbolfuchsinnal s ellenfestjük Löffler-féle methylenkékkel 4—6 perczig. A piros háttérben igen jól látszik a színtelen, éles conturú tok, mely a kék bacillust környezi. Boni, minthogy a legtöbb bakteriumnál ki lehet igy mutatni tokot, azt a kérdést veti fel, vajjon nem képezi-e ez a tok a mikroorganismusok tulajdonképeni testét és az eddig testnek tartott rész csak

50. Centralblatt f. Bact. 28. k. 705. l.

a magvát, a mi tekintve a bakteriumoknak főleg a magfestékekkel festődését, nem egészen alapnélküli okoskodás, de mindenesetre előbb biztosan el kellene dönteni, vajjon ezen úgynevezett tokok nem műtermékek-e?

Räbiger[51] egyszerű methodust ajánl az anthrax tokjának előtüntetésére, melynek előnye, hogy a tok éles conturja mellett maga a bacillustest nem zsugorodik s a kép oly annyira jellegző, hogy egyetlen anthrax-bacillus könnyen felismerhető számtalan rothasztó bakterium között, a mi diagnosisoknál igen fontos körülmény. Eljárása szerint a lángban fixálás elhagyandó, hanem e helyett fixál 40%-os formalinnal, melyet egyidejűleg telit gentianaibolyával (15—20 gm. gentianaibolya, 150 gm. formalin). A jól megszárított fedőlemezkészitmény 20 másodperczig ezen keverékkel fedetik be s lemosás után vizsgálható.

Piorkowski[52] a Neisser-féle diphtheria-festést módositotta akként, hogy ½—1 perczig fest Löffler-féle methylenkékkel, 5 másodperczig decolorál 3%-os sósavas alkohollal s utánfest 5 másodperczig 1%-os vizes eosinnal. A bacillusok szép pirosak, a Babes-Ernst-féle szemcsék kékes-lilák. A vizben vizsgálás szebb képet ad, mert kanadabalzsamban a bacillusok zsugorodnak.

Van de Rovaart[53] szintén módosította a Neisser-féle diphtheria-festést olyformán, hogy egy kis változtatással egyesítette az eredeti módszert az előbbi Piorkowski-féle módosítással. Először ő is Löffler-féle methylenkéket használ, a mely szebben fest, mint a Neisser-féle eczetsavas oldat, de elhagyja a 3%-os sósavas alkoholt és a Neisser-féle contrastfestést alkalmazza, csakhogy a vesuvint nem 5 másodperczig, hanem 1—1½ perczig engedi behatni, és pedig melegen. A granulák nagyobbak, a bacillustest barnább, mint az eredeti Neisser-féle eljárásnál és a készítmény szebb, mint a Piorkowski-féle módosításnál.

Müller[54] a tuberculosis-bacillus és a sporafestésnél ajánlja a *kaliumpercarbonátot* és a *hydrogensuperoxydot* decolorálásra savak helyett. Bizonyos, hogy a savval szintelenitése a fuchsinnal festett tuberculosis-bacillusoknak sokból egészen kivonja a festéket, sokat pedig tönkre tesz (az úgynevezett involutios alakok jó részét a savbehatás hozza létre), azért Müller próbát tett, nem lehetne-e a savakat kaliumpercarbonáttal és hydrogensuperoxyddal helyettesiteni, mind a kettő bevált, de főleg az utóbbi, mert míg amaz 15—30 percz alatt szintelenitette el a készítményt, addig ez 1—2 percz mulva. A tuberculosis-bacillusok mind teljesek, egészben festődnek és sokkal nagyobb számban találhatók, mint a savval kezelt praeparatumokon. Főleg az alkalikus H_2O_2 kitünő, mert utána a methylenkék-contrastfestés igen élénk.

Wolff[55] typhus és coli megkülönböztetésére a „Neutralroth"-methodus igen egyszerű alkalmazását ajánlja, a mely számos kisérleteiben mindig bevállott és egészen biztos diagnosist enged meg. Ő szúrást készit a neutralvörössel csinált agarban: az elszintelendő kémcső colit, a szinesen maradó typhust tartalmaz. Mindenestre sokkal egyszerűbb ez, mint a fáradságos és mégsem kivétel nélkül beváló Piorkowski-féle húgygelatina módszer, vagy a szintén nem absolut biztos gázfejlesztés és indolképzés. Csak egy hátránya van e methodusnak, az tudniillik, hogy a neutralvöröset tartalmazó lemezen nem lehet az egyes coloniákat átoltás nélkül, mint typhust vagy colit diagnoztisálni és ezt a hátrányt eddig kiküszöbölni nem sikerült.

Egy igen érdekes körülmény merült fel Wolff ezen vizsgálatai közben: észrevette tudniillik, hogy a lemezeken a coloniák élénkebb piros szint mutattak, mint maga a festett tenyésztő talaj. Mikroskop alatt vizsgálva minden egyes bacillus két piros pontot tüntetett fel a két poluson, mig a bacillus többi része láthatatlan maradt, vagy épen hogy fel volt ismerhető. Vizben vizsgálni nem lehetett, mert ez a festéket a bacillusokból rögtön kivonta, hanem neutralvörös gyenge oldatában; hogy azonban nem ezen oldat festette meg a bacillus polusait, hanem azokat a táptalajban nyerte, mutatja az ellenőrző kisérlet, mert az ilyen oldatba tett közönséges bakteriumok diffus, gyengén sárgás szint öltöttek a nélkül, hogy polusaik jobban tüntek volna elő, mig a piros táptalajról vizsgáltak mindig két élénken fénylő piros petytyel birtak.

Ez a Wolff-féle észlelet megerősiteni látszik Marx és Woithe ismeretes értekezésének azt a tételét, hogy a Babes-Ernst-féle szemcsék fellépése szoros viszonyban áll a bakteriumok életnyilvánulásaival, csakhogy persze előbb eldöntendő, hogy milyen egybefüggés mutatható ki e szemcsék és a Wolff-féle petytyek között, a mennyiben még eddig a kettő azonossága korántsem áll kétségen felül.

Sata[56] új actinomyces-festést közöl, mely azon alapszik, hogy az actinomyces-telep zsirt tartalmaz, s igy *sudán*-nal szép narancssszinű lesz; fagyasztott metszeteket kell festeni. Még néhány bakterium is képez zsirt, mint az ilyen eljárással kimutatható.

Homberger[57] gonococcusok festésére a „*kresylechtviolett*"-et ajánlja, melyet ő 1894 óta használ, s a mely 1:10,000 arányban is intensiv lilára festi a coccusokat, mig a sejtmagvak gyengén kékek, egyéb bakteriumok pedig alig festődnek. Metszeteket 1%-os oldattal fest, mely után alkohol- és anilin-xylollal (2:1) decolorál, illetőleg viztelenit.

Plato és *Guth*[58] trichophyton és egyéb fonalas gombákon rendkivül finom fejlődési structura-képeket észleltek neutralvörös festéssel. Használták 1:50,000 egész 1:100,000 oldatát physiologikus vizben, melyhez annyi kalilugot öntöttek, hogy a fuchsinvörös oldat állandóan narancssárga lett. Magát a gombafajt igen vékony agarlemezen tenyésztették, s a festékhez egy 3—4 napos telep széléből kis darabkát vágva le, a festékbe helyezték, időnként ellenőrizve gyenge nagyitással, hogy a fonalak végpontján levő gömbök festődtek-e már. Ha ez a festődés elég intensivnek látszott — 10 percz egész 1 óra mulva —, akkor az agarlemezkék benött oldalával felfelé tárgyüvegre tették, s olajimmersioval beálitva, órákig észlelhették, s a fellépő változásokat lerajzolhatták. Egy a közelbe állított lámpás a kellő hőmérséket tartotta fenn, s a fedőlemez alá capillaris csövön eresztett viz a készitményt állandóan megóvta a kiszáradástól. A structuralis képek, melyeket igy megfigyeltek, egészen újak, és igen érdekesek, azoknak keletkezése és elváltozása, illetőleg átalakulása pedig közvetlenül észlelhető. Persze, hogy ezen neutralvörös festés lényegét illetőleg ismét csak hypothesis az, hogy a neutralvörös szintelen reductios terméke a gomba granuláinak, és gömbjeinek életfolyamata által reoxydáltatván, lesz ismét festőképes piros szinűvé, vagy hogy a protoplasma egyéb részei inditják meg ezen folyamatot, a mely egyébiránt, mint szerzők maguk is bevallják, magától is előáll a levegőn.

51. Zeitschrift f. Fleisch- u. Milchhyg. 11. évfolyam 3. sz.
52. Centralblatt f. Bact. 29. k. 63. l.
53. Ugyanott. 29. k. 574. l.
54. Ugyanott. 29. k. 791. l.
55. Ugyanott. 31. k. 69. l.
56. Centralblatt f. allg. Pathol. u. path. Anat. 1900. 97. l.
57. Centralblatt f. Bact. 27. k. 533. l.
58. Zeitschrift für Hyg. 38. k. 319. l.

Könyvismertetés.

Behring, Rômer und Ruppel: Tuberculose. (Beiträge zur experim. Therapie. Heft 5.) Marburg. 1902.

Jelen munkában, a mely Koch tuberculin-dolgozata óta kétségkivül a legfontosabb jelenség a gümőkór-irodalom terén, Behring azokról az öt évre terjedő kisérletekről számol be, a melyeket mint a marburgi egyetemnek professora nagyszámú munkatársaival egyetemben részben a höchsti serumgyár megbizásából végzett azoknak a kérdéseknek eldöntésére, a melyek a gümőkór bacillusának biologiájára, a termelt méregnek szerkezetére és a tuberculosis ellenes immunitásra vonatkozólag újabban felmerültek. A bakteriologiai irodalomban nagyobb munkatervet nem ismerünk, mint a melyet Behring feldolgoz: az arányokról fogalmat alkothatunk a szerző ama megjegyzéséből, hogy dolgozatához 200,000 liter bouillon-kulturát használt fel. Mint a könyvhöz mellékelt tervrajzból kitünik, a külön gépházzal ellátott modern tuberculosis-laboratorium mellett holdnyi terjedelmű parkok, rétek állanak Behring rendelkezésére, e mellett több istálló a nagy kisérleti állatok (szarvasmarhák, lovak) tartására.

A munka maga csakis kivonatait adja az elért eredményeknek, és ezt is rapsodikus, rövid modorban, úgy hogy jelen ismertetésünkben nem követhetjük a szerzőt lépésről lépésre, csakis a végconclusiokra terjeszkedhetünk ki, a melyeket az — úgy látszik külső okokból igen gyorsan megirt — könyvből kiszemeltünk.

Legfontosabb annak a kérdésnek eldöntése, van-e gümőkór ellenes immunitás, és ha van, hogyan érhető el legbiztosabban? A könyvhöz mellékelt táblázatokból, a melyekre a kezelt állatoknak hőgörbéje, súlygörbéje és a klinikai symptomák rá vannak vezetve, kitünik, hogy igenis szarvasmarhák immunizálhatók a virulens tuberculosis-csira ellenében. E kérdésnek teljes eldöntésére legnagyobb hatással volt Behringre Kochnak ismeretes tavalyi állitása, a ki az emberi tuberculosist a marháétól különbözőnek vallotta. Addig ugyanis Behring nem volt olyan controll-virusnak birtokában, a mely az ép szarvasmarhát biztosan megöli, a mely virus nélkül pedig az esetleges immunitásnak kimutatása lehetetlen.

Tavalyig, mint ő maga leirja, Behring a teljes unitásnak alapján állott, de minden igyekezete, hogy emberi tuberculosis-bacillussal szarvasmarhát kisérletileg fertőzzön, dugába dőlt. Ezért ő tavalyig már le is mondott volt arról a reményről, hogy a tuberculosis ellenes immunizálásnak lehetőségét kisérletileg kimutassa, és megelégedett a statistikai módszerrel, a mely szerint az azonos megbetegitő körülményeknek és külső viszonyoknak (lactatio, fertőzött helyiség, beteg állatokkal való érintkezés!) kitett, kezelt és nem kezelt állatok természetes morbiditási arányszámának esetleges különbségéből itélte meg a létrehozott immunitás fokát. Időközben azonban Koch Londonban beszámolt azokról a Schütz tanárral Berlinben végzett kisérleteiről, a melyek az emberi tuberculosis-bacillusnak az állati tuberculosistól való teljes különállóságát igazolták be — mint látni fogjuk, csak látszólag — és ezért Behring átment kisérleteiben a marhák gümőkórjából kitenyésztett bacillus-törzsek tanulmányozására, és rövidesen több olyan törzset izolált, a melylyel a régóta keresett problema, a marhának biztosan halálos fertőzése lehetővé vált. E tuberculosis-bacillusok virulentiája rendkivül nagy: pl. a 17. számú tuberculosis-törzs 2½ milligrammja (száraz serumcultura) a marha visszerébe való fecskendése után azt 2—3 hét alatt biztosan megöli, m. p. akut miliaris tüdőtuberculosisnak tünetei között; a 18. kultura 2½ centigrammja átlag 3½ hét alatt öli meg intravenosus fertőzés után az állatot.

Mikor azután Behring e biztosan halálos adaggal fertőzte azokat az állatait, a melyeket emberi tuberculosis-culturával kezelt előzőleg hosszabb időn át, kiderült, hogy azok e kezelés eredményeként épen úgy immunisak, mint a hogy a nyulak testéből kitenyésztett úgynevezett „nyúlpassage" sertésorbáncz-cultura immunizálja a sertést a „galambpassage" virulens sertésorbáncz csirája ellen. Ez alapon Behring a következő eljárást ajánlja a szarvasmarháknak immunizálására: az immunizálandó, 5—7 hónapos, tuberculinra nem reagáló, tehát tuberculosismentes állat első oltás gyanánt 0·001 gm.-ot kap a Behring-féle 1. számú culturából, a mely nem egyéb, mint egy körülbelül 6 év óta mesterséges táptalajon számtalanszor átoltott, és ezért kevéssé virulens emberi tuberculosis-cultura, majd négy hét mulva 0·025 gm.-ot ugyanabból a törzsből. E törzs virulentiája olyan, hogy 0·01 gm.-ja a tuberculosusos malaczot 7—8 hét alatt öli meg

Minden befecskendés hatásaként először is erős hőemelkedés jelentkezik, az állat egy—két napig gyenge, néha tüdőaffectio tünetei is jelentkeznek (köhögés), majd a tuberculosispróba positivvá lesz; mindez azonban pár nap, vagy legfeljebb 1—2 hét alatt eltünik, és már a második befecskendés relativ immunitással rendelkező állatot ér, a mely azt könnyen elviseli. E kétszeri oltás Behring szerint elegendő volna a teljes immunitás létrehozatalára.

Ha most a könyvnek táblázatait lupe segítségével (irtózatos szemrontó kis nyomás!) végig tanulmányozzuk és keressük azokat a kisérleteket, a melyek Behringet e fundamentalis jelentőségű tételek kimondására birták, a melyek, ha igazak, az emberi tuberculosis ellenes immunitás eddig teljesen homályos terrenumának bevilágitására is képesek, akkor kiderül a következő.

Maga a tény, hogy t. i. a szarvasmarha a virulens csira ellen immunizálható, bebizonyitottnak vehető.

Igy pl. 8. és 16., a 10., 11. és 17. szarvasmarhák görbe-tabellái biztos immunitásról tesznek tanuságot. Ezen állatok a halálos fertőzést tényleg kiállották, míg controll-társaik (43., 42. és 20., 40. és 35.) elpusztultak. Azonban ez állatok nem kétszeri injection, hanem hosszas kezelésen mentek keresztül. Ide iktatjuk a 8. állat immunizálásának tanulságos történetét.

Az állat 1901. julius 4-dikén 0·1 tuberculinra nem reagál; 12-dikén 0·01 Arloing-féle homogen (kevéssé virulens) tuberculosis-culturát kap visszerébe (1.), közel egy hónapig lázas mozgalmakon megy át, majd normálissá lesz. Szeptember 4-dikén 0·001 1. sz. emberi tuberculosis (2.), nála több mint 1° hőemelkedést vált ki, lázak állanak be, majd szeptember 30-dikán positiv tuberculin-reactio nyerhető; október 5-dikén 0·01 középvirulentiájú marhatuberculint (3.) kap az állat, melyet, valamint október 16-dikán egy tub. malacz gümős omentumának 5 centigrammját (4.) minden reactio nélkül visel el, a mi a controll, 21. számú állatot 4 hét alatt elpusztítja. November 17-dikén egy marhára nézve virulenssé lett emberi tuberculosisból kap az állat 0·05 gm.-ot (5.) mire 41°-os lázat kap, de egy hét alatt normálissá válik. November 28-dikán az állat 0·1 gm. (6.), 30-dikán 0·2 gm. (7.), deczember 2-dikán 0·4 gm. (8.) emberi tuberculosist, majd deczember 9-dikén 5 cgm. marhából származó gümős, sajtos törmeléket (9.) minden kár és utóhatás nélkül tűr el az állat, végre január 16-dikán, azaz félévi kezelés és 9 injectio után a halálos virus $2^1/_2$ cgm.-ját kapja venájába, a mely ugyan 2°-nyi hőemelkedést, és erős súlycsökkenést hoz létre, de egyéb kárt nem okoz. A controll 43. állat 29 nap alatt elpusztult. A 8. állat immunitása ezek szerint kétségtelen.

Egy másik példa. 10. számú állat. 1901. julius 26-dikán 0·01 marha tuberculosist kap a bőre alá (1.); lázak lépnek fel, majd az injectio helyén gümős tályog fejlődik, a mely szeptember 24-dikén megnyittatik. Tuberculinpróba positivvá lesz. Október 16-dikán marhatuberculosisban elpusztult, 1. malacz lépének 5 cgm.-ját a bőre alá fecskendezik (2.), a mi a tüdőben gümős folyamatnak fellépésére vezet. A köhögés elmultával november 28-dikán 1 mgm., deczember 3-dikán 1 mgm., 8-dikán 2 mgm., 11-dikén 4 mgm., 19-dikén 15 mgm., 21-dikén 3 cgm. emberi tuberculosist kap az állat, miközben a lázas reactiok egyre kisebbekké válnak, végre 8 injectio után az állat lázas mozgalmak, és több heti fogyás árán bár, de kiállja a halálos virus $2^1/_2$ cgm.-ját a mely a controll 42. számú állatot 29 nap alatt pusztítja el.

Más imnumizált állatok a hypervirulens tuberculinnek intraocularis beoltására, mely a nem kezelt controll-állatoknál a szemteke phthysisét vonja biztonsággal maga után, ha a nélkül viselték el, valamint a subcutan oltásra is csak kis, pár hét alatt elmuló daganattal reagáltak, míg a controll-állatoknál nagy tályogok fejlődtek ki.

Hogy tehát a szarvasmarha sikerrel immunizálható, hogy az emberi tuberculosis-csirát kár nélkül viseli el, hogy az emberi tuberculin fokozódó adagaival kezelt állat a különben halálos marhatuberculosis-csirát is baj nélkül viseli el, mindezt Behring végérvényesen kimutatta. Véleményem szerint azonban nem volt joga a fentebb vázolt gyakorlati immunizáló eljárást oltási célokra ajánlani, mielőtt legalább egyetlenegy állaton ki nem mutatta volna eljárásának hatásosságát. Már pedig igen nagyszámú, közölt állat-jegyzőkönyvlapjaiban egyetlen állatot sem találhatok, a mely e követelménynek megfelelne. Pedig a kisérlet elég egyszerű: Kár, hogy a szerző annyira sietett munkája megirásával hogy az olvasót ez elemi postulatum tekintetében kétségben hagyja.

A nagy sietséget, a melyet e hatalmas mű minden passusa elárul, igazolja, hogy a könyvben tárgyalt utolsó kisérletek márczius hó végéről szólnak, és a munka mégis már május hó elején jelent meg . . . .

Mint fentebb említettük, Behring a Koch-féle dualisztikus elmélet alapján tért át a marhatuberculosis bacillusának tanulmányozására. E tanulmány tárgyalt gyakorlati eredményén, a vaccinatio lehetőségén kivül, Behring a theoria szempontjából rendkivül fontos tények megállapitásához jutott. Megállapitotta sok száz kisérlet alapján az állatok fogékonyságának következő skáláját: legfogékonyabb a tengerimalacz, aztán jő a nyúl, a kutya, a kecske, míg a marha, ló, juh és fehér egér aránylag ellenálló állatok. A bacillus virulentiája Behring szerint rendkivül növelhető, ha kevésbbé fogékony állaton vezetjük keresztül. Ekként sikerült pl. neki a marhára nézve nem virulens emberi tuberculosisbacillusból, mp. közbeeső nyúl- és kecske passage segitségével, marhára igen virulens halálos bacillustörzset alakitania, melyet a marhatuberculosistól semmi úton nem különböztethetni meg. Behring tehát újabban Koch tanát teljesen tagadja, és azok sorába szegődik, a kik a két fajra nézve csak *labilis*, virulentiabeli különbségeket hajlandók elismerni, s ezzel a kölcsönös fertőzés lehetőségét. Behring citálja is egy helyen Jong (Semaine médicale 1902. 3. sz.) szavait a melyek szerint: „On peut admettre, que le bacille du boeuf j'ouit d'une virulence supérieure á celle du bac. humain. On ne peut pas accepter, que la supériorité de virulence des bacilles tuberculeux de boeuf — supériorité, qui s'est manifestée dans des experiences comparatives sur le boeuf, le mouton, la chèvre, le chien et la singe — ne puisse se montrer également chez l'homme."

Minthogy — mint Behring kiemeli — a két bacillusfajta között alaki és tenyészeti különbségek alig vannak; (tengerimalaczon és nyúlon mindkettő azonos folyamatot indit meg), minthogy emberi tuberculosis kétségtelenül átvihető marhára, és ott localis tuberculosist indit meg, másrészt marhatuberculosis is képes hasonló chronikusan lefolyó infectio létesitésére; továbbá emberi tuberculosis nyúl- és kecskepassage útján marhára absolut halálossá tehető; minthogy azonos körülmények közt (ismételt átoltás, száritás) mindkét fajta virulentiája egyaránt csökkenthető; végül pedig minthogy emberi tuberculosis-bacillussal a szarvasmarha a marha-tuberculosis ellen immunizálható, Behring unitárius álláspontja teljesen jogosultnak mondható. Azt hiszszük, hogy a sokat hánytorgatott kérdés Behring munkája alapján végeredményesen eldőlt az unitárius iskola (Nocard. Jong. Mc Fadeyan) javára.

Ezek képezik főeredményeit a munkának. Ezeken kivül a tuberculin chemiai és toxicologiai szerkezetére és hatása módjára, a tuberculin-immunitásnak a bacillaer-immunitáshoz való viszonyára, a tuberculinnak specifikus lobgerjesztő és localisan gyógyitó hatására, a tuberculosis-infectionak Arloing-Courmont szerint való serodiagnostikájára (Behring szerint semmit sem ér), az egyes fent elősorolt állatfajoknak a bacillussal szemben tanusitott specialis reactios tüneményeire, a virulentia megváltoztatására vonatkozólag száz és száz adat található a műben, kivált a tabellák összehasonlitása közben, a melyeknek egyszerű felsorolása is lehetetlen e helyen. Ezekre vonatkozólag az olvasót a munkára magára utaljuk. Haszonnal, és a szokatlan tömörség legyőzése után élvezettel fogja olvasni mindenki, a ki a modern immunitás tanai és vivmányai iránt érdeklődik.

Deutsch László dr.

Lapszemle.

Húgyszervi betegségek.

Gonococcusok a nyirokerekben czimmel közöl egy esetet *Dreyer*. Daczára annak, hogy az acut gonorrhoeánál fellépő lymphangoitis már régi idők óta ismeretes, a gonococcusoknak ezen úton való terjedéséről csak a legutóbbi idő óta tudunk valamit. A gonococcusoknak a szervezetben való elterjedése pedig felette fontos kérdéssé vált, a mióta tudjuk, hogy azok a legtávolabbi szerveket is képesek megbetegiteni. E kérdés fontosságából eredt vizsgálatok arra vezettek, hogy most már kétségtelenül bebizonyitottnak tekintendő ama tény, hogy a gonococcusok a vérben keringenek, miután azokat először Ahmannnak, s utóbb Ungernek sikerült hiteltérdemlőleg a vérből kitenyészteni. Még kevésbbé volt ismeretes a gonococcusoknak viselkedése a nyirokerekben, mert szerző előtt csakis Scholtz s Nobl mutatták ki azokat a nyirokerekben. Dreyer idevágó esete a következő: 30 éves férfi, kinek egy év előtt könnyen gyógyuló gonorrhoeája volt, penise hátán mogyorónyi tumorral jelentkezett. A tumorból kötegszerű képlet indult ki a symphysis felé; lágyékmirigyek kissé megnagyobbodottak. A mennyiben a tumor észrevehetőleg fluctuált, s azonfelül általános levertség s láz volt jelen, szerző azt aseptikus módon feltárta. A tályog bőven tartalmazott jellemző intracellularis gonococcusokat, a melyek Gram szerint nem festődtek; tenyésztésük helyi okok miatt nem kiséreltetett meg. Ez esetéből Dreyer a következő tételeket vonja le: 1. A gonococcusok nyirokérelgenyedéseket képesek produkálni, a melyekből valószinűleg virus vagy toxinok is juthatnak a keringésbe. 2. A gonorrhoeás virus a nyirokerekben lappangva maradhat meg. 3. A húgycső gonorrhoeájának multával a gonococcusok a test más szöveteiben, esetében a nyirokerekben, még hosszabb időn át képesek virulens állapotban megmaradni. (Archiv f. Dermatolog. u. Syph. LX. kötet, 2. füzet.)

Guszman J. dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Gége-haematoma esetét közli *Martin*. Egy munkásember két méter magasságról a fejére zuhant, de ennek daczára nem ájult el, hanem midőn szólani akart, kitünt, hogy a hangját elvesztette. A jobb pajzsporcz hátsó felső része nyomásra kissé érzékenynek mutatkozott, egyébként külsőleg semmi eltérés nem volt észlelhető a gégén. A gégetükri vizsgálatnál a jobboldali ary-porcz és az aryepiglottikus redő kékesfekete daganata találtatott, a mely daganat egész a gége vestibulumába beterjedt, elfedte a jobb hangszálagot és a glottison is áthúzódva a baloldalinak is elülső harmadát. A jobboldali sinus pyriformisban és a valleculában a nyákhártyában véraláfutások. A harmadik napon, midőn a vérdag már kissé visszafejlődött, a baloldali ary-porcz és álhangszálag duzzadt meg és részben véraláfutásokat is mutatott, valószinűleg azon okból, hogy beteg gégéjét nem pihentette. Egy hét leforgása után a gége normális kinézését teljesen visszanyerte. A gége-haematomának eddig mindössze hat esete ismeretes, mind a hat direct behatásnak volt a következménye, míg itt a trauma indirect volta az esetnek nagyobb érdekességet kölcsönöz. (Deutsch. med. Woch. 1902. 8. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

A gégefedő egy cystikus daganatát ismerteti *Senator*, a mely egy hatvan éves betegnél hosszabbb idő óta nyelési nehézségeket okozott. A daganat az egész nyelvgyököt magába foglalva a gégefedőt eltakarta és a gégébe sem engedte meg a betekintést. A daganat puha tapintatú,

sárgás-fehér színezetű volt, felületén három-négy igen kitágult véredénynyel és körülbelül egy érett szilva nagyságával birt. Midőn a tumor cocain anaesthesia mellett galvanocaustikus kacsesal eltávolíttatott, kitünt, hogy a dag az epiglottisból indult ki, a melynek kétharmada akaratlanul szintén exstirpáltatott. A nyelési nehézség ezzel megszünt, a mi szintén mutatja, hogy a nyelési actusnál az elzáródást nem annyira a gégefedőnek a gégére való lehajlása okozza, hanem, mint a Schmidt-féle nézet állítja, az álhangszálagok összehúzódása. A gümőkórosan elváltozott epiglottist Schmidt tanár rendelő osztályán huszonegy esetben távolították el, és daczára ennek egy kis idő mulva már valamennyi beteg jól tudott nyelni. (Deutsch. med. Woch. 1902. 10. szám.)

Tövölgyi Elemér dr.

A recidiváló orrpolypoknak *A. G. Guye* szerint igen gyakran az ikcsontüreg betegsége az oka. Ennek bizonyításául három esetet közöl, a melyek közül kettőben a fennálló makacs fejfájás az ikcsont üreg curettezésére rövid időn belül megszünt. Említésre méltó, hogy az esetek egyikében sem volt foetor.

Szerző az ikcsontüreg műtétét úgy végezte, hogy miután egykúpszerű stilettel az üregbe behatolt, az igy támadt nyilást a Schäffer féle kanállal tágitotta ki, majd az üregben jelenlevő sarjakat kikaparta és végül egy bórvaselines tampont helyezett az üregbe. Elővigyázat szempontjából a tünetek megszünte után is még egy időn át hetenként egyszer az üreget tiz perczentes cocainba áztatott és sondára csavart vattával is kitürülte, és a bórvaselines tampont ezt követőleg újból két napra behelyezte. A szerző néhányszor tiz perczentes chlorzink és chromsavval áztatott vattával is kitürülte az üreget, ez eljárások azonban minden esetben oly nagy fájdalmakat okoztak a fej hátsó részében, miszerint a kisérleteket be kellett szüntetni, és ettől fogva szerző csupán arra fordított figyelmet, hogy az ikcsontüreg készitett nyilása el ne záródjon. A sinusok meggyógyulása után polypok többé nem képződtek az esetek egyikében sem. (Berl. Klin. Woch. 1902. 8. szám.)

Tövölgyi Elemér dr.

A nyelvgyök strumájának egy esetét közli *F. Terreles*, mint a mely elváltozás meglehetősen ritka, az 1901-dik évig mindössze tizennyolczat ismertettek az irodalomban.

Egy 13 éves leánynál, négy évvel megelőzőleg, első izben észlelték a szülei, hogy a gyermek sajátságos öblös hangon beszél és éjszakánként erősen hortyog. Egy év elteltével nagy halványosság és gyors kifáradás érzete csatlakoztak az előbbi tünetekhez, a minek folytán a beteget vidékre vitték és vastherapiának vetették alá, de javulás erre sem állott elő. Egy újabb orvosi vizsgálat, mit Gersuny eszközölt, a nyelvgyök strumáját állapitotta meg. A lelet a következő volt. A nyelvgyökön egy 5 cm. átmérőjü élesen határolt golyó alakú, tömött és rugalmas tapintatú daganat foglalt helyet, a mely sima felszinnel birt, nyomásra fájdalmakat nem okozott és a nyelv mozgásait nem akadályozta. Tükörképben egy halványvörös, véredényekkel dúsan behálózott felület volt látható. A mirigyek sehol a testben megduzzadva nem voltak.

A műtét, mit mult év szeptemberében narcosisban hajtottak végre, csupán egy fél óráig tartott és igen kevés vérveszteséggel, jól sikerült. Januárban, midőn a beteg újból megvizsgáltatott, a dag helyén egy harántul futó heg volt látható, egyébként a beteg már teljesen jól érezte magát, úgy a hortyogás, mint a halványság is elmulott. A daganat szövettani vizsgálatánál lapos hámmal fedett, és részben lumennel biró szorosan egymáshoz fekvő folliculusok találtattak, colloid azonban hiányzott. (Wien. klin. Woch. 1902. 8. szám.) *Tövölgyi Elemér* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az acoint *Darier* kiterjedten használja helyi érzéstelenités czéljából a szemen végzendő műtéteknél és a subconjunctivalis befecskendéseknél. Előnye a cocainnal szemben, hogy nem mérgező és hogy hatása sokkal hosszabb ideig tart, míg hátránya, hogy az ép conjunctiván át nem hat, és hogy a hatás sokszor kissé megkésve jelentkezik. Ezért az acoin combinatióját cocainnal ajánlja: Rp. Acoini, Cocaini āā 0·10; Aquae destillatae 10·0. (La revue de thérapeutique.)

A pneumonia gyógyitása creosotallal. *Cummings* tapasztalatai alapján oda nyilatkozik, hogy a pneumonia lefolyását a creosotal megrövidíti. Creosotallal kezelt betegnél a láz nem emelkedik oly magasra, másrészt a hőmérsék nem is csökken oly hirtelen. A creosotal a köhögésre és a fájdalmakra is mérséklően hat; a gyomor és bél részéről kellemetlen tünetek nem jelentkeznek. Az adagolás módját illetőleg: három óránként ad 10 cseppet s azután növeli az adagot 20—25 cseppig három óránként, illetve ezen legnagyobb adag elérése után ritkábban is adja a szert. A creosotal mellett a betegség második szakában strychnint is ad, szintén fokozódó adagban. (Texas medical journal, 1901. deczember.)

Lábizzadás ellen *Grumme* nagyon jó eredménynyel használja a tannoformot poralakban behintésre; a hatás 1—2 hétig tart. A bőrön előálló sötétbarna szineződés aránylag rövid idő alatt eltünik. Minthogy a tannoform ez idő szerint még kissé drága (10 gram ára 55 német fillér): kétszer annyi talcummal elegyitve is használható, noha a hatás ilyenkor nem oly intensiv és nem is tart oly sokáig. 10%-os tannoformkenőcs és ecsetelés tannoform-oldatokkal hatástalan. (Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 1901. 12. szám.)

A jodipinnel *Paldrock* nagyon jó eredményeket ért el különösen lues maligna és tertiaer syphilis eseteiben. Kiemeli, hogy használatakor a jodismus tünetei nem igen jelentkeznek, valamint említ esetet, melyben a jodipin használata eredménynyel járt. mig a jodkalium teljesen hatástalannak mutatkozott. Némely beteg nem tudja megszokni a jodipin izét; ilyenkor fekete kávéban véteti be, vagy 2—3 csepp oleum menthae piperitae-t ad 100 gramm jodipinhez. (St. Petersburger medic. Wochenschrift, 1901. 45. szám.)

A pofabőrön fellépett actinomycosis esetét mutatta be *Kreibich* a bécsi orvosegyesület január 17-dikén tartott ülésén. A körülbelül tenyérnyi terjedelmü elváltozáson levő genygóczokból a genyet punctioval távolitották el, és közvetlenül utána 25%-os jodipint, összesen 7 kcm.-t fecskendeztek be. Utána meglehetősen erős reactiv lob keletkezett vizenyővel, ez azonban Burow-oldat alkalmazása után két nap alatt visszafejlődött, úgy hogy négy nap mulva újból befecskendezhettek 4 kcm.-t. Később 4—5 naponként injiciáltak 3—3 kcm.-t, összesen körülbelül 30 kcm.-t; a gyógyulás öt hét alatt következett be. Ezen esettel kapcsolatban szerző még két hasonló esetről emlékezik meg, a melyekben jodipin helyi alkalmazása szintén gyógyulásra vezetett. (Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 4. szám.)

Medullaris analgesiánál cocain helyett tropacocaint használ *Schwarz*, az irgalmas-rend zágrábi kórházának főorvosa, és eddigi 100 eset alapján oda nyilatkozik, hogy ugyan a tropacocain sem teljesen ártalmatlan szer, 5—6 centigrammos adagban azonban (1%-os oldatban használva) a köldök magasságáig terjedő oly fokú analgesiát idéz elő, hogy a legnagyobb műtétek is fájdalom nélkül végezhetők, a nélkül, hogy kellemetlen utókövetkezményektől kellene tartani. Ritka esetekben jelentkeznek ugyan némi melléktünetek, ezek azonban épenséggel nem nyugtalanitók és a betegre nézve sem nagyon kinosak. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1902. 4. szám.) *Neugebauer* szintén dicsérően nyilatkozik 60 esete alapján a tropacocainnal végzett gerinczvelő-analgesiáról; szintén 5—6 centigrammot fecskendez be a duralis zsákba, mire az alsó végtagokon és a perineumon, valamint ennek közvetlen környékén teljes analgesia áll be, a nélkül hogy kellemetlen utóhatások mutatkoznának. Magasabban fekvő részekre nézve a hatás bizonytalan, vagy legalább is nem tartós, és ezen az adag fokozása — a melylyel pedig aránytalanul erősebben fokozódik a mérgező hatás — nem sokat változtat. Laparotomiák számára az eljárás ma még nem érett. (Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 50—52. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 27. szám. *Zwillinger:* Epipharyngealis sarcomák. *Németh:* Az elmebetegség szinlelése.

Orvosok lapja, 1902. 27. szám. *Guszmann:* Adat az agykéreg topikus diagnosisához. *Szana:* A közsegélyezésre szorult gyermekek ügye a szajnai departementban 1900-ban.

Magyar orvosok lapja, 1902. 27. szám. *Cséri János:* A Glénard-féle betegség (enteroptosis) gyógykezelése. *Feleki H.:* Urethritis desquamativa. *Tauszk F.:* Agurin, egy új diureticum.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 27. szám. *Herzfeld:* Az uterusmyoma operativ kezelése. *Schrötter:* „Höhenkrankheit", főleg léghajókban. *Ullmann:* Extragenitalis lágy sanker. *Kassowitz:* Infantilis myxoedema, mongolismus és mikromelia. *Pollák:* A syphilis balneotherapiájának kritikája. *Huber:* A Finsen-gyógymód mai állása. *Ziffer:* Larynxsclerosis.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 27. szám. *Gaertner:* Intravenosus oxigen-infusiokról. *Pezzoli:* A prostataváladék kémhatásáról chron. prostatitisnél. *Kreibich:* Néhány serodiagnost. kisérletről. *Ghon:* Meningitis influenzában.

Wiener medizinische Presse, 1902. 27. szám. *Donath:* A capsula interna traumás laesioi és adat a heveny insolatiopsychosis ismeretéhez. *Chassel:* Az ileocoecalis billentyűnek élőben észlelt retrograd átjárhatósága. *Schandelbauer:* Bélhuruto k gyógyitása tannigennel.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 25. szám. *Reimann:* A mellékvesék melanotikus rákja három hónapos csecsemőben. *Dittrich:* Sérülések elbirálása törvényszéki orvosi szempontból. *Pictogikowski:* Baleset okozta sérülések elbirálása. *Fischl:* A tengeri betegség.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 26. szám. *Oettingen:* Veleszületett lóláb kezelése csecsemőknél. *Rosenberg:* Mellékvesekivonat a rhinolaryngologiában. *Gottschalk:* Folliculoma malign. ovarii. *Bendnig:* Húgysavmeghatározás. *Frommer:* Uj eszköz sipolyo k és sebek varrásához szűk üregben. *Strassmann:* Tubaris terhesség operativ megszüntetése a vaginán át. *Cohn:* Kussmaul Adolf. 27. szám. *Riedel:* A minimalis narcosisról kisebb műtéteknél. *Ascoli-Figari:* Nephrolysinek. *Liepelt:* Ulnaris bénulás typhus után. *Engelmann:* Kétoldali congenit. porczmaradvány a nyakon. *Meyer-Aschoff:* A tejfehérnyetestek receptoneiról.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 27. szám. *Brieger:* Specifikusan ható anyag előállitása typhus-bacillusokból. *Schütze:* Typhus-bacillusokból nyert egy anyag specifikus hatása az állati szervezetre. *Oppenheim:* A májtompulat eltünése meteorismusnál. *Gerber:* Idült állcsontempyemák műtevése. *Polano:* A nyirokutak előtüntetésének technikája. *Wassermann* és *Schütze:* Emberi és állati fehérje megkülönböztetése praecipitinekkel. *Moeller:* A saválló bacteriumok. *Boldt:* Lues insontium esete. *Hirsch:* A fejfájások symptomatologiájához. *Kronheim:* Perdynamin. *Dëus:* Elektro-bulboskop. *Tragubow:* Erysipelas gyógyitása.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 27. száma eredeti közleményt nem tartalmaz.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 25. és 26. szám. *Bakes*: Uj lapátos fogó laporatomiákhoz. *Krogius*: Az uretero-pyelo-neostomia technikájához. *Hagen-Torn*: Statika és dynamika. *Przewalski*: Osteosarcoma utáni femurmeghosszabbodás felnőttnél.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 12. szám. *Sahli*: A gyomorfekély sebészi kezelése. *Dubois*: Radicularis hűdés a sacralis gyökerek területén. *Zollikofer*: Protagontartalmú szemcsék a mellkas punctiós folyadékában.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. 1902. 6. szám. *Schlagintweit*: A prostata endouretralis excisioja caustikus úton *Asch*: Az arteriába fecskendett bakteriumok kiválasztásáról a vesék által.

Dermatologisches Centralblatt, 1902. 9. szám. *Karvonen*: Az urethra papillomáinak kezeléseiről.

La semaine médicale, 1902. 27. szám. *Lépine*: „Des médicaments inermes." *Boigey*: A vaccinatio új módja.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 27. szám. *Debray*: A perityphlitis.

Gazette hebdomadaire, 1902. 52. szám. *Broca*: A canalis peritoneo-vaginalis cystái. 53. szám. *Sacquépée*: A traumás haemothorax physiologiai és cytologiai szempontból. *Gibbert* és *Herscher*: Az urobilin vesebeli származása.

Le progrès médical, 1902. 23. szám. *Guépin*: A blennorrhoeás rheumatismus kezelése. 26. szám. *Arthaud*: Epidemiás aphtosus láz emberben.

Bulletin général de thérapeutique, 143. kötet, 22. füzet. *Robin*: Az idült csúz és kezelése. *De Crésantigues*: Belégző készülék brom- és chloraethyl számára. *Huchard*: A Trunecek-féle serum. *Faure*: Motorius reeducatio.

British medical journal, 1902. junius 5. *A. Mewstolme*: A himlő epidemiologiája a XIX. században. *E. J. Edwardes*: Himlőjárványok és himlőhalálozás a vaccinatio előtt és óta. *Garrett Anderson*: Törvényes intézkedések a himlőjárványok megelőzésére. *J. G. Mc Vail*: Vaccinatio-problemák a parlament számára. *T. Colcott Fox*: A vaccinatio szövődményei. *F. R. Blaxall*: A glycerinezett borjunyirk. *J. C. Mc Vail*: Himlő Glasgowban 1900/1902-ben. *A. E. Cope*: Vaccinatio glycerinezett borjunyirokkal. *W. Mc Connell Wanklyn*: A variola és varicella differential-diagnosisa.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. julius 11.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 26. hetében (1902. junius 22-dikétől junius 28-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 459 gyermek, elhalt 249 egyén, a születések tehát 210-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 31·1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16·9, az egy éven felüli lakosságnál: 13·9 az öt éven felüli lakosságnál: 12·3 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 0, pertussis 3, morbili 7, scarlatina 11, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 4, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 12, apoplexia 4, eclampsia 4, szervi szivbaj 18, pneumonia 14, pleuritis 4, pneum. catarrh. 4, bronchitis 7, tuberculosis pulmonum 45, enteritis 14, carcinoma 13, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 0, morbus Brightii et nephritis 7, veleszületett gyengeség 18, paedatrophia 1, marasmus senilis 10, erőszakos haláleset 0, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2802 beteg, szaporodás e héten 828, csökkenés 880, maradt e hét végén 2750 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi junius 25-dikétől julius 1-dikéig terjedő 26. 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 23 (37), diphtheria, croup 18 (20) hagymáz (typhus) 4 (3), kanyaró (morbili) 160 (198), trachoma 4 (1), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 23 (12), orbáncz (erysipelas) 21 (13), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (1) járv. fültőmirigylob 3 (4), ezenfelül varicella 8 (10).

⋀ **Kitüntetések.** Ő Felsége a király *Náthán Bernát* dr. Gyula-fehérvár rendezett tanácsú város tiszti főorvosának, továbbá *Demetrovics Mihály* dr. verseczi gyakorló orvos és tiszteletbeli városi főorvosnak, a közegészségügy terén szerzett érdemeik elismeréseül a koronás érdemkeresztet adományozta.

∓ **A sanatorium-egyesületnek** *Korányi Frigyes* tanár elnöklésével julius 1-jén tartott ülésén Kutay Dezső beszámolt az Erzsébet-sanatorium első hét havi működéséről. Felvétetett 195 beteg, távozott 89, közülük 49 munkaképesen.

⫞ **Budapesti orvosszövetség közgyülése** 1902. julius 7. Elnök: *Babarczi-Schwarczer Ottó.* A gyülés letárgyalta az egyleti orvosi szolgálat pragmatikájának tervezetét, a fizetési szabályzat és a census tervezetét azonban újból átadta a végrehajtó bizottságnak átdolgozás végett. Ez utóbbi tárgyakat a f. é. októberi közgyülésén fogják megbeszélni.

⫩ **A katonaorvosi ösztöndíjakat** újonnan szabályozták. E szerint az első fokozat 480, a második 720, a harmadik 1080 koronával jár.

⊕ **Az I. sz. szülészeti és nőgyógyászati tanszékre,** mely néhai Kézmárszky professor halálával megüresedett, a vallás- és közoktatásügyi m. kir. ministerium augusztus 15-diki lejárattal pályázatot hirdetett.

± **Az I. egyptomi orvosi congressus** a khedive védnöksége mellett f. évi deczember közepén Kairoban fog megtartatni, és az orvosi tudományok összes ágaiból, főleg a tropikus betegségekkel fog foglalkozni (bilharzia, anchylostomiasis, lepra, hepatitis tropica, malaria, filariosis, pestis, cholera, dysenteria stb.). A rendezőség felhivására megalakult a magyar nemzeti bizottság. (Elnök Korányi Frigyes, titkár Nékám Lajos. Jelentkezéseket kér: Bókay Árpád, Budapest, IX., Soroksári-utcza 19., II. em.)

A congressusra vonatkozó pontosabb adatokat később közöljük. Annyit már most jelenthetünk, hogy kizárólag orvosok és nejeik vehetnek részt benne, s hogy a tagoknak kitünő alkalmuk lesz az emberiség bölcsőjének, Egyptomnak, 600 éves kincseit megismerni.

A kirándulások közül, melyek nagy bőségben kinálkoznak, felemlítjük azokat a Cook által rendezett 21—15 napos utazásokat a Nilus völgyében, melyek Kairóból a pyramysokhoz, a citadellába, Hossan és Muhamma Ali szultánok moschéjába, József kútjához, a mamelukok sírjaihoz, a Kopht templomba, Rhodos-szigetre, (a hol Mózest kihalászták), az Amru moschéba, a pyramisokhoz, sphinxhez, az egyptomi muzeumba, Heliopolisba, az obeliskekhez, a strucz-parkba, a kalifák sírjához, a megkövesült erdőbe, az Apis-sírhoz, azután Felső-Egyptomban Luxorba, Assuánba, Thébesbe, Ramsés és Doin-el-Bakri királyok sírjához, a Creossusokhoz, Hataxu királyné sírjához, a karnaki templomhoz, a Nilus első vizeséséhez, stb.

Mind e kirándulások tetemesen leszállított árak mellett lesznek végezhetők. A hajó és vasúttársaságok is kilátásba helyeztek kedvezményeket, melyekről pontosabb felvilágosítással később szolgálunk.

Az egész utazás mintegy négy hétig tart, melyből 6—7 nap esik a tengeri útra. Összes költség körülbelül 600—800 forintra fog rúgni.

A magyar bizottság felkéri azokat, kik részt akarnak venni a congressusban, s különösen, kik előadást óhajtanak tartani, hogy e szándékukat Bókay Árpád tanárral mielőbb közöljék.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Tátrafüred,* julius 2. 487.; *Lipik,* julius 1. 1718.; *Uj-Tátrafüred,* julius 7293.

× **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** az 1902. év junius havában 251 veszett vagy veszettségre gyanus állat marta egyén (241 magyarországi, 7 horvát és szlavon, 1 boszniai, 1 galicziai és 1 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 227 egyént eb, 15-öt macska, 4-et borju, 1-et juh és 4-et ember inficiált. Évi folyó szám: 11360; egyetemes folyó szám: 18,417. Haláleset e hóban 1 fordult elő

> **A budapesti poliklinikán** junius hóban 3438 új betegnek 10,964 rendelés történt.

± **A budapesti önkéntes mentő-egyesület segélyét** junius hóban 894 esetben vették igénybe. Évi folyó szám: 5134.

⫟ **Tauffer tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét 1902. junius hóban 114 esetben 89 műtéttel vették igénybe. Évi folyó szám: 702.

⋀ **Az egyetemi I. sz. női klinika** szülészeti poliklinikájának segélyét junius hóban 56 esetben 30 műtéttel vették igénybe. Évi folyó szám: 480.

† **Elhunyt**: *Hanák Vendel* dr., volt 48/49-diki honvédorvos, Gyöngyös városának 1866—1873-ig tisztiorvosa, Csány község nyug. községorvosa f. hó 9-dikén 84 éves korában.

Lapunk mai számához az F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég baseli és grenzachi gyárainak „Sirolin, a kreosot ill. a guajakoltherapia legidealisabb alakja" czímű prospektusa van mellékelve, melyre ezennel t. olvasóink figyelmét felhivjuk.

„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.

Negyvenhatodik évfolyam. 29. szám. *Budapest, 1902. julius 20.*

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.

Illyés Géza: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula egy. ny. r. tanár.) Szűkületeknél végzett húgycsőresectiokról. 465. lap.

Kétly László: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) Két újabb gyógyszerrel tett klinikai tapasztalatok. 467. lap.

Tausz Béla: Közlemény a budapesti poliklinika laboratoriumából. (Vezető: Vas Bernát egyetemi magántanár.) A csízi jodbromos víz befolyása a gyomor physiologiai működésére. 469. lap.

Parádi Ferencz: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani intézetéből. (Igazgató Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.) A méhgonorrhoea gyógykezeléséről prostituáltaknál. 471. lap.

Tárcza. Grósz Emil: A szünidei orvosi cursusok. 472. lap. — **Huber Alfréd**: A Finsen-féle gyógymód mai állása. 473. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Ostermayer Miklós**: A sérvsebészet az utolsó években. 473. lap. — *Könyvismertetés. R. v. Krafft-Ebing*: Psychosis menstrualis. Eine klinisch-forensische Studie. (Reuter C.) — *M. Kahane*: Therapie der Erkrankungen des Respirations- und Circulationsapparates. — *H. Strauss*: Pathogenese und Therapie der Gicht. 475. lap. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Jaquet*: Az Adams-Stokes-féle betegség. (n t.) — *Pagenstecher*: Az ascites chylosus. (n t.) — *Markheim*: Az arthritis gonorrhoica. (n t.) — *Venereás bántalmak. Pansini*: Adatok a tabes dorsalis oktanához. (Sellei.) — *Tarnowsky*: A syphilis gyógyíthatósága. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Künkler*: A bismutose. — *Stock*: A fersan. — *Scherer*: Dionin. — *Weiss*: Az arteriosclerosis gyógyítása. — A gümőkórosan terheltek biztosítása. — *Folyóiratok átnézete.* 276. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Személyjogú gyógytár. — Fürdőink személyforgalma. — Elvi jelentőségű ministeri határozat. — A nemzetközi központi bizottság a gümőkór leküzdésére. — A Bródy Adél gyermekkórház 1901. évi jelentése. — A Fehér-kereszt országos lelenczház kimutatása. — Elhunytak. — Kérelem. 477. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. 474. lap. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. 474. lap. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. 475. l.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula egy. ny. r. tanár.)

Szűkületeknél végzett húgycsőresectiokról.

Illyés Géza dr. egyetemi tanársegédtől.

A húgycsőszükületek kezelésében, mint minden más gyógykezelésnél, igyekeznünk kell olyan gyógyeljárást alkalmazni, melylyel a betegség okát eltávolítva, a végleges gyógyulás bekövetkezik s a további gyógykezelés nem szükséges. Ezen czélt a húgycsőszükület kezelési módjai közül leginkább megközelíti a szűkült rész kimetszése, mely beavatkozással eltávolítva a heges szövetet, a végleges gyógyulásra való alkalom megadatik.

A heges húgycsőrészlet kimetszését a francziák kezdték, midőn Le Dran 1731-ben egy esetben a heges és sipolyos gáti húgycsőrészletet kiirtotta, de a húgycső végeit nem merte egyesíteni, hanem állandó kathetert helyezett a hólyagba. Ezen eljárást azonban többen akkor nem végezték s az a feledés homályába merült.

1837-ben Dugas, majd Roux közölnek eseteket, hol a szűkült húgycsőrészt kimetszették, de Daniel Mollière volt az első 1880-ban, ki a kimetszés után a húgycső végeit varratokkal is egyesítette. Végre 1892-ben Guyon, majd Albarran közöltek resectio után gyógyult eseteket s azóta ezen műtéti eljárás, főleg a francziáknál, nagyobb elterjedésnek örvend.

A műtét abból áll, hogy a húgycső hengernek egy részét két végén átmetszszük s eltávolítjuk, midőn totalis resectiot végeztünk, vagy pedig a húgycső körkörös részének egy darabját, leginkább a húgycsőfal alsó felét távolítjuk el, meghagyván a felső falát, midőn partialis resectioról szólunk.

A totalis resectionál a kimetszett darab hossza attól függ, hogy milyen hosszú a heges gyürü; metszettek ki már 7 cm. hosszú darabot is, de 3 cm.-nél hosszabb darabot kimetszeni nem czélszerű, mert különben a húgycsővégek egyesítése nehézségekbe ütközik s a siker bizonytalan, különösen a pars pendulára eső húgycsőrész kimetszésénél látható, hogy hosszabb darabok kimetszése után a penis lefelé görbül, a mi főleg erectioknál szembetünő s a coitust lehetetlenné teszi. Megszokott ez lenni 3 cm.-nyi húgycsőrész kiirtása után is egy ideig, de 1—2 hónap alatt ezen elgörbülés lassanként megszünik, mert a nyúlékony húgycső alkalmazkodik a megváltozott viszonyokhoz.

A partialis resectiot főleg Guyon ajánlja, mint a mely sokkal előnyösebb az előbbinél; ilyenkor a húgycső felső falát vagy annak egy keskeny csikját meghagyjuk, természetesen csak akkor, ha az ép. Itten a húgycsőcsonkok tátongása a resectio után nem olyan nagy, mert a csonkok nem húzódhatnak annyira vissza, a varratokkal való egyesítés, de az egész műtéti eljárás is könnyebb. Egy másik előnye még különösen akkor szembetünő, ha olyan nagy darabot kell az alsó húgycsőfalból eltávolítani, hogy a két véget varratokkal összehozni nem lehet. Ilyenkor a gát lágyrészeiből képezünk csatornát, melyet azután Albarran szerint a felső megmaradt ép nyálkahártya hámja lassanként beburjánoz és beborít. Ezen okoknál fogva kiterjedtebb resetioknál szívesebben végzünk partialist, mint totalist.

A húgycső lefutásának helyreállítását a resectio után az adott viszonyok, t. i. a resecált húgycsőhossz és a húgycsövet környékező lágyrészek állapota szerint különböző módokon végezhetjük. Igen hosszú darab kimetszése után eljárhatunk úgy, hogy állandó kathetert vezetünk végig a húgycsövön át a hólyagba s arra várunk, hogy a húgycsődefectus a katheter körül sarjadzó szövettel kitelődjék. A húgycsőnek ezen másodlagos egyesülése azonban hátrányos azért, mert ezen egész húgycsőrész hegszövetből állván, a zsugorodási hajlam igen nagy s a gyógyulás csak addig

tart, míg az egyén a húgycsősondázással való tágítást rendesen keresztülviszi, ezt elhagyván, rövid idő alatt beáll a nagyfokú szükület.

Legjobb eljárás kétségtelenül az, ha a resecált húgycsővégeket varratokkal egyesítjük s így az elsődleges gyógyulás lehetőségét megadjuk; ezt azonban csak akkor végezhetjük, ha a kimetszett húgycsőrész nem hosszabb 3 cm.-nél, midőn a csonkok feszülés nélkül egyesíthetők. Nogues kimutatta, hogy 2 cm.-nyi hiány után a csonkok könnyen, 3 cm.-nyi hiány után nehezebben, de még egyesíthetők; ezen felül már kevés kilátás van arra, hogy a varrrat tartson.

A varratokat finom fonalakkal kell végezni, midőn az öltésnél a nyálkahártyát átölteni nem szabad, nehogy a húgycső üre felé nézö 4 fonál incrustálódjék, avagy annak mentén vizelet szivárogjon a sebbe, mely ha inficiált, a sebet is fertőzheti. Egy másik rétegben bevarrhatjuk felette a húgycső körüli lágyrészeket s egy harmadik rétegben a bört. Persze az elsődleges gyógyulás a siker első feltétele.

Ha a resectio olyan kiterjedésü, hogy a csonkok végeinek összehozása nehezen megy, legczélszerübb a húgycsövet a környező lágyrészek több rétegben való összevarrása által képezni. A sebet ilyenkor drainezni nem kell, nehogy sipoly képződjék, de a húgycsőbe állandó kathetert helyezünk, melyet, ha erős urethritist csinál, eltávolítunk s csak a vizelet kibocsátása czéljából és alkalmából helyezzük be a hólyagba. Ha az összevarrt lágyrészek egészségesek voltak, az összetapadás létrejön, sőt mint Nogues kimutatta, az ilyen húgycső a szomszédságból hámmal is kibéleltetik.

Igen nagy kiderjedésü resectio vagy a lágyrészek elhalása után plasticai műtétekkel képezhetjük a húgycsövet. Ha autoplasticát végezünk, vehetjük a bőrlebenyeket a szomszédságból, a scrotumról, melyeket úgy alkalmazhatunk, hogy a lebeny a húgycső felé s a külvilág felé is hámmal legyen borítva akár úgy, hogy az egyik oldalról vett lebenyt ajtószárny módjára ráfordítjuk a defectusra, midőn az hámos felületével a húgycső felé, sebes felületével felfelé néz s a másik oldalról vett ugyancsak ajtószárnyszerü lebenyt sebes felületével rácsusztatjuk, akár úgy, hogy egy hosszú lebenyt közepén harántul összehajtunk s az így mindkét oldalon hámos felülettel borított lebenyt használjuk fel a defectus beborítására. Ezen műtétek ritkán sikerülnek egyszerre, rendszerint többször kell javításokat és pótlásokat eszközölni, míg valamelyes eredményt lehet felmutatni.

Heteroplastikus pótlást is meg lehet kisérteni, midőn a test más részéről vett nyálkahártyával, vagy valamely állatból vett nyálkahártyával pótoljuk a defectust, mint a hogyan tett Wölfler, ki a kutya vaginájának nyálkahártyáját használta fel e czélra, vagy Walker, ki házinyúl belének nyálkahártyájából készített húgycsövet, Dittel pedig Thiersch-féle epidermis lebenyeket ültetett át a sarjadzó húgycső szövetére.

A budapesti kir. magy. tud-egyetem I sz. sebészeti klinikáján 5 húgycsőresectio esetet észleltünk.

1. Sz. J. 49 éves, felvétetett 1898. I/11. Huszonöt év előtt blennorrhoeát kapott; húsz év előtt szükületet vett észre, melyet tágítottak, melynek folyamán több periurethralis tályog és sipoly keletkezett. Felvételkor többszörös stricturák, sok behúzódott heg a gáton és herezacskón, továbbá sipolyok, a melyeken át vizelet és geny ürül. Az első műtét magas hólyagmetszés és retrograd catheterismus, illetőleg tágítás volt; második műtét a gáton levő heges, sipolyos húgycsőrész kimetszése; harmadik műtét a pars pendulában levő egyik napról a másikra nagy visszaesést mutató heges húgycsőrész teljes kimetszése s a csonkok összevarrása volt.

2. Sz. P. 52 éves, felvétetett 1898. V/13., távozott 1898. VII/23.

Harmincz év előtt volt blennorrhoeája, 5 év előtt kezdödött a húgycsőszükület s azóta periurethralis tályogok és húgycsősipolyok képződtek. Felvételkor tág kaliberü strictura s többszörös hegek és sipolyok a gáton, melyeken vizelet ürül. Műtét a gáton levő sipolyos és heges szövet kimetszéséből állott.

3. G. J. 33 éves, felvétetett 1901. XI/13., távozott 1901. XII/13. Tizennégy év előtt kankót kapott; 9 év óta veszi észre, hogy vizelete nehezen megy. Felvételkor 5 Charrière-számnak átjárható strictura a pars pendulában és ugyanilyen hátrább a pars scrotalisban. Meg lett kisértve a lassú tágítás, de 12 Charrière-nél magasabbra jutni nem tudtunk. Műtét a pars pendulában levő szükült húgycsőrész resectioja és a végek összevarrása volt.

4. Cs. J. 56 éves, felvétetett 1901. deczember 17. Ez év október 23-dikán deszka élére esett s a gátját nagyon megütötte, vér folyt ki húgycsövéből; vizelete egy hétig véres volt. Egy hó mulva vette észre, hogy nehezebben vizel. Felvételkor a scrotum hátsó részének megfelelő húgycsőrész mint tömött képlet tapintható a gáton s ugyanitt a sondával erős ellentállást érezni. Műtét a heges húgycsőrész kimetszésében s elsődleges varrat alkalmazásában állott.

5. L. I. 31 éves, felvétetett 1902. II/6. Előadja, hogy 1901. szeptember 3-dikán gátját vasrúdon megütötte; utána vér folyt húgycsövéből, de vizelni nem tudott, s 14. napon át csapolták, majd a gáton vizeletsipolya támadt. Egy hónap mulva sondával tágították 23. Ch. számig. A catheterismust január 20-dikáig rendszeresen végezte, azóta szondázva nem lett.

Felvételekor a pars bulbosa tájékán kivülről körülbelül 1½ cm. hosszú heget tapintunk, bougieà boule-val ugyanezen a helyen erős ellentállást érzünk és a húgycső e helyen csak filiformis bougie-val átjárható.

Műtét február 26-dikán, midőn a heg szabaddá tevése után azt 1½ cm.-nyi darabon a húgycső körkörös totalis resectiojával eltávolítjuk s a húgycsőcsonkokat a nyálkahártya átöltése nélkül a submucosában vezetett csomós-varratokkal finom selyemmel egyesítjük, majd felette a fasciát és a bört is külön rétegekben összevarrjuk.

Az első esetben retrograd úton kellett a szükületek tágítást megkezdeni, mert elülről a gátra nyiló sok sipoly s többszörös álutak miatt a catheterismus nem volt kivihető. Tágítás közben tünt ki, hogy a pars pendulában levő és a húgycső lumene felé gyürüszerüen kiemelkedő szükület egyik napról a másikra nagy visszaesést mutat, vagyis a tágítás által elért eredmény nem állandó Ezért úgy jártunk el, hogy börmetszés után a húgycsövet merevencses testével együtt egy bevezetett fémcatheter vezetése mellett 4 cm.-nyi darabon szabaddá tettük, a húgycsőből a szükületnek megfelelőleg 2 cm.-nyi darabot kimetszettünk s a felszabadított húgycsőcsonkokat a fémeszköz felett a submucosában alkalmazott gombos varratokkal összevarrtuk. Az öltéseket hátul kezdtük s 6 csomó elég volt a csonkok tökéletes egyesítésére. Állandó catheter vezettünk be a húgycsőbe, melyet második napon kicseréltünk s harmadik napon egészen eltávolitottunk. A seb per primam gyógyult s a resecált húgycső 20 Charrière-catheternek igen jól volt átjárható, míg azelőtt csak 10 Charrière-cathetert lehetett bevezetni. A gáton levő heges szövet eltávolítása után a defectus másodlagosan összehúzódott, de a beteg sipolylyal távozott.

A második esetben a gáton levő heges szövet kimetszése, vagyis partialis resectio végeztetett; a keletkezett defectust a szomszéd szövetek heges elváltozása miatt sem varratokkal, sem plasticával fedni nem lehetett, hanem másodlagos gyógyulásra biztuk a dolgot, melynek bekövetkezését a beteg távozása miatt nem észlelhettük.

A harmadik esetben blennorrhoeás szükületekkel volt dolgunk, melyek közül az elülfekvő minden tágítási kisérletnek daczolt s az egyik napról a másikra nagy visszaesést mutatott, miért is mütétet végezünk. A bör és a fascia átmetszése után a húgycső felületén látjuk a heget; az urethrát elébb köröskörül felszabadítjuk, azután átvágjuk először a húgycső distalis felét, azon keresztül fonalat húzunk, 1½ cm.-nyire ezen hely mögött hasonlókép járunk el s az urethra ezen 1½ cm.-nyi darabját kimetszszük. Az urethra csonkjait a submucosában vezetett finom selyemfonalakkal s csomós varratokkal összevarrjuk, az urethrába állandó cathetert helyezünk, s csomós varratokkal a fascia penist, majd harmadik rétegben a bört is egyesítjük.

Harmadik napon a bőrvarratokat kiszedjük, mert nagy duzzanat lépett fel, mely másnapra megszünt. Az állandó cathetert egy hét mulva veszszük ki, s a beteg gyógyultan távozik; távozáskor a húgycső 28 Charrière-nek átjárható. 10 nap mulva visszajött kis sipolylyal a műtét helyén, midőn a szükület 8 Charrière-nek volt átjárható; azóta a beteget elvesztettük szem elől.

A negyedik eset trauma után fellépő s nagy ellentállast mutató és jól körülfogható szükület volt; a műtét a scrotumnak a rapheban való kettéválasztásával kezdődött; az urethra felső,

peripheriás részének isolálása után a heg feletti urethrarészt harántul átvágtuk, a heges környezetből kipraeparáltuk s a heg alatti distalis ép urethrarészt átmetszettük, miáltal $1^1/_2$ cm.-nyi hosszú darabot metszettünk ki. A csonkokat a submucosába vezetett selyemfonalakkal összevarrtuk és a hólyagba 22 Nelaton-cathetert helyeztünk be, mert a húgycső nagyon tág.

A scrotumot az urethra felett összevarrtuk s a seb alsó zúgába draincsövet helyeztünk el. Ekkor a beteg a narcosisból ébred, erős tenesmust kap, s a vizelet nagy erővel kilöki az állandó cathetert s erős sugárban ömlik a scrotum sebébe helyezett draincsőből és urethrából is. A kathetert könnyen visszahelyezzük s a vizeletet a scrotum alól kinyomva kötést alkalmazunk. Gyógyulás per primam, 10 napig volt benn az állandó katheter. Jelenleg, vagyis két hónappal műtét után 20 számú gombos catheterrel vizsgálva, a resectio helyén finom kis egyenetlenséget érezünk, de egyébként a húgycső 30 Charrière fémkatheternek egész könnyen átjárható; a beteg tökéletesen vizel s teljesen jól érzi magát. Megjegyzendő, hogy 2 hó óta a húgycsövében semmiféle eszköz nem volt.

Az ötödik esetben feltünő volt, hogy a húgycsőnek a strictura feletti része a rendes ürtér kétszeresére ki volt tágulva, mit a gyorsan fejlődő nagyfokú szükület megmagyaráz.

A műtét után behelyezett állandó katheter márczius 6-dikán, tehát 8-dik napon távolíttatott el, mely idő alatt állandó bennfekvésével sem urethritist, sem más kellemetlenséget nem okozott és az eltávolítás után, a gátseb elsődleges gyógyulása mellett, a beteg vizeletét jól, vastag sugárban tudja üríteni.

A műtéti eljárás előtt meg kell győződni a szükület viszonyairól; átjárható szükületeket kitágítunk tehát annyira, hogy gombos bougie-val megvizsgálhassuk s meggyőződhessünk kiterjedéséről, hosszáról és egyéb természetéről. Ezen gombos bougie-val lehet a vizsgálatot legjobban és legkiméletesebben megejteni, midőn egyrészt bugie-val, másrészt kivülről a húgycsőre helyezett ujjunkkal a szükületet kitapinthatjuk és pontos felvilágositásokat nyerhetünk. Átjárhatatlan szükületeknél a külbőr felől igyekszünk a szükületet kitapintani s a viszonyait meghatározni. A mütétnél, melyet narcosisban végezünk, átmetszvén a lágyrészeket a húgycsőig, ezt környékéből isoláljuk, midőn nagy segitségünkre van, ha valamely eszközt vezethetünk be a húgycsőbe s igy a körvonalait jól kitapinthatjuk.

Ha eszközök számára átjárhatatlan szükülettel volt dolgunk, czélszerü 5%-os methylénkék-oldatot a mütét előtt a húgycsőbe fecskendezni, mely igy megfestvén a húgycsövet, resectionál a centralis csonk felkeresését jól feltünteti. A centralis csonknak megfelelő részt fonállal átfüzzük, nehogy a resectionál erösen visszahúzódjék s az isolált húgycsőből a szükületnek megfelelő részt harántmetszéssel eltávolitjuk, a csonkokat az átfüzött fonálnál fogva összeillesztjük, a hátsó belső segmentumnál kezdve, teljes bevarrás előtt a hólyagba középvastag 15—17 Ch. Nélaton-cathetert vezetve be, 1-es selyemfonállal a submucosába vezetett öltésekkel, csomós varratokkal pontosan egyesitjük. Egy másik rétegben a bevarrott húgycsőcsonkok felett egyesitjük csomós varratokkal a fasciát s egy harmadik rétegben a bőrt. Mütét után egy pár napon keresztül, 4—6 napig állandó kathetert hagyunk a hólyagban.

A húgycsőresectio indicatioját főleg a traumás eredésü szükületek képezik, a melyek gyorsan fejlődnek s igy a hólyagizomzatnak nincs ideje hypertrophizálni s retentiok keletkeznek, de a mellett jól elhatároltak, másféle kezelésnek ellentállanak, s nem nagy kiterjedésüek, úgy hogy eltávolításuk után az ép húgycsőcsonkok elsődleges egyesitését végezhetjük. Mivel itten ép húgycsőcsonkokat egyesithetünk, azért itt az eredmények jobbak, mint a blennorrhoeás eredésü szükületeknél, hol a húgycsőbeli folyamat a szükület feletti és alatti húgycsőrészben is több-kevesebb elváltozásokat hozott létre s igy a gyógyulás nem olyan sima, mint ezt a 3-dik esetünkben láthatjuk, hol a beteg a mütét után 20 nappal jött vissza fonálgenyedésből kiinduló sipoly, illetőleg a szükület recidiválása miatt.

Ha a traumás szükület a membranosus részben székel, ott a resectiot ne végezzük, s ha a szükület elülről átjárhatatlan, inkább végezünk urethrotomia externát vagy epicystotomia útján retrograd tágitást s azután esetleg resectio partialist.

A bulbosus részben ülő szükületek a legalkalmasabbak a resectiora, mint negyedik esetünkből kitünik, hol az urethritis chronica hiánya volt oka annak, hogy a beteg az állandó catheter olyan jól türte, nem úgy, mint a harmadik, blennorrhoeás eredésü szükület esetében.

A pars pendulában ülő szükület-resectionál ne metszszünk ki hosszú darabot, mert különben erectionál a penis elgörbül, mi különben, ha kisfokú, idővel el is mulhat.

Indikálva van a resectio továbbá a gáton levő heges sipolyoknál, hol a kóros szövetek eltávolitása után a gyógyulás akár az ép szomszédos szövetek összevarrása, akár plastica útján jöhet létre; ilyenkor, ha csak lehet, partialis resectio végzendő, vagyis a húgycső felső fala, ha ép, meghagyandó. Végezhetjük továbbá lobos eredésü szükületeknél is, ha azok különállók, jól elhatároltak s másféle kezelésnek daczolnak.

A végeredményeket illetőleg megjegyezhetjük, hogy a statistika szerint a resectio akármelyik módja egy ideig jó eredményeket ad, mert a szükült rész lett eltávolitva, azonban állandó, jó eredményt csak ott nyerhetünk, hol a jól elhatárolt, könnyen kiirtható szükületet eltávolitottuk, hol a húgycsőcsonkok elsődleges összevarrása jól sikerült, s hol a gyógyulás per primam intentionem következett be. A jelenleg ismert kezelési módok egyike sem vezethet végleges gyógyuláshoz, csakis a resectio bizonyos esetekben, midőn a kóros húgycsőrészt eltávolitva, ép szöveteket egyesitettünk.

Húgycsőresectio végzendő:

1. Traumás stricturáknál, melyek a gáton székelnek, különösen, ha a kimetszendő darab nem hosszabb 3 cm.-nél és a csonkok elsődleges összevarrása végezhető.

2. Blennorrhoeás szükületeknél, ha azok isoláltak, rövidek s másféle kezeléssel czélt nem érünk.

3. Gáton levő sipolyoknál, különösen ha a húgycső felső fala meghagyható, s a szomszéd ép szövetek összevarrhatók.

Irodalom. E. Vergues: Contribution à l'étude de la resection de la urèthre. Thése de Paris. 1894. — *P. Nogues*: De la réparation de l'urèthre perineal. Thése de Paris. 1892. — *E. Desmes*: Traité elementaire des maladies des voies urinaires. 1898. — *V. Rochet*: Chirurgie de l'urèthre, de la vessie, de la prostate. 1895. — *Albarran*: Resumé du rapport sur les résultats eloignés des interventions sanglantes dans les rétrecissements de l'urèthre. XIII. Congrès international de médecine. Paris, 1900. — *Heresco*: Résultats éloignés des interventions sanglantes dans les rétrecissements de l'uréthre. XIII. Congrés international de médecine. Paris, 1900. — *Duplay-Reclus*: Traité de Chirurgie VII. 1899. — *Poussen*: Précis des maladies des voies urinaires. 1899. — *Poussen*: Affections chirurgicales des organes génito-urinaires. 1897. — *Le Dentu-Delbet*: Traité de Chirurgie IX. 1900.

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

Két újabb gyógyszerrel tett klinikai tapasztalatok.

Irta: *Kétly László* dr. I. tanársegéd.

I. Agurin.

Hogy jó diureticumokkal főkép pangásos eredetü vízkóroknál mily szép eredmények érhetők el, az minden orvos előtt ismeretes; incompenzált szivbajoknál akárhányszor láthatjuk, hogy a digitalis jó hatása nagy vízkór esetén sokkal jobban érvényesül, ha mellette húgyhajtót is rendelünk; sőt localis hasvízkórnál is akárhányszor az ascites kisebbedését jó húgyhajtókkal elősegithetjük. Vesebaj okozta vízkórnál ellenben, mint tudjuk, főkép csak a növényi húgyhajtókat szeretik alkalmazni, mert ezek a veséket kevésbbé izgatják. A húgyhajtók ez elterjedt alkalmazása érthetővé teszi, hogy minden új, biztos hatású, a gyomrot nem rontó, a vesékre ártalmatlan diureticumot örömmel üdvözölhetünk.

A jelenleg használatban lévő számos húgyhajtószer között a theobromin tagadhatatlanul a legjobbak közé tartozik. Miután e xanth'n-basis vízben való nehezen oldhatósága és igy nehéz felszivódása miatt direct nem igen alkalmazható, eddig főkép a *Gram* által ajánlott kettős sóját, a theobrominumnatriumból és natrium salicylicumból álló diuretint, alkalmazták. Ez vízben könnyen oldódik, de azért mégis nem mindig alkalmazható, mert a benne lévő salicylsavas natrium sokszor a gyomor nyálkahártyájára káros hatással van és nem jól türetik. Ezért újabban *Impens*[1] a

theobrominnak egy más összetételét ajánlja *agurin* név alatt; ez theobrominumnatriumból és eczetsavas natriumból álló kettős só. Előnye tehát a diuretinnel szemben az, hogy nem tartalmaz natrium salicylicumot s így a gyomorra káros hatást nem gyakorol, az azt helyettesítő natrium aceticum pedig szintén diuretikus hatást fejt ki.

Az *agurin* fehér, vízben könnyen oldódó por, sós-kesernyés ízű, gyengén alkalikus vegyhatású. Körülbelül 60% theobromint tartalmaz és így biztos és gyors húgyhajtó hatású, mely hatásában a szervezetben carbonáttá elégő natriumacetat is támogatja.

Destrée[2] 1·5 gm.-nyi napi adagban alkalmazva az agurint kiváló húgyhajtószernek találta.

Litten[3] szintén szép eredményeket ért el és legalkalmasabbnak találta, ha naponként 3×1·0 gm.-nyi adagban adta.

Ostrowicz[4] insufficientia bicuspidalis egy esetében, hol a digitalis nem hatott, az agurin 3·0 gm.-nyi napi adagjával a nagyfokú oedemák teljes eltünését érte el 10 nap alatt. Ugyancsak ő[5] azt tapasztalta, hogy az agurin nagy szomjúságot okoz, melyet a *Bayer*-féle gyár előirása szerint sem limonadéval, sem gyümölcsnedvekkel, sem savakkal enyhíteni nem volna szabad és noha ő próbaképp saját maga agurint szedvén, minden por után 125 gm. czukros vizet 3 csepp sósavval ivott, a diuretikus hatás csökkenését mégsem látta.

Michaelis[6] szerint az agurin hatása incompenzált szívbántalmak okozta pangásos vízkórnál válik be, különösen, ha a vérnyomás előbb digitalissal emeltetik; nephritiseknél csak az arteriosclerotikus zsugorvese eseteiben látott hatást. Súlyos zsugorvesénél vagy chronikus parenchymás nephritis eseteiben a hatás kimarad. Szerinte a hatás 2—3 nap alatt állana be és a szer kihagyása után egy nappal szünnék meg.

3 gm.-nyi napi adagot talált a legjobbnak. Kellemetlen mellékhatást nem észlelt, a betegek a szert jól tűrték. Szerinte legjobban hat ép vesénél.

Reye[7] enyhébb lefolyású vitiumok esetében igen jó hatásúnak találta az agurint, nephiritisek közül csak interstitialis vesebajoknál látott eredményt naponta 5×0·5 gm.-ot adva. A betegek a szert jól tűrték és csak egy esetben okozott fejfájást, nyugtalanságot és émelygést, de ezen betegnél 5×1·0 gm.-ot alkalmazott naponta. Ő az agurint feltétlenül a diuretin fölé helyezi.

Hasonlóan nyilatkozik *Buchwald*[8] és *Tauszk*[9] is. *Hess*[10] pedig 30 esetben alkalmazván, csak szívizommegbetegedéseknél látott jó hatást az agurintól, míg billentyübántalmaknál kevésbbé jó szernek tartja.

E biztató kisérletek alapján mi is kipróbáltuk az agurint a klinikán fekvő és így pontosan ellenőrizhető betegeinknél.

Összen 34 fekvő betegnél próbáltuk ki a szert, még pedig 13 esetben vitium okozta pangásos vízkórnál, 8 peritonitis chron. tuberculosa okozta hasvízkórnál, 1 zsugormáj okozta hydrops ascitesnél, 1 arteriosclerosisos zsugorvesénél általános vízkórral, 1 elsődleges zsugorvesénél, 3 idült parenchymás nephritisnél, 6 esetben részben rheumás, részben tuberculosus exsudatum pleuriticumnál. Ez esetekben az agurint majdnem kivétel nélkül 2—3 gm.-nyi napi adagban por alakban ostyában adtuk. A betegek így legnagyobb részt igen jól tűrték, hányingert, étvágytalanságot vagy egyéb kellemetlenségeket nem okozott. Csak két esetben panaszkodtak a betegek gyomorégésről a por bevétele után, de ezek is, ha oldatban adtuk az agurint, így igen jól tűrték. Oldatban való adagolását következő alakban ajánlhatjuk: Rp. Agurini 6·0, Aquae menthae pip. 200·0. D. S. 2 nap alatt elfogyasztandó.

A legjobb eredményeket vitiumok okozta pangásos vízkóroknál értük el; ez esetben az agurin mindig biztosan hatott, hatása már rendesen a második nap mutatkozott, a mennyiben 200—300 cm³-rel növelte a vizelet napi mennyiségét, míg teljes hatását átlag a 4. naptól lehetett észlelni; ekkor ugyanis akárhányszor az előbb még csak 400—600 cm³ napi mennyiségü vizelet 2—2·5 literrel szökött fel s a vízkór leapadt. Ez esetekben, ha az agurint tovább is folytattuk, a vízkór többé vissza nem tért és a vizelet napi mennyisége állandóan a rendesnél több, vagyis 1·5—2·0 literrel maradt. Súlyos incompensatioknál eleinte a digitalissal egybekötve adtuk az agurint és azt tapasztaltuk, hogy a digitalis hatását, erős diuresist fejtvén ki, gyorsabbá és teljesebbé tette.

Két igen súlyos, nagyfokú általános vízkórral járó, heteken át incompenzált vitiumnál az agurin hatását a diuretinével is összehasonlítottuk s ez esetekben azt láttuk, hogy bár a diuretin is igen szépen fokozta a diuresist, mégis az agurin adagolására a vizelet mennyisége átlag 0·5 literrel több volt. A vitiumok eseteinél azt is észleltük, hogy az agurin fentemlített kiváló diuretikus hatása ép úgy érvényesült nagyfokú szívgyengeség esetén, mint esetleg digitalis adagolása folytán már megjavult szívműködésnél, s ez a mellett bizonyít, hogy hatása nem a szívre, hanem a vesékre történik, s a szívműködés erejétől független. Szívbajos betegeinknél az agurin diuretikus hatása a szer elhagyása után még 2—3 napig tartott.

Nagyobb szomjúságérzést az agurin szedése alatt csak egy-két esetben észleltünk.

Ugyancsak pritonitis chronica tuberculosa és cirrhosis hepatis okozta localis hasvízkórnál az agurinnak mindig észleltük diuretikus hatását, a mennyiben a vizelet mennyisége 300—500 cm³-rel emelkedett, míg ugyanez esetekben egyéb diureticumokkal (strontium lacticum, urea pura, infus. bacc. Juniperi, diuretin stb.) egyáltalán nem voltunk képesek a vizelet napi mennyiségét fokozni. Természetesen gyógyító hatással az agurin ez esetekben nem birhat s nagyobb localis hasvízkór a csapolást mégis szükségessé teszi.

A vesebajoknál az agurin tapasztalatunk szerint csakis az arteriosclerosisos zsugorvesénél hat biztosan, míg idült elsődleges vagy másodlagos zsugorveséknél vízkór esetén, vagy parenchymás idült nephritisnél diuretikus hatást alig tapasztalunk.

Exsudatum pleuriticum eseteiben az agurin mindig 300—500 cm³-re emelte a vizelet napi mennyiségét és e hatás heteken át fennállott s csak a szer kihagyása után 2—3 nap mulva szünt meg, de magát az exsudatum mennyiségét lényegesen nem befolyásolta. Úgy, hogy ez esetekben az agurin gyógyértékkel nem bir.

Ez esetekben mutatkozó diuretikus hatása arra indított, hogy teljesen egészséges egyéneken is kipróbáljuk, vajjon az agurin fejt-e ki húgyhajtó hatást. Ez irányban 10 egészséges egyénen tett észleletünk azt bizonyítja, hogy az agurin egészségeseknél is, ha legalább 3·0 gm.-nyi napi adagban adjuk, már 3—4 nap mulva a vizelet mennyiségét 200—400 cm³-rel emeli s e hatását, ha a szert el nem hagyjuk, 8—10 napig fejti ki, azután már rendesen alig, legfeljebb 100 cm³-nyi vizelet-szaporodást okoz. De egy esetben sem észleltünk a vesék részéről akár albuminuriát vagy egyéb complicatiot s ez észleletünk is bizonyítja, hogy az agurin a vesére nézve teljesen ártalmatlan gyógyszer.

A fent elmondottak alapján az agurinról következőket állíthatjuk:

1. Az agurin, mint kiváló diureticum, a hatás biztosságát tekintve úgy a diuretin, mint a többi eddig ismert diureticum felett áll.

2. A betegek igen jól türik, a gyomorra, vesére teljesen ártalmatlan.

3. Legbiztosabban pangásos általános vízkóroknál (vitium, stb.) fejti ki hatását, de előnyösen adható akár pangásos, akár lobos eredetü localis hasvízkóroknál és arteriosclerosisnál, vagy ebből eredő zsugorvesénél, míg egyéb vesebajoknál lényegesebb diuresist nem okoz.

4. Biztos eredmény czéljából legalább 3 gm.-nyi napi adagban adjuk. Legalkalmasabb por alakban, de ha gyomorégést okozna, akkor a fent leirt alakban, oldatban is adható.

5. Az agurin hatása 2—3 nap alatt áll be és a szer elhagyása után 2—3 nap mulva szünik meg.

6. 3·0 gm.-nyi napi adagban az agurin egészséges embernél is 2—4 nap alatt 200—400 cm³-re emeli a vizelet napi mennyiségét, de e hatás 8—10 nap mulva, még ha a szert folytatjuk is, majdnem a minimumra reducálódik.

7. Az agurin a vesék útján hat, de e hatás beteg veséknél alig érvényesül.

E klinikai tapasztalataink alapján a kiváló új diureticumot, melyből 1·0 gm. 80 fillér, a gyakorló orvosoknak melegen ajánljuk.

Az agurint a *F. Bayer*-gyár (Elberfeld) állítja elő.

Irodalom. 1. *Impens:* Contrib. à l'étude des préparations solubles de la theobromin. Gand. 1901. — 2. *Destrée:* Bulletin Général de Thérapeutique. 1901. 24. sz. — 3. *Litten:* Verein f. inn. Medic. Berlin. 1901. november 4. — 4. *Ostrowicz:* Therapeut. Monatshefte. 1902. 1. sz. — 5. *Ostrowicz:* Therapeut. Monatshefte. 1902. 5. szám. — 6. *Michaelis:* Deutsche Aerztezeitung. 1901. 24. sz. — 7. *Reye:* Klinische Erfahrungen mit Agurin. Die Heilkunde. 1902. 6. sz. — 8. *Buchwald:* Schles. Aerzte-Correspond. 1902. 9. — 9. *Tauszk F.:* Agurin, egy új diureticum. Magyar orvosok lapja. 1902. 26. sz. — 10. *Hess:* Zur Würdigung einiger neuer Arzneimittel. Die Therapie der Gegenw. 1902. 6. sz.

II. Guacamphol.

A tüdővésznek egyik legkellemetlenebb tünete az éjjeli, főkép a reggeli órákban jelentkező nagyfokú izzadás, mely a betegség bármely stadiumában felléphet és a betegek éjjeli nyugalmát zavarván, az orvosoknak sok gondot ad annak megszüntetése. Tagadhatatlan, hogy az éjjeli izzadások ellen használatban lévő eljárások és belső orvosságok (eczetes-vizes lemosás, este egy kanál cognac tejben, agaricin, atropin, tinct. salviae stb.) sokszor vagy csökkentik, vagy teljesen meg is szüntetik e kellemetlen tünetet. De viszont minden orvos tudja, hogy absolut biztos hatású szerünk eddig nem volt s hogy a fent elsorolt orvosságokat a betegek hamar megszokják és azokat folyton változtatva végre az izzadás ellen semmit sem tehetünk. Ezekből érthető, hogy mennyire szükséges volna egy új, az izzadást minden esetben biztosan megszüntető szer, a mely hatását hosszú időn át adva is kifejtse vagy megszokás esetén adagja minden veszély nélkül fokozható legyen.

Nézetem szerint egy ilyen tulajdonságokkal biró szer a *Henning* (Berlin) által előállított *guacamphol*. Ez a guajacol camphorsav-esterje. Az előállító szerint hivatva volna a guajacolnak phthisisnél ismeretes előnyös hatásait és a camphorsav izzadást gátló hatását egyesíteni. Savak által meg nem támadtatván, változatlanul hagyja el belső adagoláskor a gyomrot és csak az alkalikus béltartalomban bomlik guajacolra és camphorsavra. Ezen bomlása azonban nem tökéletes és ezért a guajacolt teljesen nem pótolhatja; különben is, mint látni fogjuk, az izzadást gátló hatás elérésére 0·20—0·30 gm. elegendő és ily kis adagban a guajacol hatása alig jöhet szóba, még inkább, miután legtöbbször a szer pár napi használat után elhagyható, mert az izzadás így sem tér vissza.

Lasker[1] (*Stadelmann* osztályán) 56 betegen próbálta ki ez új szert és ezen esetek közül csak négyszer nem látott attól eredményt, a többi eseteiben a guacamphol az éjjeli izzadást jelentékenyen csökkentette, sőt 3 esetben teljesen meg is szüntette. Az adagolást 0·20 gm.-on kezdte és az eredmény szerint az adagot 1·0 gm.-ig fokozta. E szernek 8—10 este egymás után való bevétele után a betegek a legtöbb esetben a szer elhagyása után sem éreztek néhány hétig izzadást és csak 12 esetben kellett a guacampholt állandóan folytatni. Kellemetlen mellékhatást *Lasker* még 1·4 gm.-nyi dosisok után sem látott.

Kaminer[2] szerint legalkalmasabb a 0·5 gm.-os dosis, melynek izzadást gátló hatása igen jól beválik, úgy hogy már 3 napi adagolás után legtöbb esetében az éjjeli izzadás megszünt és a szert ki lehetett hagyni.

Litten[3] is igen elismerőleg nyilatkozik a guacampholról, főleg azon előnyét emeli ki, hogy hosszabb használat után sem veszti el hatását.

Stadelmann[4] a 0·20 gm.-nyi dosissal rendszerint beérte és csak kevés esetben volt kénytelen az adagot 0·4—0·6—1·0 gm -ig fokozni. Összehasonlítva az atropinnal, szerinte 0·20 gm. guacamphol megfelel 0·0005 gm. atropinnak, de kellemetlen mellékhatást nem fejtvén ki, a guacamphol az atropinnal szemben előnyben részesítendő.

Ezen biztató eredmények után jogosultnak tartottuk a guacamphol hatását a klinikán is kipróbálni.

Összesen 29 fekvő betegen alkalmaztuk e szert és több ambulans betegen. A fekvő betegek közül 28 a tüdővésznek különböző stadiumában volt, 1 pedig Basedow-kórban szenvedett; az ambulans betegek mind tüdővészesek voltak. Mindezen betegek egyik főpanaszát a kellemetlen, főleg a reggeli órákban nagy fokban fellépő izzadás képezte. A guacampholnak 0·20 gm.-os adagja ezen esetek legtöbbjében prompt hatást fejtett ki, a mennyiben az izzadást vagy teljesen megszüntette, még pedig már az első adagolás után, vagy legalább is a minimumra redukálta azt; egyes esetekben kellett csak az adagot 0·40—0·50 gm.-ig fokozni, a mikor aztán szintén elmaradt az izzadás. 3—10 napi adagolás után az esetek nagyobb részében a szert kihagyván, 2—3 héten keresztül sem jelentkezett izzadás és csak az esetek kisebb részében kellett az izzadás ismételt fellépése miatt a szerelést állandóan folytatni.

Eseteink közül 3-nál, melyeknél az izzadást sem agaricinnel, sem pedig tinct. salviae nagy adagjaival megszüntetni nem tudtuk, a guacamphol 0·20 gm.-os adagja után a betegek alig izzadtak és ezen adag esténkénti adagolása az izzadás felléptét náluk mindig megakadályozta.

Különösen megemlítendő a Basedow-kórban szenvedő betegnél elért szép eredmény; ezen beteg profus izzadásai miatt 6 napon keresztül esténként 0·20 guacampholt kapott és úgy ezen idő alatt, mint a szer kihagyása után 13 napon át, a klinikáról való távozásáig, rajta számbavehető izzadást nem észleltünk.

Végre még megjegyezzük, hogy a guacampholtól egy esetünkben sem láttunk kellemetlen mellékhatást, a mennyiben a betegek gyomorégésről, hányingerről, étvágytalanságról vagy gyomornyomásról nem panaszkodtak, és így azt teljesen ártalmatlan szernek tartjuk, a mit különben a szer összetételéből is lehet már következtetni. A szert rendesen este 9 órakor adtuk be por alakban.

Hatás tekintetében a guacamphollal legfeljebb az atropin versenyezhet, de előnye ezzel szemben az, hogy úgy látszik a betegek meg nem szokják és ha esetleg kisebb adagban nem hatna, vagy egy idő mulva hatástalanná válnék, adagját bátran fokozhatjuk, a mennyiben teljesen ártalmatlan, míg az atropint, mint nagy mérget, egyáltalán nem szívesen adjuk és ha egy ideig szedve hatását veszti, adagját fokozni nem igen lehet.

Észleleteink alapján a guacampholról következőket mondhatjuk:

1. A guacamphol mint izzadást gátló szer úgy a biztos hatás, mint a teljes ártalmatlanság tekintetében az eddig ismert ily hatású gyógyszerek felett áll.

2. Biztos hatás legtöbbször már 0·20—0·30 gm.-nyi adaggal elérhető, de szükség esetén ez adagot 0·5—1·5 gm.-ig is fokozhatjuk.

3. A hatás már az első adag után mutatkozik és az esetek többségében 5—10 napi használat után a szer elhagyására még 2—3 hétig fennáll. Újabb izzadás esetén megint adva, biztosan hat.

4. A guacampholban lévő guajacolnak hatását a phthisis ellen alig számbavehetőnek tartjuk.

A kiváló szer elterjedéséhez elég olcsó volta is hozzájárulhat, a mennyiben 0·20 gm. guacamphol és 0·30 sacch. alb. keverék ára 26 fillér.

Irodalom. 1. *Lasker:* Guacamphol. Deutsche Ärzte-Zeitung. 1900. 17. f. — 2. *Kaminer:* Guacamphol. Die Therapie der Gegenwart. 1901. — 3. *Litten:* Tuberculose. Verein f. inn. Med. Berlin. 1901. junius 3. — 4. *Stadelmann:* Guacamphol gegen die Schweisse bei Phthisikern. Deutsche med. Wochenschr. 1901. 26.

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

A csízi jod-bromos víz befolyása a gyomor physiologiai működésére.

Irta: *Tausz Béla* dr., Csíz hivatalos fürdőorvosa.

(Vége.)

III. *Fagypontcsökkenés.* A physico-chemiai analysisben igen fontos szerep jut a fagypontcsökkenésnek. Ő adja meg a kulcsát valamely ásványvíz vagy oldat beléletének: milyen a molecularis concentratioja, osmotikus nyomása, a benne foglalt molok száma stb. A fagypontcsökkenés független a szilárd alkatrészek mennyiségétől, hanem függ a molecularis concentratiotól. A fagypontcsökkenésből könnyen kiszámíthatjuk az osmotikus nyomást, mert a kettőnek viszonya egymáshoz: 0·001° C. fagypontcsökkenés megfelel 0·012 atmosphaerikus nyomásnak. A molok száma pedig = a fagypontcsökkenéssel osztva 1·85-dal, tehát $\frac{\Delta}{1{\cdot}85}$. Maga a fagypontcsökkenés igen értékes adat az ásványvizeknek a szer-

*

vezetben való viselkedését illetőleg úgy a gyomormüködésre, mint a vérre. Könnyebb áttekintés czéljából alapul a vér fagypontja lőn elfogadva, mely —0·56 és —0·58° C. között ingadozik, s ehhez viszonyítva azon ásványvizek, melyeknek fagypontja nagyobb a vérénél, *hypertonikusoknak*, a melyeké egyenlő a vérével, *isotonikusoknak*, a melyeké pedig kisebb, *hypotonikusoknak* nevezettek el. A csízi víz, tekintve, hogy fagypontcsökkenése —1·245° C. a forrásnál, igen erős hypertonikus víz, minek oka a benne levő alkatrészek nagy dissociatio foka, mely körülbelül 72%-ot tesz ki. A bomlatlan molok túlnyomó része nem dissociált natriumchlorid. Hogy hypertonikus volta ellenére is nem marad soká a gyomorban, azt fentebb fejtettük ki, s e tekintetben álláspontunk ellentétes Strauss, valamint Pfeiffer és Sommer-éval is.[18] Kisérleteink közben azonban a fagypontcsökkenés ily magas fokát nem fogadhattuk el alapul, a mennyiben a palaczkokat kinyitván, a szénsav egy része rögtön elszállt, s mint átlagos eredményt —1·12° C.-t vettünk fel. A fagypontcsökkenés görbéje a gyomorban tartózkodás idejével fordított arányban áll, vagyis mennél tovább időzött a víz a gyomorban, annál kisebb volt a fagypontcsökkenés. Okát ennek a későbbiekben részletesen fejtjük ki. Átlag 15 percznyi időzés után a gyomorban a fagypontcsökkenés (jelezzük ezentúl Δ-val) —0·89° C.-t tett ki. 30 percz után Δ = 0·80° C. és 45 percz mulva —0·63° C. volt.

Az értékek igen nagy kilengést végeztek. Ugyanazon egyénnél

15—20	percznél a maximum	—0·94° C.,	a minimum	—0·87° C.
30—35	„ „	—0·82° C.,	„	—0·80° C.
45—55	„ „	—0·72° C.,	„	—0·59° C.

E kilengésekből azt látjuk, hogy egyéni eltérések kevéssé zavarták a Δ-t, hanem igenis időbeliek. 15 percz után a Δ minimuma soha nem érte el a 30 percznyi Δ maximumát, s ugyanígy áll a 30 és 45 percznyivel. Szabályosan sülyed a Δ, még pedig a vér Δ-ja felé és egy esetben majdnem elérte azt (—0·59° C.).

IV. *A Cl Na-tartalom.* Ennek meghatározása a Volhardt-féle eljárás szerint történvén, a kapott értéket 0·65-dal szorozva, kaptuk a Cl ion értékét. Többszörös ezen módszerrel tett meghatározás után a Cl Na-tartalmat a palaczkban 100 cm³-ben 1.85 gm.-nak, magát a Cl-tartalmat 1·202 gm.-nak vettük fel, mint átlagos értéket. Az ingadozás az egyes meghatározásoknál úgyszólva minimalis volt. A kisérletek alatt a Cl Na-tartalom is jelentékeny változásnak és ingadozásnak volt alávetve. Igy a mellékelt táblázat szerint a gyomorban történő 15 percznyi időzésnél a talált maximalis érték 1·68 gm., a minimum 1·56 gm., volt. 30 percznél a maximum 1·45, a minimum 1·35 gm., 45 percznél pedig 1·20 gm. a maximum, 1·00 gm. a minimum. Első kérdés ezen adatok elbirálásánál az volt, vajjon a csökkenés a felszívódásnak avagy a higításnak a következménye. E kérdés felett ugyanis az utóbbi időben nagy vita folyik, a mennyiben a szerzők egy része azt állítja, hogy az oldatok szilárd alkatrészeinek percentualis csökkenése directe a gyomornedv által történt higításnak tudható be. Mások e nézetet tagadják és állításuk helyességének bizonyítására felhozzák, hogy ha 2 különböző anyagot oldunk fel valamely folyadékban, úgy a gyomorban a csökkenés percentualiter kifejezve egészen más lesz az egyik anyagra vonatkoztatva, mint a másikra. Pl. ha 400 gm. vízben 9% szőlőczukrot és 1·5% Na Cl-t oldunk, úgy 30 percz mulva a gyomorból exprimálva 6·6% lesz a szőlőczukortartalom és 1·23% a konyhasótartalom. A konyhasótartalom 18·4%-nyi higítást, a szőlőczukor pedig 26%-nyit szenvedett. E nagy különbség nem lehet az átszivárgott gyomornedv okozta higítás, hanem az egyes anyagok különböző felszívódásának eredménye. A mi esetünknél a Na Cl-t illetőleg a 30 percznyi időtartalom alatt a veszteség szintén körülbelül 25%-ot tett ki (24·7%), a mi tekintve, hogy a folyadékmennyiség mily nagy mértékben csökkent, nem higításnak, hanem felszívódásnak tulajdonítható. E felszívódás 45 percz mulva már 56%-ot tett ki, tehát az összes Cl Na-mennyiség körülbelül 50%-a szívódik fel a gyomorban és csak 50% megy át a belekbe, a hol további felszívódást szenved. A felszívódás aránya 15, 30 és 45 percz között = 12·5 : 24·7 : 56. Tovább elemezve a dolgot, azt találjuk, hogy pl. a 30 percz után exprimált tartalomban a Δ nem felel meg a konyhasó molecularis concentratioja csökkenésének. Ugyanis ha felteszszük, hogy a bevitt folyadék Δ = —1·12° C.,a konyhasó-tartalma = 1·85 gm., úgy az exprimált folyadéknak konyhasó-tartalma = 1·42 gm., ennek megfelelő Δ pedig —0·859° C., a tényleg talált érték pedig —0·80° C. E kisebb Δ azt bizonyítja, hogy azon számos más alkatrész, mely a csízi vizben a gyomorba való bevitelekor még jelen volt s igy magasabb Δ értékét adta, a konyhasónál aránytalanul gyorsabban szívódik fel a gyomorban s okozta a Δ kisebb értékét. Az ily gyorsan felszívódott anyagok között kétségtelenül első helyen a jod áll, mely hogy mily gyorsan szívódik fel a gyomorban, mutatták a jodkaliummal tett kisérletek, melyeknél 10 percz mulva a jodkaliumot a vizeletben ki lehetett mutatni. Az igaz, hogy a mi vizünkben a jod sokkal kisebb mennyiségben van jelen, semhogy ily próbával kimutatható volna, de a Δ ily nagy érték-differentiája e tekintetben igen becses útmutatóul szolgál a jod gyors felszívódását illetőleg.

Hogy e feltevés nem theoria, hanem valóság, azt kiderítették a gyomortartalommal tett jodpróbák is, melyek 30 percz után már igen gyengék voltak, 45 percz mulva rendesen már nem is sikerültek, úgy hogy feltehetjük, miszerint 45 percz mulva a jod legnagyobb része már felszívódott.

A mi a konyhasó-tartalom befolyását a gyomor sósavképződésére illeti, úgy *Schüle*[19] kimutatta, hogy oldatok és ásványvizek, melyek kisebb mennyiségü konyhasót tartalmaznak, a gyomor aciditására nincsenek befolyással, nagyobb adagok hatalmasan csökkentik. *Boas*[20] 1% konyhasótartalmú ásványvizekről azt állítja, hogy a gyomor motorikus functioját kedvezően befolyásolják.

S tényleg vizünk, melynek Na Cl-tartalma 1·85%, mint azt fentebb kifejtettük, a sósavtermelést semmikép sem gátolja, sem nem csökkenti s ezért kezdődő gastritisnél, mely sósav-veszteséggel jár, igen előnyös hatású, a mennyiben a chymificatiot javítja és a sürü vastag nyáktömeget feloldja. Igaz, hogy másrészt hyperchlorhydriánál a képződött túlságos sósavnak egy jó részét neutralizálja, de ennek oka, mint már említettük, nem a Na Cl, hanem a szénsav.

5. *Osmotikus nyomás.* A csízi viznek osmosis nyomása igen nagy: 15·07 atmosphaera, tehát körülbelül 2½-szer akkora, mint a véré. E nagy osmotikus nyomásnak tulajdonítható azután azon élénk változás, mely a gyomorban végbe megy. E magas osmotikus nyomás nagy munkát ró a gyomor falzatára, mely a 2 nyomás közötti különbséget megszüntetni hivatva van. A kicserélődés és az átömlés a folyadék és vér között, valamint fordítva, igen élénk s természetesen az elsőnek szerepe sokkal nagyobb. E munkánál 3 tényező működik közre:

1. a diffusio, melynek feladata a gyomorban levő és nagy feszültséggel biró folyadék osmotikus feszültségét a vérével kiegyenlíteni,

2. a higítás, mely abban nyilvánul, hogy a gyomor falzata nedvet elválasztván, ez vegyül a folyadékkal, azt higítja s igy a molecularis concentratioját csökkenti.

3. a gyomor epithelje specialis anyagokat elválasztva (sósav, enzymek), ezek a processust elősegítik.

A csízi víz befolyása alatt mindeme tényezők működésbe jönnek, megindul a vérbe történő felszívódás, mely mint kimutattuk, meglehetős nagy és meglehetős élénk. A chloridoknak majdnem fele már itt a gyomorban megy át a vérbe s annak alkalicitását növeli. A jod majdnem kizárólag a gyomorban szívódik fel s a belekbe alig jut valami, a többi alkatrészeknek is java itt jut felszívódásra. A másodig tényezőnek: a higításnak a csízi víznél nagyon alárendelt, mondhatni semmi szerepe nincs, ellentétben a magas concentratiojú konyhasó-oldatokkal, hol, mint azt Mering és mások kimutatták, a higításnak óriási szerep jut. Igy 400 gm. folyadékba 30 gm. konyhasót téve és ½ óra mulva exprimálva 787 cm³ folyadékot kapott Mering s csak 6·5 gm. Na Cl szívódott fel. Mi ismételve e kisérletet csak 460 cm³-nyi tartalmat találtunk és 7·5 gm. Na Cl szívódott fel. Az oldat tehát igen

[18] Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmakol. 1899.

[19] Untersuchungen über die Secretion u. Motilität des normalen Magens. Zeitschrift f. klin. Medizin.

[20] Boas: Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten. Berlin. 1897. 317. l.

hatalmas mértékben lön diluálva az elválasztott gyomornedv által. Vizünknél ez eset soha nem történt. A folyadékmennyiség, valamint a Na Cl-tartalom rohamosan csökkent, tehát higításról szó sem lehet.

A mi a harmadik tényezőt illeti, úgy ennek jelentősége is vizünknél alárendelt.

A mi a vér egyéb alakelemeinek diffundálását, valamint a gyomornedv specifikus szilárd alkatrészeit illeti: carbonatokat, sulfatokat stb., úgy erre is kiterjedt figyelmünk, azonban fontosabb eredményre nem juthattunk.

Egyrészt ez alkatrészek már normaliter vizünkben is megvannak s így az eredmény nem tiszta, másrészt kicsapván ezeket s a gyomortartalmat analyzálva nem kaptunk figyelemreméltó adatokat, úgy hogy e tényezőt is bátran elhagyhatjuk.

Legvégül kutattuk még a motilitást. Erre vonatkozó kísérleteink csak megerősítették azt, a mi az előzőkből kitünt, t. i. hogy a csízi víz a gyomor motorikus működésére élénkítőleg hat s a víz meglehetős gyorsan hagyja el a gyomort, sokkal gyorsabban, mint megfelelő közönséges víz.

Ugyanez alkalomkor felmerült azon sokat vitatott kérdés, vajjon a mozgás bir e befolyással a víznek a gyomorban való időzésére. Kisérleteket is tettünk ez irányban oly módon, hogy egy és ugyanazon egyént $^1/_4$—$^1/_2$ hosszat ülni, máskor ismét $^1/_4$—$^1/_2$ óráig sétálni engedtünk. Az eredményt a következő táblázat mutatja.

400 cm³ csízi víz ivása után:

I. kisérlet. 15 percz után expressio.

	Tartalom	Δ	Na Cl	Osmotikus nyomás
Nyugalom	180 cm³	—0·94° C.	1·57 gm.	11·244 atmosph.
Mozgás	90 cm³	—0·80° C.	1·42 gm.	9·676 „

II. kisérlet. 30 percz után expressio.

	Tartalom	Δ	Na Cl	Osmotikus nyomás
Nyugalom	70 cm³	—0·74° C.	1·35 gm.	10·000 atmosph.
Mozgás	45 cm³	—0·57° C.	0·95 gm.	7·000 „

A mint e táblázatokból kitünik, a csízi víz a gyomorban lényeges elváltozást szenved. Nem akarjuk e helyütt részletesebben az adatokat fejtegetni, hisz azok más helyütt in toto publikálva lesznek, csupán a következő végconclusiokat akarjuk jelezni:

1. A csízi víz a gyomorból igen gyorsan eliminältatik, tehát a gyomrot nem terheli meg.

2. A sósavelválasztást nem gátolja, bár egy jó részét neutralizálja.

3. Fagypontcsökkenése, osmotikus nyomása s a molok száma arányosan csökken a kisérleti idővel.

4. Ezen csökkenés nem higításnak, hanem felszívódásnak következménye.

5. Magas osmotikus nyomásánál fogva gyorsan törekszik a saját és a vér osmotikus nyomása közötti differentiát kiegyenlíteni s így a vér alkalescentiájára, közvetve pedig a ki- és elválasztó szervekre igen nagy befolyással van.

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.

(Folytatás.)

A gonococcusok identitásának meghatározására nem okvetlenül szükséges az oltási kisérlet. Már maga az a tény, hogy a gonococcusok csak bizonyos anyagokat tartalmazó táptalajon tenyésznek, negativ bizonyítékot ad kezeinkbe. Ha a kitenyésztett mikroorganismusok közönséges táptalajon (agar, bouillon) tovább fejlődnek, tisztában lehetünk azzal, hogy nem gonococcust tenyésztettünk. Positiv bizonyítékok közül a Gram-féle festést használtuk fel. Ezen kivül már maga a tenyészet is elég jellemző külsejü. *Wertheim*[19] szerint leginkább összetéveszthetjük streptococcus pyogenes tenyészetével, a mely szintén finom szerkezetü. Ha azonban a kétes tenyészetből folyékony táptalajba ültetünk át, néhány óra mulva már a streptococcusok szép lánczos alakulásait észlelhetjük. Gonococcusok jelenléte mellett szól az a lelet is, ha 48 órás tenyészetből készített festett készítményben rosszul festődő elfajult alakokat is találunk.

A kisérletekkel azt akartuk megvilágítani, hogy a natrium lygosinatum milyen töménységben és mennyi idő alatt öli meg a teljesen virulens gonococcust. Ugyanazon tenyészettel az argentamint is kipróbáltuk. Az argentamin gonococcusölő hatása már régen meg van határozva.[13] Azért végeztünk e két szerrel párhuzamos kisérleteket, hogy az argentaminnak a mi tenyészeteinkkel szemben kifejtett hatását meghatározva, adatainkat más szerzők adataival vethessük össze, miután a különböző oltásoknál nyert tenyészetek ellenálló képessége különböző.

Kisérleteinket nagyjában Schäffer[13] előirása szerint végeztük. Destillált vizet vagy bouillont ugyanannyi vérsavóval kevertünk el. E keverékbe ültettük a kétnapos savóagar tenyészetet. Az ültetés után jól összeráztuk, hogy az elosztás egyenletes legyen. E folyadék lemért részéhez öntöttük a vizsgálandó anyag oldatának szintén lemért részét. Az így nyert higítást az egyes kisérletek szerint változtattuk. Törzsoldatul 1:1000 oldat szolgált. Ebből 1 cm³-t adva 1 cm³ gonococcussal inficiált folyadékhoz, nyertünk 1:2000 higítást. Ebből oltottunk aztán 1, 2, 5 és 10 percz mulva.

Az ilyen módon végzett kisérletek eredményei között, ugyanazon tenyészettel végezve a kisérletet, nem volt nagy különbség. Ha az alább felsorolandó adatok nem egyeznek meg teljesen más szerzők ugyanilyen módon végzett kisérleti eredményeivel, úgy ezt a gonococcus-tenyészetek igen változó ellenálló képességével magyarázhatjuk. Az eredményeket a következőkben foglaljuk össze:

	Higítás	Oltás után 16—20 órával			
		1′	2′	5′	10′
Argentamin	1:3000	apró, sűrűn elhelyezkedő coloniák	kevesebb, elég sűrű	egyes csoportokban col.	—
	1:2000	kevés col.	—	—	—
Natr. lygosinat.	1:3000	részben összefolyó coloniák	kevesebb	kevés col.	egynehány
	1:2000	sűrűn álló coloniák	kevesebb	kevés	—
	1:1500	kevés	—	—	—

A tábla szerint az argentamin 1:2000 higításban már 2′ mulva tönkretette a tenyészetet. A natrium lygosinatum ilyen töménységben nagyban csökkentette a tenyészet életképességét, de csupán 10′ mulva semisítette meg. E szerint a natrium lygosinatumnak valamivel kisebb gonococcusölő képessége van, mint az argentaminnak. Daczára ennek a klinikai eredmények igen kedvezőek. Ezt úgy magyarázhatjuk, hogy a natrium lygosinatumot ötször töményebb oldatban lehet alkalmazni és alkalmaztuk is, mint az argentamint.

Ezek után áttérünk a klinikai eredmények rövid összefoglalására.

A kolozsvári bőrkórtani klinikán 1897—1900-ig bezárólag megfordult méhgonorrhoeás betegek közül 244 beteg kórtörténetét dolgoztuk fel. Ennyi méhgonorrhoeás beteg részesült rendszeres intrauterin kezelésben s ennyinek kórtörténete felel meg a fentebb elősorolt feltételeknek. A többi méhgonorrhoeás vagy nem részesült intrauterin kezelésben, vagy különböző okok miatt kellett náluk a kezelést félbenhagyni. Igy néhányan a méhbántalommal egyáltalán össze nem függő betegség miatt (pl. tuberculosis pulmonum) a belgyógyászati, néhányan súlyos adnexbántalom miatt a nőgyógyászati klinikára kerültek. A 244 beteg nagy része 2—3, sőt négy izben is feküdt a klinikán a fentebb jelzett időn belül.

Az intrauterin kezelés nehány kisérleti czélból tett kivételtől eltekintve, midőn 5—10% protargol, argentum colloidale, jodtinctura alkalmaztatott, 1897-ben és 1898-ban az argentamin 1:10 oldatával, 1898-ban szorványosan, 1899-ben és 1900-ban rendszeresen a natrium lygosinatum 5%-os oldatával történt.

Az argentamin 1:10 oldata 119 méhgonorrhoeás betegnél

nyert alkalmazást. Ezek közül kizárólag argentaminos kezelésben részesült 105, kik közül csupán 4 maradt gyógyulatlan. 14 beteg az argentaminon kivül más szerrel is kezeltetett. A szer változtatásával több olyan beteg gyógyult meg, kinél előzőleg a huzamos kezelés daczára sem mutatkozott javulás. 8 olyan betegnél, ki más szer alkalmazására nem gyógyult meg, argentamin nyert alkalmazást, s ilyen módon közülök 6 meggyógyult. Köztük 1-nél protargol, 5-nél natrium lygosinatum sikertelen alkalmazása után hozott létre gyógyulást az argentamin. 2 beteg, kit a natrium lygosinatummal kezelés nem gyógyított meg, argentaminra sem gyógyult meg. Az említett 14 beteg közül 6-an az argentamin alkalmazására gyógyulatlanok maradtak. 5-nél utólag natrium lygosinatumot alkalmazva meggyógyultak; 1-nél protargolos kezelésre gyógyulás nem állott be. Ezek szerint a 119 beteg közül 12-t nem lehetett gonococcusmentessé tenni.

A könyebb áttekinthetés czéljából nem soroljuk fel az egyes kórtörténetek kivonatait, hanem röviden összefoglaljuk a méhgonorrhoea gyógyulási idejét argentaminos kezelésre. Gyógyulási határidőül azt a napot veszszük fel, a melytől kezdődőleg a cervicalis váladékban nem lehet többé gonococcust kimutatni. A kizárólag argentaminnal kezelt méhgonorrhoeás betegek közül:

20	napon belül	gyógyult	20	beteg
30	„ „	„	25	„
40	„ „	„	22	„
50	„ „	„	16	„
60	„ „	„	7	„
61	„ túl	„	11	„
			101	beteg

A gyógyulás időtartama meglehetősen tág határok között mozog. Néhány alkalommal már a 12. napon nem lehetett gonococcust kimutatni. Viszont egy izben a kezelés megkezdése után a 86-dik, másikban a 115-dik napon tünt el a váladékból a gonococcus. A többség 40 napon belül gyógyult (66, 3%). Elég tekintélyes a 20 napon belül gyógyultak száma is (ca. 20%). 61 napon túl a gyógyulási idő az esetek nem egészen 11%-ában húzódott.

A befecskendések száma III és XXI közt ingadozik.

A gonococcus állandóan eltünt:

III	befecskendés	után	3	esetben
IV	„	„	11	„
V	„	„	17	„
VI	„	„	7	„
VII	„	„	10	„
VIII	„	„	8	„
IX	„	„	9	„
X	„	„	8	„
XI	„	„	4	„
XII	„	„	4	„
XIV	„	„	6	„
XVI	„	„	6	„
XVIII	„	„	5	„
XIX	„	„	1	„
XXI	„	„	2	„
		összesen	101	esetben

Ezek szerint az esetek többségében (közel 73%) a X. befecskendés után már nem lehetett gonococcust kimutatni. XII-nél több befecskendésre alig 10%-nál volt szükség.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A szünidei orvosi cursusok.

Húsz éve, hogy a szünidei orvosi cursusok intézményét *Fodor József* indítványára s *Markusovszky Lajos* erélyes támogatásával a budapesti egyetem előadói nálunk is meghonosították. A lefolyt két évtized alatt összesen nyolcz cursust tartottak; a rendezés elvei nem voltak mindig ugyanazok, s ezzel arányban a siker is különböző volt. Minthogy e cursusok épen úgy előmozdítják az ország közegészségügyét, mint az orvosi rend boldogulását, s igy nagy culturalis és hazafias jelentőségük van, időszerű a két évtized tapasztalataira visszatekinteni, s azokból tanulságokat meriteni.

1883. május hó 5-dikén *Fodor József* meghivására a budapesti egyetem orvosi karának előadói „*orvosok számára évenként tartandó rövid és gyakorlati ismétlő cursusok felett tanácskozás*“ czéljából a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében értekezletet tartottak.[1] A megjelentek *Markusovszky Lajost* kérték fel, hogy elnököljön, a jegyzői tisztet *Müller Kálmán* töltötte be, az ügyet *Fodor József* terjesztette elő. Bevezető beszédében kifejtette, hogy Magyarországon az orvosi tudományok művelése egyáltalán még számos nehézségbe ütközik, de különösen a vidéken, a hol könyvtárakkal, segédeszközökkel s nagy beteganyaggal rendelkező kórházak hiányoznak, s igy a vidéki orvosoknak nem lehet alkalmuk az orvosi tudományok újabb eredményeinek elsajátítására s gyakorlására. A hiányok pótlása első sorban a budapesti egyetem feladata. Hasonló körülmények adtak életet a berlini és boroszlói ismétlő cursusoknak, de véleménye szerint nálunk hosszabb, 4—6 hetes tanfolyamok tartása lehetetlen, legfeljebb 10—14 napra terjedhetnének, annál is inkább, mivel egy-egy cursusnak csak kevés actualis kérdésre kellene kiterjeszkednie. E cursusoktól még azt is várja, hogy a vidéki orvosok megismerkedve a budapesti egyetem tudományos működésével, csökkenni fog a Bécsbe való gravitálás, s a hazai szakirodalom iránt is nagyobb érdeklődés fog mutatkozni.

A felszólalók közül *Korányi Frigyes*, *Tauffer Vilmos*, *Böke Gyula*, *Thanhoffer Lajos*, *Schulek Vilmos*, *Kétly Károly* pártolták az eszmét, csak *Schwimmer Ernő* tette azon ellenvetést, hogy a klinikák és kórházak nem rendelkeznek azon előfeltételekkel, melyek ilyen cursus rendezésére szükségesek. Az értekezlet túlnyomó többsége azonban elfogadta *Fodor* indítványát, s a cursusok megvalósitása czéljából hét tagú bizottságot küldött ki, melynek tagjaiul *Korányi Frigyest*, *Fodor Józsefet*, *Schulek Vilmost*, *Kétly Károlyt*, *Böke Gyulát*, *Janny Gyulát* és *Müller Kálmánt* választották meg.

E bizottság két sarkalatos pontban állapodott meg, nevezetesen, hogy a cursust szeptemberben tartsák, s hogy a résztvevők az előadások fejében bizonyos átlagos összeget fizessenek, melyből a rendezés, s előadás kiadásai fedeztessenek, a többletet pedig valamely orvosi közczélra fordítsák. A bizottság nem pártolta azon felfogást, hogy a tanfolyam teljesen ingyenes legyen, nem tartotta volna u. i. helyesnek, hogy keresettel biró orvostársakat ajándékkal kináljanak meg, de arra is súlyt fektetett, hogy a díj fizetése a kölcsönös kötelezettség érzete által a cursus sikerét előmozdítja. Viszont számolt a résztvevők anyagi erejével, mely nem birná meg az egyes előadások belső értékével arányos díjazást, ezért átlagos, beiratási díj jellegű összeget javasol. A bizottság azon véleményben volt, hogy korlátozó szabályzatot még most ne alkossanak, hanem az első cursus rendezését bizzák kevés tagú bizottságra, mely pusztán az első értekezlet alkalmával kifejtett elvek alapján, de különben teljesen a saját felelősségére létesitse az intézményt.

Az előadók értekezlete elfogadta a javaslatokat, s a végrehajtó bizottság elnökéül *Fodor Józsefet*, titkáraul *Müller Kálmánt* választotta meg. Az első cursust 1883. szeptember 7—16. rendezték, a programm az intézmény feladatát a következőkép jelölte meg: „a gyakorló kartársakkal rövid idő (10 nap) alatt megismertetni az egyes tudományszakoknak gyógygyakorlati jelentőséggel biró újabb kérdéseit, műeljárásait, gyógymódokat, különös gondot fordítva arra, hogy a kartársak mindezekről ne csak közvetlen tudomást szerezzenek, hanem azok alkalmazásába és kivitelébe magukat kellően be is gyakorolhassák“.

A vallás- és közoktatásügyi minister nyilván *Markusovszky Lajos* informálására nagyon kedvezően fogadta a tervet, s az egyetem tanácsához intézett leiratában „az előadó tanárokat nemes czélu működésük közepett őszintén üdvözli, s előadásaiknak a legjobb sikert kivánva, a legszivesebben adja beleegyezését, hogy ezen előadások tarthatására az egyetemi helyiségek, valamint az intézetek taneszközei s egyéb tananyagai felhasználtassanak“. A közkórházak igazgatói hasonló módon megnyitották a cursus számára osztályaikat.

Az első tanfolyamon 24 előadó vett részt (9. ny. r., 8 ny. rk. tanár és 7 magántanár), és pedig többnyire szakmájuk egy-egy fejezetét adták elő. A cursus beiratási dija 30 forint volt, mely összeg, mint a programm mondja: „a cursus rendezésével járó költségek fedezésére, a netán fenmaradó összeg pedig valamely orvosi közczélra fog fordittatni“. A hallgatók száma 119 volt.

A jelentkezők nagy száma s a cursus lefolyása egyaránt igazolta, hogy az intézmény szükségletet elégit ki, és pedig sikeresen.

Az előadók el is határozták, hogy az intézményt állandósitják s a legközelebbi cursus végrehajtó bizottságának elnökévé *Korányi Frigyest*, alelnökké *Schulek Vilmost*, titkárul újból *Müller Kálmánt* választották.

A II. cursust 1884. szeptember 3—16-dikáig tartották meg, tehát 10 napról 14-re terjesztették ki; az előadók száma 28 volt, de szakmájuk nagyobb körét ölelték fel, nyilván az első cursus hallgatóinak óhajára. Az 1885. október 2-dikán tartott előadói értekezleten a két cursus tiszta jövedelméből 2500 frtot az országos közegészségi egyesületnek adományoztak, 400 forintot a jubilaris alapnak, 88 forintot az országos segélyegyesületnek, az I. cursus jövedelméből már előbb 380 forintot

[1] Jelen voltak: Markusovszky Lajos elnök, Müller Kálmán jegyző, Lenhossék József, Korányi Frigyes, Lumniczer Sándor, Fodor József, Mihalkovics Géza, Schulek Vilmos, Tauffer Vilmos, Plósz Pál, Laufenauer Károly, Böke Gyula, Schwimmer Ernő, Kétly Károly, Thanhoffer Lajos, Stiller Bertalan, Janny Gyula, Árkövy József, Réczey Imre, Regéczy Imre, Iszlay József, Faludy Géza.

Meg voltak hiva, de nem jelentek meg: Wagner József, Kovács József, Navratil Imre, Bókay János, Jendrássik Jenő, Takács Endre, Antal Géza, Dollinger Gyula, Gebhardt Lajos, Kézmárszky Tivadar.

orvosi jótékony intézményeknek adtak (orvosi segélyegyesület, Ivánchich-alap, Stefánia szegénygyermekkórház, bölcsőde és gyermekmenhely).

Ugyanezen értekezlet *Korányi Frigyes* indítványára a végrehajtó bizottságot megbizta, hogy „az eddig szerzett tapasztalatok alapján a jövő cursusok rendezését illetőleg az irányadó alapelvek és módozatok tárgyában javaslatot tegyen.“ A tisztújítás alkalmával elnökül újból *Korányi Frigyest*, alelnökül *Schulek Vilmost*, titkárul *Dollinger Gyulát* választották meg. Ezen bizottság működésének eredménye a szünidei orvosi cursusok rendezése elveinek megállapitása. Ezek megalkotása előtt a vidéki orvosokat megkérdezték, hogy az eddigi cursusokon milyen tapasztalatokat szereztek s mely tárgyak előadását óhajtják. *Korányi Frigyes* már akkor felvetette az eszmét, hogy czélszerű lenne a cursusokat májusban vagy juniusban tartani, a mikor a vidéken legkevesebb a beteg s az orvosok legkönnyebben távozhatnak hazulról, de akkor a többség még szeptember mellett döntött s 15 évnek kellett eltelnie, mig *Korányi Frigyes* javaslatának helyessége bebizonyult.

Az 1886. junius 16-dikán tartott ülésen a cursusok rendezését illetőleg a következőket határozták:

„1. A szünidei orvosi cursusnak kettős czélja van. Az egyik, hogy az orvosoknak módot nyujtson az alapképzés kiegészitésére, a második, hogy pótolja ama hiányokat, a melyek a gyakorló orvosoknál idővel az által keletkeznek, hogy az újabb vivmányokat gyakorlatilag elsajátitani nincsen alkalmuk. Ezen kétféle czélnak csak kétféle cursus felelhet meg. Az előbbeninek egy hosszabb, alapképző cursus, az utóbbinak egy rövidebb ismétlő cursus, a mely különösen az újabb vivmányokra és egyes fontos kórhatározó és orvoslásbeli fogások begyakorlására vesse a fősúlyt. A végrehajtó bizottság feladata meghatározni, mikor véli az időt arra elérkezettnek, hogy a cursust ezen értelemben kettéválaszsza.

2. Az ismétlő cursuson előadandó tárgyak a vidéki orvosokra való tekintettel három csoportra oszlanak.

a) Elsősorban fontos és minden cursuson meglegyen a négy gyakorlati főszak, ú. m. belgyógyászat, sebészet, szülészet, szemészet.

b) Másodsorban fontos és szintén minden cursuson kivánatos a következő szak: közegészségtan, nőorvoslat, bőr- és bujakórtan, törvényszéki orvostan és törvényszéki boncztan, elme- és idegkórtan, gyermekgyógyitás.

c) Időszakonként felveendők: a gégészet, testegyenesités, fülorvoslás, kórvegytan, kórszövettan, kórboncztan, fogászat, kórtan stb.

4. *Minden cursus előtt a végrehajtó bizottság megválasztja az előadandó tárgyakat és azokra előadókat keres.*

4. A szünidei orvosi cursus évenként tartassék meg. Az esetleges elhalasztásról mindenkor az előadók határoznak.[1]

5. A cursus szeptemberben tartassék meg.

6. Az ismétlő cursus két hétig tart.

7. A naponkénti előadási órák számát illetőleg elvül mondatik ki, hogy egy nap legfeljebb 7—8 órán legyen előadás, egy órára legfeljebb két előadás essék, egy nap legfeljebb 12 tárgy adassék elő.

8. A kétheti ismétlő cursus díja 30 frt o. é. A czélbavett nagyobb, alapvető cursus díja ez alkalommal még meg nem határoztatott.

9. A cursus tiszta jövedelme meghatározandó kulcs szerint az előadók közt szétosztandó. A szétosztás kulcsa a referáló gyülésben határoztatik meg.“

Grósz Emil.

(Folytatása következik.)

A Finsen-féle gyógymód mai állása.

(Folytatás.)

V. A fénykezelés hatására keletkező szövetbeli elváltozásokról.

Finsen-nek már korábban (az I-sö fejezetben) jelzett kisérleteit tárgyalván, reá mutattam azon makroskopikus elváltozásokra, a melyek a chemiai sugarak behatására létesülnek. Említettem akkor, hogy ezen fényhatás (Licht-Reaction) beáll úgy a napfény, mint a villamos ivfény hatására, akár concentrálva, akár concentrálatlanul alkalmazzuk azt; specialisan a villamos fényt illetőleg pedig észlelhető mindenkor, akár gyenge (3—5 ampères), akár erős vagy igen erős (20—80 ampères) lámpák szolgáltak fényforrásul. Ezen „fényhatás“, mint említém, tulajdonképen dermatitis (az egyszerű pirtól a bullaképződésig), a mely bár teljesen analog módon zajlik le mint akármely más eredetű dermatitis (beszáradás, pirvisszafejlődés, hámlás, pigmentatio), ettől, de különösen a meleg okozta dermatitistől mégis lényegesen különbözik, sőt ily értelemben a pathologiában egészen izolált helyet foglal el, a mennyiben a *fényhatás okozta dermatitis a behatás után csak jóval később* (12—48 óra mulva) *jelentkezik, lezajlása után pedig még igen soká kimutatható.* A fényhatást tehát *Finsen* saját szavai szerint az acut pírral szemben a *chronikus pirosság jellegzi. A chemiai sugaraknak ezen első, lobot gerjesztő, vagyis szövetbeli elváltozásokat létesítő hatásán kivül megismertük még annak eminens bakteriumölő képességét is.* E kétféle hatás érvényesül mindazon esetekben, a hol a chemiai sugarakat alkalmazzuk. Igaza van *Lesser*-nek,[46] a midőn azt mondja, hogy a kétféle hatás lényegében véve egy és ugyanaz, mert az végre teljesen mindegy, akár az emberi test szövetelemeit vagy a bakteriumokat öli meg a fény, sejt marad az végelemzésképen az egyik, és sejt marad a másik esetben is. Hogy e hatások közül — főleg a lupustherapiát illetőleg — melyiket illeti meg az elsőség, azt ma még bajos volna eldönteni. Tény, hogy *Finsen* azelőtt a fénynek bakteriumölő képességére helyezte a fősúlyt, mig a búvárok ma a fény lobotgerjesztő tulajdonságainak adják dignitás tekintetében az elsőséget. Ily módon könnyen volna megmagyarázható a lupusos szövetekre való hatás is, mert hiszen a kóros bőr szöveteit érő bármely inzultus előbb fog a már amúgy is beteg sejtekre hatni, mint a még egészségesekre, a mi egyszersmind a phototherapiánál klinice megállapitható ama kedvező hatást is magyarázza, hogy a chemiai sugarak valóban *elective* hatnak a szövetekre: *maradandó súlyos elváltozásokat (roncsolást) csakis a kóros szövetekben idéznek elő, az ép szövetekben ellenben csak olyan elváltozásokat létesítenek, a melyek előbb-utóbb a teljes restitutiohoz vezetnek.* Ezen elective hatás teszi a *Finsen*-féle therapiát valóban idealissá, és ez oka tulajdonképen annak is, hogy a *phototherapiával olyan gyönyörü sima hegeket kapunk, a minőket egyetlen más eljárással sem lehet nyerni.* A fény hatására keletkező finomabb szövetbeli elváltozásokról még keveset tudunk; az ez irányú vizsgálatok még folyamatban vannak, és mindenesetre igen érdekes tényeket lesznek hivatva kideriteni. Különösen érdekesek lesznek ily értelemben azon kisérletek, a melyeket *Finsen* a fénynek az anyagcserére való hatását és a tuberculosis-bacillusok iránti magatartását illetőleg az utóbbi időben eszközölt. Itt kell megemlitenem *Nagelschmidt*-nek *Lesser* tanár phototherapeutikus intézetében végzett, de még be nem fejezett kisérleteit is, a melyekből valószinűleg az fog kiderülni, hogy a fény a szövetek mélyében levő tuberculosis-bacillusokat tényleg megölni képes.

VI. Milyen betegek kezelhetők a Finsen-féle methodussal.

Tudjuk, hogy a nagy dán tudós a 90-es évek elején végzett kisérletei eredményéből a chemiai sugarak alkalmazását elsősorban olyan bántalmaknál vélte megkisérlendőnek, *a melyek bakteriumos eredetűek és eléggé felületesek.* Mint ilyen elsősorban a lupus vulgaris jöhetett szóba.

Valamely gyógyeljárás ceteris paribus annál értékesebb, minél több irányban érvényesitheti kedvező hatását. A *Finsen*-féle therapia ma már a lupus vulgaris nevével összeforrott ugyan, de azért egyéb betegségeknél is többé-kevésbbé üdvösnek bizonyult, a mi a methodus értékét csak emeli. Minthogy a lupus vulgarison kivül az egyéb betegségeknél alkalmazott phototherapia ma még csak a kisérlet stadiumát éli, a mi főleg onnan van, hogy a lupusanyag ma még olyan nagy, a kezelés pedig még mindig olyan körülményes, hogy már csupán idő hiján sem lehet ma még egyéb anyagon intensivebben kisérletezni és végleges eredményekről beszámolni; mindezért egyszerűen csak felsorolom azon betegségeket, a melyeknél a phototherapia megkiséreltetett. Mivel azonban már az eddigi eredmények is olyan természetűek, hogy a jövő munkásságát illetőleg directivául szolgálhatnak, ezért a következő fejezetben ezen kisérleteknek eddigi eredményeiről statistika alapján is be fogok számolni. A phototherapiát megkiséreltek eddig lupus vulgarison kivül lupus erythematosus, alopecia areata, epithelioma, acne vulgaris és rosacea, naevus vascularis planus, tuberculosis cutis, trichophytia capitis, favus, seborrhoea capitis, eczema faciei, sycosis, ulcera luetica, keloid, pigmentatrophia és még egyéb bajok ellen.[47]

Épen tekintettel arra, hogy a fényhatás hosszabb ideig maradandó változásokat létesit a szövetekben, valóban nagy várakozással tekinthetünk *Finsen*-nek azon kisérletei elé, a melyeket ő most hatalmas (140 ampères) lámpájával végez, a midőn a chemiai sugarak hatásának az *egész testet* teszi ki. Ha tényleg beválik az a tétel, a melyet előadásom folyamán már többször érintettem, hogy a hatás az alkalmazott fényforrás erejével arányosan nőttön nő, akkor valóban kiszámithatatlanok és előre nem láthatók azon eredmények, melyeket ily úton el fogunk érhetni. Az a körülmény, hogy mi a szövetek mélyébe erélyes antiseptikus tulajdonságokkal felruházott, az ép szövetekre pedig úgyszólván teljesen ártalmatlan „gyógyszert“ leszünk képesek bevinni, egészen új aerát jelent az orvosi tudományokban, a mely aerának persze most még csak a kökorszakában élünk, de a mely, ha egyszer a helyes és czélhoz vezető utat megtaláltuk, rohamos lépésekben fog a fantasia ingadozó ösvényéről a tudás szilárd terére vezetni.

Huber Alfréd dr.

(Folytatása következik.)

[1] Előadók alatt értetik az összes egyetemi tanitótestület.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A sérvsebészet az utolsó években.

Közli: **Ostermayer Miklós** dr. Budapesten.

III.

Azon haladás, melyet a sérvek kezelésénél a gyökeres sérvműtétek általánossá tétele előidézett, nem maradt befolyás nélkül a gyermekkorban, sőt a csecsemőkorban előforduló sérvek kezelésére sem, a mennyiben előkelő szerzők behatóan foglalkoztak e tárgygyal az utóbbi években, s számos casuistikus közleményen kivül érdemleges, általános értékű és érdekességű dolgozatok is jelentek meg e téren.

Az idetartozó munkákat három categoriába oszthatjuk: *a gyökeres sérvműtétek csecsemőknél, herniotomia kizárt sérveknél, esetleges gyökeres sérvműtéttel combinálva, és operativ technikai kérdések, adalékok.*

Mi a *gyökeres sérvműtétek indicatioit* illeti a *csecsemőkorban*, a felfogások különbözők; én a legradicalisabban és legmodernebbül gondolkozó szerzővel kezdem, letárgyalom a többit is, és megvonom ezután a gyakorlati következtetéseket.

Fränkel (Centralblatt f. Chirurgie, 1899. 47. sz.) a bécsi „Karolinen Kinderspital“ rendelő sebésze határozottan állást foglal a mellett, hogy minden csecsemőnél előforduló lágyék- és köldöksérv gyökeresen megoperálandó, a mennyiben a későbbi korban előforduló sérveknek legnagyobb, túlnyomó részénél a veleszületett alkat — Anlage — egy congenitalisan, előre képződött sérvtömlő alakjában kimutatható, és ha a csecsemőkorban mutatkozó sérvdaganat bracheriummal vagy a nélkül kezelve el is tünik, a sérvre hajlamosító alkat mégis megmarad, s megfelelő alkalommal a későbbi korban lehetővé teszi a sérvnek képződését, mely körülményt a balesetekkel foglalkozó orvostan (Unfallheilkunde) is tekintetbe vesz. Igen megfontolandónak tartja *Fränkel* egyszersmind a sérv jelenlétéből származó kóros állapotnak a visszahatását a gyermekek testi és erkölcsi fejlődésére és nevelésére. Szerinte egy sérvbeteg gyermek mindenkor még egy jól működő sérvkötő mellett is a szülőkre nézve állandó gondok forrását képezi. Elkülönitve tartják más gyermekektől, kik játékok által, tornázás, úszás stb.-vel testüket edzik. A mennyiben ekként meg vannak gátolva gyermeklétükre gyermekek közt élni, azon veszélynek teszik ki magukat, hogy testileg elkorcsosulnak és megfosztatnak a kedélynek korukkal járó üdeségétől. Testi és erkölcsi kárt szenvednek a nélkül, hogy biztositva volnának a jövőben azon esélyek ellen, melyekkel kóros állapotuk jár.

Hogy mi várható a sérv spontan gyógyulásától, arra nézve például hozza fel a köldöksérvet, melynek meggyógyitására általános vélemény szerint elegendő volna ragtapasz-kötésnek több héten át való alkalmazása. Ha ezzel szembeállítjuk a gyermekeknek rendszeres megfigyelését különböző életévekben, igen hamar azon meggyőződésre jutunk, hogy itt egy oly sérvalakkal van dolgunk, mely többé-kevésbbé kifejezett mérvben majdnem rendszeresen kimutatható. És jól tudjuk, hogy későbbi években a fokozódó elhizás, nemkülönben terhesség által, mily szembetünő módon megzavarhatja az egészséget a nélkül, hogy mindjárt kizáródásnak lenne a székhelye, melyet végre mégis csupán csak műtét által vagyunk képesek meggyógyitani.

Ezen szempontok mérlegelése vezette *Fränkelt* arra, hogy a gyermekkorban előforduló sérvek gyógykezelésére nézve ugyanazon javalatokat vette alapul, mint felnőtteknél, annál inkább, mivel anyaga a legszegényebb néprétegből való volt, melynél tartós sérvkötővel való kezelésről szó sem lehetett. Egészben 68 gyermeket műtett lágyéksérv miatt, kik között 16 csecsemő volt. Négyszer végzett sérvműtétet (Bassini-val combinálva) kizárt sérv miatt csecsemőnél és ezen esetek kedvező kimenetele bátoritotta őt fel arra, hogy további 12 szabad sérv esetében csecsemőnél foganatositsa a gyökeres sérvműtétet. Tapasztalatai szerint (a 68 esetben a halandóság 0 volt) mind a műtét, mind pedig a sebfolyamat zavartalanul folyt le, a mennyiben majdnem az összes esetekben a seb egy kötés alatt átlag 8—10 nap alatt gyógyult. A sebnek bélsár és vizelet által való fertőzésétől nem kell félni, ha a sebet varrattal teljesen elzárjuk, az alsó testfélt immobilkötéssel rögzitjük és a gyermeket jó ápolásban részesitjük.

Kétségtelen, hogy épen sérveknél a korai műtét a tartós gyógyulást legjobban biztositja, miért is reményét fejezi ki az iránt, hogy a gyökeres sérvműtétekre nézve alkalmas időpontnak meghatározását czélzó nézetekben ugyanazon metamorphosis fog beállani, mint az a nyúlajk-műtétre nézve már megtörtént, a mennyiben az utóbbi lehetőleg már a születés utáni első napokban foganatositandó, míg a sérvre nézve az a meggyőződése a szerzőnek, hogy a legkedvezőbb időt elmulasztjuk, ha a gyökeres sérvműtétet nem az első életév folyamán végezzük.

Fränkel-nek ezen czikkére *Karewski* válaszolt a Centralblatt für Chirurgie ugyanazon évfolyamának 51. számában, melyben elismeri, hogy a lágyéksérvek gyökeres műtéte a csecsemők nagy részénél teljesen jogosult és hogy a sebészet jelentékeny része a XX. sebészi congressus alkalmával tartott előadása után ezen véleményéhez csatlakozott, úgy hogy *Broca* egyedül 1894-ben *Gordon* által 250 sérvműtétet állittatott össze, melyet 2 év alatt gyermekeken végzett; mégis a tény az, hogy a csecsemőknél előforduló kis sérvek túlnyomó része sérvkötő használata mellett meggyógyul. Csakis akkor van javalva a gyökeres sérvműtét az első életévben, ha a gyermek a sérvkötőt épen nem tűri, vagy az utóbbi a sérvet nem képes visszatartani, vagy pedig a sérv daczára a jól fekvő sérvkötőnek, még sem tűnik el, ellenkezőleg nagyobbodik s végül, ha vissza nem helyezhető vagy ismétlődő incarceratio van jelen. Bármennyire is kedvezők a műtéti eredmények, mégsem érünk el általuk egyelőre többet, mint az oly gyakori sérvkötő alatti gyógyulással. Idősebb gyermekeknél a spontan gyógyulásra való kilátás kétségkivül sokkal csekélyebb, miért is a sérv műtéti kezelése gyakrabban indokolt. *Fränkel*-nek különben teljesen elfogadható azon nézete, hogy az első életévben előforduló sérvnek spontan gyógyulása után is a sérvre praedisponáló alkat megmarad és ez meg is szerzi a hajlandóságot arra nézve, hogy a magasabb korban sérv léphessen fel, még eddig annyiban nincs bebizonyitva, a mennyiben még nincs megállapitva, hogy hány felnőtt egyénnek volt sérve csecsemőkorában, mely meggyógyult s később valamelyes alkalmi ok következtében újra fellépett. *Karewski* szerint épen nem tekinthetjük teljesen veszélytelen műtétnek a gyökeres sérvműtétet csecsemőknél, melyet, úgymond, kosmetikus tekintetekből végeznünk szabadna; ép oly kevéssé állhat meg *Fränkel*-nek azon hasonlata, hogy a sérv egyenrangú a nyúlajkkal, mely a gyermek táplálkozását gátolja.

Drobnik (Noviny lekarskie 1898. 2. sz.), *Bossowski* (Przeglad lekarski 1895. 34—35. sz.) s mások melegen pártolják a gyökeres sérvműtétet gyermekeknél, ha a sérvkötővel való kezelés eredményhez nem vezet. A „British med. Association“-nak 1895-ben tartott 63-dik évi gyülésén (a gyermekbetegségek szakosztályában) hosszabb vita fejlődött a gyermekkorban fellépő sérvek gyógykezelése körül. *R. Parker* (British med. Journal 1895. 1812. sz.) 40 gyermeknél végzett radicalis sérvműtétet (7-szer egy éven aluli gyermekeknél) és csakis sürgős esetekben tartja javalva a műtétet 6 hónapon aluli gyermeknél. *Mac Ewen, Cousins és Harrison* szószólói az operativ kezelésnek, mig *Langdon, Macready, Southam, Symonds és Lucy* dicsérik a sérvkötővel való kezelést és csak akkor operálnak, ha ez eredményhez nem vezet.

Érdekes *Taillens* statistikai kimutatása a Lausanne-i egyetemi poliklinikáról (Sur la guerison sans operation des hernies de la première enfance, Revue med. de la Suisse romande, 1900, 8. sz. ref. a Centralblatt f. Chirurgie 1901. 2. számában.), mely szerint öt év alatt 2 éven aluli gyermekeknél 81 congenitalis sérv észleltetett (58 fiú, 23 leány), melyek közül 67 esetben, 83%-ban műtét nélkül állott be a gyógyulás. Ebben a 81 esetben volt 53 lágyéksérv 44 = 83%-nyi gyógyulással és 28 köldöksérv 23 = 82%-nyi gyógyulással. Az esetek fele bandage-zsal gyógyult 1 nap egész 4 hó alatt, 11 eset 4—6 hó alatt, 14 eset több mint 6 hónap alatt, 6 pedig bandage nélkül gyógyult. A nem gyógyult esetek *Taillens* szerint a hozzátartozók hanyagságára, a sérvek kedvezőtlen alkatára, voltára, nemkülönben kedvezőtlen mellékkörülményekre (hökhurut, táplálkozási zavarok, enteritis) és a lágyékcsatorna hiányos voltára vezetendők vissza. Nézete szerint a gyermekkorban előforduló sérv okvetlenül megoperálandó, ha az első két éven belül nem gyógyul.

Ha az itt elmondottakat egybevetjük, kétségtelenül *Taillens*-nek kell igazat adnunk, a mennyiben sérvkötővel kezeljük a csecsemőknél előforduló sérvet a második életév végéig és csak ezután végzünk radicalis műtétet a nem gyógyult esetekben, kivévén a kizáródás eseteit és mindazokat, melyekben a sérvet complicáló bajok inguinalis here, hydrocele, a sérvdaganat igen nagy volta a rögtöni vagy minél előbbi beavatkozást még ezen határon belül megkövetelik.

Mi a gyermekeknél végzendő gyökeres műtét kiviteli módját illeti, itt is ép úgy, mint a felnőttnél, a különböző izlés és megszokás szerint a műtők különböző eljárásokat ajánlanak. Igy *Fränkel* és *Bossowski* Bassini szerint, *Parker* Mac Ewen szerint, *Drobnik* Czerny szerint operálnak, *Karewski* és *Broca* megelégszik egyszerűen a sérvtömlőnek alákötése után a sérvtömlőnek kiirtásával. *Fröhlich* még szerényebb és a nélkül, hogy a sérvtömlőt kiirtaná, egyszerűen utóbbinak a nyakát varrattal elzárja. Tapasztalatok alapján tudjuk, hogy a sérvek a gyermekkorban a legnagyobb részben maguktól gyógyulnak, ennélfogva azon szerzőkhöz csatlakozunk, kik a sérvtömlőnek kiirtásával beérik, tudván azt, hogy a lágyékcsatorna az emelkedő korral akként alakul át, hogy az előbb nyilt kapu elzáródik, a mennyiben az előbbinek sagittalis iránya rézsutosan lefutóvá válik. Hogyha azonban az egyént már előre is biztositani akarjuk a sérvkapu egyidejű elzárásával, akkor teljesen felesleges, sőt ha a műtő nem bir kellő gyengédséggel és türelemmel, káros a minutiosusabbb kikészitéssel járó módszereket, mint a minő Bassini-é is, választani, hanem teljesen elegendő és ép olyan biztos, mint akármilyen más módszer, ha a sérvtömlőnyak alákötése és a sérvtömlőnek resectioja után a réteges hasfalszélt együttesen a Poupart-szalaghoz varrjuk és az ondózsinórt az alsó sebzugon kivezetjük, mint ezt magam is ismételten a legtartósabb eredménynyel végeztem.

Programmunk utolsó pontja *a sérvkizáródás és ennek kezelése a gyermekkorban*. Daczára annak, hogy a sérvek a gyermekkorban igen gyakoriak, a mennyiben *Wernher* („Geschichte und Theorie des Mechanismus der Bruchbildung“ Langenbeck Arch. f. Chir. XIV. kötet) szerint 37,873 sérv között általában véve fiuknál 0—1 év között 4813-szor, leányoknál 0—1 év között 252 szer, fiuknál 1—5 életév között 1568 esetben, leányoknál 1—5 év között 253 esetben észleltetett: mégis mind a gyermekgyógyászati tankönyvek (*Henoch, Vogel*), mind pedig sebészi szerzők adatai szerint a sérvkizáródás, nemkülönben az e miatt végzett herniotomia az első gyermekkorban a kivételek, a ritkaságok közé tartozik. Igy *König* tankönyvének IV-dik kiadásában kijelenti, hogy hosszú sebészi ténykedése alatt csupán kétszer volt alkalma csecsemőknél sérvmetszést végezni. *Nussbaum* 25 év alatt 54,000 gyermekből álló anyagnál szintén csak kétszer, *Holmes* 13 év alatt egyszer sem, *Buchanan* 24 év alatt egyszer végzett incarceratio miatt sérvmetszést. Az irodalomban szórványosan előforduló műtett kizárt sérveseteket a gyermekkorban először *Ravott* gyüjtötte össze és pedig 30 esetet, *Féré* 52 esetet szedett össze 2 éven aluli gyermekeknél, *Howard Marsh* 47 esetet, *Knobloch* 87 esetet volt képes összegyüjteni, mely öszeget *Stern* még 51 esettel megtoldott. Ez utóbbi szerzőnek munkája (Centralblatt f. Chirurgie 1894. 19. szám.) e kérdést illetőleg az eddig megjelentek közt a legterjedelmesebb, a legbehatóbb, miért is értekezésem ezen pontjának megbeszélésénél alapul vétetett.

Mi a kizáródásnak tüneteit illeti, úgy azok a gyermekkorban ugyanazok, mint felnőtteknél, kivévén egyet, mely gyakori és szembeöltő, t. i. a *vizeletrekedés*. A kórismét illetőleg kiemelendő, hogy a legtöbb szerző bizonytalan, de mégis súlyos tüneteknél követeli, hogy gyermekeknél a sérvkapuk megvizsgáltassanak és a műtéttel ne soká várjunk. Ha a sérv meleg fürdőben, melyben a gyermek lábai felfelé tartassanak, nemkülönben narcosisban nem megy vissza, akkor a cselekvés ideje meg van adva. Hogy maga a narcosis elég arra, hogy a kizáródás megszünjön, egy találó esetre emlékszem vissza segédorvosi praxisomból. Egy nap délelőtt egy 4—5 hónapos fiugyermekhez hivattam, ki hirtelen sokat sirt és minden ok nélkül ismételten hányt, még pedig feltünő nehezen, e mellett feltünt a szülőknek, hogy scrotuma megdagadt. A vizsgálat incarcerált lágyéksérvet deritett ki és én ajánlottam a szülőknek, hogy hozzák be a gyermeket azonnal a kórházba műtevés végett. Ez azonban csak este 10 óra tájban történt. Azon idő alatt, mig az előkészületek a műtéthez folytak, többször hányt a gyermek, még pedig sugárban a padlóra. Lefektetvén őt a műtőasztalra, még a narcosis előtt megállapitottuk a sérv jelenlétét. Mire az izomzat elernyedt és hozzá-

fogtunk a műtéti terület tisztításához, csodálatunkra a sérv eltünt, így feleslegessé vált a műtét. A gyermeket hazavitték s többé nem láttam.

A gyermekkori incarceratio miatt végzett sérvmetszések prognosisa nem is oly kedvezőtlen, ha kellő időben végeztetnek és ha összehasonlitjuk a felnőtteknél talált halálozási százalékot a gyermekekével, akkor azt találjuk, hogy míg a felnőtteknél a halálozás 18·9%, a gyermekeknél csak 13·6%, mi különben nem is oly feltünő, ha meggondoljuk, hogy mily gyakran vagyunk kénytelenek herniotomiát végezni öreg, elerőtlenedett egyéneknél, a kiknél eltekintve a narcosisnak rossz hatásától a tüdőre és szivre, csupán az aránylag rövid ideig tartó kizáródás oly káros behatással van, hogy a sérvmetszés prognosisát jelentékenyen rosszabbitja. A köldöksérveknél már sokkal kedvezőtlenebb a prognosis, a mennyiben a halálozás 14 kizárt köldöksérvnél 50%-ot tesz ki.

Hogy a sérvmetszésen kivül repositioval is sikerül a sérvet gyermekeknél visszatenni, a kizáródást megszüntetni, azt felesleges bővebben okadatolni s *Tariel* (De la hernie étranglée chez l'enfant. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1894. mai) még ki is emeli, hogy a taxis a legtöbb esetben könyen sikerül. Nem ezen a véleményen van *Funke* (Centralblatt f. Chirurgie, 1899. 10. sz.), ki visszahelyezési kisérleteket nem ajánl, mivel gyermekeknél nem vagyunk hozzászokva az erőnek a mértékét akként taksálni, mint felnőtteknél s így igen könnyen idézhetnek elő taxis kisérletek a gyengébb gyermeki szövetekben sérüléseket, melyek végzetessé válhatnak.

Könyvismertetés.

R. v. Krafft-Ebing: Psychosis menstrualis. Eine klinisch-forensische Studie. Stuttgart, F. Enke, 1902.

Tankönyvének VI. kiadásában szerző a psychosis menstruaiist az időszakos elmebajok sympathikus úton keltett alakjai közé számítja. Ezen alaknak monographiás feldolgozását nyujtja most. Rövid élettani bevezetés. A menstruatio biologiás folyamat, mely csak egyik nyilvánulása a női életműködésben észlelhető szabályos hullámzásnak, mint azt Goodmann legelsőbben állitotta. Megerősíti ezt a vérnyomás, anyagcsere és hőmérséklet ugyanilyen hullámzása. A nemi szervek és az idegrendszer működése közötti kapcsolatra egyebek között a hónapszámmal járó izgatottság, nyugtalanság, ingerlékenység, neuralgiák, paralgiák, fejfájás s más kellemetlenség (rosszullét, malaise) utal; másrészt meg különböző lelkiállapotok a hónapszám módosulását okozhatják. Ezen kapcsolat kettős, kölcsönös hatáson alapszik, az egyik az idegrendszer hatása a hónapszámra, a másik a hónapszámé az idegrendszerre. Mindez még a normalis és kóros állapot határmesgyéjén halad, egy lépéssel odább pedig már határozottan kórossá válhatik. A hónapszámmal járó rosszullét rendesen megelőzi a vérzést, vagy azzal egyidejű, ugyanez áll az ilyenkor fellépő elmebajokról is. Ehhez azonban szükséges, hogy vagy a genitaliák betegek legyenek, vagy az agyvelő ellentálló képessége kóros dispositio folytán csökkent legyen. Az idők folyamán a menstrualis elmebaj fogalma változott, ennek rövid történeti vázlatát kapjuk ezután. Hippokratesnél találjuk első nyomait, míg újabban Friedmann, Thoma, Hegar, Schüle foglalkoztak vele. Ezeknek, meg a saját tapasztalatai alapján szerző a psychosis menstrualisnak három typusát véli megkülönböztetendőnek. I. A primordialis menstruatios psychosis vagy menstratios fejlődési psychosis, melyet először Friedmann irt le 1894-ben. Ilyen egészben 11 eset ismeretes. Az ismert kórformák egyikével sem vág egybe, klinikai megjelenését tekintve. Igazi pubertas psychosis, a mint degenerálta knál úgyis gyakori. A serdülés kezdetén fejlődik, a hónapszámot megelőzőleg vagy annak első jelentkezésével. A degenerativ alapra mutatnak a katatoniás és impulsiv tünetek. Fontos szerepet játszanak az érbeidegzési zavarok. A megbetegedési hajlandóságot az egész test hirtelen fejlődésnek indulása serdülés idején, kapcsolatban a nemi szervek evolutiojával, szolgáltatja. A rohamok csakis 14—18 éves terhelt leányoknál lépnek fel, kik még nem kapták meg a hónapszámot vagy kiknél az rendetlenül jelentkezik. A rohamok a petetermelés (ovulatio) phasisaival egyidejű időközökben, rendesen a vérzést megelőzőleg jelentkeznek. Nem menstruálóknál az első hónapszámmal vége szakad az összes rohamoknak, míg menstruáltaknál a hónapszám jelentkezésével az egyes roham ér hirtelen véget. Rendesen 4—5 ilyen rohamot észlelünk. A rohamok intensitása fokozatosan csökken. A testsúly folyton szaporodik. Dysmenorrhoeás panaszok alig fordulnak elő. A bántalom zavarmentes idejében teljes a feltisztulás. Prognosis kedvező. II. Az ovulatios psychosis. Az idetartozó eseteket jelentkezésük száma szerint felosztja egyszer jelentkezőkre, megújulókra és időszakosan visszatérőkre. Az itt szereplő tényezők közül a terheltség állandó, a petetermelés folyamata meg időszakos, miért is az egyszeri jelentkezés a legritkább. Az egyszer fellépő eseteknél a terheltség alig szerepel, inkább valami ideges dispositio. Klinikailag legjobban hasonlit az epilepsiás és hysteriás alapon fellépő deliriumokhoz. Pár nap alatt folyik le, nagyfokú öntudatzavarral, minden emlékezet hiján, hysteriás stigmák, néha hysteria gravissal kapcsolatos. Praemenstrualisan jelentkezik, s a hónapszámmal ér véget vagy a kezdete a hónapszám végével esik egybe. Szerző maga is a mellett érvel, hogy az egyszer jelentkező esetek csak symptoma számba mehetnek, s csak hysteria vagy epilepsia aequivalensei, esetleg neurastheniás vagy hysteriás eredetüek. Összesen 9 ilyen esetet ismertet. A könyv főfejezetét a megújuló, és az időszakosan visszatérő ovulatios psychosisok teszik, erre vonatkozólag 54 esetet sorol fel. Az aetiologiában főként a terheltség szerepel, fellépési ideje a 15—35. év között a leggyakoribb, de előfordul a klimakteriumban is, hol a hónapszám megszünte után is fennálló petetermelésre kell gyanakodnunk. A nemi szervek megbetegedése, a hónapszám rendetlensége mint aetiologiai momentum nem igen jó számba. Kiváltó ok gyanánt szerepelnek lelki rázkódás, gyengítő testi bajok, szeszivás. A pathogenesis súlypontja a terheltségben s az agyvelőnek fokozott praemenstrualis ingerlékenységében keresendő. Utóbbi csak kórós fokozása a normalis reactionak, s függ a terheltség fokától, meg más járulékos okoktól. A petetermelés keltette ingert valószinűleg az érmozgató idegek közvetítik, miután gyakoriak az érbeidegzés zavarai. Esetleg érzési ingerek vagy az ovariumok belső secretiojának megzavarása is szerepelhetne. Az elmezavar jelentkezése legtöbbnyire praemenstrualis, ritkábban menstrualis vagy postmenstrualis. A bántalom folyamán azonban ez megváltozhatik. Egy-egy roham tartama körülbelül egy hét. Hirtelen kezdődik, s ugyanúgy gyógyul. Prodromák az acut psychosisokéval megegyezők. A bántalom klinikailag a mania, melancholia, dipsomania képét mutathatja, lehet epileptoid és hysteriás jellegű is, de mindig a degeneráltság jeleivel. Vajjon lehet-e a dipsomaniát minden esetben az epilepsiához vonni (Gaupp), ezt szerző kétli. Különben is óva int az epilepsia fogalomkörének túlságos bővítésétől; a psychosis menstrualisnak epilepsiás magyarázatát pedig eleve is visszautasitja. Ziehennek „menstrualis időszakos egyszerű tébolyodottság"-át nem tartja elkülöníthető kórformának. Az intervallaris közökben neuropsychopathiás jeleket, esetleg elmegyengeség jeleit találjuk. A lefolyás milyensége függ a terheltség fokától. Általában jó hatással van a terhesség és klimakterium, mikor is a petetermelés szünetel. Az egyes eset megbirálása nehéz, általánosságban azonban a prognosis nem rossz. A depressios alakoké rosszabb. A diagnosis csak az első rohamnál okozhat nehézséget, mely ismétlődés esetén megszünik. Az orvoslás a fennálló dispositio legyőzésére irányul a szervezet erősitésével, kiméléssel. A roham prophylaxisa nyugalomban, izgalomcsillapitásban, álomhozásban áll, fluxio esetén ez ellen is cselekszünk. (ergotin). Fő azonban az agyvelő ingerlékenységének csökkentése, praeventiv bromtherapiával. Rendszerint 6·0 pro die. Kisérletet lehet tenni ovariumkészitmények kel, és kellő indicatio mellett castratioval. III. A psychosis menstrualis harmadik megjelenési formája az epochalis menstruatios elmebaj volna; felismerésének érdeme Schüle nevéhez fűződik. Ez lényegében circularis elmezavar, melynek phasisai egy menstrualis időszakon belül folynak le, első fele a maniás phasis, a második a depressios phasis, az intermenstruum közepén a phasisok éles elkülönülésével. Közelebbi klinikai meghatározása az ismeretes 14 esetből még nem lehetséges. A könyv utolsó fejezetét a hónapszámmal járó psychés alteráltság törvényszéki megitélésének szenteli szerző. „A menstruáló nő a biró elnézésére számot tarthat, mert a hónapszám idején „rosszul van" és többé-kevésbbé szenvedő". A terhelt nőknél ilyenkor az acerbatiok, kényszereszmék, impulsiv cselekedetek öngyilkosságra, gyilkosságra, gyujtogatásra (pyromania), tolvajlásra (kleptomania) vezethetnek. *Reuter Camillo.* dr.

M. Kahane: Therapie der Erkrankungen des Respirations- und Circulationsapparates. Wien und Leipzig, Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchändler, 1902.

Mint egyik kötete a „Medicinische Handbibliothek" czimű új, kizárólag a gyakorló orvos igényeit kielégiteni óhajtó vállalatnak jelent meg a jónevű bécsi szerzőnek ezen legújabb munkája, melyben a légző- és vérkeringési szervek betegségeinek gyógytanát foglalja össze. A munka átolvasása arról győz meg, hogy szerző a mindennapos gyakorlat követeléseinek folytonos szemmeltartása mellett megfelelt az előszavában hangoztatott elveknek, tudniillik a fősúlyt a gyakrabban előforduló betegségekre fektetni, a gyógyszeres orvoslásmód mellett az újabban mindinkább tért foglaló physicalis és hygienico-diaetetikus gyógyitómódokat kellő figyelemben részesiteni és e közben az egyes gyógyszerek és gyógymódok értékét birálat tárgyává is tenni. Therapiája tényleg úgy a minden alapot nélkülöző pessimismustól, mint a kritika nélküli enthusiasmustól egyaránt távol áll. Minden egyes betegnél röviden a kóroktant is megemliti, mint a melynek ismerete egyrészt a prophylaxist, másrészt a gyógyitást illetőleg is fontos útmutatásokat adhat. Kiemelendő továbbá, hogy úgy a légző-, mint a vérkeringési szervek egyes betegségeinek tárgyalását megelőzőleg a megfelelelő általános kór- és gyógytani részeket is meglehetős bőven tárgyalja, elősegiti ezáltal egyrészt a későbben következő részletek könnyebb megértését, másrészt némileg önállóságra is oktatva a therapia észszerű alkalmazását illetőleg. A csinos kiállitású, kis alakú, vászonkötésű könyv ára 6 korona 80 fillér.

H. Strauss: Pathogenese und Therapie der Gicht. Würzburg, A. Stuber, 1902.

Az előttünk fekvő füzetben Strauss berlini magántanár összesen 31 lapon keresztül vezeti az olvasót a köszvény kórszármazásának és gyógyitásának tanán. Különösen a legújabb vizsgálatokat tárgyalja behatóan, helylyel-közzel idetartozó saját vizsgálatairól is beszámolván. Kimutatja, hogy noha ismereteink a köszvény kórszármazását illetőleg az utóbbi időben több irányban bővültek, még mindig nagyon sok a hiány, a minek pótlása után lesz csak lehetséges az észszerű prophylaxis és therapia számára biztos alapokat nyerni. A kérdés mai állását jól előtüntető munka, mely a gyakorló orvos igényeit is kellőképen tekintetbe veszi, a „Würzburger Abhandlungen" czimű vállalat egyik újabb füzetét képezi. Ára 75 német fillér.

Uj könyvek. Beobachtungen und Untersuchungen über die Ruhr (Dysenterie). Zusammengestellt in der Medicinal-Abtheilung des königl. preuss. Kriegsministeriums. Berlin, A. Hirschwald. — *Aschoff*: Ehrlich's

Seitenkettentheorie. Jena, G. Fischer. — *Plehn* Die Malaria der afrikanischen Negerbevölkerung, besonders mit Bezug auf die Immunitätsfrage. Jena, G. Fischer. — *Becker*: Einführung in die Psychiatrie. Dritte neubearbeitete Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Rauber*: Wirkungen des Alkohols auf Thiere und Pflanzen. Leipzig, G. Thieme. — *Rosenthal*: Die Pulsionsdivertikel des Schlundes. Leipzig, G. Thieme. — *Schlagintweit*: Prostatahypertrophie und Bottinische Operation. Leipzig, G. Thieme. — *Zikel*: Lehrbuch der klinischen Osmologie. Berlin, Fischer's medic. Buchhandlung. — *Achard*: Nouveaux procédés d'exploration. Leçons de pathologie générale. Paris, Masson et comp. — *Heather Bigg*: Caries of the spine. London, J. and A. Churchill.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Az Adams-Stokes-féle betegségről ir *Jaquet*. Egy általa észlelt eset kapcsán megbeszéli az egész betegséget. A tünetcsoport bradycardiából, eszméletlenségi rohamokból és görcsökből áll, a nélkül, hogy mint önálló megbetegedés biztosan elkülöníthető volna. A pulsus gyérülése igen nagy fokot érhet el, különösen a rohamok alatt perczenként 8—9 is lehet. Megesik azonban, hogy ez a gyérsége a szívműködésnek csak látszólagos, a mennyiben nem minden szivösszehúzódásnak felel meg ütérlökés. Igy pl. az ő esetében is larvált systole volt jelen, t. i. a két ütérlökés között hallható volt egy vagy két gyenge systolés hang, melynek sem ütérlökés, sem szivlökés nem felelt meg. Ezekre a frustran szivösszehúzódásokra vezeti vissza az ő esetében észlelt vena jugularis pulsatiot, melynek rhythmusa a carotispulsatiotól lényegesen különbözött. Jellegzetes erre a gyér pulsusra, hogy helyzetváltozás, sem izommunka, gyors járás, sőt még láz sincs rá befolyással, csak digitalis kettőzte meg egy esetben a pulsusszámot. A pulsus feszességét vagy arteriosclerosis, vagy néha activ edényösszehúzódás okozza. A rohamok apoplecti- vagy epileptiformok, s dyspepsiás állapotok előmozditják létrejöttüket. Aetiologiai momentumokul arteriosclerosis, lues, alkohol, nicotinismus, a szív zsiros degeneratioja, a nyaki gerinczoszlop megbetegedései szerepelnek, úgy hogy az anatomiai lelet nagyon különböző s egységes alapot a tünetek megértéséhez nem szolgáltat. A szerzők vagy szivbeli, vagy bulbaris eredésűnek tartják, ő a vasomotoroknak tulajdonit fontosságot. A prognosis rendesen rossz, s szivszerek, főleg a digitalis rendesen hatástalanok. Jobb hatással van az amylnitrit, az oxygenbelégzések, esetleg antiluetikus kezelés, de főleg az emésztés rendezése és a tejdiaeta. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 72. k. 2. f.)

—*nt.*

Az ascites chylosusról ir *Pagenstecher E.* Az irodalom kimerítő méltatása után egy esetet közöl, mely az ascites chylosusnak első laparatomia útján kezelt esete. Egy tuberculotikusan nem terhelt leányka hasa lassan növekedni kezdett, s végre óriási méreteket mutatott. Punctio útján $2^1/_2$ liter tejszerű folyadékot távolított el, mely chemiailag is chylusnak bizonyult. Néhány hét mulva hasmetszés. A lelet chronikus, nem tuberculosus peritonitis, mely a peritoneum kötőszövetének megvastagodásához vezetett, s ez által a chylus keringésének zavarához. A peritonitis okozta az edényfalak nagyobb átengedő képességét is, mi által a transsudatio könnyebben létre jöhetett. A gyógyulás magyarázatát abban keresi, hogy az alapbaj jóindulatú volta mellett lassanként anastomosisok jöttek létre. Végre az ascites chylosus specialis aetiologiáját beszéli meg. (Deutsches Archiv f. klin. Med. 72. k. 2. f.)

—*nt.*

Az arthritis gonorrhoicáról értekezik *Markheim*. A gonococcusok kimutatása az izületi izzadmányban biztossá tette ez izületi bajnak összefüggését a húgycső megbetegedésével, illetve az újszülöttek blennorrhoeájával. A diagnosis akkor állitható fel, ha urethralis infectio vagy conjunctivalis blennorrhoea mellett egy vagy több, de kevés izületben chronikus lefolyással lobosodás támad, s salicylsavra nem reagál, de salolra igen. 52 esetről számol be az Eichhorst-klinikáról, melyek közül 11-ben az urethralis váladékban, 2-ben pedig a vérben ki voltak mutathatók a gonococcusok. 13 esetben monarthritis volt jelen, 10-ben több izület (egész 8-ig) volt megtámadva, többnyire a jobb oldalon. Annak oka, hogy aránylag ritkán lép fel az ilyen izületi gyuladás, talán a coccusok specifikus virulentiájában keresendő, vagy az egyén örökölt dispositiojában. Complicatio ritka; 4 esetben volt endocarditis, mely egy esetben halállal végződött. Az ágynyugalmon és diaetán kivül az urethralis bántalom kezelését ajánlja. A megbetegedett végtagot az acut stadiumban magasra polczolta, jégzacskóval, hydropathikus borogatásokkal, később ichthyol-kenőcscsel, massage-zsal, localis hő- és homokfürdőkkel gyógyitotta, belsőleg sikerrel adott salolt, 4 esetben a Bier-féle pangást vette igénybe; punctios s chirurgikus behatásokat lehetőleg került. 13 patiens teljesen meggyógyult, 5-nél teljes ankylosis fejlődött, 7-nél részleges korlátozottság maradt mozgáskor a többinél gyenge duzzadás és fájdalmasság erőltetett mozgások alkalmával. A kezelés két esetben 5 hétig, különben 2 hótól egész 1 évig tartott. (Deutsches Archiv f. klinische Medicin. 72. kötet, 2. füzet.)

—*nt.*

Venereás bántalmak.

Adatok a tabes dorsalis oktanához. *Pansini* két esetet ir le, a midőn a tabes chronikus ólomintoxicatio után lépett fel; lueses előzmények teljesen hiányzottak. Tárgyalja azután a tabes és dementia paralytica keletkezésére vonatkozó theoriákat; e betegségek előidézésében ugyan nagy szerepet tulajdonit a syphilisnek, de nem tartja azt egyedüli feltétlen kórokozónak. Feltünt továbbá szerzőnek, hogy tabes és paralysis progr. oly egyéneknél lép fel, kiknél egyéb tertiaer jelenségek kimaradtak, miért is oly egyének, kik a syphilisnek harmadlagos phasisán túlestek, csak kivételes esetben lesznek tabetikusokká. (Clinica medica. 1902. 1. és 2. sz. Ref. Monatshefte f. prakt. Dermat.)

Sellei dr.

A syphilis gyógyithatóságáról értekezik *Tarnowsky*, ki 50 egyént a syphilis első nyilvánulási idejétől kezdve 20—40 éven át figyelhetett meg. A fertőzési idő átlaga az élet 24—28. éve közé esett. Az 50 beteg közül 31-nél a bántalom a condylomatosus szakkal ért véget, vagyis ezeknél csak secundaer tünetek jelentkeztek; 18-nál azonban tertiaer syphilidek is mutatkoztak. A 48 férfibeteg közül a syphilis acquisitioja után megnősült 27. Két syphilises nőbetege férjhez ment. A 29 házasság közül steril maradt 6; 23 házasságból származott 63 gyermek, ezek közül 56-nál a syphilis nyomtalan maradt. (Arch. russ. de pathol. Ref. Monatshefte für prakt. Derm. 1902. 35. kötet, 1. füzet.)

Sellei dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A bismutose nevű új bismuth-fehérjeösszeköttetést, melyet a Kalle és társa czég állit elő s a melynek jó hatásáról gyomor-bélhurutok eseteiben már több szerző nyilatkozott, *Künkler* is jó eredménynyel használta csecsemők gyomor-bélhurutjainál. Az adag csecsemők részére 1 gramm többször naponként, gyermekek részére pedig 2—4 gramm 3—4-szer naponként közönséges vagy tojásfehérjés vizben, esetleg borjúhúslevesben. Rendesen elégségesnek bizonyult a szert 3—4 napig használtatni. Egyidejüleg természetesen a diaeta is a körülményeknek megfelelően rendezendő. Kellemetlen melléktüneteket szerző nem észlelt. (Allgem. medicinische Central-Zeitung, 1902. 24. szám.)

A fersanról *Stock* is nagyon elismerően nyilatkozik és más szerzőkkel egyetértően különösen kiemeli az étvágyat, valamint a vérképződést fokozó hatását, továbbá azt, hogy emésztési zavarokat sohasem okoz s hogy mint vastartalmú acidalbumin tulajdonképen nagyon könnyen emészthető tápszer gyanánt is szolgál. (Casopis lekarn ceskych, 1902. 12. szám.)

Dioninnal a ruppertshaini tüdőbetegsanatoriumban szerzett tapasztalatairól számol be *Scherer*. A köhögést csillapitó hatása gyengébb ugyan, mint a morphiumé, de azért eléggé megbizható; az emésztőszervekre nem hat károsan, mint a morphium, székszorulást sem okoz; másnemű káros mellékhatások sem észlelhetők; a codeinnél erősebben és tartósabban hat, általános megnyugtató és álmot hozó hatása is van, a dyspnoët és az expectoratiót is kedvezően befolyásolja. Izzadásellenes hatását, a melyről némely szerző szintén megemlékezik, nem tapasztalta. Különösen a hőszámtól függő, valamint a fejfájásokat szintén csökkenti a dionin, a melyet szerző csak belsőleg használt por alakban, továbbá 0·3—0·5%-os oldat alakjában (2—4-szer egy-egy kávéskanálnyit), avagy mint tablettákat, a melyeket Merck újabban 3 centigramm dionin-tartalommal hoz forgalomba. 3 centigrammnál nagyobb adagokat szerző feleslegesnek tart, mert ha ez az adag nem használ, akkor tapasztalatai szerint nagyobb adag sem vezet eredményhez. (Therapeutische Monatshefte, 1902. 3. füzet).

Az arteriosclerosis gyógyitásáról szóló czikkében *Weiss* megemliti, hogy arteriosclerosis minden esetében használ jodot. Az újabban forgalomba hozott valamennyi jodkészitményt (jodalbacid, jodolen, jodipin, jodothyrin, jodfehérjék vagy eigonok, jodvasogen) kipróbálta és legjobbnak a jodvasogent találta, mint a melynek használatakor a jod a kellemetlen kálicomponens nélkül jut a szervezetbe; a jodvasogen kellemetlen melléktüneteket nem okoz, a jodmérgezés tünetei csak ritkán és csekély mértékben jelentkeznek használata után. Szerző eleinte 10 cseppet ad 3-szor naponként, azután kétnaponként 5 cseppel növeli az adagot, a mig 3-szor 30 cseppet ér el, mire ismét lassanként leszáll 3-szor 10 cseppig. (Die Heilkunde, 1902. 2. füzet.)

A gümőkórosan terheltek biztosításánál szem előtt tartandó pontokat a következőkben foglalja össze egy a „Biztositási és közgazdasági lapok"-ban megjelent közlemény. 1. Az illető egyén ez idő szerint egészséges-e? Főleg milyen az általános táplálтság, valamint a mellkas és az izomzat fejlettsége. A tüdők kétségtelen egészséges volta és a légzőszervek jó működése természetesen alapfeltételei a felvételnek. 2. Túlhaladta-e már a 28. életévet. Az öröklött terheltség hatása ugyanis ezen életkorig szokott mutatkozni, mig a későbbi korban beálló megbetegedés rendesen már kedvezőbb lefolyású. 3. Minő az öröklött terheltség? Kedvezőtlen az apától vagy mindkét szülőtől származó terheltség. Olyanok, kiknek testvérei gümőkórban szenvednek vagy ezen baj folytán haltak el, okvetlenül elutasitandók. 4. Mi az illető foglalkozása? Kizárandók az olyan terhelt egyének, kiknek tüdeje foglalkozásuk miatt veszélynek van kitéve, például tanitók, színészek, poros levegőben foglalkozók stb. 5. Terhelt nők mindaddig kizárandók, mig a szülés lehetősége fenforog. 6. Milyen idősek voltak a szülők a biztositandó egyén születésekor? Még jó status praesens esetén is kizárandók volnának a nagy halandóságú családok leszármazottjai, valamint a nyolczadiktól kezdve későbbi szülöttek.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 28. szám. *Kolozsváry Sándor*: Az aristochinin hatásáról. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 28. szám. *Rottenbiller Ödön:* Az iszapkezelés mai álláspontja. *Guszmann József*: Adat az agykéreg topikus diagnosisához.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 28. szám. *Neumann:* Adatok a syphilisrecidiva tanához. *Hrach*: A tüdő lobos megbetegedései az elmult két év őszi és téli hónapjaiban és kezelésük. *Herzfeld*: A méhmyomák operativ kezelése. *Schrötter:* „Höhenkrankheit", különös tekintettel a léghajóban levő viszonyokra. *Kassowitz*: Myxoedema infantilis, mongolismus és mikromelia. *Ullmann*: Extragenitalis lágy fekélyek előfordulása. *Pollak*: A syphilis balneotherapiájának kritikája.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 28. szám. *Türk*: A leukocyták számlálása. *Wechsberg*: Bactericid immunserumok hatása. *Fein*: Lymphangioma cavernosum a hangszalagon. *Gaertner*: Intravenosus oxygen-infusiokról.

Wiener medizinische Presse, 1902. 28. szám. *Bogdanik*: Az ectopiás terhesség. *Donath*: A capsula interna traumás laesioi. *Rudolf*: Ichthargan mint antigonorrhoicum.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 26. szám. *Neumann:* Paraffininjectiok. *Breitenstein*: Hygiene a tropusokban.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 28. szám. *Huber* és *Lichtenstein:* A köszvény és kezelése chinasavval. *Umber*: A fehérjék chemiájához és biologiájához. *Nothnagel:* Megjegyzések Adamkiewicz czikkéhez a cancroinnal elért eredményekről. *Eiselsberg*: Ugyanaz. *Poten*: A rák kezelése cancroinnal. *Schultz* és *Schultzenstein*: Egy rákosan elfajult méhmyoma eredménytelen kezelése cancroinnal. *Oettingen:* Veleszületett dongaláb kezelése csecsemőknél.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 28. szám. *Rinne*: A perityphlitis műtéti kezelése. *Minkowski*: A purintestek átalakulása a szervezetben. *Bickel*: Az emberi vérsavó elektromos vezetőképessége uraemiában. *Ruge*: Adata „Schwarzwasserfieber" aetiologiájához. *Schlayer*: Adatok a malaria casuistikájához. *Goldschmidt*: Malaria és carcinoma. *Stich*: Ergotinum Lipsiense St.-Jacob. *Dreyer*: Aseptikus subcutanfecskendő. *Trenité:* A furunculus abortiv kezelése subcutan desinfectioval.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 28. szám. *Kühn:* Zöld színű növénycsirok előfordulása a gyomorban és diagnostikai jelentőségük.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 27. szám. *Wilms*: Hordképes amputatiocsonk. Fedés az Achilles-innal. *Bettmann:* A talplenyomatok technikájához. *Schüssler:* Gastroenterostomia csillapíthatatlan gyomorvérzésnél.

Gazette hebdomadaire, 1902. 54. szám. *Spillmann*: Aortaaneurysma esete. 55. szám. *Patel:* Heveny tuberculosus gerinczrheuma. *Sacquepée:* Primaer gümőkóros pleuritis cytologiai vizsgálata.

Le progrès médical, 1902. 27. szám. *Budin*: A csecsemők táplálása.

La semaine médicale, 1902. 28. szám. *Tavel*: Valamely gyógyhatású specifikus serum birhat-e praeventiv hatással is?

Journal médical de Bruxelles, 1902. 28. szám. *Zunz:* A czukor kimutatása a vizeletben phenylhydrazinnal. *Grunbaum* és *Hume:* Tenyésztőtalajok a typhus- és coli-bacillus megkülönböztetésére.

Revue de médecine, 1902. 6. füzet. *Carrière*: Tetragenus okozta angina néhány esete. *Féré* és *Francillon*: A palmaris aponeurosis retractiojának gyakorisága elmebajosoknál. *Rosenthal*: „Bronchopneumonie pseudolobaire continue."

Revue de chirurgie, 1902. 6. füzet. *Quénu* és *Judet*: A vékonybél fibrosus zsugorodásai. *Juvara*: Adat az inhüvelyekbe történő vérzések ismeretéhez. *Mailland*: A gümőkóros exostosisok. *Estor*: A csecsemők kizárt sérve.

The lancet, 1902. I. 26. szám. *F. Treves*: A féregnyújtvány lobja. *Reginald Harrison*: Néhány pont a gyakorlati sebészet köréből. *E. Owen*: A csípőizület csonkítása. *Th. Carwardine:* A vándorvese rögzítése carbolsavval. *Harvey Hilliard*: Nasopharyngealis tubus használata prolongált nitrogenoxyd-anaesthesiában. *Th. Zangger*: Kezdődő bronchopneumonia kezelése gyermekeknél. *Aldo Castellani:* Kisérletek praecipitinekkel. *E. Noble Smith*: Torticollis congenita kezelése. *A. B. Duprey*: Autointoxicatio három esete. *Harry Campbell*: A diaeta. *B. Knowles* és *W. Hall Peile*: A 4. agygyomrocs cholesteatomája. *J. Geddes Scott*: Complikált alszártörés esete.

British medical journal, 1902. julius 12. *W. R. Gowers:* Myopathia. *W. Osler*: Az orvostörténelem tanítása. *M. A. Ruffer* és *C. Zachariades Bey*: A desinfectio és izolálás eredményei choleránál. *F. O. Stedman*: Egy dengue-láz-járvány. *N. E. Norway*: A typhus kezelése. *G. Heaton*: Átfúródott gyomorfekély 5 műtett esete. *J. Lynn Thomas*: A gyomor és a duonenum jókora részletének kiirtása rák miatt. *J. Scott Ridell*: Új műtétek a gyomron, epehólyagon, epevezetőkön és méhenkivüli terhesség miatt.

The practitioner, 1902. julius. *A. G. R. Foulerton*: A carcinoma és sarcoma okai. *W. J. Sinclair:* A méhrák műtevése. *W. H. Tate*: A méh rosszindulatú betegségeinek műtéti kezelése. *G. A. Wright*: A gyermekkori csípőizületi bajok sebészi kezelése.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. julius 18.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 27. hetében (1902. junius 29-dikétől julius 5-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 388 gyermek, elhalt 259 egyén, a születések tehát 129-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra 26·3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17·4, az egy éven felüli lakosságnál: 14·0 az öt éven felüli lakosságnál: 12·1 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 3, morbili 3, scarlatina 5, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 13, apoplexia 11, eclampsia 4, szervi szivbaj 7, pneumonia 24, pleuritis 1, pneum. catarrh. 5, bronchitis 6, tuberculosis pulmonum 46, enteritis 16, carcinoma 17, ezek közül méhrák 6, egyéb újképletek 5, morbus Brightii et nephritis 4, veleszületett gyengeség 16, paedatrophia 2, marasmus senilis 9, erőszakos haláleset 22, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 12, baleset 9, kétséges 0 (0). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2750 beteg, szaporodás e héten 936, csökkenés 885, maradt e hét végén 2801 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi julius 2-dikétől julius 8-dikéig terjedő 27. 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 (23), diphtheria, croup 24 (18) hagymáz (typhus) 1 (4), kanyaró (morbili) 172 (160), trachoma 6 (4), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 11 (23), orbáncz (erysipelas) 8 (21), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (0) járv. fültőmirigylob 10 (3), ezenfelül varicella 7 (8).

> **Személyjogú gyógytár** nyitását engedélyezte a belügyminister *Gulner Bélának* Kis-Pesten. Gyógytárjogát átruházta Budapesten Balázs József Raditz Ignáczra, Birkisen Adler Gy. Dirhán Edére, Hegybányán özv. Barsy Rezsőné Barsy Endrére, Tiszaszentimrén néhai Szököts Lajos jogát Hrabéczy Albertre, Szobon özv. Molnár Józsefné Achermann Gyulára.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Mattoni Erzsébet* sósfürdő julius 14. 727; *Lipik*, julius 12. 2355; *Korytnicza*, julius 7. 442; *Tarcsa*, julius 9. 405; *Tátrafüred*, julius 12. 729; *Tátra-Lomnicz*, julius 10. 258; *Szt.-Margit-sziget* gyógyfürdő julius 10. 530.

△ **Elvi jelentőségű ministeri határozat.** A belügyminister 46,687/1902 sz. rendelete kimondja, hogy községi jellegű kórház bizottságának hivatalból csak a kórház igazgatója tagja, a többiek valamennyien választatnak.

○ **A nemzetközi központi bizottság a gümőkór leküzdésére** október 22-dikétől 26-dikáig tartja első összejövetelét Berlinben.

⊕ **A Bródy Adél gyemekkórház 1901. évi jelentése** szerint a kórházban a mult év folyamán 1140 beteget gyógykezeltek. Ezek közül gyógyult 728 (64%), javult 202 (18%), gyógyulatlan 47(4%), meghalt 107(9%), de ezek közül 9 haldokolva hozatott; a kórházban maradt 56(5%).

± **A Fehér-kereszt országos lelenczházban** felvétetett 1901-ben 4110 gyermek. A halálozás ebből mindössze 3·64% A telepekre kiadott gyermekek mortalitása (0—7 évig) 8·53 volt.

† **Elhunytak:** *Parlaghy Márton* dr. ny. főtörzsorvos 88 éves korában Temesvárott, *Hanák Vendel* dr. e hó 9-dikén 84 éves korában Gyöngyösön, *Dékmár János* sebészmester 90 éves korában Keszthelyen.

— **Kérelem!** „Az Orvosi Zsebnaptárban" való közlés végett tisztelettel kérem a kartárs urakat, hogy lakczimük változását vagy letelepedésüket velem mielőbb közölni szíveskedjenek. Faragó Gyula dr. Budapesten, IV., Kecskeméti-utcza 4.

„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. (IX. bemutató ülés 1902. május 7-dikén.) 478. l. — A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (1902. január hó 30-dikán tartott rendes ülés.) 478. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1901. junius hó 1-jén tartott szakülés.) 479. l.

Közkórházi orvostársulat.

(IX. bemutató ülés 1902. május 7-dikén.)

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

Elnök üdvözli a megjelent tagokat az igazgató tanács határozata értelmében tartott I. vándorülésen, mely előadó szivességéből a székesfővárosi szent János-kórház elmebetegmegfigyelő osztályán tartatik meg. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Gerlóczy Zsigmond és Mohr Mihály tagtársakat.

Gyakorlatilag fontosabb elmekórtani esetek demonstrálása.

Moravcsik E. Emil: Kiemeli a gyakorló orvosra nézve fontosabb diagnostikai és therapiai iránypontokat. Bemutatott betegeit a szemléltő főbb tünetek szerint csoportositja. Kiemeli, hogy a szervezetre ható inger elemi hatása két irányban nyilvánul: kellemes vagy kellemetlen érzetet kelt.

E két árnyalat közt több fokozat van. Az egyén az érzetekre hangulattal reagál, melynek főbb typusát a nyomott, derült, közönyös és ingerlékeny képezi. A physiologikus viszonyok közt mutatkozó hangulattól az elmebetegeké főként abban különbözik, hogy egyes árnyalatai tartósabbak vagy fokozottabbak, excessivek vagy a körülményekkel, viszonyokkal, a helyzettel nincsenek összhangzásban. A hangulatelváltozás hivja fel elsősorban az orvos figyelmét, a mennyiben ezt az arczkifejezés is visszatükrözi. Előadó ismerteti az emlitett hangulatbeli árnyalatokkal kapcsolatos arczkifejezés sajátságait s az ennek előidézésénél szerepet játszó izmok magatartását. Minden egyes hangulatformára több elmekóralakot mutat be, kiemelve a differentialis diagnostikus jeleket.

Ezután a *katatoniás elmezavar* két esetét demonstrálja férfiaknál, kiknél a depressios időszakot üldöztetési, nagysági, hypochondriás deliriumok, igen élénk hallucinatiok, majd stuporosus állapot követték. A kórképen végighúzódó, kidomborodó vonás az izmok tonusának megváltozása, az izomfeszüléses állapot, a katalepsia, a flexibilitas cerea, sőt teljes merevség és pedig elsődlegesen. A további tünetek: az indokolatlanul hirtelen beálló és gyorsan megszünhető étkezési ellenkezés, a halk beszéd vagy a teljes mutacismus, a vegetavismus, a szellemi és mozgási műveletekben időnként nyilvánuló stereotypia, a szellemi és motorius gátoltságnak olykor izgatottsági rohamok által való megszakitása, a csaknem állandóan subnormális hőmérsék, fokozott reflexek.

A környi ingereknek az érzékcsalódásokra való behatását egy alcoholismus chronicusban szenvedő férfiúnál mutatta be, a ki delirium tremenssel vétetett fel a megfigyelő osztályra. Ha a beteg füléhez búgó hangvillát közelitünk, az azonnal fészkelődni kezd, a földön látni vélt bogarakat kezdi taposni lábával. A harmonium hangjára emberi alakok jelennek meg szeme előtt. A hang megszünése után a hallucinált alakok azonnal eltünnek.

Bemutat azután előadó egy *dipsomaniában* szenvedő férfibeteget is, a kinél alapos kutatás daczára sem volt kimutatható az epilepsia semmiféle tünete sem. A beteget időnként (évenként vagy félévenként) szokatlan nyugtalanság lepi meg, az alkoholt kivánja és minél többet iszik, annál többet óhajt. Ilyenkor azután korcsmáról korcsmára jár, kóborol. Néhány nap mulva nagyobb fokú izgatottság és zavartság után álomba merül, a melyből undorérzéssel, levertséggel ébred fel, de gyorsan visszanyeri szellemi frissességét. A rohammentes időben nyugodt, elég értelmes, a szeszes italt nem élvezi. Öröklésileg terhelt, degenerált.

Végül a *psychikus fertőzésnek*, az indukált elmezavarnak (folie à deux) esetét mutatja be. Egy földmives leány heveny zavarodottsága másodlagos butaságba ment át, később az őt ápoló anyja szintén elmebeteg lett és pedig élénk üldöztetési és hypochondriás érzékcsalódások és téveszmék befolyása alatt áll.

Elnök indítványára az ülés előadónak tanulságos és érdekes előadásáért jegyzőkönyvi köszönetet szavaz.

Trophikus elváltozások paralysis progressivában szenvedő betegnél.

Décsi Károly: A fényképen látható elváltozások (oedema, savós véres hólyagok, majd gangraenás szétesés) csekély trauma következtében léptek fel a 46 éves nőbetegnél, kinél a paralysis progressiva kifejezett tünetei mutatkoztak, igen heves, depressiv jellegű izgalmakkal és nagyfokú motorius nyugtalansággal; ily nyugtalanság közepette a jelzett elváltozások 5 napi fennállása után beállott az exitus lethalis. Boncolás nem történt, és igy csak per hypothesim gondolhatunk trophikus elváltozásra épen a csekély trauma és az ezt követő igen nagyfokú elváltozások közti aránytalanság miatt. Ilyenekkel a paralysis progressiva keretében gyakran találkozunk, igy az epidermoidalis képletek részéről (hajhullás, korai megőszülés, száraz korpádzó bőr, gyorsan a mélybe terjedő decubitusok stb.), valamint a mélyebben fekvő képletek (porczok, izmok, csontok, véredények) részéről is. A boncolás lett volna hivatva kizárni, nem thrombosis következményeit képezik-e a bemutatott elváltozások.

Mycosis fungoideshez társuló elmezavar esete.

Sipőcz Géza: Özv. P. S.-né 51 éves beteg bemutatása két szempontból indokolt. Az első, hogy körülbelül 10 év óta tartó ritka bőrbetegségben, az Aliberttől mycosis fungoidesnek nevezett betegségben szenved.

Az elmegyógyászt a betegnél bőrbaja tartama alatt fellépett érzékcsalódások és téveszmék, és pedig főleg üldöztetési téveszmék érdeklik. Beteg előadja, hogy őt a különböző kórházakban össze-vissza villamozták, villamos ágyba fektették, telephonon át kellemetlen dolgokat súgtak a fülébe, hangokkal nyugtalanitották, delejezték, aethergőzökkel elkábitották, egész testét paprikával hintették be. Valószinűséggel tehető fel, hogy ezek a téveszmék a beteg bőrbaja által kiváltott hosszantartó, kellemetlen sensatiok folytán fejlődtek ki, s talán elősegitette még fejlődésüket a két szemen közben keletkezett szürke hályog is.

A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

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

(1902. január hó 30-dikán tartott rendes ülés.)

(Vége.)

Gyorsan növekedő daganat alakjában jelentkező orrtuberculosis esete.

Donogány Zakariás: A 31 éves, mérsékelten fejlett és táplált nőbeteg orrhátát és mindkét pofa bőrét elfoglaló hegek az 1881-dik évben fellépett és 1888-ban gyógyitott lupus maradványai. 1889-ben bal orrfele eldugult s ezen orrlikban ujjával daganatot volt képes kitapintani, 1896-ban a jobb orrfél is lassanként kezdte átjárhatóságát elveszíteni. Az orrdugulás azonban csak mintegy három hónappal ezelőtt lett tökéletes. 1892-ben köhögni kezdett, s a jobb tüdőcsúcsban fellépett beszűrődés miatt a kórházban kezeltetett.

A kissé lelapult és oldalfelé, főleg jobb oldalon, elszélesedő orr levegő számára teljesen átjárhatatlan. Az orrnyilásokat szürkés, puha, érintéskor vérzékeny tömeg tölti ki, mely sondával körülbelül 1 cm. mélységig körüljárható. A choanák szabadok, a pharynxban és larynxban eltérés nincs. A jobb belső szemzugban kis mogyorónyi, vörös, tapintáskor fájdalmas duzzanat. Könnyezés. Bal állkapocs alatt mogyorónyi, nem fájdalmas, mozgatható mirigy, a nyakon hegek. Mindkét tüdőcsúcsban tompulat, főleg jobboldalt, kilégzés hörgi jellegű. Tekintetbe véve az emlitett tüneteket, tuberculosisra kellett gondolni s ezt a mikroskopos vizsgálat is beigazolta, a mennyiben a sarjszövetben epitheloid gümők találtattak, számos óriás sejttel, tbc. bacillusok nélkül. Az endonasalis műtét (1901. október 30-dikán) alkalmával kitünt, hogy a septum igen nagy terjedelemben hiányzik, a perforatio a csontos részre is átterjed, köröskörül granulatiok.

Ez alkalommal igyekezett a daganatot teljesen eltávolitani, a mi azonban a fellépő vehemens vérzés miatt csak részben sikerült. Nehány nap mulva meglepetéssel tapasztalta, hogy a már szabaddá tett orr ismét eldugult. A még három izben ismételt endonasalis műtét a gyors recidiva miatt sohasem vezetett tartós eredményhez. Ezen feltünő körülmény a kiirtott daganat többszöri szövettani vizsgálatára késztetett.

Mindig egybehangzóan ugyanaz volt az eredmény: „typusos tuberculosis“. Tervbe van véve a daganat radicalis eltávolitása az orr felhasitásával s utólagos erélyes tejsavedzéssel.

A jobb orrüreg adenocarcinomájának a Langenbeck-féle temporaer resectioval operált esete, górcsői készitmény bemutatásával.

Polyák Lajos: L. Gy.-né, 66 éves, 1901. november 5-dikén a bal orrfelet teljesen eldugaszoló és erősen vérző daganattal jelentkezett a kórházi rendelésen, az orrüreg ekkor nagyjából, hogy levegő járhasson át rajta, ki lett takarítva, az eltávolított részek górcső alatt egy igen gyorsan növekvő adenocarcinomának bizonyultak. A műtétet november 16-dikán végezte chloroformnarcosisban a szokásos módon. A Highmor-üreg polypokkal és daganattal ki volt töltve, mely a lateralis falon burjánzott be, magának az üregnek fala azonban ép volt. A daganat a rostacsontból indult ki, legnehezebb volt a hátsó orbitalis rostasejtek kitakaritása, melyek telve voltak daganatrészekkel, usurált volt az ikcsontüreg mellső fala is és az üreg tágult volt. A beteg a magas kornak megfelelőleg kissé lassan reconvaleskált, recidiva eddig még nem jelentkezett.

Az eltávolitott daganatrészek körülbelül nagy almányi terjedelemre becsülhetők, kissé fürtös, szemcsés alkatúak, igen puhák voltak. Górcső alatt még kissé tubularis elrendezésű hámmenetek és fészkek láthatók, rendkivül sok, néha látterenként 40—50 mitosissal, a mi kétségtelenül a rapid növekedés és relativ malignitas egyik jele. Helyenként a

daganat szövete elhalt, ilyen helyen a szövetek nem festődnek, hanem egy homogen massát képeznek, melyben csak kevés rosszul festődő detritus látható.

Úgynevezett vérző sövénypolyp esete.

Polyák Lajos: Hogy ezen elnevezés alatt mily különféle természetű daganatok érthetők, érdekes adattal pótolja a következő eset: K. Kati, 38 éves, földmives neje, 1901. november 23-dikán csillapithatatlan orrvérzés miatt jött a kórházba. A bal orrüreg mellső része ki volt töltve egy gangraenás, bűzös, szétesö, puha daganattömeggel, mely kacsesal könnyen volt extrahálható, eltávolitása után a vérzés azonnal megszünt és csak a porczos sövény felső mellső részén, tehát nem a szokásos helyen maradt egy kis defectus vissza. Deczember 12-dikén a beteg újra jelentkezett azon panaszszal, hogy pár nap óta ismét vérzik az orra és csakugyan a bal orrban egy babnyi sövénypolyp látszott újra, mely az emlitett helyről indult ki. A polypot eltávolitva a kiindulási helyet chromsavval erősen kiégette, azóta kiújulás még nem jelentkezett.

A daganat górcsöi vizsgálata ez esetben kissé meglepte. Az ártatlan nyákpolyp kinézésü babnyi tumor tudniillik egy igen rosszindulatú daganatnak, *angiosarcomának* bizonyult. A daganat tele van kisebb-nagyobb, csak intimával biró falú vérűrökkel, az interstitium pedig jellegzetes orsósejtes sarcomás burjánzást mutat.

Elnök az ülést berekeszti.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

1901. évi junius hó 1-jén tartott szakülés.

1. **Edelmann Menyhért**: „**Szivtámasztó készülék**“ czimmel tart előadást, bemutatva Krönig tanár assistensének, *Hellendal dr.-nak Berlinben (P. Hartwig) készült szivtámasztó készülékét.*

Ez évi április hó folyamán egy huszonöt éves férfibeteg került észlelése alá, a kinél *aorta-insufficientiát* kórismézett. A beteg panaszainak előadásánál megemlité, hogy időnként szivtáji fájdalmai vannak, szúrásokat érez a mellcsont táján is és ezek hátáig sugároznak ki, e mellett oppressioi is vannak s ilyenkor úgy könnyit állapotán, hogy kezével szive tájára erős nyomást gyakorol. A betegnek e közlése emlékezteté előadót arra, hogy a mult év elején a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ hasábjain közleményeket olvasott, a melyek egy oly készülékről szóltak, a melynek rendeltetése a betegnek hasonnemű zavarain segiteni, jobban mondva enyhiteni, még pedig oly módon, hogy a készülék pótolja a szivtájra tett kézzel gyakorolt nyomást.

Az irodalmi adatok után kutatva azt találta, hogy e tárgyról 1899. végén jelent meg az első közlemény *Abée* dr., nauheimi orvos tollából. Ezt a következő évben újabb közlemény követte.

Abée dr.-ban úgy támadt egy szivtámasztó készülék készittetésének a gondolata, hogy neki is feltünt, hogy szivbajosok ösztönszerüleg a szivök tája felé kapnak a kezökkel s ezt emelni, támasztani igyekeznek. Ezen okulva egy szivalakú pelottát készittetett, a melyet egy övvel csatolt a mellkas körül s ezzel szorított a szivtájhoz.

A készülékkel ellátott betegeinek megfigyelése azt mutatta, hogy a betegek subjectiv kellemetlenségei s a dyspnoikus jelenségek elmultak, járási képességük javult.

A betegek, a kiknél megfigyeléseit eszközölte, a következő betegségekben szenvedtek: aneurysma aortae, szivbillentyűbajok (insufficient. et stenosis mitral., insufficient. valv. aortae), arteriosclerosis, myocarditis, morbus Basedowii (bal szív hypertrophia).

Abée szerint a készülék viselésekor a következő változások jönnek létre: 1. a szív határai megváltoznak (a szív feljebb tolatik); 2. a szivcsúcslökés helye változik (beljebb lesz tapintható), valamint a jobb alsó szívhatár is eltolódik; 3. a radialis pulsus lassubb és esetleg teltebb is lesz; 4. a tüdőhatár is lejebb tolul.

A javulást ezek szerint abból magyarázza meg, hogy mig a nagyobbodott szív, a mely különben is rosszabbul működik, vongálja az aortát, az eltolt nagyobb szívnek megtámasztása könnyebbülést okoz. A midőn a készülék a szivet emeli, az egyszersmindt tengelyforgást is végez. A jobb szivet illetőleg talán a rekeszizom felszabadul s igy a tüdő kitágulása tökéletesebb. A szív és aorta felemelése a coronariákra is befolyással van, lumenük, a mely az aorta kinyújtásánál elhúzódik, Abée szerint hosszas, keskeny lesz, kerekké és tágabbá válik s a myocardium ismét kellően tápláltatik. Hasonló jó eredmény következik be bal szív dilatationál is és ez a coronariák befolyásolására vezethető vissza. Aorta-insufficientia esetén ezért támadnak és mulnak gyorsan a dyspnoikus jelenségek.

Abée szerint a készülék csak akkor alkalmazható, ha a szív consolidálódott. A beteg a pelotta viselése mellett se bizakodjék el; óv attól, hogy túlsokat várjunk tőle. A készülék nem gyógyit, csak könnyit.

Jóval Abée közleménye után *Hellendal* dr. (Berlin) közölte tapasztalatait s közleményéből az tünt ki, hogy már előbb, még 1898-ban, Abée-tól függetlenül készittetett ily készüléket. Készülékének elve ugyanaz, mint a sérvkötőé, öve a szivtájon veszi körül a mellkast s e magasságban két, a vállakon át vezetett, nadrágtartószerü szalag tartja. Az öv, mint a sérvkötők öve, rugalmas (s ennyiben tökéletesebb, mint az Abée-féle, a melynél a rugó hiányzik). Ez a rugó határozza meg tulajdonképen a pelottának a szivtájra gyakorolt nyomását. A pelotta forgatható s igy a legalkalmasabb helyzetbe hozható. Az egész készülék forgatás és a gombolás választása által lazitható.

Hellendal dr.-t készüléke feltalálására az az észlelet vezette, hogy egyes betegeknél a szivcsúcslökés vizsgálatánál a kéz feltevése s a szivcsúcstájra gyakorolt enyhe nyomás kellemes. Kutatni kezdé, vajjon nincs-e ebben rendszeresség s nem lehetne-e a kézzel kifejtett nyomást valamely készülék segélyével állandósitani.

Hellendal egy sor szívneurosist vizsgált s azt találta, hogy a betegek a készülék nyomását kellemesnek találják. Némely szivbajokban azonban kellemetlenséget okozott, némely betegek közönyösen fogadták, de voltak oly betegek is, a kik kellemesnek találták a készülék hordását, sőt nem szívesen váltak meg tőle. Hellendal nem tudja a priori megmondani, mely eseteknél alkalmas ily készülék, de azt kétségtelennek tartja, hogy minden oly esetben, a melyben szivdobogás, oppressio vagy szúrás bántja a szivbajost s a szivtájra tett kéz nyomása kellemes érzést kelt, a szivtámasztó készülék viselése megkisérlendő.

Csak akkor vétette alkalmazásba, ha a szív compensatioja türhető volt, később csak szívbajosok utókezelésénél. Nyolcz pontosan megfigyelt esetében a hatás tartósan jó volt. Az eredmény jelentékeny megkönnyebbülés, a szivdobogás és a mellszorongás alábbhagyása s a járási képesség javulása volt. A betegek nem akarták többé nélkülözni.

Az Abée dr. által felsorolt objectiv elváltozásokat nem találta, a szivhatárok változását sem, valamint a szivcsúcs elhelyeződését s az ütérlökés megváltozását sem észlelte. Azt azonban ő is kétségtelennek tartja, hogy a hatás nem pusztán suggestio eredménye s hogy jól megválasztott esetekben a készülék tényleg beválik, ha nem is oly súlyos esetekben, a minőket Abée sorol fel.

Jaksch klinikáján tett megfigyelések (Abée készülékét alkalmazták hónapokon át minden esetben) is meglepő eredményhez vezettek. Oly betegeknél is lényeges javulást észleltek, a kiket szivdobogás, cardialis légszomj bántott s a kiknél stenocardiás rohamok jelentkeztek. Ily esetekben sem észlelték azonban a készülék használatánál az Abée által felsorolt objectiv elváltozásokat.

Ha tehát Abée dr. közléseit, a melyekben sok a túlzás, a kellő értékükre redukáljuk s állitásait kellő birálattal fogadjuk is, kétségtelen, hogy a szivtámasztó készülék feltalálásával gazdagodott a segédeszközök száma, a melyekkel a szivműködés zavaraiban szenvedő betegnek segitségére lehetünk. Ha a priori előadó is kétségbe vonja, hogy a készülék hordása, a pelotta odaszorítása a mellkasfalhoz képes a vastag izomrétegeken s bordákon át a szivnek oly jelentékeny helyzetváltozásait eszközölni, az észlelők egybehangzó véleményét olvasva, nem vonható kétségbe, hogy kellőleg megválasztott esetekben a beteg állapotán lényegesen könnyithet. Mindenesetre érdemes vele kisérletet tenni s ezért ajánlja a mondottakat és a bemutatott készüléket kartársai figyelmébe.

Az előadás bevezetésében emlitett betegénél is ez okból tett kisérletet s némi idő elteltével, ha már megfigyeléseket tehetett betegén, ismét visszatér a tárgyra.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

Üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
Jul. 28.	főorvos	Sz. Rókus-kórh.	3000 k., 1000 k. lakás	Márkus József főpolgm., Budapest.
29.	körorvos	Szenna	1600 k.	Szakál fszgb., Gács.
29.	körorvos	Nagy-Szőllős	800 k. és 300 k. úti át.	Huszár József főszgb., Devecser
31.	másodo.	Aradm. közkh.	1800 k. és lakás	Schill József főj., Arad
Aug. 1.	körorvos	Karkócz	1200 k. és 400 k. úti át.	Frideczky Timót fszgb., Galgócz

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. Csillag Jakab górcsői laboratoriuma

Budapesten, VIII., József-körút 22—24. sz.

kizárólag **gonococcus vizsgálattal** foglalkozik.

A vizsgálandó anyag beküldését illető felvilágosítással szívesen szolgál a laboratorium.

MATTONI FÉLE GIESSHÜBLER legtisztább égvényes SAVANYUKÚT

Giesshübl-Sauerbrunn

gyógyhely és vízgyógyintézet

Karlsbad mellett

Ivó- és fürdőkúrák.

Klimatikus és utókúrákra való gyógyhely.

Legjobb diaetetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI

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

Budapesti raktár ÉDESKUTY L. czégnél.

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, sovanyító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.

Telefon. — Prospektus. — Egész éven át nyitva.

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

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale.

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

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymi „BAYER“.)

Szamárhurut, gégefő és bronchialcatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készítő

BAYER ANTAL gyógyszerész

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

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

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Prof. Dr. **Soxhlet**-féle

új gyermektápszer

„Nährzucker“ (tápczukor).

Tiszta dextrin-maltose emésztési sókkal **hashajtó hatás nélkül.** A tehéntejnek **legczélszerübb hozzátétele,** mely által **az anyatejjel teljesen hasonértékü lesz.**

Kiválik **elérhetetlen tápereje, könnyü** és **teljes emészthetősége által;** csecsemők és gyermekek **szívesen szedik.**

Kapható valamennyi gyógytárban és drogeriában. **Ára félkilós dobozonként kor. 2.40.** A hol véletlen nem kapható lenne, szívesen hajlandó a

Vezérképviselőség Ausztria-Magyarország részére:

PHILIPP RÖDER, BÉCS III/2

a legközelebbi lerakatot megjelölni. — NB. Kisérleti czélokra irodalom és minták az orvos uraknak szívesen állanak rendelkezésre.

„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). Vízgyógyintézet 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. vízgyógyintézet vezetője.

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 **bőrbajok, torok-, orr-** és **fülbetegségek, antiseptikus irrigatiók, prophylaetikus gargarizálás, a kéz fertötlenítése, a betegszobák fertötlenítése részére,** továbbá **phthisis, gümökór, lepra** stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagybani eladásra Ausztria-Magyarország részére:

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

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 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.

Tudományos melléklet az „Orvosi Hetilap“ 28. számához. 3. SZ. Budapest, 1902. julius 13.

GYNAEKOLOGIA

A BUDAPESTI KIR. ORVOSEGYESÜLET GYNAEKOLOGIKUS SZAKOSZTÁLYÁNAK HIVATALOS KÖZLÖNYE.

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

TARTALOM: Kézmárszky Tivadar †. 57. l. — *Elischer Gyula:* Gyászbeszéd Kézmárszky Tivadar felett. 58. l. — *Bársony:* Élt 61 évet. 58. l. — *Zboray Béla:* A haránt fekvésről. 61. l. — *Scipiades Elemér:* Még néhány szó az argentum aceticum értékéről az ophthalmo-blennorrhoea neonatorum prophylaxisában. 69. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. 72. l. — *Irodalomszemle:* I. Könyvismertetés. 75. l. — II. Lapszemle. 75. l. — III. Folyóiratok átnézete. 77. l. — IV. Bibliographia. 79. l. — Congressus. 80. l. — Vegyesek. 80. l.

KÉZMÁRSZKY TIVADAR

meghalt 1902. május 18-dikán.

Lezajlottak a nagy gyásznak első napjai, már ki is zöldült drága halottunk sírhalma s bár szívünkben nem szününk meg siratni a legjobb embert, a legnemesebb orvost, lelkünkben megdicsőülését látjuk e nemes alaknak.

Egész élete maga volt a szerénység, az elvonulás minden zajtól, ünnepeltetéstől s most sírjából kiemelkedett szelleme fényesen világít felénk, megdicsőülve sugározza be egész orvosi világunkat!

Csak barátja, tisztelője van, nincs ellensége életében s a mikor elhantolják, siratja mindenki, a ki csak ismerte — bármily távolról is — e nemes szívet, s nincs egyetlen tekintet, egyetlen szó, megjegyzés, egyetlen emlék, a mi csak halvány foltot is vetne e gloriára.

Van-e ennél szebb élet, van-e ennél szebb elmulás?!

Felemelő büszkeség érzése hatja át lelkünket, hogy ez az ember rendünknek tagja volt!

Dolgozott annyit, a mennyit csak törékeny teste birt, szerette embertársait úgy, a mint nemes szív csak szeretni tud; gondos ápolója volt minden szépnek, jónak; becsülte a munkát mindenekfelett s megbecsülte munkában-társait úgy, a hogy csak ő tudott megbecsülni!

Kedves alakja az enyészeté, lebilincselő nyájas szava elnémult, jóságos tekintete nem biztat többé, de közöttünk van szelleme, közöttünk él!

Emlékét szívünk mélyén őrizzük meg s adjuk át majd például állítva oda a jövő nemzedéknek: „*nézzétek, előttetek áll a legjobb, a legnemesebb orvos!*“

* * *

E szerény lap is ott áll azok sorában, kik nagyon sokat vesztettek el Kézmárszkyban. Igaz szeretettel, jóakarattal támogatta megszületésében, örvendezve vette kezébe első számait s ma a kezdet kezdetén legnagyobb pártfogónkat kell gyászolnunk.

Áldott legyen emléke!

Az Orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya a nagy gyász után első ülését* kizárólag *Kézmárszky gyászolásának* szentelte, a melyen az osztály másodelnöke **dr. Elischer Gyula** tnr. a következőkben emlékezett meg nagy halottunkról:

Tisztelt szakosztály!

Igaz fájdalomtól eltelt szivvel nyitom meg a mai ülést, melyre nem az éltető munkakedv, nem tapasztalatokon szerzett ismereteink kibővítése utáni vágy, nem a tudományos haladás ösztöne folytán gyültünk össze, hanem egy mindnyájunkat fájdalmasan ért gyász és bánat miatt, melynek mélységét épúgy mint veszteségünk nagyságát annál élénkebben érezzük, mivel készületlenül, váratlanúl talált és azért kettősen sujtott. Szakosztályunkat, egyesületünket, egyetemet, hazát és az emberiséget egyaránt érte a kérlelhetetlen sors csapása. Kit igazán tisztelni és szivből szeretni nekünk oly kedves kötelességünk vala, ama férfiú elköltözött körünkből, oda, a honnan — mint a nagy angol költő mondja — vándor nem tér vissza, soha. A miket annyira kedvelt, a Kárpátok tövében nyugszik immár ő, ki egyetemünk disze, tudományos világunk kimagasló alakja, egyesületünk és szakosztályunk vezető kiválósága, minden egyes tagjának pedig igaz barátja volt: *Kézmárszky Tivadar*. S midőn korai elhunyta felett gyászolásunknak kifejezést adni kényszerülök, tudom, hogy nem vagyok képes megközelithetni szózatommal érdemeit, nem méltathatom sok szép tulajdonságait ama férfiúnak, kinek barátsága és jóakarata, közös zsenge fiatalságunk óta becses kincsül jutott osztályrészemül.

A mult század ötvenes éveiben, zord és igen komor politikai viszonyok között az igaz honfiak a haza reményét csak a fiatal nemzedékben keresték. *Kézmárszky Tivadarhoz* ekkor már nagy reményeket kötöttek s a sápadt, szikár szepességi ifjút mindig mintaképül állitották elénk. Fényes sikerrel s nagy kitüntetéssel hagyta el a kassai gymnasium osztályait s ugyanilyképen folytatta egyetemi pályáját az akkori pesti egyetemen, hol — mint azt a boldogult unokatestvérétől, nekem egykori nevelőmtől s kartársunktól tudom — előszeretettel hajlott a szülészeti szakma felé.

Kézmárszkynak doktorrá való felavatásakor *Semmelweis* már nem volt az élők sorában. Helyét az egyetemen egy, bár a legjobb intentioval és nagy gyakorlattal biró, de sem klinice, sem irodalmilag nem működő egyéniség töltötte be.

A modern tudományos munkásság fejlődése nálunk ugyanekkor szorgosabban indult meg; s akadémikus életünk ugyane képet nyujtja, mint a többi külföldi haladó egyetem. A nagy hírnek örvendő és az orvosi világ korifeusait csoportositó *bécsi egyetemen* a szülészetet *Braun* Károly tanitá, inkább a gyakorlatnak, mint a tudománynak élve; mig *Würzburgban Scanzoni* a nőgyógyászatot uralta, ki miután a „*Chronische Metritis*“ czimű könyvét kiadta volt, nagy gynaekologikus auktoritásnak tartatott. Mindkettő *Semmelweis* esküdt ellensége, tanainak merész tagadója. Mig ugyanez időben a női betegségek sebészi kezeléséről egy-egy angol lap időnként érdekes adatokat közölt, addig a Szajna partján élő iskola inkább az ivarszervek pathoanatomiájával foglalkozik s megveti a kórtan e fejezeteinek modern alapjait. Majd ugyanekkor *Rokitansky* klassikus tankönyvének III. kötetét tanitványa *Klob*, a női ivarszervek betegségeiről irt művével bővitette ki; mindazonáltal a női ivarszervek bántalmainak kór- és gyógytana ekkor nem vált volna ki a sebészetből, ha *Virchow* korszakalkotó munkája „A cellular-pathologia“ tudományos gondolkodásunkat meg nem változtatja és az orvosi búvárkodást új mederbe nem tereli és ezernyi csirának kikelését nem érleli.

Ezen impulsusok elől *Kézmárszky* el nem zárkózhatott; azzal a vasszorgalommal és lelkiismeretességgel, melyet ifjú kora óta megszokott volt, ama széles körültekintéssel, melylyel ő mindenkor kitűnt, bár szorosabb vezér hiányában — tanulmányoz és tanulásában önmaga tanitójává lesz. Tanárainak figyelmét magára vonva, ösztöndíjat nyer és tanulmányi útra külföldre kél 1866—1868-ban. Midőn néhány évvel később szerencsés lehettem Kézmárszky ajánlatával magamat a külföld mesterei előtt tanitványaként bemutathatni, büszkének érezhettem magam, különösen a német egyetemeken, mert *Kézmárszky* sorai folytán a nőgyógyászat kiválóságainál szives fogadtatásban részesülve, tudtam, hogy ezt nagyrészt neki köszönhetem, a kiről a német tudósok — élükön a *lipcsei* és *hallei* tanárokkal — a legnagyobb elismeréssel emlékeztek meg, akár tudományos, akár társadalmi egyéniségét tekintve. Tanulmányútjáról hazatérve, mint tanársegéd a szülészeti szakmában vezető szerepet ölt, mig rövidre reá a tanszékbe kerül. További pályafutását mindnyájan közelebbről ismerjük. Mondhatnám sima lefolyású volt élete; mint higgadt, lelkiismeretes tanárt, szeretetreméltó embert és gyöngéd társat ismertük őt, kihez válogatott, szük, de szeretetben és érzésben gazdag baráti köre határtalanul ragaszkodott, kit a külföldi szakkörök teljes egyenértékűnek ismerve el magukkal, munkájukban való részvételre méltattak, kit betegei bálványoztak s kitől a legfelsőbb helyről történt elismerés és kitüntetés sem maradt el.

* Lásd 75. lapon.

Élt 61 évet.

Meghalt 1902. május hó 18-dikán, pünkösd vasárnapján.

A „minden“ egy nagy „semmi“! A nagy semmiben libeg a nap, fényes és meleg. A nap körül forog a föld, gömbölyü és hideg. A földön van kék, zöld, fehér és fekete; kevés öröm, sok bánat, nagyon sok fájdalom; van rajta ásvány, növény, állat, meg ember is. Mind ez lesz, nő, születik. Az ember is születik. Régóta és sok ember születik. Azután egy kicsit él és hamar meghal. Míg él, töri magát, nélkülöz, szenved; dolgozik, kutat, tanul. Ha meghal, porrá lesz, elmulik; nincs, elfelejtik. A föld pedig forog tovább s marad, mint volt, hideg, nyugodt és gömbölyü.

Meghalt megint egy ember. Hirtelen szakadt ki közülünk, váratlanul ért a gyász, megszédített a bánat. A visszamaradt tompa fájdalom philosophálni kényszerit.

Édes apja örömére az Úr 1841-dik esztendejében fiúnak születik. Kora gyermekkorától a példás szorgalom, gyermekkebelét megaranyozó becsületérzés, felebarátot szerető szives indulat, csupa fényes tulajdonságok elsővé emelik társai fölé. Mint ifjú erkölcsökben gyarapodik; tudása, szerénysége, őszintesége, szelidsége igaz barátokat szereznek neki. Férfi korában elhinti jó lelkének, nagy tudományának a magvait; sokfelé kikél a mag, fává nő, gyümölcsöt is terem. A jó munkást ünnepeli szegény és gazdag, a legelső magyar ember szeme reátekint, munkáját megköszöni, kegyelmével kitünteti. A jónak, a nemesnek, az alázatosnak, a szerénynek köny gyül a szemébe, hálát rebeg s alig nyugszik meg örömizgatta szegény szive, a halál parancsára életének még delén itt hagy barátságot, dicsőséget megmásíthatatlanul örökre. Szomorú esemény szomorú gondolatokat támaszt. A philosophálás — jól tudom — hiábavaló, az emberi elme mégis magyarázatot keres. De hát tulajdonképen miért is születünk erre a földre, ha a végső czélunk itt mindenesetre a halál? Miért jó a jó, ha nincs válogatás? A gaz, a tövis, a gyom irtásra való, de a faj, a nemes, a hasznos, az igaz, ápolásra méltó! Ha a hitvány egy rostába kerül az érdemes élettel, ha csak a véletlen dönti el, mikor és ki hullik a földre vagy lejebb a föld alá, mi értelme akkor a munkának? Igy „az“ philosophus igazán, a ki csak annyit dolgozik, a mennyiből a gyomrát megtölti, a ki csak azért dolgozik, hogy egyék! Akkor az állat a legnagyobb philosoph!... Egy ember, a ki ma még él, becsületes fáradozásokkal épített munkáját tetőzgeti, újabb hasznos terveit szövögeti. Barátai melegedni, tanítványai gyarapodni, embertársai enyhülést találni zarándokolnak a fiatalos ingadozástól már megtelepedett, kitisztult emberhez. Ma még él, szeret, tanácsol, segít, buzdít s pár nap után megtört szemmel, bágyadt hanggal búcsut suttog: „Isten áldjon meg! Tartsatok meg szives emlékezetetekben!“

Kézmárszky tanárról óhajtok én pár sort irni. Az emléke-

Kézmárszky, a *tanárnak* méltatása nálamnál sokkal avatottabb ajkakról hangzott már el, mintsem hogy erre én ezen a helyen újolag áttérni merészelnék; főleg azt tekintve, hogy önök uraim, kiket itt közös gyász egyesit, szerencsések valának tanitványainak nevezhetni magukat. Kell, hogy még élénken éljen szivükben az emberbaráti szeretet e tudós apostolának hálás emlékezete. Mintaszerű könnyedséggel tárgyalta hallgatói előtt szakmájának legnehezebb és bonyolódott fejezeteit, átlátszó előadásban, melyet kissé halk hangja nemcsak a tanitvány eszébe, de még inkább érző szivébe ültetett; hasonlitanám a csendesen tovahömpölygő folyamhoz, mely termékenyiti, élénkiti a partokat. Midőn oktatásának eredményeiről pedig számot kért, sohasem feledte, hogy egykor ő is fiatal volt; szem előtt tartva a vizsgázó elfogultságát, inkább magyarázó és vezető tanárnak, mint szigorú censornak bizonyult. Kiket hajlamuk a nőgyógyászat szűkebb pályájára utalt, kik az ő közvetlen vezetésének örvendhettek, azok számára egy fokkal még szeretetreméltóbb lett. Nem tanitványok azok többé, de munkatársai, kik között teljes jóakarattal, mondhatnám baráti hajlammal osztotta szét bő ismereteit; legönzetlenebb módon gyakran lemondva némely őt érdeklődő esetről, csakhogy alkalmat nyujtson segédjeinek alaposabb kiképzés és ügyesség megszerzésére. Elméskedő nem volt soha, egész egyénisége mindig egyszerű, természetes, mely tulajdonságát csak azzal hatványozta, hogy mesteri módon és mindenkit meghódítva kérni tudott ott is, hol joga lett volna követelni.

Ezekben rejlett *Kézmárszky* egyéniségének varázshatalma, melylyel a sziveket magához vonzotta s boldognak érezhette magát, kit szűkebb körébe belevont; ebből magyarázható a majdnem bálványozó ragaszkodás, melylyel őt tanitványai és segédei, de távolabb álló tisztelői és barátai körülvették.

Szélesebb értelemben vett kartársai iránt *Kézmárszky* mindig jóindulatú, mindig segitségre kész társnak bizonyult. Nyugodt fellépésével, tapintatos és gyöngéden kivitt vizsgálatával, soha előtérbe nem igyekvő modorával buzditólag hatott a vele tanácskozó kartársra, mely hatást a betegben hátrahagyott remény és bizalom, a teljes megnyugvás követte.

Jószivűsége közismeretes volt, ezzel csak még rendkivüli *szerénysége* versenyzett, mely élete minden mozzanatában, de különösen kartársaival szemben jelentkezett s melyet annyira tudott fokozni, hogy az általa nyujtott jótéteményeket könnyen elfogadhatókká tevé.

A sors *Kézmárszkytól* megtagadta a szűkebb családi tűzhelyet. Testvéreinek és ezek gyermekeinek szeretetében, néhány ifjúkori, a fővárosban köré csoportosult barátja tiszteletében és sympathiájában keresett kárpótlást. E társaságban vidám és tréfás tudott lenni, itt pihente ki nagy lelkiismeretességgel és önfeláldozással végzett munkálkodásának fáradalmait, szivesen szerepelt előkelő és szivélyes házigazdaként. Ezenkivül pedig szeretett a művészet szent hajlékában időzni. Fiatal kora óta kedvelte az egyéniségéhez mért — klassikus — zenét; szeretettel karolta fel a képzőművészet alkotásait is. Művészeti kérdésekben megbizható itélettel s a szakférfi finom érzésével egyaránt jól tudott megbirálni akár egy síremléktervezetet, akár egy bécsi csészét vagy urbinói agyagkorsót. Szerette a gondosan kivitt és kidolgozott munkát, a részletek szakszerű és mindenre kiterjedő pontosságát; biztos itéletét hallottuk, midőn nagy elődje: *Semmelweis síremlékének* felállitását rendezte s később az emlékszobor létesitését czélzó mozgalmat megindította és felállitását bőkezűen szorgalmazta. *Semmelweis* és *Kézmárszky*, hazánk e két kiváló férfia között, sokban találunk hasonlatosságot.

Két könyv áll egymás mellett könyves polczomon, alapvető munkája a magyar nőgyógyászati tudományosságnak: *Semmelweis „a gyermekágyi láz aetiologiájáról"* szóló műve és *Kézmárszky jelentése* klinikai működéséről régi egyetemi intézetében. Modorban egymástól egészen elütő, mert az egyik rapsodikus, mig a másik forma és kidolgozás tekintetében teljes és csiszolt, lényegökben mindkét mű ugyanegy alapelven nyugszik, a tudomány és humanismus szolgálatába állított leplezetlen igazság hirdetésén. *Kézmárszky* többi irodalmi munkái között, melyeknek méltatása későbbi időnek lesz fenntartva: kitűnik a *bábák számára irott kézikönyve.* Ezen mű a haza határain túl általános elismerésre talált, gondos szakszerűségén kivül minden sorából kitűnik a lelkiismeretes tanár és nemesszivű ember. A szivjóság vezette tollát, midőn az anya és gyermeket egyaránt megóvni hivatott segédszemélyt tisztaságra és tisztességre, meggondolás és higgadtságra tanitotta a gyermekágy minden fázisában. Ezeket a tanokat tudományos kidomborodással később egyetemi hallgatóival ismertette, de a bába-tanitás fejlesztése, e tanfolyam elkülönitése az egyetemi hallgatóktól, mindez *Kézmárszky* kezdeményezése folytán fejlődött mai álláspontjára; részben neki köszönhetjük a hazánk viszonyaihoz mért üdvös megoldását e más országokban még elég nehézséggel járó kényes kérdésnek.

Hézagos lenne megemlékezésem, ha *Kézmárszky operativ* ténykedéséről megfeledkezném. A gynaekologiának, mint külön szakmának kiválása a sebészetből, épen *Kézmárszky* pályafutásának kezdetére esik.

Az angol és franczia nagy sebészek németországi követői — hogy csak *Simont* és *Olshausent* emlitsem — a kikhez a

---

zete örökké él az én lelkemben; úgy veszem, ha róla irok, mintha vele beszélgetnék. Most tudom, hogy mennyire hiányzik, a mikor nincs s most fog el a vágy vele szót váltani, mikor már nem lehet. Nem életrajzot teszek én itt papirosra, megirták azt már többen mások. Azt gondolom, úgy képzelem, hogy, ha egy pár sort irok róla, ez megint egy kis emlékezés reá. Szívesen teszszük mind, különösen pedig azok, a kik hozzá egészen közel állottunk. Csak abból irok le valamit, a mit én láttam és a mint én láttam rajta, tőle és általa.

Ez év január havának 15-dikén mult 18 esztendeje, hogy hozzá kerültem. Az embereknek gondolkodására, néha még charakterére is gyakran világot vetnek az őket körülvevő külső körülmények. Az a komolyság, positivitás, nyugodt izlés, mely a lakása minden sarkából szembeötlött, az idegen számára perczek alatt tájékozást nyujtott. Elfogultan várakoztam, míg elfogadott. Sohasem láttam, sohasem ismertem máig sem embert, a ki már a megjelenésével annyira kifejezte volna a nagy jóságát s a ki az ő egyszerű megjelenésével annyira tiszteletre kényszerített volna. Kényelmes angolos ruházatban tiszta mindig, mint az arany. Nyugodt, csendes beszéd, minden szónak magva, kevés igérgetés, jóságos biztatás, csodálatos jótékony hatással füzték hozzá a félénken közeledőt. Szívesen fogadott, szolgálatába beosztott. Tizennyolcz év előtt 42 évvel a főnökünk volt, mi az „öregnek" neveztük. Tizennyolcz év alatt semmit sem változott. Szokásai, kinézése, egészsége, mind egy állapotban, a kedélye talán még vidámabb és frissebb.

A régi kis klinikán tanári szoba hijján az első segéd nappali szobája volt a hivatalos helyisége. Pontosan, sohasem késve, állott meg a kocsija az épület kapuja előtt s ő egy kis koppantás után benyitott az ajtón. Állva hallgatta meg a napos orvos jelentését arról, hogy mi történt és a mi történt, miért történt. Érkezését a klinika személyzete olyan izgatottan várta, mint valami zsarnok imperatorét, pedig én dorgáló szóra, mely egyikünket is érinthetett volna, nem emlékezem. Inkább emlékezem arra, hogy a hibát, mely a hibást elkeserítette, ő szépitgette, jóságos nyugtató szavával ő mentegette. Az érti meg igazán, a mit én mondok, a ki őt egészen közelről ismerte. Páratlan az életben az a ragaszkodás, melylyel alattvalói minden időben körülvették. Féltünk, remegtünk a talán rajtunk kivül állott, a klinikán történt mulasztás, véletlen vagy akár természetes okból eredett rossz hirért is, mert az őtet lehangolta. Pedig búsulni nagyon tudott. Uj gyakornok koromban úgy volt szokásban, hogy dolgunkat végezve, bevonultunk mind hozzá, az assistensek az első, mi a második szobába. Sokszor, nagyon sokszor láttam őt csendesen, szótalanul lehorgasztott fővel megszokott karosszékében üldögélni; akkor még alig tudtam elhinni, hogy ilyen nagyon tisztelt, becsült, szeretett nagy úrnak baja, gondja, bánata is tudjon lenni. Mi olyankor mozdulatlanul állottunk vagy ültünk, nehogy gondolatai-

bámulatos kézi ügyesség felett rendelkező, diagnostikai képességében páratlan, mély tudományos eszű *Hegar* csatlakozik, nemcsak hogy egyhamar elsajátitották, követték, de tudományos kritikai úton kiművelték *Lister* korszakalkotó tanait. Maga a kórtan új utakon halad, a lobos folyamatok tana különösen a gonococcus felfedezése által egész új átváltozáson megy keresztül; a női bántalmak jó része mind aetiologia, mind therapia tekintetében új megvilágitásban tűnik fel. *Lister* sebkezelési módszere nemcsak fényes, mondhatnám mesés eredményekkel tündököl, de felkölti az operativ bátorságot, különösen a hassebészetben. Mig ezen tanok alapján a szülészetben — *Spiegelberg*, *Credé* és mások kiművelése folytán — inkább conservativ jellegű eljárás jut érvényre, addig a szorosabb értelemben vett gynaekologiának polipragmaziás ténykedése ellen hangzanak fel tekintélyes szózatok. Rohamos haladást észlelünk az egész vonalon, melynek új tanai hazánkban friss és termékeny talajra találnak. Orvosi életünk korosabbjai közvetve és közvetlenül az új korszakot üdvözölve, mondhatnám, lázas tanulásba bocsátkoznak s a tanügyi minister bölcsesége által újjáalakitott budapesti egyetem orvosi kara csakhamar magas szinvonalra emelkedik, élénk tudományos forrongást mutat. Felejthetetlenek maradnak az akkoriban az orvosegyesület üléseiben lezajlott élvezetes s tanulságos viták. Bár *Kézmárszky* ekkor nem igen lépett előtérbe, a szorgos munkából kivette volt a maga részét; maga csendesen dolgozott és igyekezett művelődni.

A szülészet terén szerzett gazdag tapasztalatait, alapos tudását mintegy a gynaekologiába átültetve, ügyes és biztos kezével a műtételek nehézségeit könnyen győzte le, felhasználva finom diagnostikai érzékét megbizható kalauzul a követendő beavatkozásnál; nyugodt természete és mindenekfelett álló igazságszeretetével pedig megteremtette klinikai működésének jellemző irányát. Jó és szerencsés operateurnek nevezhetjük; s ha ezen munkásságában való örömét valami megzavarni képes volt, az egyedül ama tudata lehetett, hogy a legtisztább akarat és megfeszitett önfeláldozás sem hozza meg mindig ama gyógyulási eredményt, melyet érző jóságos szive megkiván. Sensitiv lelkében fellépett e küzdelmeiről a betegnek soha sejtelme nem volt; ő vele szemben *Kézmárszky* mindig csak megnyugtató hatást fejtett ki.

Tisztelt szakosztály! Midőn boldogult mesterünk halántékát kegyeletes megemlékezésünk babérkoszorújával körülvenni igyekezném, ennek egyik legszebb levelét ejteném el, ha szakosztályunkban az első kezdeményezéstől fogva egyaránt tartósan kifejtett működéséről nem emlékezném meg.

Tanári hivatásának egész erejével való odaadása, több tiszteleti állásának sok időt és fáradalmas munkát igénybe vevő ténykedése mellett, sőt az utolsó években néhányszor jelentkezett, de szerencsésen kiállott betegségek daczára — szakosztályunk ülésein ő jelent meg legpontosabban; szorgalom és kitartás tekintetében őt egyikünk sem tudta elérni. S hogy tárgyalásainkat mily szeretettel és buzgósággal vezette, mennyire tudott örülni egy érdekes fejtegetésnek, sikerült előadásnak, ritkább kóreset vagy kiváló készitmény bemutatásának, az mindnyájunk élénk emlékezetében van, kik szelid, jóságos arczvonásaira, melyeket a kedélyes mosoly szokott besugározni — visszagondolunk.

A mesternek az összes tárgyanyag feletti pontos tájékozottsága, sok szeretetreméltó, nemes tulajdonságai mellett, azt eredményezte: hogy mint az osztály vezére mindig tárgyilagos maradt s a személyeskedés terére sohasem lépett. Nyugodt természetével soha ki nem fáradó türelemmel gyakorolta a *meghallgatás* néha nehéz művészetét; éles felfogásával az előadó fejtegetéseit ép oly tömören állitotta elő, mint kimerítően összegezte volt a szakosztály vitáit; ebben különösen nagy mesternek bizonyult, épen úgy, mint ama ragyogó képességében, hogy a néha természetünkhöz mért temperamentumos discussio netaláni éleit — valódi *charmeur* módjára tudta elsimitani, a nézeteltérések nyilvánulásai között olykor felcsapkodó hullámokat a higgadt tanácskozás csendes medrébe terelve vissza.

Készséggel meghajoltunk előtte mindnyájan, tudtuk azt, hogy intentioi nemcsak a legtisztábbak, de birálatai részrehajlatlanok és igazságosak; megbecsültük gazdag, előtérbe soha nem lépő tapasztalatát, melynek kincséből az emberiség javára bőségesen kijutott mindenkinek; de leginkább hódoltunk határtalan szivélyességének, melylyel bennünk az együttérzést, a szakma iránti szeretetet növelte és működésünket eredményessé tette. Utolsó szózatával, végső gondolataival velünk volt; nemes hagyatékban részesitett bennünket, midőn az orvosoknak szánt tankönyvének kiadásáról gondoskodott.

Tisztelt szakosztály! Nemes szelleme e megnyilatkozásában találjuk meg bánatunkra a kellő vigaszt, fájdalmunkra az enyhitő irt; ebből meríthetünk új erőt a haladás megállapodást nem ismerő ernyedetlen munkájára, igazi tudományos törekvésre. Mert csak a mi halandó volt tisztelve szeretett elnökünkben, az távozott tőlünk; egyéniségének mulhatlan nemesebb része megmaradt, mely kötelességünkké teszi példáját követni, szellemében tovább fáradozni, épiteni és gyarapitani s a hazai tudományosság fejlesztése és felvirágzására ép úgy törekedni, mint életünket munkásságunk közös megbecsülése és méltányolása közben a szenvedő emberiségnek szentelni.

---

ban megzavarjuk. Ha azután vidámabb arczczal valakit közülünk megszólításával kitüntetett, vagy talán kis tréfára érdemesített, vagy épen egy sikerült műtétünket szóvá tevén, megdicsérte, nincs olyan pávája a föld kerekének, a mely túl tett volna rajtunk. Ezek a kis siesták voltak még arra valók, hogy a megjegyzéseivel igazitson, irányitson, tudós themák felett véleményéről informáljon minket. Egyszer egy új műtét, máskor egy új könyv, ismét egy szakember vagy gyakran nem szakemberről is hallottuk epétől mindig ment, teljesen részrehajlatlan itéletét. Igy nevelnek igazán! Az iskola padjaiból kikerült fiatal fiú majdnem mindig olyan lesz, a milyen társaságba kerül. Egy tetőtől-talpig ember, egy mindig férfi példája neveli a fiatal embert. Beszivtuk, tapadtak reánk az ő idealis elvei. Tettei, gondolkodása, kivánsága, kritikája, intései, a figyelmeztetések atyai jóságba burkoltan körülfonták a hajlékony ifjú embert; követni, olyan lenni, utánozni kivántuk őt s tetteink felett a megelégedés akkor volt tökéletes, ha azt az ő arczáról olvashattuk. Akadt már olyan is közöttünk, a ki az impressiók hatása alatt mozdulataiban, beszédében akaratlanul a komikumig utánozta őtet

Családja nem volt, családjául látta a klinikáját. Tanitani szeretett és azért szerette azt, a kibe a tanulás szándékát látta. A hallgatóival udvariasan mint kisasszonyokkal bánt el. Assistens korunkban fiatalok voltunk; a fiatal ember, ha hatalomhoz jut, itt-ott visszaél vele. A ki assistens, az parancsol, a ki parancsol, hamar elbizakodik, az elbizakodott ember lenézi a többit, a kisebbel türelmetlen, ha meg fáradt, indulatos. Ilyen formán járogattunk mi is. Minden a tanulóval szemben türelmetlen panaszra az volt az ő igazságos válasza: „Ne felejtsék, barátom, hogy mi vagyunk értök és nem megfordítva.“ A kiben szorgalmat fedezett fel, azt kis figyelmekkel elhalmozta, a kiben tehetséget is látott, azt kiválasztotta, munkára buzdította. Nagy irodalmi ismerete, még nagyobb látóköre rendelkezésére volt minden tanítványának s a kis közlésektől a nagyobb szakmunkákig minden az ő kezdeményezéséből indulva az ő rostáján esett keresztül. Ő adta az anyagot, ő gyúratta össze, ő végezte rajta a kényes csiszoló munkát s a végén a tanítványai látták a hasznát. Igy azután kézzelfogható, nagyhangú, mutatós irodalmi örökséget nem hagyott hátra, mert szétosztott mindent az emberei között, ez által nevelte, oktatta, emelte azokat. És „ez“ az igazi eredmény! Nem minden szószátyár betü, nem a vaskos de tartalom nélkül való nyomtatvány, nem a statistikáért összesietett casuistica mutatja csak a tanár productióját, a tanár tanit, nevel s ha annak a nevelésnek az ország egész orvoséletében nyoma marad, ha elveit, tudását elhinti a hegyektől a tengerig, ha áldja az, a kit meggyógyitott épen úgy, mint az, a kit tanitott, az az ember megtette a kötelességét, az nem élt hiába. Van valaki ebben az országban, a ki ismerte és ne áldaná? Van valaki, a ki ne siratná **Kézmárszky** tanárt? . . . Irodalmi örökségéről beszélvén, említés nélkül nem

Ha ilyen értelemben elnökünk, szeretett mesterünk hagyatékát átvéve, lelkiismerettel őrködünk felette s szivjóságban és collegialitásban nyomdokaiban haladunk, akkor *Kézmárszky Tivadar* nem halt meg, csak elköltözött azon körből, melyet szeretetével körülfogott volt s mely ezt szivből viszonozta. Szellemének sugallata mintegy köztünk fog maradni, emléke tartós lesz, mint példaképe a lelkiismeretes orvos, kiváló tanár, szeretetreméltó kartárs, hű barát, kifogástalan hazafi és mindenekfelett nemes és tisztességes jó embernek, kiről sok jövő nemzedék őszinte megbecsülésben, bár könnyező szemekkel, de büszkeségtől duzzadt kebellel fogja elmondani:

„Férfi vala, a szó legnemesebb értelmében!“

Áldás emlékére!

Közlemény az egyetemi II. számú női klinikáról. (Igazgató Tauffer Vilmos dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A harántfekvésről.

Irta: *Zboray Béla* dr.

A II. számú női klinika szülőosztályának 1881. szeptembere, vagyis az intézet fennállásának ideje óta felgyűlt anyagát feldolgozva e közlemény keretében a klinikán ez idő alatt lefolyt harántfekvésekről óhajtunk beszámolni.

Miután a harántfekvésnél, ezen majdnem feltétlenül orvosi beavatkozást igénylő szülési rendellenességnél követendő eljárások a több százados gyakorlat alatt úgyszólván teljesen kiforrottak, jól tudjuk, hogy újat alig nyujthatunk; azért czélunk csupán az, hogy e téren elért eredményeinket, saját anyagunkból szerzett tapasztalatainkat más, hazai és külföldi szülőintézetek közölt statisztikai adataival egybevessük és abból a következtetéseket és a tanulságot levonjuk. Egyes, régebben használt és most szokásos eljárások méltatására csak annyiban fogunk kiterjeszkedni, a mennyiben azt a szűk keret határai megengedik.

Nagy jelentőségét a haránfekvés nem gyakori előfordulásának. — alig tesz ki átlag $^1/_2$ %-ot — hanem főleg annak köszönheti, hogy magára hagyva mondhatni absolut életveszélyt jelent úgy az anyára, mint a magzatra nézve, leszámitva azon ritka kivételes eseteket, a melyekről alább lesz szó.

Harántfekvés *elnevezéssel* általában a magzatnak a méhben oly módon való elhelyeződését szokás illetni, a midőn a magzat hossztengelye a méhével nem párhuzamos, hanem attól eltér, azzal kisebb-nagyobb szög alatt kereszteződik.

Ezen általános szokással ellentétben Winckel a „ferdefekvés“ elnevezést ajánlja és ezt azzal indokolja, — a miben neki különben teljesen igaza van — hogy szorosan vett, tökéletes harántfekvés, oly értelemben, hogy a méh és a magzat hossztengelyei egymást derékszög alatt szeljék, nincs, mert a magzat mindig többé-kevésbbé ferdén fekszik. A szerzők legtöbbje Winckelt ebben nem is követi és a „ferdefekvés“ elnevezést csupán azon esetek számára tartják fenn, a midőn a hossztengelytől való eltérés csupán abban nyilvánul, hogy a fej, vagy a far a bemenettől kissé oldalirányban kitért.

Mint a többi fekvéseknél, itt is czélszerünek látszott a magzat állását és tartását a rövidség okáért különbözőképen elnevezni. Általában a Hohl-féle elnevezés van elfogadva, a ki után azt a helyzetet, mikor a magzat feje az anyának bal oldalán van: I., midőn pedig jobb oldalán van: II. állásnak nevezik.

A magzat hátának az anyához való viszonyát — a tartást — ő hasonló módon nevezte el: I. ha a hát az anyának hasa, II. ha annak háta felé tekint. Hohl elnevezései nem önkényesek; ő a saját és mások tapasztalatai nyomán abból indult ki, hogy gyakrabban van a fej bal oldalon és a hát mellfelé, mint ellenkezőleg. Egymásmellé állitva a különböző szerzők ezt illető statisztikáit, könnyű lesz a következtetéseket levonni:

Schröder 2·26-szor találta a fejet jobb oldalon, a mig egyszer bal oldalon; a hátat 2·29-szer mellül, a mig egyszer hátul.

Späthnek 56 harántfekvése közül 39-szer volt a hát mellfelé, 17-szer pedig hátrafelé.

Érdekes Winckel statisztikája, a ki 894 esetet állitott össze; ezek közül a fejnek elhelyezkedése körülbelül egyformán oszlott meg az anyának mindkét oldala között, a menynyiben 446-szer volt az balra és 448-szor jobbra; a magzat háta ellenben 528 esetben tekintett előre és csak 366 esetben az anya háta felé. A részletes összeállitás következő:

fej balra 446-szor { hát mellfelé 280-szor; hát hátrafelé 166-szor.

fej jobbra 448-szor { hát mellfelé 248-szor; hát hátrafelé 200-szor.

Kézmárszky tanár az I. számú női klinikáról erre vonatkozólag szintén érdekes statisztikát közöl: 1869—72-ig 1808 szülés között 20 harántfekvés fordult elő és pedig:

a fej balra volt nyolczszor, a mikor { a hát mellfelé volt háromszor; a hát hátrafelé volt ötször

---

hagyhatom azt a kéziratot, mely hagyatékában visszamaradt. Ez a „Szülészet tankönyve“. Évek sora óta készül ez a könyv s már talán száma sincs annak, hogy hányszor volt az át és átböngészve, simitva, igazgatva, javitgatva. Alapos meggondoltság minden tettén, minden munkálkodásán. Fél évenkint részleteket olvasott föl hallgatóinak a könyvből s hosszú időn át hagyta forrni azt a munkát, míg végre elkészült vele. Nyomtatásban már nem láthatja, nem telik benne öröme.

Szivtelen ember nem lehet jó orvos. Az operateur, ki a szivére nem hallgat, visszaél a késsel s kegyetlen tud lenni. De az is igaz, hogy a ki az esze mellett a szivével is dolgozik, életében sokat szenved. Az ő jó szive nagyon sokat szenvedett. Nem egyszer láttam aggódásában vagy vesztesége fölött fájdalmában a szó szoros értelmében betegen. A rongyos koldusasszony kétes sorsa meggyötörte ép úgy, mint a dúsgazdagé. Beesett a szeme, halvány lett az arcza, megtört teste s lelke. És sohasem hallottam az ajakáról, hogy ő mentett volna meg egy életet. Komikus is az orvosember, ha ezt el tudja hinni önmagáról! Jó szive nemcsak a betegre, de a szegényre, éhesre is vetette jótékony sugarait. Példákat tudok reá. Egyet el is mondok. Csendes magába zárt természete ritkán és csak nagyon bizalmas körben nyilatkozott, jótéteményeiről annál is inkább hallgatott. A véletlen hozta úgy, hogy a példámat ő maga erősitette meg. Huszonegy évvel ezelőtt negyedéves medikusok voltunk. Egyik barátunk az önkéntes évét betöltvén nem tudta kifizetni a szabó számláját. A mesterember katona-előljáróinál feljelentéssel fenyegette; mi nem segíthetvén rajta már-már katasztrófától tartottunk. Egy reggel azonban a szabóüzlet előtt kocsi áll meg, a kiszálló ismeretlen úr elkéri, kifizeti a mintegy 200 frtnyi számlát és elviszi magával. Idők multán mi a vizsgát letevén doktorrá, magam a Mária-utczai klinikán assistenssé lettem. Egy napon olvassuk, hogy az a barátunk, kiről az előbbi mese szól, családi bajok miatt főbe lötte magát. Ekkor megszólal a mi jó öregünk: „Kár pedig érette, becsületes ember volt. Egyszer régen ismeretlen jó arczú szőke kis fiú állított be hozzám, nem tudta kifizetni a katona-szabóját, megsajnáltam, kifizettem érte és elfelejtettem. Tíz év multán a rendelésem végén egy bizalomgerjesztő szőke harminczas úr lép be utolsóul, nem ismertem meg, bemutatta magát, az én kis szőke fium volt. Abban a hitben, hogy ismét megszorult, megkérdeztem, mivel segíthetném és nagy meglepetésemre a kis ember nem kérni, hanem a tartozását leróni jött. Nem akartam ugyan, de kénytelen voltam elfogadni, mert könnyezve kért arra. Egyetlen eset az életemben. Nagyon sajnálom, becsületes volt.“

Ez a jó, ez a tudós ember, még istenfélő ember is volt. Tudásával össze tudta egyeztetni a vallásos érzését. A vallásos érzést az asszony hamváúl, a férfi himporául tartotta. Csodálatosnak mondta a tökéletes rendszereket az emberi testben és mathema-

*

a fej jobbra volt nyolczszor, a mikor { a hát mellfelé volt háromszor / a hát hátrafelé volt ötször.

Ugyanott 1874—82-ig 4491 szülés között 46 harántfekvést észleltek és pedig:

fej balra 16-szor { hát mellfelé kilenczszer / hát hátrafelé négyszer / hát ? háromszor

fej jobbra 24-szer { hát mellfelé 11-szer / hát hátrafelé 13-szor.

Ezeken kivül: jobbvállfekvés egy
balvállfekvés kettő
tökéletes harántfekvés három.

Míg tehát az első összeállításban a fej és hát elhelyezkedése teljesen egyenlően oszlik meg a két oldal között, addig a másodikban azt látjuk, hogy a fej gyakrabban volt jobbra, mint balra, ellentétben a külföldi szerzők egyrészének adataival. A hát valamivel gyakrabban van előre.

A II. számú női klinika 101 észlelt esete közül csak 46-szor volt a fej a bal és 55-ször a jobb oldalon. A hátat 57-szer találtuk mellfelé, 44-szer pedig hátrafelé.

Fej balra 46-szor { hát mellfelé 21-szer / hát hátrafelé 25-ször.

Fej jobbra 55-ször { hát mellfelé 36-szor / hát hátrafelé 19-szer.

Ha ezen statisztikákon végigtekintünk, azonnal szembetűnik, hogy mindannyian gyakrabban találták a hátat előre, mint hátrafelé: tehát erre az I. tartás elnevezés teljesen jogosult. Nem így áll a dolog azonban az állással. Míg egyesek — így Schröder — többször látják a fejet bal oldalon, addig másoknál az esetek majdnem egyenlően oszlanak meg a két oldal között, sőt úgy Winckel, mint Kézmárszky és klinikánk összeállítása a jobb oldalnak mutatja nagyobb frequentiáját. Ennélfogva az I. állás neve mind a két helyzetre egyformán alkalmas és jogos.

Winckel a harántfekvések nomenclaturájában nem használja az „állás“ és „tartás“ kifejezéseket, hanem négy osztályt különböztet meg, a melyeknek gyakoriság szerint egymásután való sorakoztatásánál a saját eredményeit vette alapul. Igy:

I. Fej balra, hát mellfelé
II. Fej jobbra, hát mellfelé
III. Fej jobbra, hát hátrafelé
IV. Fej balra, hát hátrafelé.

Azt hiszem, hogy ez a felosztás, a mint eddig nem örvend nagy elterjedettségnek, úgy ezután sem fog népszerűségre szert tenni és pedig azért nem, mert ezen egymásutánt sokkal nehezebb megjegyezni, mint a régi — Hohl-féle — elnevezéseket.

Az amerikaiak harántfekvés helyett a „vállfekvés“ nevet használják és megkülönböztetnek jobb- és balvállfekvést a szerint, hogy melyik fekszik elől; hozzáteszik azután még, hogy a hát merre tekint.

Complicált számozások és különféle felosztások helyett mindenesetre legczélszerűbb megjelölni, hogy a fej melyik oldalon van, és külön, hogy a hát merrefelé néz; ezt mindenki azonnal megérti és az olvasónak nem szükséges gondolkoznia a felett, hogy vajjon a tárgyalt harántfekvés Hohl vagy pedig Winckel szerint van-e számozva.

* * *

A harántfekvés a nem túlságos *gyakran* előforduló rendellenességek közé tartozik: Müller szerint $^1/_2$% a középszám. Schröder 178, Nägele 170, Hecker 106 rendes szülés után észleltek egyet. Beumer és Peiper jóval többet találtak: 67 után egyet; úgyszintén a dorpati klinika is: 61-re egyet.

Szászország nagy szülőintézeteiben 200,220 szülés közül 1506-szor = 133 : 1; kisebb szülőintézeteiben 20,219 szülés közül 216-szor = 93 : 1; végre az intézeteken kivül 302,075 szülés közül 2195-ször = 137 : 1 fordult elő harántfekvés.

Sokkal kevesebbet mutatnak fel az angol szerzők statisztikái: a londoni poliklinikum 48,996 szülése között csak 158 harántfekvés volt, vagyis 310-re esik egy. Clarke, Collins és Janson Genthen magángyakorlatában az arány a következő: 347 : 1; 416 : 1 és 445·5 : 1.

Klinikánkon 1881. szeptembertől 1900. végéig — több mint 19 év alatt — 10,393 szülés folyt le; ez idő alatt 101 haránt- és ferdefekvésünk volt = 102 : 1; a mi statisztikánk tehát nagyobb gyakoriságot tüntet fel, mint a német szülőintézetek adatai. Ezen 101 eset a szülőnők *életkora* szerint következőképen oszlik meg: 20 éven alul kettő; 20—30 közt 61; 30—40 közt 34; 40 éven felül négy.

A mienknél valamivel nagyobb volt a harántfekvés frequentiája Kézmárszky tanár I. számú női klinikáján; ugyanis 1869—82 végéig 7478 szülés között 84-et észleltek = 89 : 1.

Ismeretes tény, hogy multiparáknál a harántfekvés jóval gyakoribb, mint először szülőknél; a szereplő oki momentumok: lógó has, az uterus csekély tonusa stb.

Franquénak Nassauban ez irányban eszközölt vizsgálatai a következő eredményt tüntetik fel: 1282 harántfekvéses

---

tikai tökéletes építménynek a szülőcsatornát és általa-rajta a szülés mechanikáját. Az igaz elől futó elbizakodott emberi elme aberratiókra ragad s gőgjében hinni nem, csak tudni akar. Ő hitt! Igazam bizonyítására egy rövid történetet mondok még el róla. Mert valamennyire összefügg a történetemmel visszamegyek egészen a kisgyermekkoráig. Már ekkor is jó magyar volt és ezért vértanuságot szenvedett. A szabadságharczunk szomorú végnapjain muszka katonák vonultak a szülővárosába. A kis fiú családi házuk kapuja előtt állott és almát harapdált, egyik éhes muszka az alma után nyult, ő visszakapta a kezét és nagyot kiáltott, mondván, hogy: „Éljen a magyar.“ A muszka haragra lobbant, az almát is elvette, őt magát meg a korbácsával végigverte. Ez volt életének az emlékezetében megmaradt első nagyobb keserüsége. Azután felnőtt, híres nagy emberré fejlődött s életének 58-dik esztendejében tüdőgyuladásba esett; az ingadozó egészségű gyönge úr nagyon ijesztgetett minket; köhögés, köpet, lázak, bizonyos jelei a tüdőgyuladásnak, utánna javulás s az első levegőzésre ismét visszaesés, izgatott napokat szereztek nekünk. Féltünk, ápoltuk, kértük a hozzáértő embereket és Isten segítségét. Ápolói között egyik — a leggyöngédebb — ijedtében kis szentelt amulettejét ajánlta föl neki. A recidiva könnyebb természetü volt, ő meggyógyult. A másik év őszén engem Oroszországba vitt a sorsom. Moszkvában egy kis kápolnában csodatévő szentképet imádnak az emberek ezrei. Befurakodtam magam is s ott eszembe jutott az ő jóságosan, beleegyezéssel mosolygó arcza a betegségét amulettel gyógyítani akaró ápolójára. Elhoztam hát a csodaképnek egy kicsinyke zománczos másolatát s a következő új év éjfelén, a mikor nála mindig kis kedves társaság várta az újév megérkezését, első köszöntőül felküldtem a képet. Azt mondják, a kik látták, hogy végtelen nagy volt az öröme és hogy igazán örült, annak tanusága a levele, melyet másnap korán reggel kaptam tőle. Ez a kis kép selyembe foglalva függött azután az ágya fejénél. Ez a kis kép kiséri örök útjára, ezt szorongatja ma is kihült drága kezeivel. Orosz korbács után sirt először fájdalmában keservesen, orosz csoda örködik utolsó álma fölött.

Meghalt, nincs! A legnagyobb szerénységben visszavonulva ragyogott erényeivel. Mint ember, mint barát, mint férfi, mint tanár, mint magyar, mint tudós gáncstalan! Áldás míg él, pótolhatatlan veszteség, ha meghal. Vesztes a tudomány az ország, a gazdag a szegény, az idegen a barát s leginkább érezzük e veszteség súlyát mi tanítványai, a kik belőle merítettünk, a kikre tudásából, barátságából, jó lelkéből, szerető szivéből a legtöbb áldás jutott. Az ő szellemét elfeledni nem szabad, az ő gondolkodása adjon irányt továbbra is, éljen örökké közöttünk. Ápoljuk, neveljük, tartsuk fenn az ő traditióit, akkor hallani és látni fogjuk a messze távolból is az ő elégedett hangját, jóságos bólintását.

Bársony.

szülőnő között 1147 többször szülő és csak 135 primipara volt; az arány tehát = 8·5 : 1, mig Veit kimutatása szerint három, Kézmárszky szerint pedig 2·8 multiparára esik egy primipara. Megjegyzendő, hogy Franqué statisztikája klinikán kivül lefolyt, Veité és Kézmárszkyé pedig klinikai szülésekből van összeállitva.

Álljon itt a II. sz. női klinika kimutatása: 101 esetre jut 12 IP; 29 IIP és 60 többször szülő; tehát 7·4 multiparára esik 1 IP.

* * *

Mellőzve a harántfekvés *aetiologiájának* részletes tárgyalását, csupán azon nehány fontosabb oki momentumra akarunk kiterjeszkedni, a melyek a statisztika szempontjából érdekesek.

Ezek között első helyen emlitendő a szűk medencze, a melynek, mint úgyszólván minden szülési rendellenességnél, itt is nagy szerepe van. Ez, mint tudjuk, abban áll, hogy az előlfekvő résznek a bemenetbe való beilleszkedését akadályozza, az könnyen kitér; azonkivül lógó has létrejövetelére adhat alkalmat, a mi már önmaga is gyakran okoz rendellenes fekvést.

Litzmann szerint szűk medenczénél még egyszer oly gyakori a harántfekvés, mint normalisnál: amott 1·4%, mig itt csak 0·8%.

Michaëlis 776 rendes medenczéjű szülőnőnél 1·2%-ban, 73 szűk medenczésnél pedig 5·4%-ban észlelt harántfekvéseket. Ezen klinikai szülésekkel szemben magángyakorlatában a százalék jóval magasabb: 200 esete közül 15·6% harántfekvés, 71% koponyafekvés és 3·5% medenczevégű fekvés volt. Ennek oka mindenesetre abban keresendő, hogy a klinikákon sokkal több rendes szülést észlelnek, mint a magánpraxisban, a hol ezekhez orvost ritkán hivnak.

Winckel 130 harántfekvése között 32-szer volt szűk a medencze = 24·6%; más helyen 500 esete között csak 50-szer = 10%.

Simpson 44 esetet közöl, a midőn absolut medenczeszűkület miatt császármetszést végzett; ezek közül 12%-ban találta a magzatot harántfekvésben, 68%-ban koponyafekvésben és 20%-ban medenczevégű fekvésben elhelyezkedve.

Klinikánk statisztikája a következőket tünteti fel: 101 eset közül 18-szor találtuk a medenczét szűkebbnek, 83-szor normalisnak; az eredmény tehát 17·82%. Megjegyzem, hogy a szűk medenczék közé csak azokat vettük fel, a hol a fejlapon feljegyzett méretek alapján a szűkületre teljes biztossággal következtethettünk.

Nagy szerepe van a haránt- és ferdefekvések kóroktanában az ikerterhességnek. Ismeretes ugyanis, hogy ily esetekben ezen rendellenesség sokkal gyakoribb, mint egyes terhesség mellett. Előidéző ok gyanánt a megváltozott térviszonyok szerepelnek: t. i. két, vagy több magzatnál könnyebben történhetik meg, hogy valamelyiknek hossztengelye a méhétől eltér, minthogy esetleg egyik magzat megakadályozza a másiknak helyes localisatióját és az előlfekvő résznek beigazodását.

Sickel összeállitása szerint 1138 ikermagzat — 569 ikerpár — közül 51, vagyis 22 közül egy —; Winckel szerint pedig 1578 ikermagzat — 789 ikerpár — közül 106, vagyis 15·7 közül egy volt harántfekvésben. Ikerpárokra vonatkoztatva a számitást középértékben 9·3 ikerpárra, vagyis szülésre esik egy harántfekvés. Ez igen sok, ha tekintetbe vesszük azt, hogy az egyes terhességeknél csak 110—120-ra jut egy.

Ez a magas százalék főképen, sőt majdnem teljesen a második magzat rovására irandó; az első legtöbbször hosszfekvésben van.

1144 ikerpár között 121-szer volt a második magzat harántfekvésben; ugyanakkor az első 71-szer koponyafekvésben, 46-szor med. végű és csak négyszer volt harántfekvésben (Kleinwächter, Reuss, Spiegelberg).

Az I. sz. női klinika 84 harántfekvése között öt ikerszülés van felemlitve és mindig a második magzat feküdt harántul.

A mi 101 esetünk között kilencz kettős ikerpár van, a melyek közül ötször a második, háromszor az első volt harántfekvésben, egyszer pedig mindkét magzat teljesen egyforma állásban és tartásban egymás felett foglalt helyet. (6. eset.) [1]

Mint előidéző ok szerepelhet még a magzatnak túlságos nagy, valamint a rendesnél kisebb volta, kora magzatok. Macerálttaknál főleg a lazaság és hajlékonyság jő tekintetbe, mint aetiologiai momentum.

Schöller . .	201	harántfekvése	közül	20-szor
Winckel . .	883	„	„	75-ször
Braun . . .	70	„	„	7-szer
Späth . . .	176	„	„	7-szer
végre klinikánk .	101	„	„	9-szer volt a magzat macerált.

Az előlfekvő résznek beilleszkedését akadályozza, ennélfogva ugyancsak harántfekvést hozhat létre a placenta praevia; főleg persze a centralis, kevésbbé a lateralis és a marginalis.

Simpson	366 esete	közül	15-ször	
Schöller	201	„	„	16-szor
Winckel	219	„	„	18-szor volt a harántfekvés előlfekvő lepénynyel complicálva.

Klinikánk anyagában ugyanez a dolog nyolczszor fordult elő és pedig egy centralis (80. eset); három marginalis (44., 59. és 65. eset); és négy lateralis (21., 45., 73. és 89. eset).

Harántfekvést okozhatnak még egyéb rendellenességek is és pedig a magzat részéről: monstrum, hernia umbilicalis, tumorok, ascites, hydramnios, a köldökzsinór túlságos rövidsége; a méh részéről myomák, avagy más tumorok, továbbá előrement ventrofixatio. Miländer Dorpatban két oly harántfekvést észlelt, a hol csakis ez lehetett az előidéző ok; az uterusnak ugyanis sagittalis irányban való felemelkedése akadályozva lévén, inkább két oldalt terjeszkedett ki és a magzat is ennek megfelelőleg helyezkedett el. A II. számú női klinikán ezen okok közül csupán hydramnios fordult elő egyszer; álló burkon át koponyafekvést kórismeztünk és a tágulás további folyamata alatt tért ki a fej oldalt és fejlődött ki a typusos harántfekvés (54. eset).

Több eset van az irodalomban feljegyezve, midőn egyes nők több, sőt némelyek majdnem valamennyi magzatukat haránt- vagy ferdefekvésben viselik ki a terhesség végéig. Igy Winckel említi, hogy nagyatyjának volt egy szülőnője, a ki ötször egymásután rendesen és könnyen szült, azután három izben egymásután magzata harántul feküdt.

Hasonló a sorsa *Charles Hildreth* szülőnőjének, a kinek első, rendes szülése után négy egymásután következő terhessége és szülése alatt harántfekvést észlelt.

Még érdekesebb esetet közöl idősb Meissner, t. i. egy nőnek az első szülése rendes volt, azután pedig tizenegy egymásután következő partusa alatt mindig hibás fekvés miatt fordítást állott ki.

Winckel 100 közölt esete között három van olyan, a kinél másodizben volt harántfekvés.

A mi statisztikánkban 101 eset között hat olyan van feljegyezve, a kinél a harántfekvés nem először fordult elő és pedig két negyedszer, egy harmadszor és egy tizedszer szülő, a kiknél csak kétszer, egy tizenegyedszer szülő, a kinél ötször, végre egy tizedszer szülő, a kinél nyolczszor volt a magzat harántfekvésben. Ezen utóbbi eset főleg azért érdekes, mert harántfekvéses szüléseinek legtöbbje a klinikán, közvetlen észlelésünk alatt folyt le, mig az előbbiekéi nem; ezért azt hiszem, nem lesz érdektelen, ha kissé részletesen irom le a dolgot.

A nőnek medenczéje szűk és pedig egyszerűen lapos medencze a következő méretekkel: Sp. = 27; Cr. = 28·5; C. e. 17·5; C. d. 10 cm.

Először 20 éves korában szült és pedig rendes kpf.-ben élő magzatot; második szülése egy év mulva, 21 éves korában volt, akkor is hossz-, azonban lábfekvés; a magzat halott volt, a minek okát adni nem tudja. Harmadik szülésénél kezdődik a harántfekvések sorozata: úgy ekkor, mint negyedik,

[1] Az egyes (számozott) esetekre történő hivatkozás az esetek táblázatos összeállitására vonatkozik, a melyet azonban helyszűke miatt itt nem közölhettünk.

ugyancsak harántfekvéses szülése alkalmával halott magzatot hozott a világra. Mindezek az intézeten kivül, állitólag orvosi segélylyel mentek végbe.

Észlelésünk alá az ötödik alkalommal került, ugyancsak harántfekvéssel, a midőn lábrafordítás és extractio útján élő magzatot nyertünk; a kihúzás elég könnyen ment. (32. eset.) Hatodik szülése a klinikán teljesen hasonmása volt az előbbinek. (46. eset.) — Hetedik esetben először fejre fordítottunk külső fogásokkal a belső kéz ellenőrzése mellett, bizva abban, hogy az előbb észlelt süléseinél az utoljára jövő fej a medenczén minden nehézség nélkül haladt át; minthogy azonban a fej nem tudott beilleszkedni, lábrafordítottuk és kihúztuk az élő magzatot. (57. eset.) — Nyolczadszor ugyancsak a klinikán szült, de lábfekvésben. — Kilenczedik, azaz ötödik klinikai szülésekor úgy jártunk el, mint a hetediknél; minthogy azonban burokrepesztés alkalmával a köldökzsinór nagy része előesett, kénytelenek voltunk azonnal lábrafordítani belső műfogásokkal; a magzat élő. (79. eset.)

Utoljára, tizedszer, vagyis hatodszor a klinikán 1899-ben szült 38 éves korában; eljárás hasonló az előbbihez: belső fordítás, extractio: élő magzat. (91. eset.)

Érdekes, hogy a négy észlelt harántfekvéses szülés közül a három első esetben a magzat elhelyezkedése teljesen egyforma volt: fej balra, hát előre és felfelé; csak legutolszor találtuk a fejet a jobb oldalon.

Azt hiszem, hogy az ilyen egyes egyéneknél úgyszólván habitualisan előforduló harántfekvések létrejövetelének magyarázatára nem kell semmiféle különös, máskor fel nem lelhető aetiologiai momentumok után kutatnunk. A dolog véleményem szerint így van: ily esetekben az első egy-két terhesség és szülés alatt rendesen hosszfekvés van jelen; mert, bár, mint esetünkben is, a harántfekvések egyik főokozója, t. i. a szűk medencze már akkor is megvan, de a méh tonusa még jó, és a mi a fő, a hasfalak nem petyhüdtek. Hovatovább azonban mindjobban kifejlődik a lógó has és most már két oki tényező jelenlétében mi sem gátolja a harántfekvések létrejöttét és azoknak ismétlődését.

* * *

Harántfekvésből *spontán szülés*, mint tudjuk, csak kivételes esetekben történhetik. Ezek: 1. a medenczebemenet felett való spontán fordulás; 2. a spontan evolutio és 3. a kétrét hajlott törzszsel való születés.

Spontán fordulás alatt a fekvésnek azon corrigálódását értjük, midőn a ferdén, esetleg harántul fekvő magzat a szülés alatt és kizárólag a méh contractióinak hatása alatt hosszfekvést vesz fel. Azért hangsúlyoztam e két feltételt, a melyek jellemzők, mert össze nem szabad tévesztenünk ezen fordulást egy másikkal, a mely aránytalanul gyakoribb. Sokszor tapasztaljuk ugyanis, hogy a terhesség alatt, különösen ismételten terheseknél a magzat a méhben harántul vagy ferdén fekszik; ezen helyzet azonban még a terhesség alatt corrigálódik, de nem a méhösszehúzódások, hanem a magzat mozgásai és egyes testrészeinek túlsúlya folytán.

Magától értetődik, hogy a szülés alatti spontán fordulás legtöbbször, sőt majdnem kizárólag nem teljesen haránt-, hanem az ú. n. ferdefekvéseknél szokott előfordulni. Ilyenkor azután vagy a fej, vagy pedig a far jut a bemenet fölé, a szerint, hogy melyik volt oda közelebb.

Spöndly még tovább megy: ő a partialis spontán fordulás egy alosztályának tekinti és „spontán beigazodás"-nak nevezi azon eseteket, a midőn tulajdonképen hosszfekvés volt jelen, de a fej vagy a far kissé ki volt térve oldalt, nem a csípőtányérra, hanem csak annyira, hogy egy negyedfordulattal beigazodhatott.

A partialis spontán fordulás superlativusa gyanánt tekinthető a totalis, a midőn a magzat egyik hosszfekvésből a másikba fordul meg majdnem 180° szög alatt.

Hausmann 45 részleges és 14 teljes spontán fordulást észlelt, mely utóbbiak közül a magzat eredetileg 11-szer kpf.-ben, kétszer lábfekvésben, egyszer pedig arczfekvésben volt. Megjegyzendő, hogy mig a partialis fordulások eseteiben a medencze mindig rendes volt, addig a totalisok közül négyszer mutatott erős szűkületet.

Teljes fordulás természetesen csak álló burok — és a magzatnak jó mozgathatósága mellett képzelhető; a részlegeseknél ez, úgy látszik, nem szükséges. Erre enged legalább következtetni Hausmann statisztikája, a kinek emlitett 45 részleges fordulása közül 38, tehát a túlnyomó rész, burokrepedés után ment végbe. Arneth 6608 szülést észlelt, melyek között egyszer, Chiari, Braun 7835 szülés között kétszer, végre Kézmárszky 7478 szülése között ötször, összesen tehát 34,444 között kilenczszer láttak spontán fordulást. Ezen az alapon számítva, ha, mint feljebb láttuk, körülbelül 170 szülésre jut egy harántfekvés: felvehetjük, hogy átlag 22·4 harántfekvésre esik egy spontán fordulás.

A szerzők egynémelyike még a spontán evolutióknak egy részét is ide tartozandónak véli; azon eseteket t. i. a midőn a farnak a beékelt váll mellett való lenyomulása nem a kimenetben, hanem még az üregben történik meg. Azt hisszük, hogy ez egészen felesleges szőrszálhasogatás; hiszen az egész kis medencze oly alacsony, a kimenet pedig csak egy sík, úgy hogy azt megitélni, vajjon a folyamat egyik esetben néhány centimeterrel magasabban megy-e végbe, mint a másikban, — igazán alig lehetséges.

Ámbár spontán evolutioval, még inkább conduplicato corpore való szülés csak kicsi és hajlékony, tehát kora, igen gyengén fejlett vagy macerált magzatnál lehetséges, mégis Simon észleleteiben 13% ily módon élve szülöttet találunk feljegyezve; közülök 10% életben is maradt.

Winckel 332 harántfekvéses magzata közül 28, tehát 8·5%, az I. számú női klinikán pedig 84 közül 12, vagyis 14·2% született így spontán, beleszámitva a halott magzatokat is.

A kétrét hajlott törzszsel való születés még ritkább. Simon négyszer, Kézmárszky háromszor, Winckel pedig csak egyszer látta.

Klinikánk feldolgozott anyagában eddig conduplicato corpore szülés nem, spontán evolutio ellenben két izben fordult elő; a magzatok mindkétszer koraiak és maceráltak voltak. (96. és 100. eset.)

* * *

A harántfekvések *therapiájában* a legnagyobb teret a fordítások — és pedig főleg a lábrafordítás — foglalják el. Sajátságos, hogy, mig mai nap a fejrefordítás műtétele csak ritkán kerül szóba és fordítás alatt inkább csak a lábrafordítást értjük: mégis a szülészet történetében amannak sokkal hamarább találjuk nyomait. Ugyanis Kr. e. Hyppokrates és követői, a kik csupán a kpf.-t tartották a magzat egyedüli rendes helyzetének, kiterjedten végezték e műtétet nemcsak haránt, hanem medenczevégű fekvések eseteiben is.

A lábrafordítás — és kihúzásnak első nyomait a Kr utáni első évtizedekben Celsusnál találjuk meg; mig ő azonban csak halott magzatoknál végezte e műtevést, utódai és tanitványai: Soranus, majd Moschion és Aëtius már az élő magzatokat is megfordították. Az ő haláluk után e műtétel újolag a feledés homályába merült és csak a XVI. században kezdett ismét elterjedni Ambroise Paré közlései nyomán, a ki ismét leirta, tanitotta és technikáját részletesen ismertette. A lábrafordítás technikájának kidolgozásában igen sokat köszönhet a tudomány Ossiandernek is.

Mellőzzük e műtétel technikájának részletes leirását, szabad legyen mindazáltal a különböző országokban divó és egymástól eltérő eljárásokat nagyjából összehasonlítanunk és méltatnunk.

Azt mondhatjuk, hogy majdnem mindig megcsinálhatjuk a fordítást a szülőnőnek hanyattfekvése mellett; oldalfektetésre csak azon ritka esetekben lehet szükség, a midőn semmiképen sem vagyunk képesek a lábakat elérni. Az angolok ettől eltérőleg, mint majdnem minden szülészeti és sok gynaekologiai műtétnél, úgy itt is előszeretettel használják a Sims-féle baloldalfekvést; a műtő mindig jobb kezét vezeti be.

A francziák azon, a németeknél általánosan elterjedt sza-

bályt, hogy t. i. mindig a lábaknak megfelelő kézzel kell behatolni, csupán a dorsoposterior harántfekvéseknél alkalmazzák; ha pedig a hát mellfelé van, akkor a fejnek megfelelő, illetőleg az elölfekvő vállal egynevű kézzel hatolnak be. Bár helyesebb mindig a lábaknak megfelelő kézzel operálni, mindazonáltal egyes esetekben a másik kéz sem fog túlságos nehézséget okozni; azonban, ha a viszonyok akármi oknál fogva nehezebbek, mindenesetre nagy könnyebbséget szerez magának a műtő, ha az általánosan elfogadott — klinikánkon is szokásos — szabályokhoz alkalmazkodik.

Összesen 87 lábrafordítást végeztünk; ezek közül a lábaknak megfelelő kézzel operáltunk 72-szer, a fejnek megfelelővel 15-ször. Az alábbiakban adom indokolását annak, hogy miért tértünk igy el a szabálytól. Tehát: négy esetben előbb megkiséreltük lege artis eljárni és csak, miután meggyőződtünk arról, hogy igy nem vagyunk képesek a lábakat elérni, végeztük a műtétet a fejnek megfelelő kézzel.

Hét esetben vizsgálat közben állott be a szükségessége annak, hogy a fordítást mielőbb végrehajtsuk (köldökzsinórelőesés burokrepedés közben stb.) és nem tartottuk helyesnek a kézcserét, a mely csak időveszteséggel járt volna. Négy esetben végre a lábak oly közel és oly könnyen elérhetők voltak, hogy a műtét könnyű véghezvitele érdekében teljesen mindegy volt, akármelyik kezét használta is volna a műtő. Megemlitem még, hogy háromszor fordítottunk mind a két lábra, 84-szer egy lábra, a melyek közül azonban három esetben szükséges volt később a másik lábat is lehozni.

Csak teljesség kedveért emlitem fel, hogy 1896-ban Mensinga a következőt ajánlotta: végezzük a fordítást mindig narcosis nélkül a szülőnőnek hasonfekvő helyzetében, mert ezáltal a medenczekimenet feljebb néz, a műtő keze állandóan pronatioban lévén, könnyebb a tapintás; továbbá, mert az uterus lejebb nyomatván, a hüvely is rövidebb lesz és minden jóval közelebb esik, mint hanyattfekvésben.

Melyik lábat hozzuk le? Abban a szerzők mindnyájan egyetértenek, hogy ha a magzat háta mellfelé tekint, akkor az alsó lábat kell lehozni, a melynek megfelelő farpofa fog legrövidebb úton a symphysis alá jutni és a magzat nem végez túlforgást.

A mi a dorsoposterior fekvéseket illeti, itt már elágaznak a vélemények. A szülészek legnagyobb része azt tartja, hogy czélszerűbb a felső lábat lehozni, mert annak útja lesz legrövidebb a symphysisig; ezt tartjuk mi is. Egyesek azonban, mint Simpson és Kristeller, azt tapasztalták, hogy ilyenkor a lábak kereszteződhetnek, a mi a műtétet megnehezíti. Ezt mi sohasem láttuk.

Nagel szerint is jobb a felső lábat levezetni, azonban az sem baj, ha a másikat hoztuk le, mivel daczára annak, hogy ez hátra, a csipőkeresztvájulatba jut, ott nem marad soha, hanem a szülés további folyamata alatt a hát a promontorium előtt elvonul, a magzat hossztengelye körül forgást végez és a láb előre, a symphysis alá kerül.

Ezen mechanismus a következőkben leli magyarázatát: az elölhaladó, legmélyebben fekvő magzatrész, vagyis itt a lehozott és kinyujtott láb és a neki megfelelő farrész a contractiók nyomása alatt oda tereltetik, a hol legtöbb a hely és legkevesebb az ellenállás, tehát az illető oldali csipőkeresztvájulatba; de a mint a szülés halad és a magzat lejebb nyomul, a másik felcsapott láb a medencze mellső falán ellenállásra találván, szintén a locus minoris resistentiae felé törekszik, miáltal a hátsó láb mellfelé kerül.

Ezt a mechanismust — a mely szerinte kivétel nélkül, minden ily esetben bekövetkezik — Nagel a Gusserow berlini poliklinikumán 48 esetben észlelte.

Mint előbb emlitettem, a II. számú női klinika is azon, majdnem általános szabálynak hódol, hogy — hacsak lehet — dorsoposterior harántfekvéseknél a felső —, dorsoanterior eseteknél pedig az alsó lábat kell lehozni. Ezen elv értelmében jártunk el 65 esetben, 17-szer azonban eltértünk tőle és pedig ez utóbbiak következőképen oszlanak meg: dorsoposterior kilencz (27, 37, 42, 45, 72, 73, 78, 85, 89); dorsoanterior nyolcz (6, 10, 17, 47, 51, 53, 56, 75). Hogy előbb a dorsoanterior esetekről szóljunk, ezek közül két izben (47. és 56.) előbb az alsó lábat ragadtuk meg, de minthogy a magzat a maceratio előrehaladt stadiumában volt, a láb kiszakadt és igy kénytelenek voltunk a felső lábnál fogva fordítani. Marad tehát hat eset, midőn a műtő nem azt a lábat hozta le, a melyiket kellett volna.

A dorsoposterior esetek közül egyszer (42.) helyszűke miatt nem tudtuk a helyes lábat elérni és azért tértünk el a szabálytól. A többi nyolcz esetben az eljárásnak egyéb indokolását nem adhatjuk, mint azt, hogy a klinikai anyag tanitás czéljaira is szolgálván, a műtéteket kezdők végezték, a kiknek még nem volt meg a kellő gyakorlatuk a helyes láb felkeresésére.

A mi *a lábrafordítás idejének megválasztását* illeti, arra nézve Winter azt ajánlja, hogy lehetőleg várjunk a műtéttel addig, mig a méhszáj annyira kitágul, hogy az extractiót, a mit ő a fordítás után azonnal megcsinál, cervix repedés veszélye nélkül végrehajthatjuk. Elve helyességének támogatására felhozza, hogy ő 238-szor fordított és utána azonnal extrahált eltünt méhszáj mellett: a magzatok mortalitási százaléka csak 2·5% volt; holott, ha idő előtt fordítunk és a kihúzással késlekedünk, a mortalitás sokkal nagyobb lesz.

Kehrer szerint a fordítás után, ha a magzat él, várnunk kell 1—2 perczig, a mig a méh összehúzódik és a magzat természetes állását ismét felveszi, de azután okvetlenül fejezzük be a szülést.

A II. sz. női klinika e dologra vonatkozó felfogásának megvilágitására előre bocsátom a statisztikát, a melyből azután levonhatjuk a következtetéseket. Az imént már emlitettem, hogy 87 esetben fordítottunk lábra és pedig 79-szer belső, nyolczszor pedig combinált műfogásokkal. Kihúztuk a magzatot a fordítás után azonnal 78-szor, spontan szülésre biztuk a dolgot kilenczszer; ez utóbbiak közül öt esik a belső, négy pedig a Braxton-Hicks szerint megfordított magzatokra.

A méhszáj tágassága szerint fordításaink és extractióink következőképen oszlanak meg:

Fordítás történt:

eltünt, vagy tünőfélben levő méhszáj mellett	52-szer	belső fogásokkal	51
		combin. fogásokkal	1
4 ujjnyi méhszáj mellett	12-szer	belső fogásokkal	11
		combin. fogásokkal	1
3 ujjnyi méhszáj mellett	16-szor	belső fogásokkal	15
		combin. fogásokkal	1
2 ujjnyi méhszáj mellett	7-szer	belső fogásokkal	2
		combin. fogásokkal	5

Kihúzás történt:

eltünt, vagy tünőfélben levő méhszáj mellett	51-szer	belső fogásokkal való fordítás után	50
		combin. fordítás után	1
4 ujjnyi méhszáj mellett	11-szer	belső fogásokkal való fordítás után	10
		combin. fordítás után	1
3 ujjnyi méhszáj mellett	13-szor	belső fogásokkal való fordítás után	12
		combin. fordítás után	1
2 ujjnyi méhszáj mellett	3-szor	belső fogásokkal való fordítás után	2
		combin. fordítás után	1

E táblázatokból világosan kitünik, hogy fordításaink túlnyomó nagy részét mi is annyira tág méhszáj mellett végeztük, hogy az utána következő extractio a cervixet egyáltalában nem, vagy csak igen ritkán veszélyeztette.

Cervix repedést mindössze nyolcz extractio után láttunk és pedig:

tünőfélben lévő méhszáj melletti kihúzásnál 1-et
négy ujjnyi „ „ „ 3-at
három „ „ „ „ 2-őt
végül két „ „ „ „ 2-őt

**

Ezeken kivül egyszer, midőn bőven három ujjnyi méhszáj mellett fordítottunk, már a behatoló kéz repesztette be a cervixet. Ezt a fordítást azonban spontán szülés követte (98. eset.)

Lássuk már most, hogy *milyen eredményt* mutathatunk fel lábrafordításaink után a magzatokat illetőleg?

87 lábrafordítás közül 13 esetben volt a magzat már a műtét előtt is halva — legtöbbször macerált — marad tehát 74; ezek közül a műtét alatt elhalt 19; az összmortalitás tehát 25·6%.

Talán nem lesz érdektelen kutatni azt, hogy mi okozta fordításainknál a magzatok halálát? Szerepelhetett itt több tényező; vegyük először vizsgálat alá a legfontosabbat; keressük, hogy az egyes esetekben a burokrepedés után mennyi idő mulva fordítottunk, mert ismeretes, hogy mily nagy fontosságú a magzat életére az, hogy vajjon a műtét sok magzatviz mellett, tehát könnyen és gyorsan, vagy pedig akkor történik-e, midőn már a magzatviz nagyrésze elfolyt és a méh a magzatra reáhúzódott. Ha 74, élő magzat mellett végzett lábrafordításunkat ez irányban átvizsgáljuk, akkor a következőket fogjuk találni:

		Élő magzat	Halott magzat	A halál oka	
				kevés magzatviz, illetőleg régen történt burokrepedés	egyéb körülmény
A fordítás álló burok mellett történt ...	22	17	5	—	5
A fordítás a burokrepedés után egy órán belül történt	12	10	2	—	2
A burokrepedés és fordítás közt eltelt idő 1—2 óra	7	5	2	2	—
A burokrepedés és fordítás közt eltelt idő 2—3 óra	1	1	—	—	—
A burokrepedés és fordítás közt eltelt idő 3—4 óra... ...	3	3	—	—	—
A burokrepedés és fordítás közt eltelt idő 4—5 óra... ...	1	—	1	—	1
A burokrepedés és fordítás közt eltelt idő 5—6 óra... ...	2	1	1	1	—
A burokrepedés és fordítás közt eltelt idő 6 óránál több	14	8	6	4	2
A burokrepedés és fordítás közt eltelt idő több óra... ...	6	5	1	1	—
A burokrepedés és fordítás közt eltelt idő ?	6	5	1	—	1
	74	55	19	8	11

Kitünik tehát e táblázatból, hogy a magzat halálát nyolczszor okozta az, hogy a magzatviz a fordítás előtt már nagyrészben elfolyt, 11 esetben pedig az ok más körülményekben rejlett. Látjuk továbbá azt is, hogy ha a fordítást álló burok mellett, vagy legalább 1—2 órán belül végeztük, aránytalanul több élő magzatot nyertünk, mint mikor a műtét késett; ha mégis haltak el ily korai fordítások mellett is magzatok, azok halálának oka más körülményekben keresendő.

Ha összehasonlitjuk azon eseteket, midőn kihúzás útján fejeztük be a szülést, azokkal, a melyeknél az spontán folyt le: azt látjuk, hogy míg a kihuzás után a mortalitás csak 20·5%, addig a spontán megszületett hét magzat közül négy volt halott = 57·1%. Ha a két maceráltat is ideszámitjuk, akkor a mortalitás 66·6%. Ez a nagy különbség a következőkben leli magyarázatát: három esetben a magzat halálát korai lepényleválás, három esetben placenta praevia okozta és mi a magzatokat, minthogy a szűk, két, illetőleg három ujjnyi méhszájakon át extrahálni nem akartuk, tudatosan voltunk kénytelenek a veszélynek kitenni, hogy az amúgy is nagyon anaemiás anyákat megmenthessük. Itt tehát a mortalitási különbségekből következtetéseket levonni nem volna helyén.

Hasonlitsuk össze már most nem a kihúzásokat a spontán szülésekkel, hanem a különböző tágasságú méhszájak mellett történt extractiók eredményeit: 44 eltünt, illetőleg tünőfélben levő méhszájon át kihúzott magzat közül 8 már előbb is halott volt, marad tehát 36; ezek közül élve született 28, halva pedig nyolcz; a mortalitás ennélfogva 22·2%.

Szükebb méhszáj mellett végzett kihúzások.

2 ujjnyi méhszáj			3 ujjnyi méhszáj			4 ujjnyi méhszáj		
élő	műtét alatt elhalt	már előbb is halott volt	élő	műtét alatt elhalt	már előbb is halott volt	élő	műtét alatt elhalt	már előbb is halott volt
3	—	—	11	1	1	8	3	—

Ellenben:

Mindössze tehát négy, a kihúzás alatt elhalt magzatunk van: a mortalitás = 14·8%.

Az elért eredmények közti különbségből természetesen nem akarjuk azt a tanulságot levonni, hogy helyesebb szűk méhszáj mellett extrahálni; csak azt látjuk, hogy a méhszájnak ily különböző tágasságai legalább feltünően nem befolyásolják a magzatok mortalitását, mert az elhalt magzatok halálának oka egyszer sem a szűk méhszáj, hanem egy esetben a régen történt burokrepedés (9. eset), egy esetben a karok felcsapódása (37. eset), kétszer pedig placenta praevia volt. (44. és 65. eset.)

Hiányos volna közleményünknek e fejezete, ha be nem számolnánk azzal, hogy vajjon a szükebb medenczék okoztak-e nehézségeket a lábrafordítást és kihúzást illetőleg; ha igen, minők voltak azok? továbbá, hogy a szűk medenczék mennyiben befolyásolták a magzatok halandóságát?

Talán legczélszerübb lesz, ha erre vonatkozó eseteinket a könnyebb áttekinthetőség szempontjából táblázatba foglaljuk össze:

Folyó szám	Medencze-méretek	A medencze minősége	A lábrafordítás és kihúzás menete
30.	26—27—17·5 C. d. 10 cm.	Egyszerűen lapos med.	A fordítást illetőleg nem volt nehézség, csupán a fej jött kissé nehezen át a bemeneten. é. é. l.
32.	27—28·5—17·5 C. d. 10 cm.	"	Semmi nehézség. Fejkerület 34 cm. é. é. f.
35.	23—25—16·5 C. d. 9·25 cm.	Egyaránt szűk lapos medencze	A fordítást illetőleg semmi nehézség; kora és kicsi volt a magzat. h. k. f. A halál oka extractio közben a karfelcsapódás.
38.	20—25—18·5	Egyaránt szűk med.	Semmi nehézség. é. é. l.
46.	27—28·5—17·5 C. d. 10 cm.	Egyszerűen lapos med.	Semmi nehézség. Fejkerület 33·5 cm. é. é. l. Azonos a 32. esettel.
48.	23—24·5—16	Egyaránt szűk med.	A fordítást illetőleg semmi nehézség, csupán a fej jött nehezen át a bemeneten. é. é. l.
57.	27—28·5—17·5 C. d. 10 cm.	Egyszerűen lapos med.	Azonos a 32. és 46. esettel. A fordítást illetőleg nem volt nehézség, azonban mivelhogy a magzat nagyobb volt, mint az előbbi esetekben és a fejet, bár harántul álló nyilvarrattal, de deflexioban hoztuk át a bemeneten, kissé nehezebben ment. é. é. l. Fejkerület 35 cm. Biparietal: 9·25; bitemp: 8 cm. A conj. verát 8·2 cm.-re tehetjük.
68.	24·5—26—18 C. d. 10·5 cm. C. v. 9 cm. oldalfalak könnyen elérhetők	Egyaránt szűk med.	Semmi nehézség. Macerált magzat.

Folyó szám	Medenczeméretek	A medencze minősége	A lábrafordítás és kihúzás menete
79.	27—28·5—17·5 C. d. 10 cm.	Egyszerűen lapos med.	Azonos a 32., 46. és 57. esettel. A fordítást illetőleg nem volt nehézség; a fej is elég könnyen jött át a bemeneten. é. é. l. fejker.: 33 cm.
89.	25—28—17 C. d. 10 cm.	„	Semmi nehézség. Spontán szülés. h. é. l. A halál oka plac. praevia.
90.	25—26·5—15·5 C. d. 10·5 cm.	„	A fordítást illetőleg semmi nehézség, csak a fej jött kissé nehezen át a bemeneten. é. k. f.
91.	27—28·5—17·5 C. d. 10 cm.	„	Azonos a 32., 46., 57. és 79. esetttel. Semmi nehézség, mert a magzat kicsi volt, fejker. csak 31 cm.
94.	23—25—17·75 C. d. 11 cm.	Egyaránt szűk med.	Semmi nehézség; kis ikermagzatok. é. é. f. mindakettő.
98.	28·25—29·5—17 C. d. 10 cm.	Egyszerűen lapos med.	Semmi nehézség, mert a magzat korai és macerált.

Láthatjuk tehát, hogy eseteinkben a medenczének szükebb volta a fordítást egyszer sem nehezitette meg, a kihúzást is csak nehányszor. A magzatok életviszonyai szintén nem lettek általuk károsan befolyásolva, a mennyiben a 14 eset közül 10-szer született a magzat élve és asphyxia nélkül, kétszer volt macerált és kétszer halt el a szülés alatt, azonban a halált itt sem a szűk medencze okozta, hanem egyik esetben plac. praevia, a másik pedig karfelcsapódás.

* * *

Élénk ellentétben áll az imént tárgyalt műtétel gyakoriságával a *fejrefordításé*, a melyet azért végzünk oly ritkán, mivel annak első feltétele az indicatióit oly nagyon megszorítja. Még leginkább a külső fordítás szokott előfordulni álló burok és a magzatnak jó mozgathatósága mellett; belső, vagy combinált műfogásokat azért nem igen szokás használni, mert ha már behatolunk kézzel a méh üregébe, inkább egy lábat hozunk be, a mi által a szülés további lefolyását biztosithatjuk, mint sem ily problematikus értékű operatiót végezzünk.

Daczára ennek, a különböző szerzőknél e műtétnek többféle módszereit találjuk leirva. Igy:

a) Basch szerint: a melyik oldalra a fej ki van térve, az ellenkező oldali kézzel kell behatolni, a fejet megragadni és lehozni, mialatt külső kezünk a fundust dörzsöli.

b) D'Outrepont a hasonnevű, tehát a fejjel ellenkező oldali kézzel halad be, az előlfekvő vállat megragadja és az ellenkező oldal felé tolja el, mint a melyre a fej ki volt térve; igy azt közvetve hozza a bemenet fölé.

c) Braun módszere ettől abban különbözik, hogy miután a fejnek megfelelő kézzel behaladva a vállat az ellenkező oldal felé elmozgattuk, magát a fejet ragadjuk meg és vezetjük a bemenet fölé. A fej fixálására ő burokrepesztést, Barnes fogót ajánl.

A berni klinika 144 fordítása között 66 külső műfogásokkal való fejrefordítás volt; 36 esetben volt a műtétnek végleges sikere. Az anya egyszer sem halt el, a magzat csak kétszer. Anna Aronowitsch, aki ezeket közli, mindenesetre narcosist, a fej rögzitésére pedig bandageot ajánl. A belső, illetőleg kombinált műfogásokat bizonytalanságok és veszélyességük miatt elvetendőknek tartja.

Franqué összeállitása szerint a fejrefordítás 7280 szülés között csak egyszer fordult elő.

Az I. sz. női klinika statisztikájában 1869—1882-ig 3 sikeres és pedig 1 belső és 2 külső műfogásokkal végzett fejrefordítás van feljegyezve.

A II. sz. női klinikán eddig mindössze 8-szor végezték és pedig 3-szor végleges sikerrel, úgymint: 1. egy ikermagzatnál azonnal az első magzatnak koponyafekvésben való spontan megszületése után — külső fogásokkal; minthogy a szülést siettetni nem akarták, burkot csak $16^1/_2$ órai várakozás után repesztettek, midőn 20 percz mulva megszületett az élő magzat (43. eset).

2. Egy IIIP-nál ugyancsak külsőleg; 2 óra mulva 3 ujjnyi méhszáj mellett megrepesztették a burkot és további 4, tehát a műtéttől számitva 6 óra mulva spontan megszületett az élő magzat (22. eset).

3. Előbb külső, majd sikertelensége után kombinált műfogásokkal történt fejrefordítás egy 8 hónapos magzatnál; a burok közvetlen a műtét előtt vizsgálat közben repedt meg. Spontan szülés 4 órával a fordítás után: élő magzat (33. eset).

Ezeken kivül még 5 esetben fordítottunk fejre, azonban mind az ötször kénytelenek voltunk a szülést lábrafordítás útján befejezni részben azért, mert a fej nem tudott beilleszkedni (24. és 57. eset), részben pedig azért, mivel burokrepesztéskor vagy a köldökzsinór (66. és 79. eset), vagy végtagok (61. eset) előestek.

* * *

A daraboló műtétek már a legrégibb időben szokásosak voltak. Hyppokrates és tanitványai is ismerték és annál gyakrabban végezték ezeket, mivel, mint már emlitettem, akkor még csak a fejrefordítás volt ismeretes, a lábrafordítás nem. Daczára annak, hogy ez utóbbinak Ambroise Paré idejében való elterjedésével e műtétek népszerűségükből sokat veszitettek, mégis egyesek gyakran végezték őket, sőt olyannyira visszaéltek velük, miszerint ez Osiandert és Steint arra indította, hogy e műtéteket tisztességes szülészekhez méltatlanoknak nyilvánitsák. Ily módon az orvosok egyik túlzásból a másikba estek és, ha az előbbi áramlat a magzatoknak, az utóbbi bizonyára az anyáknak mortalitását emelte. Hála Michaëlisnek, a ki erre figyelmeztetett, ma már ezen is túl vagyunk és minden jó szülész bizonyára tudni fogja megitélni, hogy mikor végezhet még fordítást a nélkül, hogy az anyát a méhrepedés veszélyének tenné ki; viszont ellenkező esetben habozás nélkül meg fogja csinálni az embryotomiát.

Úgy a decapitatiohoz, mint az exenteratiohoz már a legrégibb időktől kezdve napjainkig különféle eszközök voltak és vannak forgalomban. Hyppokratesnél a „μαχαιρίον“ nevű kést és a „ἴλκυστηρ“ nevű horgot találjuk feljegyezve. Lugosi Fodor András könyvében a „Szülést segitő tudomány“-ban Paré, Peu, Clarke vágó horgai, Röderer, Hark gyűrűs kései vannak leirva és részben le is rajzolva.

Általában régebben előszeretettel használták e műtétekhez a sarlóalakú, homorú élű késeket. Bár ezek czélszerűtlenségük és veszedelmes voltuk miatt ma már jóformán teljesen kimentek a használatból, mégis némelyek ismét kezdik őket alkalmazni; igy Küstner 1880-ban egy sarlóalakú kést ajánl.

A modern műszerek egyik főcsoportját a tompa végű horgok, a másodikat az ollók, a harmadikat pedig az écraseurök különféle fajtái képezik.

A tompa végű ollónak e czélra való használata egészen modern dolog; a régi szülészeti tankönyvekben sehol sem akadunk nyomára. Először Smellie hozta javaslatba, Kézmárszky medenczehajlást adott neki, Siebold pedig lapjára hajlitotta.

A szintén modern sodrony écraseurnek a szülészetben való használata Kézmárszky nevéhez fűződik. Többen lánczfűrészt használnak, Tarnier pedig ugyane czélra Belloque-féle cső segélyével ostorzsinórt vezet a magzat nyaka-, esetleg dereka körül és annak végeit csöves tükrön át húzza ki.

Mindezen műszerek közül leginkább a Braun nevét viselő tompa horog — kevésbbé a Zweifel-féle kettős horog — és a tompa végű olló vannak elterjedve, a minek okát abban kell keresnünk, hogy szerkezetük igen egyszerű és még a kevésbbé gyakorlott orvos is legkevesebb kárt tehet velük a szülőnőben. Igaz, hogy az écraseur volna a decapitatióra a legideálisabb eszköz, azzal lehet e műtétet az anyára nézve legkiméletesebb módon végezni, azonban a vele való elbánás igen nagy gyakorlottságot feltételez és sokszor még a legügyesebb kezű műtőnek sem sikerül a merev sodronykacsot a nyakon körül vezetni, főleg, ha a fej valahová hátra a keresztcsonthoz van odaszoritva.

Az exenterationál napjainkban használatos csontfogót és polypfogót már régen ismerték, de régebben a törzsön az előbb emlitett hegyes késekkel ejtették a nyilást. E műtét kivitelére

az egyes szerzők más-másféle methodusokat ajánlanak: Lee (1828) a megnyitott hasüregen át bevezetett tompa horgot beakasztja a gerinczoszlopba, levezeti rajta a magzat medenczéjéig és behúzza vele a fart a bemenetbe. — Fritsch átvágja a gerinczoszlopot és nem eviscerál, hanem levezeti a fart kézzel a bemenetbe. — Veit az exenterált magzattal a spontán evolutiót utánozza, midőn az egyik karnál fogva a magzat feji részét, medenczéjénél fogva pedig a törzs alsó részét és a lábakat húzza ki. — Michaëlis azt ajánlja, hogy tompa horoggal törjük el a gerinczoszlopot és úgy húzzuk ki a magzatot kétrét hajlott törzszsel. — Barnes a magzat kihúzására egy külön eszközt szerkesztett, a melyet ő „craniotomy-forceps"-nek nevez; ez olyanféle szerkezetű, mint a Braun-féle cranioclast; a belső brancheot a hasűrbe vezeti be, a külső a gerinczoszlop ágyéki részére kerül; igy lehúzza vele a fart; azután a belső kanalat a mellűrbe, a külsőt kivülről a nyaki gerinczre teszi és lehúzzá vele a magzat feji végét.

A vázolt módszerek, talán a legutolsót kivéve, mind igen czélszerűek és mindig az esettől függ, hogy melyiket lesz legjobb alkalmazni.

A II. sz. női klinikán 1881-től 1900 végéig 7-szer decapitáltak; exenteratio magában nem fordult elő, hanem a 7 eset közül 2 izben kellett mindkét műtétet ugyanazon a magzaton végezni. A mi az eszközöket illeti: a Braun-horgot szoktuk használni a nyak lehúzására és a nyaki gerinczoszlop eltörésére; a lágyrészeket pedig tompa végű ollóval metszük át, a mi az anyára nézve kiméletesebb eljárás, mint a nyaknak csupán a horoggal való lecsavarása. Az ollók közül a Kézmárszky- vagy a Siebold-félét szoktuk alkalmazni. Zweifel trachelorhekterével mindössze egy esetben decapitáltunk, a midőn a gerinczoszlopot igen jól törte; a lágyrészeket ekkor is ollóval vágtuk át. Nagy hátránya e műszernek az, hogy nyitására és csukására a műtőnek mindkét keze igénybe van véve és igy a műszer minden ellenőrzés nélkül működik bent a méh üregében — vagy pedig még egy segédre van szükség.

Az écraseur használatát 2 izben kisérlettük meg; az egyik esetben sikerült a sodronyt magfogó segélyével a nyakon körülvezetni, azonban szorítás közben a sodrony elszakadt; ismét felvezettük, megint elszakadt (19. eset). A másik esetben előbb Braun-horoggal lehúztuk a nyakat, majd megpróbáltuk a sodronyt körülvezetni, azonban siker nélkül (93. eset).

Mind a 7 esetben az ollót alkalmaztuk, a mely műszer a jelenleg rendelkezésünkre állók között határozottan a legczélszerűbb.

Meg kell, hogy emlitsem e helyen Zweifel ajánlatát, hogy t. i. az előesett kart a vállizületben kiizeljük azon esetekben, midőn kilátásunk van rá, hogy ily módon könnyebben hatolhatunk fel a nyakig, vagy a lábakig. Donaldson (Amerika) ugyancsak a kiizelést és utána a lábrafordítás forcirozását javasolja.

Klinikánkon ily exarticulatiót kétszer végeztünk, midőn a térviszonyok igen szűkek voltak; egyik esetben utána lábrafordítottunk, mert a cervix annyira elvékonyodva még nem volt, hogy uterusrupturától kellett volna tartanunk; különben is a magzat korai volt (47. eset). A másik esetben a kiizelés után decapitáltunk (64. eset).

A daraboló műtétek meglehetős ritkák. Bécsben 1862—1885-ig 17,681 szülésre 8, tehát 2210-re esett 1; a badeni statisztika még kevesebbet mutat: 876,126 szülésre jutott 120, vagyis csak 7301-re 1.

Hazánkban, úgy látszik, e műtétel gyakrabban fordul elő, mint külföldön, a mennyiben úgy az I., mint a II. számú női klinika kimutatása körülbelül egyforma arányt tüntet fel: a budapesti I. sz. női klinikán 1869—1882-ig 7478 szülésre 6, tehát 1246-ra esett 1; a II. sz. női klinikának pedig, mint már emlitettem, 1881—1900 végéig 10,393 szülés között 7 esete volt, tehát 1484-re jut 1. A vele kapcsolatos szülészeti poliklinikum sokkal nagyobb százalékot mutat fel; ez természetes is, hiszen aránytalanul több elhanyagolt harántfekvés kerül észlelése alá, mint magának a klinikának, a melynek anyaga e részben leginkább a közeli falvakból hozzátartozóik által beszállított esetekből kerül ki.

* * *

Hátra van még, hogy röviden a magzatok és anyák morbiditásáról, valamint mortalitásáról emlékezzem meg.

A II. számú női klinikán a harántfekvéses *magzatok morbiditása* általában kedvezőnek mondható. A részletes kimutatást a következő táblázat tünteti fel:

60 élve született magzat közül

Asphyxia nélkül született	Asphyxiában született				Sérülések						Meghalt valamely közbejött egyéb betegség folytán
	livid	algid	fel volt élesztheto	fel nem volt élesztheto	felkar-törés	czomb-csonttörés	kulcs-csonttörés	kephal-haema-toma	gyógyultan vagy javul-tan távozott	meghalt	
34	20	6	25 (életben maradt 23; rövid idő mulva meghalt 2)	1	2	1	2	1	5	1	5

A mi *a magzatok mortalitását* illeti, Oesterlen szerint általában mindenféle szülésnél 3% születik holtan. Ellenben Winckel szerint 883 harántfekvéses magzat közül, ideszámitva a maceráltakat is, halva született 358, vagyis 40·5%; igy átlag 11-szer több magzat hal el harántfekvéses, mint egyéb szülések alatt.

Klinikánk statisztikája ennél valamivel magasabb százalékot tüntet fel: ugyanis 102 harántfekvéses magzat közül a maceráltakkal együtt 42 született holtan = 41·1%; ha ellenben levonjuk azon 23 esetet, a hol a magzat halálát már a műtét előtt konstatálták, marad a szülés alatt elhalt magzat 19 = 18·6%.

Hogy hazai viszonyokat hasonlitsunk össze, lássuk az I. számú női klinika kimutatását: 1869—1882-ig 84 harántfekvéses magzat körül a maceráltakkal együtt halva született 63 = 75%.

Levonva már most ebből azon 32 magzatot, a melyek már műtét előtt is halva voltak, marad szülés alatt elhalt magzat 31, vagyis 36·9%.

Bár *az anyák gyermekágyi morbiditása* és mortalitása a mellékelt táblázatokban is fel van tüntetve, szabad legyen azokat e helyen is felemlitve kissé részleteznünk:

101 közül teljesen láztalanul folyt le a gyermekágy 63 esetben; lázas volt 35 gyermekágyas, meghalt 3. A morbiditás tehát 34·6%.

Ha már most összehasonlitjuk azon eseteket, a hol a szülés spontan folyt le, azokkal, a hol belső művi beavatkozás történt, azt látjuk, hogy a fordítások és a spontan szülések — helyesebben azon esetek, a hol méhűri beavatkozás nem történt — körülbelül egyforma morbiditási százalékot tüntetnek fel: ugyanis 8 spontán szülés után 2 lázasunk volt = 33·3%, 86 különféle belső és combinált műfogásokkal való fordítás után pedig 29 = 33·7%.

Sokkal több volt a gyermekágyi megbetegedés a daraboló műtétek után; ugyanis 7 közül 5-ször volt az anya lázas = 71·4%, egy pedig meg is halt.

A lázas esetek a láz tartamára nézve a következőképen oszlanak meg:

1	napig lázas volt	13
2	„ „ „	8
3	„ „ „	3
4	„ „ „	3
5	„ „ „	5
6	„ „ „	1
9	„ „ „	1
10	„ „ „	1

A megbetegedések oka volt:

Gastricismus	15	esetben
Lochiometra	4	„
Lochiapangás a hüvelyben (bűzös folyás)	12	„
Ulcus puerperale	3	„
Parametritis	2	„
Mastitis	1	„
A genitaliákon kivül székelő betegség .	1	„

Az anyák mortalitása az antisepsis és asepsis előtti időkben meglehetős magas volt: így Späth 9·5%-ot, Braun 11%-ot, sőt Kézmárszky 1869—1872-ig 30%-ot mutatott ki. Mai nap ez már természetesen jelentékenyen alábbszállott: így az I. számú női klinika egy későbbi összeállításában 1874—1882-ig már csak 6·52%-ot, Arnethnél 3%-ot, Winckelnél 3·8%-ot találunk feljegyezve. Winckel állítása szerint a klinikákon átlag 2—3-szor annyi szülőnő hal el harántfekvéses, mint egyéb szülések következtében.

Érdekes a Braun-horoggal végzett decapitatiókról összeállított mortalitási táblázat:

Pawlik	76	esete közül	meghalt	18	anya
Bidder	10	„	„	1	„
Schauta	11	„	„	0	„
Braun	7	„	„	1	„

Összesen 104 eset közül meghalt 20 anya = 19·2%.

Az anyák halálát természetesen túlnyomóan a méhrepedés okozza:

Az I. számú női klinika	84	harántfekvésére . .	5
Hugenberger	77	„ . .	3
Braun	70	„ . .	2
Winckel	500	„ . .	4

méhrepedés esik.

A mi 101 esetünk között 3 volt; mindhármat már megtörtént rupturával hozták be a klinikára, kettőt plane vidékről. Egyik esetben a magzatnak embryotomia útján való eltávolitása után tamponade-al való conservativ kezelésre az anya meggyógyult; a repedés áthatoló volt (83. eset). A másikat már haldokolva hozták be; a magzatot lábrafordítás és kihúzással távolitottuk el; az anya rövid idő mulva meghalt (41. eset).

A harmadikat ugyancsak áthatoló rupturával hozták be vidékről. Laparotomia útján teljes méhkiirtást végeztünk nála, azonban a műtét utáni második napon sepsis következtében elhalt (95. eset).

Az említett két rupturás szülőnőn kivül még egy harmadik gyermekágyasunk is halt el, és pedig sepsisben, a harmadik napon. Az illetőt a városból hozták be elhanyagolt harántfekvéssel és már akkor is igen erősen roncsolva voltak a lágy szülőutak a künt végzett műtéti kisérletek folytán (60. eset).

101 harántfekvéses szülőnőnk közül tehát 3 halt el, vagyis a mortalitás 2·97%.

* * *

Csupán a statisztikának teljessége végett megemlitem még, hogy Winckel szerint a harántfekvéses magzatok között sokkal több a fiú, mint a leány, holott egyéb szüléseknél az arány a két nem között körülbelül egyforma; kimutatásában 282 magzat közül 192 a fiú és csak 90 a leány.

Mi nem találtunk ily feltünő különbséget; az arány a következő: 55 fiú és 47 leánymagzat.

* * *

Mindezek után kötelességemnek tartom, hogy e helyen hálás köszönetemet fejezzem ki volt főnökömnek, Tauffer Vilmos tanár úrnak, a ki e dolgozat megirásával megbizott és a klinika anyagát készséggel bocsátotta rendelkezésemre.

Irodalom.

Kézmárszky: Klinische Mittheilungen aus der ersten geb.-gynäkol. Univ.-Klinik in Budapest. 1884. — *Lugosi Fodor András*: A szülést segitő tudomány és mesterség. 1817. — *Müller*: Handbuch der Geburtshülfe. — *Donaldson*: Brit. med. Journal, 1881. april. — *Simon*: Die Selbstentwickelung; Inaug.-Dissertation. Berlin, 1867. — *Kleinwächter*: Archiv f. Gynäk. II. — *Kristeller*: Monatsschrift. XXXI. 18. lap. — *Spöndly*: Monatsschrift. XIX. 217. lap. — *Küstner Ottó*: Das Schultzesche Sichelmesser; Centralbl. f. Gynäk. 1880, Nr. 8. — *Pawlik*: Archiv. f. Gynäk. XVI. 452. lap. — *Pawlik*: Archiv. XIX. 173. lap. — *Michaëlis*: Neue Zeitschrift f. Geb. VI. 50. lap. — *Winckel*: Lehrbuch d. Geburtshülfe. — *Franqué*: Med. Jahrbuch f. den Herzogthum Nassau. Wiesbaden, 1866. 291. lap. — *Kohl*: Monatsschrift f. Geb. II. 498. lap. — *Arneth*: Geburtspraxis. Wien, 1851. 57. lap. — *Winter*: Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk. XII. 153. lap. — *Schroeder*: Lehrbuch d. Geburtshülfe. — *Herzfeld*: Centralblatt f. Gynäk. 1895, Nr. 28. — *Nagel*: Archiv f. Gynäk. XLIV. 1. 1893. — *Kehrer*: Lehrbuch der operativen Geburtshülfe. 1891. — *Anna Aronowitsch*, Odessa: Inaug.-Dissert. 1892. — *Miländer*, Dorpat: Zeitschrift. f. Geb. u. Gynäk. XXXIII. 464. lap. 1895. — *Mensinga*: Centralbl. f. Gynäk. XX. 23. lap. 1896.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetemi II. sz. női klinikáról. Igazgató Tauffer Vilmos dr. egyet. ny. r. tanár.

Még néhány szó az argentum aceticum értékéről az ophthalmoblennorrhoea neonatorum prophylaxisában.

Irta *Scipiades Elemér* dr., klinikai gyakornok.

Első hasonló tárgyú közleményünkben,[1] mely egyszersmind az ophthalmoblennorrhoea neonatorum prophylaxisának összefoglaló tárgyalását képezte, a következő pontok különös feldolgozásával foglalkoztunk:

Kifejtettük először azt, hogy igazi ophthalmoblennorrhoeának csupán azon eseteket lehet tartanunk, a melyekben a gonococcus képezi az infectio okát, mig a többi, ott elmondott bakterium-sorozat által keltett szemgyuladásokat a conjunctivitisek egyszerű catarrhalis vagy suppurativ alakjainak kell tekintenünk, mert klinikai alapokról tudjuk azt, hogy ezen utóbbiaknak következményei sokkal kisebb arányúak és jelentőségűek, mint a gonococcusok által előidézett ophthalmitisekéi.

Rámutattunk egyszersmind arra is, hogy ha a gonococcus jelen volt az anya hüvelyében, az a szülés alatt a magzat fokozott érzékenységü conjunctivájára okvetetlenül átragad.

Tudva pedig azt, hogy az acut, subacut s főleg a latens gonorrhoeák milyen nagy számban vannak elterjedve a társadalomban, kifejtettük azt is, milyen sokszorosan van adva a társadalom minden rétegében a magzat szemének gonorrhoeás virussal való fertőzési lehetősége.

Ezek után közelfekvő volt annak kimondása is, hogy az ophthalmoblennorrhoea neonatorum kitörése ellen minden esetben tanácsos védekezni, mert a subacut és főkép a latens gonorrhoeákra való tekintettel soha sem zárhatni ki az infectio lehetőségét absolut bizonyossággal.

Elmondottuk továbbá azt is, mikor kell a kankós szemgyuladás kitörése ellen védekezni, számadatokkal is kimutatván, hogy a magzat szemének gonorrhoeás fertőzése a szülés alatt történik meg csaknem kizárólagossággal s a gyermekágyi fertőzések ritkaság számba mennek.

Megmondánk azt is, milyen módon kell az ophthalmoblennorrhoea neonatorum kitörése ellen helyesen védekezni, mikor Fürstre is hivatkozással kimondottuk, hogy bár a szemen kivül alkalmazott antisepsis vagy asepsis is sokkal járulhat hozzá a baj kitörésének elháritásához, mégis jogosultnak csak azon eljárások mondhatók, melyek ezek mellett még a szemnek, illetőleg a conjuctiva-zsáknak desinfectioját is feladatukul tűzik.

Ezek után az ophthalmologusok és syphylidologusoknak azon tapasztalatából indulva ki, mely az ezüstsóknak a gonorrhoea leküzdésében bizonyos specificitást tulajdonit, kifejtettük,

[1] Gynaekologia 1902. 1. és 2. szám.

hogy a szem számára szolgáló desinficienst leghelyesebben az ezüstsók közül kell választanunk.

Ismertettük így a legelőször használt s Credé által ajánlott ezüstsónak a 2%-os argentum nitricumnak prophylactikus értékét, szembeállítva a Credé előtti 40—50%-os morbiditást a mostani 0·30—0·40 megbetegedési százalékos számmal.

Rámutattunk azonban azon nagy hátrányokra is, melyeket az ezen oldattal való desinfectio a következményes lapis-reactiók folytán magában hord. S így, bár teljes mértékben elismertük az argentum nitricum elsőrangú értékét a már fellépett ophthalmoblennorrhoea gyógyítására, mint touchirozó szeré, az említett reactiók nagy hátrányai miatt azonban kimondottuk, hogy igenis jogosult, sőt szükséges az argentum nitricum helyett egy más ezüstsót keresni prophylacticumul, mely értékre megegyezzen az argentum nitricum 2%-os oldatával, de nélkülözze annak nagy hátrányait. S ennek kimondását annál is inkább jogosultnak tartottuk, mert a specificitás jelzője a szemészek és ophthalmologusok által nem az argentum nitricumot csupán, hanem az ezüstsókat általában illette.

Kisérleteink tárgyául, mint ismeretes, az 1%-os argentum aceticumot választottuk, mint a melyet Zweifel legjobbként ajánlott s azért is, mert ugyanő azt igérte, hogy ezen desinficienssel konyhasó-oldattal combinált paralisatio mellett, a reactiók teljesen kizárhatók.

Ismert kisérleteink első sorozatát só-oldattal való paralisatio nélkül tisztán az argentum aceticummal végeztük a czélból, hogy megismerjük ezen szer saját értékét s mint első közleményünkből kitünt, 15·5% volt csupán az a szám, a melyben az instillatiót reactio követte s ezen reactiók legnagyobb része is csupán a pillákra rakódott pikkelyes csapadék alakjában jelentkezett s csak néhány esetben volt a reactio sárgás-savós vagy nyúlós, nyákos jellegű. Ezek mellett az összes reactiók legkésőbb a harmadik napon végleg elmultak.

Látva tehát azt, hogy a reactiók morbiditási arányszáma még az eddig közölt legjobb eredményeknél[1] is jobb volt, joggal mondhattuk ki azt, hogy a reactiók megkevesbbitését illetőleg az 1%-os argentum aceticum az összes eddig használt prophylacticumok között a sorozatban az első helyre állitandó. Hogy vajjon, mint prophylacticum is ilyen értékű-e, arról kevés számú esetünk (200) alapján itéletet mondani nem mertünk.

A legszebb reményekkel mentünk bele ennek folytán a kisérletek második phasisába, mely az instillált desinficiensnek konyhasó-oldattal való paralisatiojában állott s mely nekünk Zweifel szerint a reactiók végleges eltünését igérte.

Erre a kisérleti sorozatra Zweifel közleménye egyéb directivát nem adott, mint azt, hogy a becseppentést enyhe só-oldattal való kimosás kövesse.

Az ilyen módon megfogalmazott tétel tehát, annál is inkább, minthogy félig-meddig laikusok, bábák használatára is volt szánva, magában hordotta azt a természetszerű lehetőséget, hogy a só-oldat concentratioja nagy arányokban ingadozzék.

Ennek alapján mi háromféle sóoldattal tettünk kisérletet: 0·02%-os, physiologiai és 9%-os oldatokkal, azaz két extremmel, melyek között az ingadozás hozzávetőleg történhetik s egy olyannal, mely a könny sótartalmának körülbelül megfelel.

Előre bocsátjuk most eljárásunk technikáját s csak azután számolunk be a három sorozat kisérleti eredményéről.

A magzat szempilláit s orbitalis táját a megszületés után száraz vattával törültük tisztára s utána feltárván a szemrést, úgy hogy a cornea is láthatóvá vált, a szarúhártya közepére egy csepp 1%-os argentum aceticumot cseppentettünk. Majd összeengedtük a szemrést, hogy a desinficiens a conjunctivazsákban jól eloszolhassék. Ezután a használt — s hogy az életbeli viszonyoknak is megfeleljen, forrásvizben oldott — sóoldatot vettük elő, s újra feltárva a szemrést, vattáról csurgattuk ezen oldatot a szembe. Ennek megtörténtével a szemet kivülről is lemostuk az illető sóoldattal.

Ilyen eljárás mellett a 2‰-es sóoldattal való paralisatio a következő eredményeket adta:

[1] Engelmannál (1901.) 20%-os protargol után a reactiók százalékos száma 20% volt, de az összes reactiók váladékkal jártak s voltak közöttük súlyosabbak is.

Vizsgáltatott 50 újszülött.

Az instillatio történt szemnyitás előtt	Az instillatio történt szemnyitás után	Reactiót kapott	Nem kapott reactiót
20 újszülött 40%	30 újszülött 60%	28 újszülött 56%	22 újszülött 44%
váladékkal járó reactio	szempillacsapadékkal járó reactio	Reactio elmult	A reactio conjunctivitisbe ment át
11 újszülött 39·28%	17 újszülött 60·72%	2. nap 23 (82·142%) 3. „ 2 (7·142%) 4. „ 1 (3·57%)	2 (7·142%)
önálló (primaer) conjunctivitis fellépett	conjunctivitisek gyógyultak	conjunctivitis suppurativa	ophthalmoblennorrhoea
8 (16%) 7. nap 2 8. „ 3 10. „ 1 10. napon túl 2	8. nap 1 9. „ 2 10. „ 2 10. napon túl 5	0%	0%

A 9%-os konyhasóoldattal való közömbösités után eredményeink a következők voltak:

Vizsgáltatott 40 újszülött:

Az instillatio történt szemnyitás előtt	Az instillatio történt szemnyitás után	Reactiót kapott	Nem kapott reactiót
18 45%	22 55%	32 76·19%	8 23·81%
váladékkal járó reactio	szempillacsapadékkal járó reactio	Reactio elmult	A reactio conjunctivitisbe ment át
17 53·13%	15 46·87%	2. nap 12 (37·5%) 3. „ 8 (25·0%) 4. „ 3 (9·375%) 5. „ 2 (6·25%) 6. „ 2 (6·25%)	4 12·5%
önálló (primaer) conjunctivitis fellépett	conjunctivitisek gyógyultak	conjunctivitis suppurativa	ophthalmo blennorrhoea
3 5. nap 1 7. „ 1 10. „ 1	7. nap 1 8. „ 2 9. „ 1 10. „ 1 10. napon túl 1	1 (3·125%) reactioból fejlődött	0%

A physiologiai konyhasóval közömbösitett esetek eredményét táblázatos összeállításban a következőkben adhatom:[1]

Vizsgáltatott 20 újszülött.

Az instillatio történt szemnyitás előtt	Az instillatio történt szemnyitás után	Reactiót kapott	Nem kapott reactiót
8 40%	16 60%	10 50%	10 50%
váladékkal járó reactio	szempillacsapadékkal járó reactio	Reactio elmult	A reactio conjunctivitisbe ment át
4 40%	6 60%	2. napon 7 (70%) 3. „ 1 (10%) 6. „ 1 (10%)	1 (10%)
önálló (primaer) conjunctivitis fellépett	conjunctivitisek gyógyultak	conjunctivitis suppurativa	ophthalmo-blennorrhoea
1 (5%) (10. napon túl)	Tizedik napon túl (XVIII. nap)	0%	0%

[1] Minthogy Zweifel dolgozata szerint főkép ezen esetekben egyetlen reactionak sem lett volna szabad fellépnie, 20 esetet is csak azért tettem kisérletem tárgyává, hogy összehasonlító statistikának anyagul szolgálhasson.

Könnyebb összehasonlitás czéljából idecsatolom most az első közleményemben tisztán argentum aceticummal, sóoldattal való közömbösités nélkül, észlelt esetek statistikáját:

Vizsgáltatott 200 újszülött.

Reactiót kapott	Nem kapott reactiót	Reactio elmult
15·5% 31 újszülött	84·5% 169 újszülött	2. napra 22 (70·97%) 3. „ 8 (25·70%) 3. napon 1 (3·23%)
váladékkal járó reactio	szempillacsapadékkal járó reactio	conjunctivitis suppurativa
5·5% [1] (35·48%) [2] 11 újszülött	10% [1] (64·52%) [2] 20 újszülött	0%

[1]) Ezen %-ok az összes vizsgálati esetekre vonatkoznak.
[2]) Ezen %-ok csupán a reactiók számára vonatkoznak.

Ezen eseteknél ophthalmoblennorrhoea szintén egyetlen egyszer sem állott be. Conjunctivitisbe egyetlen eset sem ment át. Az önállóan fellépett conjunctivitisek registrálására akkor nem fektettem súlyt.

Szembe állitva most a négy táblázat eredményét, a következő statisztikai eredményeket kapjuk:

Kezelés módja		Argentum aceticumal paralisatio nélkül	1% arg. acet. + 2‰-es sóoldattal paralisatio	1% arg. acet. + 9%-os sóoldattal paralisatio	1% arg. acet. + physiologiás sóoldattal paralisatio
Reactiót kapott		15·5%	56%	76·19%	50%
Nem kapott reactiót		84·5%	44%	23·81%	50%
Váladékkal járó reactio		35·48% [1]	39·28%	53·13%	40%
Szempillacsapadékkal járó reactio		64·52%	60·72%	46·87%	60%
Reactio elmult	I.	0%	0%	0%	0%
	II.	96·6%	82·142%	37·5%	70%
	III.	3·40%	7·142%	25·0%	10%
	IV.		3·57%	9·375%	
	V.			6·25%	
	VI.			6·25%	10%
A reactio conjunctivitisbe ment át		0%	7·142%	12·5%	10%
Conjunctivitis suppurativa		0%	0%	3·125%	0%
Ophthalmoblennorrhoea		0%	0%	0%	0%

[1]) Ezen %-ok csupán a reactiók számára vonatkoznak, míg első közleményemben a vizsgált esetek számára voltak vonatkoztatva.

Idézzük most fel azon szavakat, melyekkel Zweifel egyrészt eljárását (argentum aceticum + enyhe sóoldattal való közömbösités) megindokolja, másrészt methodikáját ajánlja:

„Da wo ein kleiner Kochsalzgehalt in dem Bindehautsacke vorhanden ist, das Silbersalz neutralisirt und zu Chlorsilber gefällt wird, da hingegen wo ein Kochsalzgehalt völlig fehlt, die Gewebe stärker getroffen werden.“ [1]

Kisérleteinek eredményéről azután a következőket mondja:

„Der Erfolg des Experimentes war in höchstem Grade überraschend, indem bei dem Kinde im linken Auge, das mit destilirtem Wasser ausgewaschen war, ein starker Argentumkatarrh entstand, während das andere, rechte, von jeder Reizung verschont war.“ . . . „Was jetzt an den Augen noch zu sehen war, bestand in kleinen, bräunlich gefärbten Schuppchen im inneren Augenwinkel und an den Lidern.“

A mi még ezeken kivül kiemelendő s a mire Zweifel különös súlyt helyez, a következő:

. . .„Es ist als besonders wichtig zu betonen, dass die Wirksamkeit durch die Nachspülung mit dünner Kochsalzlösung nicht vermindert wird.“

A táblázatokra vetett első pillantás mutatja azonban, hogy Zweifelnek a sóoldattal való közömbösités fentebb elmondott értékét illetőleg igazat nem adhatunk.

Vegyük azonban pontosabb birálat alá a táblázatban adott statistikus eredményeket.

Az első, a mit ezek alapján konstatálnunk kell, az, hogy a sóoldatokkal való közömbösités mellett is lépnek fel reactiók, a melyek nem csak abban állanak, hogy a szempillákra barna pikkelyes csapadék rakódik fel, hanem fordulnak elő váladékkal járó reaktiók is.

Következtethetjük továbbá ezen adatokból, hogy a sóoldattal való paralisatio fokozza a reactiók számát, még pedig a sóoldatok concentratiojával egyenes arányban, sőt a sóoldatok töménységi fokával arányosan szaporodik a váladékkal járó reactiók száma s kevesbbedik a csapadékkal járók mennyisége.

Egy további figyelemre méltó körülmény, a melyre rá kell mutatnunk, az, hogy konyhasóoldattal való közömbösités a reactióknak nemcsak számát, hanem intensitását is fokozza, a mi onnan látszik, hogy a reactiók eltünési napja a sóoldatok töménységi fokával arányosan mindinkább eltolódik.

Mint lényeges körülményt meg kell még emlitenünk azt is, hogy a sóoldattal való paralisatio fokozza a secundaer conjunctivitisekre való hajlamosságot is, nemcsak oly módon, hogy a reactiók a közömbösitő oldatok concentratiojával arányban mind tömegesebben mennek át conjunctivitisekbe, hanem oly módon is, hogy önálló conjunctivitisek is gyakrabban lépnek fel a paralizált eseteknél, mint azoknál, melyek tisztán argentum aceticummal voltak kezelve.

Még egy körülményre kell utalnunk, s ez az, hogy a paralisatio az ophthalmoblennorrhoeás morbiditást nem fokozza.

Ezeket átgondolva, kérdés most, milyen itéletet mondhatunk e mathematikai alapokról a konyhasóoldattal való desinfectioról?

Az első a mit kijelentünk, az, hogy Zweifelnek igaza van e kijelentésben: Die Wirksamkeit wird durch die Ausspülungen nicht vermindert.

Ennek oka pedig abban rejlik, hogy az instillatio megtörténtével a szülés alatt a szembe jutott gonococcusok életképessége vagy legaláb hatóképessége megszüntettetik s úgy csak természetes, hogy az ophthalmoblennorrhoeás morbiditás szempontjából a paralisatio teljesen közömbös.

Nem közömbös azonban a paralisatio a szem további sorsára. Először azért, mert a konyhasóoldat redukálván a felesleges ezüst sót, annak hatását is elveszi s igy semmivel sincs védve a szem a szülés után közvetetlenül történő fürösztéskor kisebb mennyiségben belejutó s a vizzel való felhigitás által virulentiájában is csökkent virus ellen, a mely ellen a feleslegben még a szemben levő desinficiens védelmezni képes.

Másodszor nem közömbös azért, mert mint az észlelések mutatják, destillált vízzel csaknem egyenértékű sóoldatok már izgató hatással birnak a conjunctivára még pedig concentratiojuk fokozatával egyenes arányban.

Ilyen formán tehát ki kell jelentenünk, hogy a sóoldattal való paralisatio nem hogy hasznára, de kárára válik a reactiót elhárítani óhajtó törekvésnek, miért is azt határozottan elvetendőnek tartjuk.

Érdekes lesz azonban tudnunk, mint alakult ítéletünk hosszabb tapasztalattal és nagyobb anyagon történt észlelés alapján a közömbösités nélkül használt 1%-os argentum aceticum prophylactikus értékével szemben.

Először az ophthalmoblennorrhoeás morbiditást illetőleg

[1] Centralblatt f. Gynäkologie No. 51. 1900. 1373. laptól.

eredményünk idealis volt, a mennyiben 945 ilyen módon kezelt újszülött egyikénél sem lépett fel ophthalmoblennorrhoea.

Összevetve ezen eredményt a Zweifel által 6038 újszülöttre vonatkozó 0·235%-os morbiditási arányszámmal, azt hiszszük, hogy ezen 6983 eset alapján talán jogosultak vagyunk már annak kijelentésére, hogy az 1%-os argentum aceticumnak az ophthalmoblennorrhoeát elhárítani czélzó prophylactikus értéke a 2%-os argentum nitricuménál nem kisebb.

A mi az argentum aceticum egyéb hatásait illeti azokról előbb közlöm a számadatokat s azután vonok conclusiót.

Észlelés alá került 475 újszülött.[1]

Reactiót[2] kapott	103	. . .	21·26%.
Nem kapott reactiót	372	. . .	78·74%.

Ezen reactiók mindegyike legkésőbb a harmadik napon elmult s közöttük a legerősebb sem érte el azt a fokot, hogy már az első pillanatra is össze lett volna téveszthető egy ophthalmoblennorrhoea inicialis alakjával. Conjunctivitisbe egyetlen reactio sem ment át.

Önálló conjunctivitis catarrhalis fellépett 16 . . . 3·36%. és pedig:

V-dik napon	. . . . .		1
VI- „ „	. . . . .		2
VII- „ „	. . . . .		5
VIII- „ „	. . . . .		1
IX- „ „	. . . . .		2
X- „ „	. . . . .		2
XI- „ „	. . . . .		1
XII- „ „	. . . . .		1
XIII- „ „	. . . . .		1

Tekintve pedig azt, hogy intézetünkben az újszülöttek jelenleg addig, mig a köldök le nem vált, nem fürösztetnek[3] s hogy a köldökzsinórmaradvány többnyire a VII-dik napon válik le, s hogy az önállóan fellépett conjunctivitisek zöme is e napra esik, úgy látszik, hogy azoknak fellépése a fürösztéssel áll főkép kapcsolatban.

Conjunctivitis suppurativa önállóan fellépett 2 . . . 0·42%
és pedig

I-ső nap 1 (a váladékból staphylococcus pyogenes albust aureussal keverve tenyésztettünk ki).

VII-dik nap 1 (a váladékból staphylococcus pyogenes albus kelt ki.)

Ezeken kivül megemlitjük még, hogy 4 esetben észleltük a szempilláknak kis fokban való oedemás megduzzadását kapcsolatban a conjunctivák kisfokú belöveltségével, mely tünetek már a második napra minden esetben visszafejlődtek. Ezen esetekben sem a szempillákon csapadék, sem a conjunctivazsákban váladék nem volt jelen s minden jel arra vallott, hogy ezen symptomák nem annyira az instillatiókkal, mint inkább a szüléssel állottak kapcsolatban.

Tekintsünk azonban innen egy pillanatra vissza a sóoldatokkal való paralisatio közben elért conjunctivitis morbiditásra.

Mig ugyanis a nem közömbösitett esetekben, mint említém, csak 3·36% volt a conjunctivitis catarrhalisok morbiditása, addig

2‰-es sóoldat mellett	16%
physiologiás sóoldattal	15%
9%-os sóoldattal	19%

[1] Az instillatiók technikáját illetőleg megjegyzem, hogy ezen eseteknél a szemeket steril vizbe mártott vattával külsőleg letisztitottuk. Utána feltárva a szemrést a cornea középére cseppentettük a desinficienst és utána a szemet külsőleg újra steril vízzel mostuk le.

[2] Reactio elnevezés alá van véve már a legminimalisabb csapadék is, ha mindjárt csak egyik szemen lépett is fel. A szempillák pikkelyes csapadékát tiszta vattával és tiszta langyos vízzel szoktuk leáztatni.

[3] Intézetünkben jelenleg az újszülöttek a köldökleválás napjaig a szó teljes értelmében nem fürösztetnek, főként a köldökinfectio kikerülése czéljából, csupán arczuk, genitalis s analis tájékuk mosatik le naponta többször, hogy az oda felrakodó szennyanyagok eltávolittassanak.

lépett fel, a mi szintén mathematikailag igazolja, hogy az argentum aceticum-instillatiók közömbösités nélkül minden tekintetben jobb eredményeket adnak, mint paralisatio mellett.

S most, minthogy már kisérleteink összes eredményei előttünk feküsznek, megformálhatjuk végleges itéletünket az 1%-os argentum aceticum értékéről az ophthalmoblennorrhoea neonatorum prophylaxisában, s ez a következőkben áll:

1. Az 1%-os argentum aceticum az ophthalmoblennorrhoea elkerülésére épen olyan hatásosnak bizonyult, mint a Credéféle 2%-os argentum nitricum.

Az előbbinek azonban lényeges előnye az utóbbi felett az, hogy szoba-hőmérsékén soha nagyobb, mint 1%-os töménységben nem oldódván, állás folytáni beconcentrálódás vele soha létre nem jöhet, tehát edzővé s igy veszélyessé még laikusok kezében sem válhat.

2. Az 1%-os argentum aceticum sóoldattal való közömbösités nélkül, a mi hatásában rontja, a reactiók fellépését is lényegesen megcsökkenti.

S a mennyiben első közleményünk szerint a reactiók fellépésének %-os száma 11—20, középértékben 15·5%-ot tett ki, jelenlegi észleléseink alapján pedig 21·2%-ot, azt mondhatjuk, hogy ezen hatás csak igen kis ingadozásoknak van alávetve.

S minthogy egyszersmind az eddigi statisztikai közlések szerint ezen reactiók úgy számra, mint intensitásra is legkisebbeknek[1] bizonyultak, ezen alapokon az 1%-os argentum aceticum eddig a reactiók megcsökkentése czéljából a legelőnyösebbnek mondható.

3. Az 1%-os argentum aceticum soha olyan intensitású reactiót nem okoz, mely már az első pillanatban meg ne volna különböztethető az ophthalmoblennorrhoeától.

Ebből folyik, hogy e szempontból káros tévedések vele elő nem fordulhatnak.

Mindezek alapján mi az argentum aceticum 1%-os oldatát sóoldattal való közömbösités nélkül az ophthalmoblennorrhoea neonatorum ellen prophylacticumul igaz meggyőződéssel használjuk.

A budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

XXXVII. ülés 1902. márczius 4-dikén.

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Tóth István.**

Elnök megnyitja az ülést és a jegyzőkönyv hitelesítésére Záborszky és Tuszkai tagokat kéri fel.

Szomorú kötelességet teljesít, midőn a szakosztály egyik buzgó tisztviselőjének, Bruck Jakabnak halálát közli a szakosztálylyal. Inditványozza, hogy a kedves kollega emlékét jegyzőkönyvileg örökítsük meg és halála feletti mély részvétünknek adjunk kifejezést. Helyeslés.

Kéri a titkárt, hogy az elhunyt életrajzi adatait adja elő.

Temesváry felolvassa a Bruck Jakabról irt megemlékezését. (L. a „Gynaekologia“ 1. számát.)

Következnek a bemutatások:

I. **Tuszkai Ödön: Foetus papyraceus esete.** (Az eset az Orvosegyesületben is bemutattatván, leirását l. az „Orvosi Hetilap“ 11. számában.)

II. **Wenczel Gusztáv: Ikerplacenta ritkább esete.**

Az ikermagzatok egy vagy két petéből származhatnak.

A két petéből származó ikrek ez alkalommal nem érdekelnek. Az egy petéből származó ikermagzatoknál egy közös placentát találunk. Közös a decidua reflexa, a chorion is, az amnion rendesen kettős.

Igen ritka az az eset, midőn egy az amnion is, midőn közös amnion-burokban vannak a magzatok. Ilyenkor a két köldökzsinór legtöbbnyire egymáshoz igen közel tapad s olykor

[1] 2%-os argentum nitricumnál 96% (Cramer 1896.) 20%-os protargolnál 20—80% a reactiók száma de ezek között súlyosak is voltak (Engelmann 1901.)

egymással annyira összegabalyodik, hogy az így támadt vérkeringési akadály következtében a magzatok elhalnak.

Az egy amnion-burokban a két magzat közötti válaszfal vagy teljesen hiányzik, vagy pedig alacsonyabb-magasabb két amnion-lemeztől álló lécz által van jelezve.

A közös amnion-burok keletkezése ez ideig teljesen tisztázva nincs. Egyik feltevés szerint már a terhesség eleje óta megvan; egy másik hypothesis szerint kivált azon eseteknél, hol a válaszfal kis részlete alacsony lécz alakjában többé-kevésbbé megvan, a közös amnion-burok, az azelőtt létezett válaszfal átkopása, átszakadása, eltünése által támad.

Ahlfeld összeállítása szerint 1157 ikerszülésnél 977-szer származtak a magzatok két petéből, 180-szor egyből. A 180 egy petéből származó ikernél háromszor volt csak közös az amnion.

A bemutatandó lepény az I. sz. női klinikáról való. Egy petéből származó ikrek közös lepénye; a két köldökzsinór edényeinek folytatásai egymással már a lepény magzati felületén communikálnak. A chorion is közös, de még az amnion is; az egymáshoz közel fekvő köldökzsinór tapadások közé nyúlik csak egy két lemezű amnion-lécz. A két köldökzsinór a hossztengelyben számos egymáskörüli csavarodást mutat, ezenkivül egymással egy valódi csomót is képez.

A lepény súlya 910 gm., terjedelme 15—19 cm.

A magzatok 48 és 50 cm. hosszúak, egynemüek és halottak (nem maceráltak) voltak.

Előadások:

I. Tuszkai Ödön: Észlelések szívbajos terheseknél.

Összefoglalás:

1. A terhesek pulsusa változó a normálishoz képest, a mennyiben a terhesség közepe felé, de sokszor már elején elveszíti a pulsus normális labilitását.

2. A labilitás kimaradása minden valószinüség szerint a normális terhességgel járó szív-hypertrophia jele.

3. A szívbajos terhességének prognosisa háromféle csoportosítás szerint alakul és pedig:

a) az elsőbe tartoznak azon esetek, a melyeknél a szívbántalom már terhesség előtt jelen volt. Ezek diagnosisa könnyü, mivel a terhesség legelső idejétől kezdve kifejezett szívbántalmat találunk. Prognosisa rendesen rossz. Az általam észlelt pulsusjel úgy viselkedik, hogy csak nagyon rövid időre, a terhesség első hónapjaira tünik el a pulsus labilitása, hogy csakhamar ismét egyre fokozódó mérvben jelenjen meg és vele együtt a szívdilatatio és a többi incompensatios tünetek.

b) A második csoportba tartoznak azon esetek, melyekben a szívbaj a graviditás által, mint alkalmi momentum által manifestté lesz, míg egész addig csupán latens alakban volt jelen. Ide tartoznak főleg az angio-sclerosisban szenvedő vagy átöröklés folytán ezen bajra hajlamos egyének esetei. Ide tartoznak azonban azok is, kik graviditásuk előtt talán nem sok idővel valamely súlyosabb természetü fertőző bajon vagy általános betegségen mentek keresztül (lues, tuberculosis, typhus, influenza, rheumatismus, gonorrhoea, stb.) A diagnosis nem lesz nehéz, ha az említett okokra vizsgálunk és tapasztaljuk, hogy a szívbántalom csak lassanként fejlődik a graviditás későbbi hónapjaiban ki és olyan fokot ér el, a minőt az általános bántalom és a jelen alkalmi ok, mint componensek adnak. Épen azért lehetséges, hogy e csoportba tartozó baj prognosisa egészen jó, mit különösen a pulsusjelből határozhatunk meg, miután az egyszer eltünt labilitás egészen a terhesség végéig megmarad. Lehet azonban természetesen a kórjóslat nagyon rossz is, főleg akkor, ha a labilitás már a graviditás elején megjelenik. Érdekes és talán véletlen, hogy ilyen manifestté lett szívbajosok esetei között középsúlyosat nem észleltem.

c) A harmadik csoportba tartoznak azon esetek, melyeknél egy specialis terhességi szívbaj van jelen. Ha a két előbbi csoportban tartozókat ki tudjuk zárni, úgy nem nehéz a diagnosis, főleg azért, mert rendesen a nagyon könnyü esetekhez tartoznak, általában csupán functionalis természetüek és ennek megfelelőleg prognosisuk is jó, mert szülés után csakhamar visszafejlődnek. Ez egyik jellegzetességük. A pulsusjel úgy viselkedik, hogy a labilitás már az első hónaptól kezdve csökken, a 7-dik, 8-dik hónapban eltünik és így marad a szülés végéig.

II. Tuszkai Ödön: Adatok a hyperemesis gravidarum kérdéséhez.

Összefoglalás:

1. Egy a terhesség által okozott hyperemesis a legritkább terhességi complicatiokhoz tartozik.

2. A valódi hyperemesis gravidarumra a diagnosist úgy állítjuk fel, hogy

α) kizárunk minden oly más megbetegedést, mely szintén hányást okozhat terheseknél, így gyomorbántalmak, meningitis, hashártyabetegségek, hydrops stb.;

β) kizárjuk a hysteriát, s ezért a hysteriás stigmákat törekedünk megállapítani;

γ) a helybeli tünetként a perimetrium nagyfokú érzékenységét találjuk, mely a kombinált vizsgálatra feltünően fokozódik és hányásokat vált ki.

3. Specialis hyperemesisre jellegző ezenkivül a gyors inanitio, úgymint:

α) a testsúlynak gyors fogyása, a vizeletmennyiségnek, azok chloridjának és a vörös vértestecskéknek fogyása;

β) a vizelet és vér fajsúlyának, valamint a vér lugosságának és a pulsusnak lényeges emelkedése;

γ) a vizeletben fehérjének és vesealakelemeknek jelenléte (Inanitions-Nephritis), a vérben pedig normoblastoknak és egy magú megaloblastoknak megjelenése;

δ) a reggeli hőmérséknek gyors csökkenése és azzal szemben esténként febrilis vagy subfebrilis emelkedése.

4. A hyperemesis tünetei a perimetrium izgalmából, mely mindenek szerint occasionalis és individualis sajátosságainál fogva localis atrophiából ered, magyarázhatók és így oki összefüggésben vannak a terhességgel.

5. Az előbbi pont alapján minden egyéb eredésü hányás még terhes nőnél sem tekinthető terhességi hányásnak.

6. A prognosist az inanitio foka, az egyén testállapotával összehasonlítva fogja megadni, melyre azután biztos támpontot nyujtanak a leirt biochemikai vizsgálatok.

7. A causalis therapiát helybeli meleg vagy hideg, továbbá nagyobb opiumadagok szolgáltatják, természetesen a legnagyobb nyugalom és egy bizonyos diaeta mellett, sőt szükség esetén böralatti táplálkozás is alkalmazható.

8. Csak rossz prognosis alapján, melyet a fent leirt módokkal állapitottunk meg, szabad a művi vetélést ajánlanunk és azt végrehajtanunk; ha az inanitio tünetei gyorsan fejlődnek előre.

9. Ezen mütét az általam szerkesztett tágitókkal az eddigi módoknál könnyebben hajtható végre.

Elnök a discussiot a következő ülésre halasztja és az ülést bezárja.

XXXVIII. ülés 1902. április 9-dikén.

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Tóth István.**

Elnök megnyitja az ülést és a jegyzőkönyv hitelesítésére Záborszky és Neumann tagokat kéri fel. Bemutatja a „Gynaekologia“ első számát, mely szép terjedelemmel és tartalommal jelent meg. Örvendetes tudomásul szolgál.

Jelenti továbbá, hogy a dermatologiai szakosztálytól átirat érkezett, a melyben a szakosztályunkat felkérik, hogy a többi szakosztálylyal együtt górcsövet és vizsgálati czélokra szolgáló villamos készüléket szerezzen be az anyaegyesület számára.

Elnök véleménye szerint a tárgy olyan, hogy tárgyalhatjuk a nélkül, hogy előzetesen napirendre tüzetett volna. A lényege az egésznek az, hogy az Orvosegyesület részére a szakosztályok bizonyos eszközöket szerezzenek meg. Az a kérdés, hogy a szakosztályok mindegyike rendelkezik-e annyi anyagi erővel, hogy e kissé költségesebb beszerzésekre részletet fizethessen, vagy hogy nem volna-e tulajdonképen az anyaegyesület feladata ezeket a beszerzéseket eszközölni. Kérdi a szakosztályt, tárgyaljuk-e ma ezt a kérdést. Részéről olyan incidentalis dolognak tartja, mely napirendre való kitüzés nélkül is tárgyalható.

Tóth: Azt hiszi, hogy a dolgot tárgyalni kell, mert az átirat még márczius 15-ről van keltezve.

Tauffer Vilmos: A szóban forgó kérdés tárgyalására az Orvosegylet bizottságot küldött ki; a tárgynak az igazgató tanács elé való terjesztése azon mult, hogy az év elején a házépités kérdése merült fel

és a míg ebben nem történt döntés, nem lehetett a dolgot az igazgatótanács elé vinni. Minthogy a házépitésből nem lett semmi, a kérdés ismét actualissá vált; kérdés, hogy a vetítő készülék stb. beszerzése mennyiben lehetséges és mennyiben van fedezet. Ha ebben a szakosztályok az anyaegyesületnek segitségére vannak, az csak üdvös lehet. A kérdés minél hamarábbi megoldása érdekében kivánatos, hogy a szakosztály nyilatkozzék ma, vajjon hozzájárul-e a derm. szakosztály ajánlatához. A május végi renoválások alkalmával ezen módositások könnyen volnának kivihetők.

Elnök: A kérdést tárgyalás alá bocsátja.

Tóth István: Elvileg mindenesetre nagyon fontos a mi szakmánkra is, hogy vetités, tükrözés, cystoskopia czéljából álljon rendelkezésünkre villamos apparatus és azt hiszi, hogy a szakosztály ebből a szempontból elvben szivesen támogatja a dermatol. szakosztályt. Más kérdés az, hogy anyagilag is támogassuk-e? A pénztári jelentés szerint van ugyan egy kevés készpénzünk, de ezt már több helyre fordítjuk, pl. a bibliographia készitésére, a Semmelweis alapja számára, pályázat kiirására, újabban a „Gynaekologia“ költségeinek részbeni fedezésére. Azt hiszi, hogy ilyen körülmények között anyagilag nem járulhat hozzá a szakosztály az eszközök beszerzéséhez. Kivánatos volna, ha a tisztikar a dolog anyagi oldalát mindenesetre megvitatná, moralisan mindenesetre szivesen támogatjuk az ügyet.

Tuszkai Ödön: Miután elvileg mindnyájan pártoljuk a dolgot, ajánlja, hogy az anyagi oldal megvitatására bizottságot küldjön ki a szakosztály.

Temesváry Rezső: A bécsi és berlini orvosegyesületek jóval gazdagabbak, még sincs saját mikroskopjuk. A berlini pedig vetítőkészülékének árát úgy törleszti, hogy kölcsönadja. Másrészt *egy* mikroskop semmit sem lendit a bemutatásokon, s fontos kérdés, hogy a jókarban tartásért ki volna felelős, mert közös tulajdon gondos őrzése sok nehézséggel jár. Ő ezért a beszerzést, amennyiben szükséges eszközökről van szó, nem a szakosztályok, hanem az anyaegyesület feladatának tartja.

Az átiratban különben nincs szó villamos vetitőről, hanem csak villamos kapcsolóról.

Tauffer: A mikroskopra vonatkozólag egyetért Temesváryval, annak beszerzését a szakosztály elejtheti. A villamos kapcsolót majd természetesen az Orvosegyesület csináltatja meg.

Elnök: A kérdést határozás végett újból a szakosztály elé terjeszti. Átiratunkat olyan értelemben fogjuk megfogalmazni, hogy moralisan szivesen támogatjuk a kérdést.

Temesváry ajánlja a következő határozatot elfogadásra: A szakosztály a villamos kapcsoló készülék beszerzését elvben helyesnek találja és támogatja, de olyképen, hogy az anyaegyesület kéressék fel annak beszerzésére. Elfogadtatik.

Következik: **Eszmecsere Tuszkai előadásai felett.**

Tauffer Vilmos: Engedje meg a t. szakosztály, hogy először is Tuszkai tagtárs úr első előadására, a szivbajos terheseknél tett észleleteire reflectáljak.

T. szakosztály! Kétségtelen, hogy mindnyájan át vagyunk hatva annak a fontosságának érzésétől, midőn valamely betegség diagnostikájának, prognosisának, vagy therapiájának egy új physikalis segédeszközével ismertetnek meg, mert hisz a modern orvos kötelessége ismerni ezeket a physikai módszereket. Ezt akartam előrebocsátani és még azt, hogy, ha valaki önálló észlelések alapján egy tudományos testület elé áll és azt mondja, hogy ezeket a tényeket constatálom a betegeknél, ezzel szemben a hallgatás, vagy negatio álláspontjára helyezkedni nem helyes, mert érdem szerint méltatni a tudományos testület kötelessége. Ez volna a második praemissa. Legfeljebb az a kétely merülhet fel, hogy kötelességünk-e foglalkozni valamely dologgal akkor, ha az észleléseket nem tartjuk olyanoknak, melyekből következtetéseket levonni lehet.

Tuszkai az eseteknek olyan sorozatát állitja szemeink elé, hogy ezzel szemben én a nagy szegénységemet kell, hogy kifejezzem. Tuszkainak a véletlen kellett, hogy segitségére legyen, midőn 3 csoportba oszt jól definiált eseteket és sohasem jön zavarba, hogy melyiket hová sorozza. Másodszor igazán feltünő, hogy aránylag rövid észlelési idő alatt szép számú esetet hozott a szakosztály elé. Mi a klinikán észlelünk, észleléseinkről naplót vezetünk és mégis azt kell mondanom, hogy észleléseink száma ezen adathalmazzal szemben olyan csekély, hogy azokból következtetni nem lehet. És épen ezért, mivel először: méltánytalanság, ha valaki physikai alapon nyugvó új tényeket hoz fel, másodszor: mert fontos, hogy tudományos testület ezekkel foglalkozzék és harmadszor: mert az én anyagom a T.-éval szemben elenyésző csekély, nem bocsátkozhatom a tételek vitatásába. Ne tessék ezt kicsinylésnek venni, hanem e téren való járatlanságomnak betudni. A mennyiben másutt is merülnének fel hasonló megfigyelések, kész vagyok Tuszkai előtt meghajolni.

A második előadásra vonatkozólag engedje meg a t. szakosztály, hogy felszólalásomat megindokoljam. T. az előadásában azt a szemrehányást tette, hogy a Bécsben tartott előadására mindenütt reflektáltak, csak épen a magyar kartársak nem. Ujból hangsúlyozom, hogy egy tudományos testületnek valamely felmerült themára reflektálnia kell, különösen ha arra provokálva is lett.

T. szakosztály! Ha a hyperemesis kérdését azon szempontból, melyből előadó úr elénk hozta, közelebbről nézzük, mi az, a mit ő új tény gyanánt állitott fel? Ő azt mondja, hogy „hyperemesis gravidarum“ nevet csak azon, nagyon ritka esetek jogosultak viselni, a hol a peritoneum atrophiája van jelen abnormis feszülése miatt a terhesség alatt; és mielőtt ezen diagnosist kimondjuk, minden más okból eredő hyperemesist ki kell zárni — és itt felsorolja, hogy mi minden okból jöhet létre hyperemesis a terhesség alatt; ki kell zárni szerinte azt a hányást is, mely perimetritisben, azaz a medenczebeli peritoneum fájdalmasságában leli okát. Mindezeket más kategoriába osztja. De van *egy* hányás, melyet mindezekből magyarázni nem tudunk, hanem ennek oka a peritoneum nagyfokú feszülése és atrophiája a terhesség alatt.

Hogy ezt az atrophiát miből lehet megismerni, erre nézve azt mondja T., hogy a bimanualis vizsgálat fájdalmasságából. Kérdem már most, miképen különbözteti meg az előadó úr ezt a fájdalmasságot a perimetritikus fájdalomtól? A kettőt megkülönböztetni nem lehet. — az alap, melyből Tuszkai kiindult, hibás alap. Ezt nemcsak diagnostizálni, de megkülönböztetni sem lehet.

Hát mi az az atrophizáló feszülés? Én csak egy módon tudom elképzelni és pedig úgy, hogy a pete gyors növekedése folytán a méh expansiója olyan gyors, hogy a peritoneum hypertrophiája nem tarthat vele lépést, ez a feszülés hozza létre az atrophiát. Igy van ez hydramnionnál. Characteristikus erre a hyperemesis? Nem. A peritoneum nagyfokú feszülése van jelen tubaris graviditásnál. Ennél sem pathognomonikus a hányás.

Tuszkai előadásának sem klinikai, sem anatomiai alapja nincs. Ne vegye tehát rossz néven tölünk, ha előadására nem reflektáltunk, — csak akkor, midőn erre minket provokált.

Szili Sándor: A peritoneum feszülését nemcsak terhességnél, hanem tumoroknál is találjuk. Igy parovarialis cystáknál. az uterus különböző myomáinál, főleg a subserosus alakoknál, melyek tudvalevőleg egész kocsányt vongálhatnak ki maguknak s itt nemcsak a peritoneum trophikus zavarai, hanem az uterus peritoneumának direct vongálása jöhet szóba. Ennek daczára a hyperemesisnek megfelelő tüneteket csak kivételesen látunk. Winckel a medencze periton. megbetegedését a bonczolatok 30%-jében találta, tehát a hullák 1/3-ában. Ezzel szemben azt tapasztaljuk, hogy a hyp. grav. oly ritka megbetegedés, hogy ez a valamely periton. megbetegedéssel — mely viszont oly gyakori — véleménye szerint csak kivételesen vonható kapcsolatba.

Tuszkai: Átéreztem azt a finom gúnyt, mely Tauffer tanár úr szavaiban rejlett, midőn azt mondja, hogy az ő tapasztalása az enyémhez képest elenyésző csekély. De én ezt az anyagot nem rövid idő, hanem 12 év alatt észleltem. Ezen idő alatt 32 gravidát vizsgált a pulsusra vonatkozólag a terhesség egyes hónapjaiban és csak Graves vizsgálatai inditották annak a bizonyos törvényszerűségnek a keresésére. Nem is tudományos érdeklődés vezette őt vizsgálataiban, hanem — megvallja — az, hogy olvasta, hogy a gravida pulsusából a születendő gyermek nemére lehet következtetni.

A többi, a mire nézve conclusiót csinált, csak 2 esetre vonatkozik; ez a két eset azt mutatja, hogy a pulsus labilitása lép fel szivbajos terheseknél az incompensatio alatt, mig compenzált szivbajnál a terhességi labilitás eltünik.

Hogy az eseteket csoportositotta, ahhoz talán tényleg nem volt joga, a 3 eset azonban 32 terhesre vonatkozik, a kiknél pulsusvizsgálatot csinált. Nézete szerint nem követett el hibát, mikor rendszerbe szedett véleményét nem pedig következtetéseit hozta a szakosztály elé.

A II-dik előadásra nézve a következőket jegyzi meg: Igaz, hogy szemére hányta a magyar orvosoknak, hogy előadására nem reflectáltak. Nem tette volna ezt, ha külföldön nem foglalkoztak volna vele komolyan. Tauffer tanár nagyon keményen végez, mikor azt mondja, hogy vizsgálatainak semmi alapja nincs. Itt még kevesebb esetről van szó, — egyetlenegy észlelt esetről. A kérdés talán itt inkább a körül forog nézete szerint, hogy a ki nem oly szerencsés, hogy a klinikán, vagy nagy privatpraxisban nagyszámú esetet észlelhet, az kénytelen kevés esetről beszámolni. Didaktikai szempontból sokkal jobb egy eset alapos, mint sok eset felületes megészlelése. Egy esetet az összes biologiai eszközökkel megfigyelt és ebből nem is vont következtetést, csak magyarázatot adott. Csak azt mondja, hogy az esetből azt látja, hogy nincsen azoknak igazuk, a kik a hyperemesis gravidarumot hysteriának tartják. Mihelyt hysteria, nem akarja a graviditással összefüggésbe hozni. Ezek az esetek az exquisit hysteriás esetek, melyek suggestiora elmulnak.

A mi a perimetritis és atrophia perit. közötti különbséget illeti, a perimetritis lázakkal jár.

A mi a másik ellenvetést illeti — ez Szilinek is szól — Graefe szerint is feltünő, hogy ikerterhességnél, hydramniosnál gyakori a hányás, de ha nincs, ez csak azt mutatja, hogy ennek a nőnek a peritoneuma tágulékonyabb. Egyetlen esetből akarta gondolatait leszűrni, de a therapiára nem terjeszkedett ki.

Ha valaki előadást hoz a szakosztály elé, azt azért hozza, hogy a tagtársak kontrollálják az észleléseket és ezért szerette volna, ha ma mások is közölték volna tapasztalataikat.

Végül még egy kérdést intéz a szakosztályhoz. Szerette volna, ha előadásait a szakosztály vitte volna a plenum elé, de mert hozzászólások — várakozása ellenére — nem voltak, kérdi, megengedi-e a szakosztály, hogy ő maga vigye a tárgyat az Orvosegylet elé.

Tauffer: Konstatáljuk még egyszer a tényt. 3 szivbeteg terhes észleléséről van szó, a többi csak terhesek pulsusának észlelése. Ezen 3 esetből állit fel előadó 3 csoportot. Kérdi, hány eset tartozik az első, hány a 2. és hány a 3. csoportba? Legfeljebb 1—1 és ebből ilyen messzemenő következtetéseket levonni nem lehet. Az ő véleménye is az, hogy necsak a klinikák hozzanak ide bemutatásokat, de ne is vegyék rossz néven a kritikát.

Tuszkai: A 3 eset egy csoportba tartozott, mind az I. csoportba. A csoportokat a terhesek észlelése után a posteriori állitotta fel. A másik két osztály csak reflexio a terheseknél tett észlelései után.

Kézmárszky: Előadó kérdésére azt feleli, hogy mindenkinek jogában áll a plenum elé előadást vinni; a discussio is felhasználható.

Tóth: Minthogy a gynaekologiai szakosztály már más themát visz a plenum elé, T. előadását csak privatim viheti a plenum elé. Tauffer felszólása után ebben senki sem kételkedhetik.

Következnek a bemutatások.

I. **Záborszky István: Deciduoma malignum.** (Egész terjedelmében fog lapunkban közöltetni.)

II. **Tauffer Vilmos: Fistula vesico- et recto-vaginalis gyógyult esete.** (Egész terjedelmében közölte *Tóth István* a Gynaekologia 2. számában.)

Több tárgy nem lévén, elnök az ülést bezárja.

(XXXIX. ülés 1902. junius 3-dikán.)

Elnök: **Elischer Gyula**; jegyző: **Tóth István.**

Az ülés tárgya: Gyászolás Kézmárszky halálán.

Elnök az ülést megnyitva emlékbeszédet mond Kézmárszky felett. (Lásd lapunk más helyén.) A szakosztály tagjai felállanak.

Elnök jelenti, hogy a szakosztály utólagos jóváhagyása reményében az elnökség a szakosztály nevében gyászkoszorút tett le az elhunyt elnök ravatalára, s hogy a szakosztály a temetésen testületileg vett részt.

Ajánlja, hogy a családnak a szakosztály részvétiratot küldjön. Elfogadják.

Ajánlja, hogy Kézmárszky emlékének megörökítése végett bizottságot küldjünk ki, mely a tisztikarból s Tauffer és Bársony tagokból álljon. Elfogadják.

Kérdi, helyesnek tartaná-e a szakosztály, hogy a tél folyamán díszülést tartsunk, melyen Kézmárszky felett emlékbeszéd mondatnék és melyre az Orvosegyesület tagjait is meghivnók. A módozatokat bizzuk az említett bizottságra.

Tauffer: Az a kérdés, nem akar-e az Orvosegyesület beszédet tartatni. Meg kell kérdeznünk ezt az anyaegyesület elnökségétől, hogy beleegyezik-e abba, hogy a szakosztály tartasson emlékbeszédet.

Temesváry ajánlja, hogy ezt a kérdést is a bizottságra bizzuk.

Tóth: Miután az indítvány ő tőle származik, megindokolja. Eddigi jeleseink felett az orvosegyesületi díszülésen mondtak emlékbeszédet; minthogy azonban Kézmárszky a szakosztály megalapitója, a ki annak érdekeit mindig olyannyira szivén viselte, kérjük meg az anyaegyesületet, hogy az emlékbeszéd tartását engedje át a szakosztálynak és azon mint vendég jelenjék meg. A modust bizzuk a bizottságra, mely az Orvosegyesület elnökségével lépjen érintkezésbe.

Bársony hozzájárul.

Dirner helyesebbnek tartaná, ha az anyaegyesülettől indulna ki a kezdeményezés.

Elnök kimondja, hogy az év folyamán emlékbeszéd fog tartatni, a mikénti elintézést a bizottság vállalja magára. Elfogadjuk.

Jelenti, hogy Veit, Martin, Schauta, Chrobak és Zweifel legmélyebb részvétüket fejezték ki.

A jegyzőkönyv hitelesítésére Szili és Lovrich tagokat kéri fel.

Szili indítványozza, hogy elhunyt elnökünk iránti pietásból az elnöki állást az emlékbeszéd megtartásáig ne töltsük be, hanem bizzuk meg a másodelnököt az elnöki teendők végzésével. Elfogadjuk.

Több tárgy nem lévén, elnök az ülést bezárja.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Sellheim Hugo. Leitfaden für die geburtshülflich-gynäkologische Untersuchung. Freiburg i. Br. u. Leipzig, Speyer und Kaerner 1901. 32 l.

A Hegar-féle klinikán divó szülészeti és gynaekologiai vizsgálat menetét, beleértve az anamnesis felvételének mikéntjét, rövid vezérfonal alakjában ismerteti a már más munkáiban is kitünő didaktának bizonyult szerző. Az ily vezérfonalaknak természetesen nincs, de nem is lehet különösebb tudományos értékük s inkább csak az orvostanhallgatók számára készült mnemotechnikai segédeszköznek tekintendők. Ilyennek tekintve az előttünk fekvő füzetkét is, ezt czéljának teljesen megfelelőnek kell mondanunk. A lehető legrövidebben, inkább vázlatosan, mintegy táblázatba foglalva ismerteti a női csontváz s különösen a medencze anatomiáját, a betegekkel és szülőnőkkel felveendő anamnesist, a gynaekologiai vizsgálatot, a terhesek és szülőnők vizsgálatát, a medenczemérést, a különböző magzatfekvések osztályozását és a gyermekágy diagnostikáját, mindenütt egy-egy szóval utalva mindazokra a jelekre és tünetekre, a melyekre a vizsgálatnál figyelemmel kell lenni. A korai terhesség jeleinél a biztosok közé felvette a két Hegar-féle tünetet is! A szülés diagnostikájának tárgyalásánál hiánynak kell jeleznünk, hogy a magzat különböző fekvésének, állásának és tartásának ismertető jelei nincsenek felemlítve. Kivánatos volna, hogy a szerző művecskéjének esetleges újabb kiadásainál ezt a hiányt is pótolja.

Temesáry.

*

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie.

Festschrift Herrn Professor *Fritsch* bei Gelegenheit des 25jährigen Bestehens des Centralblattes für Gynäkologie, gewidmet von seinen Schülern. Leipzig, Breitkopf u. Härtel 1902. 354 l.

A legelterjedtebb német szaklapnak, a „Centralblatt für Gynäkologie"-nak huszonötéves fennállása alkalmából annak szerkesztőjét Fritschet a kiváló szakembert, tanitványai abban az immár nem ritka megtiszteltetésben részesitették, hogy szakmájukba vágó közleményekből álló ünnepi munkát irtak és adtak ki. A könyv igen gazdag tartalmának érdekesebb részleteit a „Lapszemle" rovatban behatóan fogjuk ismertetni, itt csak az egyes czikkek czimeit adjukannak bemutatására, hogy az előttünk fekvő munkában a szülészet és a gynaekologia mily sok részlete talált feldolgozásra, s hogy az mennyire megérdemli az érdeklődést különösen a szakemberek részéről.

Az egyes dolgozatok szerzői és tárgyai a következők: *Biermer.* A húgyvezető compressioja eklampsiánál. — *Born.* Adalék az idült méhinversio konzerváló operativ gyógyitásához. — *Kantorowicz.* A teljes méhhüvely-előesés gyökeres gyógyítása teljes méhkiirtással és hüvelycsonkolással Fritsch szerint. — *Wilke.* A méhtestnek a nyaktól való spontan szétválása után fellépett amenorrhoea, szövődve egy dermoid-tömlőnek kocsánycsavarodás folytán beállott önkéntes amputatiojával. — *Witthauer.* Az emlőneuralgiáról. — *Menzel.* Casuistikai közlemények. (Négy különféle eset leirása.) — *Biermer.* Corpus alienum in utero. — *Weinhold.* Pessariumok üvegből. — *Tannen.* Gynaekologiai és szülészeti közlemények. (Hét különféle tartalmú rövid közlemény.) — *Middeldorpf.* Adalék a méhelőesés-műtétek statistikájához. — *Engelmann.* Adalék a mola haematosa tanához. — *Stoeckel.* A petefészek cystás elfajulásáról mola hydatosánál. — *Scheunemann.* Myoma és diabetes. — *Heydrich.* Egy új hüvely szúrcsapoló készülék. — *Schröder.* További vizsgálatok a vérnyomást és a fagyáspont megállapitását illetőleg terhesség alatt rendes és rendellenes körülmények között. — *Courant.* A Bartholin-(Cowper)-féle mirigyek anatomiájának történetéhez és physiologiai jelentőségéhez. — *Courant.* Kystoma lymphangiectaticum haemorrhagicum. — *Dietrich.* Szopó gyermekek rendes táplálékszükséglete. — *Reifferscheid.* A szülésekről szűk medenczénél. — *Asch.* Képlő műtétekről. — *Pletzer.* Császármetszés Porro szerint a petefészkek megtartásával. — *Pfannenstiel.* Uj képlő műtét a hüvely kiterjedt atresiájánál

II. Lapszemle.

Szülészet.

Bidone E.: Eclampsia puerperale etc. (Annali di Ostetricia e Ginecologia. 1901. 2. sz.) 42 éves, III rendes partus, utolsó 10 év előtt. Jelenleg hetedik hónapban terhes. Felvétel előtti napon eklampsiás rohamot kapott s azóta comatosus állapotban fekszik. P. 74. T. 37·5. Oedema nincs. Vizeletben sok fehérje. Magzati szívhang nem hallható.

A transpiratiót megindítandó beteg gőzfürdőt kap. 3 gm. chloral per rectum. Daczára, hogy több roham nem jött, a légzés folyton gyengébb, felületesebb lesz s végre teljesen megszünik; szivműködés azonban fennáll, P. 60. Mesterséges légzés, coffein injectiók, oxygen inhalatiók. Uterus kiürítése császármetszés útján. Halott magzat. Műtét után még 4 órán át folytonos mesterséges légzés, aránylag elég erős pulsus mellett. Végre minden eljárás sikertelenségét látva, beteget a sorsára bizza; a mesterséges légzés abbahagyása után (5½ óra mulva) lassacskán megszünik a szivműködés és beáll a halál.

Pauer.

Herz E.: Zur Lehre von der puerperalen Eklampsie. (Der Frauenarzt 1901. 8. sz.) Terhesség alatt fellépő rohamnál csak akkor indicált a szülés befejezését czélzó beavatkozás, ha azok intensitása és frequentiája nő és a szülés nem halad előre. A választandó beavatkozás neme a méhszáj állapotától és az elölfekvő rész helyzetétől függ.

Medenczébe ékelt fej nem eltünt méhszájnál Dühssen-féle incisiók, utána fogó, esetleg perforatio; bemenet feletti fejnél fordítás, extractio van helyén. Szerző D. ezen eljárásával szemben a sectio caesareának nyujt előnyt. Mindenesetre azonban a lehetőségig az exspectativ morphium és chloroform-eljárás hívének vallja magát annyival is inkább, mivel eklampsiánál a gyermek életétől el kell tekinteni. Előkészített szülő utaknál a fogóműtétnek kifejlődött feltételeinél ez a műtét végzendő. Gyermekágyban jelentkező rohamoknál erélyes morphium-injectiók, esetleg a visszamaradt burok- és lepényrészletek eltávolitása.

Pfeifer.

Trinandani E.: Osservazioni sfigmografiche nell'eclampsia. (Annal. di ostetr. e di Gin. 1901. 1. sz.) Számos radiogramm felvétele s vizsgálata semmi typikus, vagy jellegzetes képet nem teremtett. Csak az volt feltünő, hogy roham után 10—15 órával, de 24 órán belül, mindig hasonló görbék mutatkoztak, melyekből a vérnyomás és az arteria-falzat tensiojának, rugalmasságának csökkenése volt kiolvasható. Táblán 16 felvétel képe. *Pauer.*

Loewenstein H.: Drei Fälle von Kaiserschnitt bei Eklampsie. (Centralblatt f. Gyn. 1902. 5. sz.) Szerző igen súlyos eklampsia eseteket közöl. A császármetszést Olshausen-nal egyetértve nem tartja veszélyesebbnek, ha a szülés nem halad előre a Dührssen-féle incisioknál. Mind a három esetben bekövetkezett az exitus. Két esetben még a műtét után is voltak rohamok. A gyermekek közül kettőt sikerült megmenteni a műtéttel. *Fleischmann.*

Lange W.: Beiträge zur Frage der Deciduabildung in der Tube bei tubarer intrauteriner Gravidität. Monatsh. f. Geb. u. Gyn. 1902. Bd. XV., H. 1. Szerző 20 eset kapcsán Aschoff vizsgálataival megegyező eredményre jut. A tuba nyákhártyája ép úgy, mint az uterusé képes decidást képezni, ehhez — mint az uterusnál — úgy itt sem szükséges a peténck a nyálkahártyával való direct érintkezés, hanem elegendő az, ha a tubában megtermékenyített pete van. De a tubának deciduaképzéshez sokkal kisebb hajlama van, mint az uterusnak, sőt a decidua legalább a terhesség első hónapjaiban hiányozhatik; a legnagyobb izgalom maga, t, i. a pete tapadása, az első hónapokban csak kis szigetszerű decidua vera és serotinaképződésre vezet.

Szili Sándor.

Krönig: Zur Kasuistik der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn des Uterus. (Uterus bicornis unicollis.) Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 2. sz. K. téves diagnosisból (graviditas extrauterina) megnyitotta a hasűrt, de azután a cervixen át átfúrta s tágította a mellékszarvat s kiürítette belőle a véralvadékkal kevert placentarészeket. Utólagosan kételye van, vajjon nem lett volna e helyén a mellékszarv tubájának sterilisatioja, miután a mellékszarvban újabb terhesség jöhetne létre. Az előző két terhesség a főszarvban zavartalanul folyt le, érdekes, hogy a mind a két esetben farfekvéses szülés volt.

Fleischmann.

Koslenko: Ein Fall von Geburt bei Uterus bicornis duplex. Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 2. sz. K. az ily uterusban lefolyt ikerterhességről számol be. A magzatok 2500 és 2000 gm.-nyiak voltak. E súlykülönbségből (500 gm.) arra következtet, hogy a könnyebb talán későbbi coitusból keletkezett. *Fleischmann.*

Pestalozza E.: Sulla gravidanza tubarica recidivante. Annal. di ostetr. e ginec. 1901. évi 1. sz. Szerző az extrauterin graviditás kóroktani momentumait áttekintve arra a következtetésre jut, hogy tért kell engedni egy bizonyos praedispositionak. Ismételt esetekben vagy újra ez a dispositio játszik szerepet, vagy pedig olyan conditio, a melyet az első eset vont maga után akár egymagában mint olyan, akár operativ beavatkozás folytán. E tekintetben figyelemmel kellene kisérni minden adnexoperáltnak utóbb bekövetkezendő terhességét.

Az irodalomból összeállított 92 eset megemlítésével s rövid méltatásával, közli saját két esetét a méhenkivüli terhesség recidivájának.

1. Extraut. graviditás, haematocele retrouterina. Laparotomia, gyógyulás. Hat év mulva újra méhenkivüli terhesség. Ismét laparotomia. Tubavég sapkaszerűen lenőve az ovariumra (Martin-féle ovarial-tuba) s szerző szerint ez volna a disponáló momentum.

2. Tubaris terhesség, ruptura vizsgálat közben. Laparotomia, gyógyulás. Két év mulva újra tubaris graviditás, mely spontan végződik, a mennyiben a peterészek, csontocskák s végül placenta, az uteruson át távolodnak el.

Szerző nem tartja indikáltnak a nő sterillé tételét az első operationál, de szükségesnek azt, hogy a patiens továbbra is szemmel tartassék. *Pauer.*

Heinsius, Fritz. Beiträge zur Lehre von der Tubargravidität, insbesondere zur Lehre von der Einbettung des Eis in der Tube. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 46. H. 3. A munkálat öt készitménynek szorgalmas feldolgozása boncz- és szövettanilag, melyek közül a két első ugyanegy egyéntől származik, a melyeket kilencz hónapon belül nyertek a *Küstner*breslaui klinikáján. A szövettani rész a bőséges. Benne egyebek közt „Trennungsschicht" megnevezéssel talán új fogalmat nyertünk; úgy nevezi meg szerző azt a réteget, mely a peteűrt a tuba lumenétől elválasztja s a mely azonos a reflex avagy capsularis réteggel. Praeparatumaiból következő tanulságot vonja le. Valamely okból a pete a tubában telepszik meg; az történik vagy két redő között, de ekkor a redők nem zárulnak a pete felett, hanem a pete süllyed a tuba nyálkahártyába (intercolumnaris beágyazás, *Werth*), vagy egy redő csúcsán történik a beágyazás, ekkor a pete a tuba lumenében benne fekszik (columnaris beágyazás *Werth*). A pete az epitheltakaró alá kerül s a besüllyedés helye a tubalumen felé talán szöveti túlszaporodás folytán elkülönül s mert decidnaképzés — mint az uterusban — nincs jelen, a pete beássa magát mind mélyebben a tubaizmok falába, s ott fejlődik tovább, hol a magára nézve legjobb táptalajt találja. Ettől függ a pete sorsa, columnaris megtelepedésnél abortus a következmény; jó táptalajra lelnek azok a peték, a melyek ránczmentén ágyazták be magukat a tubába.

Placentaképzés ott lesz, hol leggazdagabb a vérrel való ellátás, összefüggő decidua legtöbbször nem képződik. Leirja a tubaris abortus és ruptura módjait s tanulmánya foglalatjaként adja, hogy a tuba decidualis reactioja igen kicsiny s lassan fejlődő, a peténck meg nagy vitalis ereje van s megélhetésén maga dolgozik hatalmasan. E két foetus tekintetbevétele mellett megérthetők a tubaris terhesség különböző képei és következményei.

Klinikai szempontból érdekes az ismételt tubaris terhesség egy esete, a milyet összesen 68 esetet jegyeznek fel (*Glitsch*); munkálata végén esetei aetiologiai momentumait keresi. *Csiky.*

Witting A.: Contributo allo studio istologico della cause di rottura della tuba gravida. Annali di Ostetr. e Ginec. 1901. évi 7. sz. Tubaris graviditasnál vizsgálva a tuba falzatát, szerző a kötőszöveti rostok között interstitialis vérzéseket s syncytiális sejtformákat talált s azt hiszi, ez a két factor az, a mely a tubafalzat resistentiaképességét nagy fokban csökkentve, adott körülmények köz a rupturához vezethet. *Pauer.*

Majocchi A.: Di alcuni punti controversi nella anatomia della grav. tubarica. Annali di Ostetricia e Ginecologia. 1901. évi 12. sz. A kórszövettani vizsgálatok eredménye: 1., 2. A gravid tubában decidua veras reflexa nincs; 3. dec. serotina van, mint az uterusban, de a muscularis felé éles határral nem bir; 4. a tubaepithel csak a gravid részben, a pete szomszédságában modifikált; 5. a syncythialis boriték eredete kipuhatolható nem volt s valószinű is, hogy nem anyai epithel származéka. *Pauer.*

Christer-Nilsson H.: Ueber gleichzeitig extrauterine und intrauterine Schwangerschaft. Mittheilungen aus der gyn. Klin. des Prof. Engström Helsingfors Bd. IV. H. 1. Felette ritkák a méhűri és méhenkivüli terhességnek egyidejüleg egy egyénnél fellépő esetei. Szerző az irodalomból 68 eset casuistikáját közli. A legtöbb esetben 30—35 éveseknél, tehát magasabb korban és multiparáknál (81%) fordul elő, valószinűleg azért, mert ezeknél több lehetősége forgott fenn a genitaliák megbetegedésének, és ennek következtében a pete normalis vándorlása elé gördülő akadályoknak. A lefolyást illetőleg, a fellépő vérzések jelentősége egyértékű a méhűri terhességnél fellépő vérzésekeivel, máskor pedig tubaris abortusból erednek. 20 esetben mindkét magzat teljesen kihordatott, egy esetben (Wilson) a kilenczedik hónapban koraszülés, mig az extrauterin magzat kihordatott. Más esetben az extrauterin magzat hal el és a másik hordatik ki. Egy esetben pedig az intrauterin fejlődött magzat megszületik a rendes időre, az extrauterin pedig tovább fejlődik és kolpotomia útján élve születik (Rosshirt, Chrobak, Wilson, Pennefather) 25 esetben (37%) az extrauterin magzat az érettségig kihordatott. A kórisme egy esetben sem állapittatott meg. A kezelés az egyszerű méhenkivüli terhességével azonos. E 38 espectative kezelt eset közül 10 gyógyult meg. Az extrauterin fejlődött magzatok közül három élve és éretten műtét útján jöttek világra. *Pfeifer.*

Gynaekologia

Bulius G.: Zur Topographie des Uterus und der Blase nach Alexander—Adams Operation. (Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 3. sz.) A ligamenta rotunda megrövidítése korántsem hoz létre „igazán normális" viszonyokat, mert a méh majdnem mindig elevált, anteponált és meredeken antevertált helyzetbe jut. Hogy a megrövidített ligamenta rotunda jól functionálnak, azt a hólyag teltségi viszonyaiból lehet megtudni, mert ha engednek a telésnek, úgy a méh ép oly labilis mint volt normálisan. *Fleischmann.*

Theilhaber A.: Das Wesen der Dysmenorrhoe. (Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 3. sz.) Szerző Menge-vel, a ki a fájdalmas contractiokat csak a hosszanti rostokra vonatkoztatja, polemizál. Szerinte a körkörös izomrostok tetanusos contractioja a dysmenorrhoea lényege s ennek megfelelőleg a sphincter o. i. resectioját ajánlja mint gyógyeljárást. *Fleischmann.*

Inglis-Parsons: Eine neue Behandlung des Gebärmuttervorfalls. Der Frauenarzt, 1901. évi 4. sz. A kezelés abban áll, hogy a ligamenta lata alsó részébe a hüvelyfalon átvezetett tű segitségével chinin. sulfur. fecskendez be, mely után 4—8 hétig ágyban kell feküdni. A hatás úgy érvényesül, hogy a széles méhszalagok táján a szövetek izgattatnak és ellentállóképességük a környezetéhez hasonló lesz. *Pfeifer.*

Bluhm A.: Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der polypösen Schleimdrüsenkystome des Labium minus. Ctrlbl. f. Gyn. 1892. évi 5. sz. A kis ajk cystái anatomiai, aetiologiai szempontból 2 nagy csoportba oszthatók:

1. Cysták, melyek a labium normális alkatrészéből származnak, tehát idiotopikus természetűek (a nymphák retentiós cystái és a nyirokcysták);

2. melyek a kis ajkakban abnormálisan előforduló képződményekből származnak, heterotopikus természetűek (mirigy heterochthonia, heteroplasia). Ezen második sorozatba tartozik a szerző által eltávolított két daganat, melynek nagyobbika almanagyságú, a másik cseresznyenagyságú volt.

Bennékük tiszta fehér nyák volt. Szövettanilag faluk háromrétegű volt: 1. külső réteg a bőrnek megfelelő (Stratum Malpighi et corneum); 2. kötőszöveti stroma és 3. egy belső epithealis réteg. *Fleischmann.*

Huppert L.: Behandlung des Vaginismus mittels Kolpeurynthers. Centralbl. f. Gynäc. 1901. évi 32. sz. Szerző vaginismus esetén egy üres, összehajtott kolpeurynthert vezet be fájdalom nélkül a hüvelybe, a hol lassan vizzel tölti meg, mindaddig, a mig a beteg fájdalmat nem jelez. Ülésről ülésre nagyobb vizmennyiséget tűr igy meg a beteg, mig végre a kolpeurynther 200 gm. vizzel is megtölthető. Ily tágítás mellett már egy 3 cm.-nyi átmérőjű csöves tükör bevezetése sem okoz fájdalmat. Kezelés alatt a coitus kisérletét eltiltja; a kezelés

után a coitus — a férj normális potentiája mellett — minden nehézség nélkül sikerül. *Adler Oszkár.*

Olshausen R.: Über die Wahl der Operation bei Myomen. Ctrlbl. f. Gyn. 1902. évi 1—2. sz. Szerző az enucleatio mellett kardoskodik, még pedig a hasmetszés útján, mert így a legkisebb gócz is hozzáférhető. A vaginalis úton való operatiót korlátozni kivánja. Csupán egyszer volt kénytelen a myomaműtétet megismételni, mivel az első műtétnél egy borsónyi és egy mogyorónyi göb visszamaradt volt. Két év alatt a nagyobbik 1½ ökölnyire, a másik mogyorónyira nőtt. Műtétnél a fősúly a vérzés tökéletes csillapítása, ezt a fecskendő arteriák elkötésével s a daganat ágyának 2 etageban (catgut-tal) való elvarrásával éri el. 35 esetből ötöt veszitett. *Fleischmann.*

Heidenhain L.: Über Verkleinerung des Bauchraumes und Verhinderung von Bauchbrüchen durch Doppelung der Bauchdecken. Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 1. sz. H. Piccolo-nak a köldökséry radicalis műtéténél ajánlott eljárását alkalmazta jó eredménynyel két esetben nagy ovarialis daganatok kiirtása után. Piccolo a hasfalak olyatén való egymásra varrását ajánlotta, mint a hogy a kétsoros (gombos) kabátunkat hajtjuk az összegombolásnál egymásra. Szerző eljárása a következő: hasmetszés a processus xyphoideustól a symphysisig, ezután a bőrt a zsírréteggel együtt mind a két oldalon tenyérnyi szélességben a fasciától leválasztja, s majd a hasseket két rétben három varrattal zárja. Az első varrattal zárja a hasűrt, úgy hogy a baloldali szélt a középvonalon túl a jobb oldalon a peritoneumhoz varrja, azután ráhajtja a jobboldali szélt a baloldali fascia és zsírréteg közé és ott odavarrja, végül a bőrszélt a nélkül, hogy valamit abból lemetszene, varrja össze. *Fleischmann.*

Fraenkel E.: Die Appendicitis in ihren Beziehungen zu den Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane. Samml. klin. Vortr. 323. sz. Mióta a féregnyújtvány lobos bántalmait a belgyógyászok és sebészek jobban figyelemmel kisérik, nyilvánvalóvá lett, hogy e bántalom alig ritkább a női nemnél, mint férfiaknál. Ezelőtt nők appendicitis okozta panaszait rendszerint az adnexumok megbetegedésére vezettek vissza; sőt manapság is gyakori ez irányban a tévedés úgy gynaekologusok, mint sebészek és internisták részéről. Az appendicitis és a belső genitaliák lobos folyamatai gyakran fordulnak elő egymás mellett. A féregnyújtvány lobja, e szervnek oly változó hossza és elhelyeződése folytán, közvetlen érintkezés útján is átterjedhet a méh függelékeire; másrészt a lig. Clado, esetleg a lob folytán újonan képződő nyirkutak, vagy közbehelyeződő vékonybélkacsok is lehetnek a lob tovaterjedésének közvetitői. Viszont az adnexumok kankós vagy septikus megbetegedései direct contactus vagy kiterjedt tályogképződés útján terjedhetnek át a féregnyújtványra.

Az appendicitist objective konstatálni csak kisebb-nagyobb izzadmány jelenléte esetén lehet a Mc Burney-féle pontnak megfelelőleg tapintható diffus hatású, érzékeny resistentia alakjában, mely felett a kopogtatási hang tompult dobos. Az ép féregnyújtványnak Edebohls szerint való kitapintása sem F.-nek, sem más európai szerzőnek nem sikerült. Az objectiv lelet mellett a diagnosis felállításánál figyelmet kell fordítani a symptomákra is, főleg figyelemre méltatandó azon tapasztalat, hogy az appendicitis gyakori kisérője a bő menses initialis dysmenorrhoeával.

A therapia szerző szerint a féregnyújtvány és az adnexumok egyidejű megbetegedése esetében csak operativ lehet. F. főleg laparotomiát ajánl, mint a mely a legjobb áttekintését és kitapintását engedi meg úgy a fossa iliacanak, mint a kis medenczének. Hangsúlyozza, hogy minden appendicitis miatt laparotomizált nőnél a petefészkek és minden gynaekologiai laparotomia alkalmával a féregnyújtvány is megtekintendő és esetleg eltávolítandó. Túllő azonban szerinte a czélon Edebohls, a ki más okból végzett hasmetszéseknél még az ép processus vermiformist is mindenkor saját módszere szerint a coecumba invertálja és az inversiis tölcsért elvarrja. *Adler Oszkár.*

III. Folyóiratok átnézete.

1. Magyar lapok.

Bába-Kalauz. 5. sz. *Székely.* Gyermektej. — *Turcsányi.* Lelenczek és lelenczházak. — 6. sz. *Iványi.* A gyermekágy rendellenességeiről. — *Turcsányi.* Lelenczek és lelenczházak.

Gynaekologia. 2. sz. *Tóth.* Szülési akadályt adó dermoid-tömlő, punctio után rendes szülés. — *Tóth.* Veseechinococcus; nephrektomia. — *Tóth.* Typhus abd. után keletkezett végbélhüvely és hólyaghüvelysipoly gyógyitása. — *Scipiades.* Az ophthalmoblennorrhoea neonatorum prophylaxisának kérdése. — *Temesváry.* A gynaekologia halottai. — *Steinberger.* Az orvosnők története.

Gyógyászat. 21. *Szabó Sándor.* Az endometritis kezeléséről. — *r.* Kézmárszky Tivadar †. — 22. sz. *Szabó* czikkének befejezése. — 23. sz. *Szántó.* Metrorrhagia praetuberculosa. — 25. és 26. sz. *Doktor.* A bábaügy országos rendezéséről. (Tauffer tanár jelentésének ismertetése.)

Klinikai füzetek. 4. f. *Gellért.* Ren mobilis II.

Magyar Orvosi Archivum. 2. f. *Szontagh.* A csecsemő táplálásáról szóló tan mai állása. II. közlemény.

Magyar Orvosok Lapja. 20. sz. *Deutsch.* Megjegyzés dr. Orbán Rezső „Csecsemőkórházak létesitéséről" szóló czikkéhez. — *Orbán.* Válasz. — 21. sz. *Dirner.* Kézmárszky Tivadar †. — *Szana.* A csecsemőkórházak ügye, különös tekintettel Magyarországra. 22. sz. — *Nenadovich.* A franzensbadi lápföldfürdők höfokának, sűrűségének és tartalmának tudományos megállapitása a női betegségek gyógykezelésében. — *Szana.* A csecsemőkórházak ügye, különös tekintettel Magyarországra. — 23. és 24. sz. *Szana* czikkének folytatása.

Orvosi Hetilap. 14. *Illyés* és *Kövesi.* A vese higitó képességéről a functionalis diagnostika szolgálatában. — 15. sz. U. az. — 17. sz. *Schopf.* Thure-Brandt módszerével kezelt dysmenorrhoea, amenorrhoea és menstruatio tarda esetei. — 19. sz. *Palotai.* Homlokfekvésekről. — 21. sz. *Tauffer.* Kézmárszky Tivadar †.

Orvosok Lapja. 21. sz. — *Kézmárszky Tivadar.*

Szülészet és Nőgyógyászat. 2. sz. *Dirner* és *Fonyó.* A petevezető elsőd-leges rákjának két esete. — *Deutsch Ernő.* Csecsemőkórházak és külön rendelő intézetek csecsemők számára. — *Iványi.* Prolapsus urethrea esete. — *Pfeiffer.* Eclampsia. (Összefoglaló szemle.)

2. Német lapok.

Allgemeine medicinische Centralzeitung. 46. sz. *Türk.* Halálos légembolia esete placenta praeviánál.

Archiv für Gynäkologie. 66. k. 1. f. *Theilhaber* és *Meier.* A mesometrium szerkezetének elváltozásai és ezek befolyása a menorrhagiák és fluor keletkezésére. — *Vassmer.* A placentaris cysták aetiologiájához. — *Dobbert.* Korán megszakadt tubaris terhesség 60 esete. — *Voigt.* A Braun-féle kolpenruyther hüvelyi alkalmazása a szülészetben. — *Römer.* A belső nemi szervek látszólagos primaer, tényleg azonban metastatikus rákos megbetegedései a hasűri szervek daganatai mellett. — *Gottschalk.* Az uterus nyálkahártyájának egy különös senilis, haemorrhagiás, leukocytás hyperplasiája. — *Vedeler.* Metritis hysterica. — *Leopold.* A méhszáj gyors tágitása a Bossi-féle tágító segélyével.

2. f. *Blumreich.* A teljes vizeletrekedés befolyása terhes és nemterhes állatok szervezetére. — *Müller.* Az eklampsia keletkezéséről. — *Trespe.* Kraurosis vulvae. — *Hitschmann* és *Lindenthal.* A tüdőúszópróba értéke méhbeli rothadás esetén. — *Stolz.* A primaer tubacarcinomáról. — *Zangemeister.* A szülés alatti fehérjevizelésről. — *Palm.* Rendes alkatú vese veleszületett megnagyobbodása a másik vese hiányos fejlődése mellett: bizonyíték, hogy a vesék az embryonalis életben működnek. — *Albert.* Megjegyzés Müller: „Az eklampsia keletkezéséről" cz. czikkéhez. — *Albert.* Az eklampsia aetiologiájához.

Archiv für path. Anatomie. 168. k. 2 f. *Meyer.* Dermoidcysták a magzat és újszülött lig. latumában, ondózsinórjában és mellékheréjében.

Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. 6. k. 1. f. *Herff.* A mirigyek kiirtásáról méhráknál. — *Zweifel.* A symphyseotomiáról a spatium praevesicale drainezésével. — *Ehrendorfer.* Adalék a tubaris sterilitáshoz. — *Pape.* A művi koraszüléshez medenczeszűkületnél. — *Franz.* A pete beágyazásáról és fejlődéséről a petefészekben. — *Futh.* Veleszületett daganatképződés kétnapos leánygyermek felső állkapocs foghúsában. — *Strassmann.* A ductus arteriosus (Botalli) elzáródása. — *Tiburtius.* Staphylococcusos peritonitis egy petefészektömlő kocsánycsavarodása után. — *Schwarzenbach.* A zürichi női klinika myomaesetei az utolsó 13 évben.

Berliner klin. Wochenschrift. 14. sz. *Marmorek.* Az emberre nézve pathogen streptococcusok fajegységéről. — 15. sz. *Illyés* és *Kövesi.* A higitási eljárás a veseműködés diagnostikájában. — *Marschalko.* Gyógyítható-e a prostituáltak kankója? — 19. sz. *Martin.* A mai gynaekologia czéljai és utai. — 20. sz. *Runge.* A Credé-féle eljárás eredményei újszülötteknél. — 22. sz. *Veit.* A terhességi albuminuriáról. — *Sommerfeld* és *Roeder.* A csecsemők vizeletének osmotikus analysise különböző táplálás mellett. — 23. sz. *Lesser.* Házasság és veneriás betegségek. — *Veit.* A terhességi albuminuriáról. (Folytatás.) — *Sommerfeld* és *Roeder.* A csecsemők vizelete. (Folytatás.)

Centralblatt für Gynäkologie. 12. sz. *Westphalen.* A köldökvena kettős repedése és kettős haematomaképződés spontan szülés után. — *Neumann.* A tüdővészes nők művi sterilitásáról. — *Lachs.* A tiz terhességi hónap történelmi világitásban. — *Knapp.* Nőgyógyászati phantom.

13. sz. *Zweifel.* A symphyseotomia a cavum Retzii hüvely felöli drainezésével. — *Littauer.* Kis nikkelpálczika a méh edzésére. — *Graefe.* Nagy hólyagkő esete; megjegyzések az idült pyelitis kezeléséhez.

14. sz. *Martin.* Hasi vagy hüvelyi úton operáljuk-e a myomákat? — *Dutzmann.* A fehér vérsejtek szerepe a női genitaliák genyes megbetegedéseinél. — *Zander.* Élő magzaton végzett embryotomia.

15. sz. *Fellenberg.* A Küstner-féle suprasymphysaer ivalakú metszésről. — *Daniel.* A fascia suprasymphysaer harántmetszése Pfannenstiel szerint. — *Skutsch.* A perforatio technikája.

16. sz. *Merletti.* Urobilinuria a terhesség alatt és annak fokozódása a magzat elhalása esetében. — *Cohn.* Szülés tabes dorsalis előrehaladott stadiumában.

17. sz. *Hammer.* A lysoform a szülészetben. — *Bohnstedt.* A coitus alatt létrejött hüvelyboltozati repedések kérdéséhez.

18. sz. *Popescul.* A torzszülések casuistikájához. — *Rudolph.* A tamponade hüvelytartó.

19. sz. *Leopold.* A méhszáj gyors kitágitása a Bossi-féle eszközzel, különösen eklampsiánál. — *Krönig.* A női hólyag tuberculosisának felismerése. — *Frankl.* A perforatio technikája.

20. sz. *Graefe.* Chorio-epithelioma malignum esete. — *Eisenberg.* Egy újabb egyszerű varrókészülék. — *Machenhauer.* 1. Missed labour és 2. tubasondázás esete.

21. sz. *Winter.* Még nehány szó a rák statistikájához. — *Seeligmann* — Gyermekfejnyi submucosus myoma vaginalis úton terhesség alatt eltávolítva. — *Machenhauer.* A vaginalis myomáról. — *Curàtulo.* Ujabb tükör a vagina és méh kezeléséhez.

22. sz. *Rosenstein.* Kettős katheter a nők cystitisének megakadályozására. — *Pinkus.* Castratio uterina atmokaustika haemophilia esetén. — *Meyer.* Az intraabdominalis nyomásról. — *Laubenburg.* A vér összetételének megváltozása genitalis genyedések esetén.

23. sz. *Schücking.* Infusio a köldökvénán át. — *van de Velde.* A cystopyelitis kezelése methylenkékkel. — *Wernitz.* A sepsis kezelése. — *Keferstein.* Egy gyakorló orvos elitélése egy általa szerkesztett Intrauterin pessarium káros következményei miatt.

24. sz. *Wertheim.* A rákstatistika kérdéséhez. — *Vogel.* Legújabb javaslatok a bábaügy reformálásához.

25. sz. *Thomass.* Valódi vulvafibroma esete. — *Michin.* A myomás terhes méh operativ kezelésének kérdése. — *Pauer.* Uterus duplex separatus esete.

Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte. 7. sz. *Nadler.* Lábelőesés koponyafekvés mellett.

Der Frauenarzt. 3. f. *Freudenberg.* Sei-i-Kwei-ról és Ogata új eljárásáról tetszhalott újszülöttek felélesztéséről. — *Lederer.* A nőkérdésről. — *Freudenberg.* Egy új haskötőről.

4. f. *Kalabin.* A postpuerperalis megbetegedések aetiologiájáról és gyógyításáról. — *Freudenberg.* Therapeutikus haladások. — *Freudenberg.* A méh függelékei lobos megbetegedéseinek gyógyítása.

5. f. *Kalabin.* A postpuerperalis megbetegedések aetiologiája és gyógyítása. — *Machenhauer.* A darmstadti magánklinika észlelései. — *Freudenberg.* Therapeutikus haladások. — *Freudenberg.* A női ruha reformja.

Deutsche medicin. Wochenschrift. 14. sz. *Holländer.* Osteomalacia O P. nönél. Castratio. Gyógyulás. — 15. sz. *Helbing.* A czombnyak veleszületett repedéséről. — 16. sz. *Benedikt.* A terhességi icterus kérdéséhez. — 20. sz. *Heinrich.* Nagy köldök- és hasfali sérvek műtéte. — 22. sz. *Bohlen.* Malaria a gyermekágyban.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 4. f. *Tandler* és *Halban.* A női ureter tájbonctana. — *Kien.* A végbélhüvely-repedések létrejövetele spontan szülésnél. — *Moebius.* A méhenkivüli terhesség casuisticájához. — *Lindenthal.* A húgyhólyag bullosus oedemája. — *Stolper* A polypusok decidualis átalakulása a terhesség alatt. — *Austerlitz.* A deciduoma malignum.

Ergänzungsheft. Schultze. Nőgyógyászat az elmegyógyintézetekben. — *Stroganoff.* A fogó alkalmazásának kérdése arcz- és homlokfekvéseknél. — *Tischer.* „Metroglycerin" a secule corn pótszere. — *Mathes.* Újabb észlelése a méh vaginofixatioja utáni szülési zavaroknak. — *Lichtenstern* és *Herrmann.* A lig. rotundum pathologiájához. — *Schäffer.* A belső genitaliák részéről kiváltható reflexek, különös tekintettel a véredényekre. — *Neumann* és *Vas.* Az ovariumkészítmények befolyása az anyagcserére. — *Lachs.* Celsus mint nőgyógyász. — *Schlagenhanfer.* Az ovarium metastatikus rákjáról gyomor-, bél- és más hasűri szervek rákja mellett. — *Abuladse.* A fibromák conservativ műtéteről laparotomia útján.

5. f. *Wagner.* A méhrákkal complicált terhesség kezelése. — *Ulesko-Stroganova.* A peteágy változásai a méhenkivüli interstitialis terhességnél. — *Hoenigsberg.* Az urogenitalis rendszer veleszületett rendellenessége. — *Hermann.* Az adenoma malignum kérdéséhez. — *Hengge.* Az uterus epitheljének jóindulatú többrétegűsége. — *Neck* és *Nauwerck.* A petefészek dermoidtömlői ismeretéhez.

6. f. *Staude.* A rákos méh teljes kiirtása kétoldali hüvelybemetszés segélyével. — *Krönig.* A rákos méh abdominalis totalexstirpatiojának technikája. — *Krönig.* Uterus- és gyomorrák ugyanazon egyénben. Abdom. totalexstirpatio, gastrectomia, gastrojejunostomia. — *Schäffer.* Az ismétlődő terhességi uterus aetiologiájához. — *Dirmoser.* Az 1893–1900. végéig végzett vaginae- és ventrofixatiók.

Münchener med. Wochenschrift. 11. sz. *Amann.* Az abdominalis totalexstirpatio méhrepedés esetén. — 12. sz. *Halban* és *Landsteiner.* Különbségek a foetalis és anyai vérsavó között. — 13. sz. *Trendelenburg.* A gyermekágyi pyaemia sebészeti kezelése. — 14. sz. *Siegert.* A modern csecsemőmenhely és jelentősége az orvosokra nézve. — 16. sz. *Wiener.* Pessarium által okozott méhincarceratio sajátságos esete. — 17. sz. *Toff.* Az unguentum argenti colloidalis (Credé) alkalmazásáról. — 18. sz. *Hofmeier.* A gyermekágyi láz megakadályozásáról. — *Voigt.* Tüdőembolia placenta praevia esetén. — *Keiler.* Perityphlitis és terhesség. — 19. sz. *Hermann.* Idegen testek a méhben. — *Hofmeier.* A gyermekágyi láz megakadályozásáról. — 20. sz. *Brauer.* A terhességi vérvizelésről. — *Kamann.* Casuistikus adat az eklampsia kérdéséhez. — 21. sz. *Döllner.* A melaena neonatorum kezeléséről. — 22. sz. *Linder.* A „nasalis dysmenorrhoea".

Prager medicin. Wochenschrift. 19. sz. *Tschuschner.* A gelatina animalis mint vérzéscsillapító. — 20. és 21. sz. *Tauber.* Szülészet és nőgyógyászat.

Therapeutische Monatshefte. 4. f. *Veit.* Az eklampsia kezeléséről. — *Mering.* A csecsemők táplálásának kérdése.

Die Therapie der Gegenwart. 5. f. *Hammerschlag.* Atmokausis uteri.

Wiener klin. Rundschau. 10. és 11. sz. A górcsövi vérvizsgálat értéke hasűri genyedések felismerésében. — 16. sz. *Singer.* A rheumatismus a gyermekágyban.

Wiener klin. Wochenschrift. 20. sz. *Wagner.* Az ú. n. Krukenberg-féle petefészekdaganatok hystogenesisához. — 22. sz. *Hartmann.* Hármas szülés esete. — 24. sz. *Riether.* Kulcscsonttörések rendes szülésnél.

Wiener med. Presse. 18., 19. és 21. sz. *Nenadovics.* A női bajok kezelése Franzensbadban. — 23. és 24. sz. *Korczynski.* Az osteomalaciások anyagcseréje.

Wiener med. Wochenschrift. 13. sz. *Kapelusch.* A cocain analgesia. — 23. és 24. sz. *Herz.* A hüvely és méh durványos fejlődésének egy esete. (Uterus unicornis sinister.)

Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie. 47. köt. 1. füz. *Ahlfeld.* Mola haematotuberosa et-polyposa. — *Rieländer.* Az alkoholnak a bőrbe való behatolásáról a forróviz-alkohol desinfectionál. — *Weinberg.* A többes szülések statistikája. — *Kleinwächter.* A menopausáról. — *Franz.* Az égési pörkök jelentősége a hasűrben. — *Marchand.* Felelet Winkler „Deciduoma" czikkére. — *Kessler.* Myoma és szív. — *Koblanek.* A retroversio-flexio kezeléséhez.

2. füz. *Henkel.* A szülés utáni vérzések és azok kezelése. — *Franqué.* Carcino-, sarco-, endothelioma tubae. — *Ahlfeld.* Szülés utáni elvérzés. — *Ahlfeld.* Hogy aránylik az egypetéjű ikrek száma a kétpetéjű ikrek számához? — *Ahlfeld.* A mastitis prophylaxisa. — *Ahlfeld.* A terhes méh részleges, myomát utánzó összehúzódásai. — *Walthard.* A bacteriotoxikus endometritis. — *Holzapfel.* Mit értünk Baudelocque-, Schultze- vagy Duncan-féle modus alatt (l. Levy czikkét a placenta leválásáról). — *Wychgel.* A börpigmentatio és a vizelet vizsgálata a terhesség alatt. — *Bucura.* Egy Wertheim-féle mód szerint operált prolapsus eset boncztani lelete.

Zeitschrift für Heilkunde. 3. füz. *Wechsberg.* A chloroformicterus kérdéséhez. — *Sinnreich.* Cystaképződés az ureteren és környezetében. — 4. füz. *Jacobson.* A fibromyomák másodlagos elváltozásairól.

3. Franczia lapok.

Annales de gynécologie et d'obstétrique. 4. sz. *Hoche.* A méh és petefészeknek a vena cava inf. és a jobb szívbe terjedő infectiosus thrombusa. *Daniel.* A pulsus és a hőmérsék a gyermekágyban. — *Chiaventone.* A cystopexia a nőgyógyászatban. — *Mikhine.* Ismétlődő ruptura uteri esete.

Bulletin de la Société Belge de Gynécologie. Jan. *Jacobs.* Terhesség és myoma. — *Lanwers.* Méhfibromáknak petefészek- és tubahaematomákkal való szövődése. — *Van Hussel.* Medenczebeli arthritisekről.

Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris. 2. sz. *Blondel.* Eszközök bemutatása. — *Boissard* és *Dubrisay.* Teljes méhinversio. — *Vicarelli.* A „craniotome-vrille" bemutatása. — *Bernheim.* Eklampsia egy újszülöttnél. — *Brindeau.* A vérzés gyógyítása méhrepedésnél. — *Lop.* Pyodermatosis átmenetele anyáról magzatra. — *Tissier.* 69 napig visszamaradt méhlepény bemutatása. — *Perret.* Egy méhlepény bemutatása burkon kivüli magzattal.

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Paediatrie de Paris. 2. sz. *Doléris.* Latens vérzések a terhesség alatt.

3. sz. *Delbet.* Haematometra és haematokolpos kettős ivarszervek egy esetében. — *Porak* és *Katz.* Általános peritonitis a terhesség alatt.

Gazette de gynécologie. 6. *Marien* és *Normandin.* A méhüregben kifejlődött terjedelmes sarkoma fusocellulare. — 7. sz. *Bisch* P. és L. Petefészekkiirtások által nem gyógyult méhmyoma gyógyítása abdominalis méhkiirtással. — 8. sz. *Tsakona.* A rachicocainisatio alkalmazása. — 9. sz. *Audibert.* Spontan megszületett teleangiectatikus fibromyoma.

La Gynécologie. 1902. 2. sz. *Doléris.* Belső vérzések a terhesség alatt. — *Judet.* A hashártyával való borítás hasmetszéseknél.

L'Obstétrique. 1902. 3. sz. *Maygrier.* Crouzat tanár †. — *Bar.* Szülészeti műtétek szűk medencze által okozott dystokia esetén. — *Bouchacourt.* A pete extraembryós részének természetes felhasználása. — *Planchon.* A tejelválasztás tartamáról.

Presse Médicale. 22. sz. *Marchant.* A recto-perinealis és recto-vaginalis sipolyok műtevéséről. — 24. sz. *Rogier.* A nemi szervek rendellenességei. — 27. sz. *Rouxlacroix.* Az agglutinin átmenetele az anyáról a magzatra typhusnál. — 28. sz. *Bar.* A szülészeti beavatkozásokról szűk medenczénél. — *Keim.* A nagy puerperális vérzések után követendő eljárásokról.

Le Progrès médical. 1902. 5. sz. *Katz.* Az ectopia vesicae egy újabb műtéti eljárásáról. — 8. sz. *Rothschild.* A sterilizált tej kérdéséhez. — 15. sz. *Narich.* A hydrocephalus felismerése utoljára jövő fej esetén. — 18. sz. *Guisy.* Hysteriás vérvizelés 3 esete. — 24. *Narich.* A hydrocephalus felismerése utoljára jövő fej esetén.

Revue de chirurgie. 22. köt. 1. f. *Dor.* Az emlő cholesteatomája. — 2. sz. *Tavel.* A belső szeméremideg resectiója vaginismus és pruritus vulvae esetén. — 3. sz. *Estor.* Kizárt sérvek csecsemőknél. — *Zesas.* A térdizület veleszületett ficzamai. — 4 sz. *Estor.* Kizárt sérvek csecsemőknél. — *Zesas.* Veleszületett térdficzamok. — 5. sz. *Baudouin.* Operált és operálható kettős torzszülöttek.

Revue de Gynécologie. 1902. 2. sz. *Loubet.* A fibromák hasi úton való enucleatioja. — *Meerdervoort.* A pseudo-endometritis kórboncztana. — *Loewy és Guéniot.* A kétoldali ovarialis cystákról. — *Kalabin.* Az idegrendszer kankós megbetegedései nőknél.

Revue mensuelle de Gynécologie, Obstétrique et Paediatrie de Bordeaux. 2. sz. *Chavannez.* A legjobb sebészeti eljárásokról az emlősök gyógyításánál. (folyt.)

Revue pratique d'Obstétrique et de Paediatrie. Márcz. *Thomin.* Az újszülöttek szemgyuladása.

La Semaine Gynécologique. 12. sz. *Duret.* Psoitis és hüvelyi hysterectomia. — 13. *Pichevin.* A méh és függelékeinek kiirtása oldalsó eventratio útján. — *Petit.* Méhrák esete általános elterjedéssel a nyirokutak mentén. — 14. sz. *Pichevin.* Méhperforatio; laparotomia. — 15. sz. *Condamin.* A méhcsonk újképletes átalakulása supravaginalis amputatio után. — 16. sz. *Pichevin.* Hószám és méhenkivüli terhesség. — 17—18. sz. *Duret.* A vulva lymphangiectasiái. — 19. sz. *Pichevin.* A terhesség korai felismerése. — 20. sz. *Récamier* és *Ethier.* Két hónaposnál fiatalabb tubaterhesség repedése.

4. Angol lapok.

American Journal of the Medical Sciences, márcz. *Gaertner* Gyermekágyi pyaemiára vonatkozó kisérletek. — *Kemp.* Salpingitis okai a blennorrhoean kivül.

The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children. 3. f. *Piecce.* Chorio-epithelioma malignum. — *Davis.* Retroversio et-flexio uteri. — *Baldy.* A méhfenék elsődleges rákja. — *Kreutzmann.* Egyöntetű eljárás a gátrepedés, cystocele, rectocele és prolaptus műtevésénél. — *Bovée.* Adalék a női gát repedéseinek sebészeti gyógyításához. — *Noble.* A méhnyak csonkitásának technikája. — *Bandler.* A méhenkivüli terhesség aetiologiájáról, szövettanáról és rendes lefolyásáról. — *Cooke.* Néhány megfigyelés a klimaxot illetőleg. — *Emmet.* A méhnyak sarkomájának egy esete. — *Wenning.* Prolapsus uteri. — *Frank* és *Koehler.* Kankós peritonitis. — *Royster.* Kilenczéves leány teljes gátrepedése, okozva a szülész ujja által a gyermek születésénél.

4. f. *Ladinski.* Deciduoma malignum. — *Findley.* A menstruáló méh anatomiája. — *Brickner.* Rövid köldökzsinór mint szülési akadály. — *Manton.* Appendicitis néhány esete. — *Clark.* Ureterköveknek tartott phlebolitok a petefészek vénáiban. — *Peters.* Az ureter összenyomása egy a medenczében helyet foglaló megnagyobbodott lép által. — *Goffe.* Fibrosarcoma uteri. — *Baldwin.* Rák miatt végzett vaginalis méhkiirtás négyhónapos terhes méhen. — *Harrison.* A máj heveny sárga sorvadása nőknél. — *Morse.* A terhesség alatt fellépő albuminuria jelentősége.

The British Gynaecological Journal. 1902. febr. *Edge.* Megrepedt tubaterhesség. — Méhkiirtás myoma miatt. — Méhkiirtás prolapsus miatt. — *O'Callaghan.* Myomectomiák. — Kettős pyosalpinx. — *Macnaughton-Jones.* Méhenkivüli terhesség. — Kettős pyosalpinx. — *Snow.* Prophylaxis a gynaekologiában. — *Bishop.* Néhány elváltozás myomás méheken.

The British Medical Journal. 2154. sz. *Porter.* Lehet-e a méh fertőzése emlőtályog oka? — 2156. sz. *Kyle.* Enuresis nőknél. — 2158. sz. *Clarke.* Hosszú szoptatás esete. — *Alexander.* Placenta praevia.— 2159. sz. *Herman.* A dysmenorrhoeáról. — *Mc Cann.* Hólyag-hüvelyi sipoly. — *Addinsell.* A méh korai senilis visszafejlődése. — *Hoysted.* Méhinversio esete. — *Cater.* Spontan craniotomia. — *Wilson.* Anti-streptococcus-serum gyermekágyi láz esetében. — *Gregory.* Eklampsia esete. — *Christie.* Gyermekágyi septicaemia esete. — *Modlin.* Petefészektömlő és kihordott terhesség. — 2160. sz. *Mc Ilwaine.* Myxoedema anyánál és gyermeknél.

Bulletin of the John Hopkins Hospital, márcz. *Bettman.* Szülés esete kétszarvú méhnél. — ápr. *Kelly.* A hólyag-hüvelyi és végbél-hüvelyi sipolyok gyógyitása.

Edinburgh Medical Journal. febr. *Herman.* Diabetes és terhesség. — ápr. *Robson.* Zsugorodott húgyhólyag gyógyitása folyadékkal való fokozatos tágitással.

The Glasgow Medical Journal, márcz. *Edgar.* A méhmyoma gyógyitása. — *Lickley.* A petefészek herniájának esete. — máj. *Smyly.* Az endometritis gyógyitása.

The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. 4. sz. *Mc Kerron.* Vizeletrekedés szülés után. — *Haultain.* Dermoidcysta kilöketése a hüvelyen át szülés alatt. — *Jardine.* Szivbetegség terhesség és szülés alatt 13 eset kapcsán. — *Williams.* Hüvelysarkoma. — *Aitken.* Az újszülött véréről. — *Fothergill.* Ujabb adatok a méhlepény ismeretéhez. (Összefoglaló szemle.)

5. sz. *Hart.* A húsmola mibenléte. — *Blacker.* A méh vaporisatioja. — *Boxall.* Részleges vizeletrekedés súlyos esetei szülés után. — *Philipps.* Szülés alatti hüvelyrepedés egy esete. — *Baw.* Két császármetszés és egy embryotomia ugyanazon nőnél. — *Wilson.* A méhrák hüvelyi műtéteinek eredménye. (Összefoglaló szemle.)

6. sz. *Champneys.* Adalék a tubaris terhesség ismeretéhez 75 eredeti eset kapcsán. — *Lewers.* A cervix elsődleges tuberculosisának hüvelyi méhkiirtással gyógyult esete. — *Croft.* A cervix papillaris megbetegedésének esete. — *Maguire.* Megjegyzés a konyhasó-infusiókhoz, egy egyszerű műszer leirásával. — *Robinson.* A méh és hüvely bakteriologiája szülés és gyermekágy alatt. (Összefoglaló szemle.)

The Lancet. 14. sz. *Vincent.* Mindkét csecsbimbó gangraenája a gyermekágy alatt. — *Makuna.* Anti-streptococcus-serum gyermekágyi láz esetében. — 17. sz. *Herman.* Az eklampsia gyógyításáról. — *Lemarchand.* Placenta praevia esete. — 18. sz. *Savage.* Petefészekdaganat spontan repedésének esete. — 19. sz. *Mason.* Eklampsia esete ikerterhességnél. — 23. sz. *Milner.* Korai fogamzás és szülés a terhesség végén. — 24. sz. *Galabin.* A gyermekágyi lázról.

The Medical Chronicle. jan. *Lea.* Gerinczanasthesia a gynaekologiában.

The Medical News. febr. *Pedersen.* Ventrofixatio. — ápr. *Vineberg.* Gyermekágyi sepsis sebészeti gyógyitása. — máj. *Bierhoff.* A női cystoscopia technikája. — *Jewett.* A korai terhesség felismerése.

The New-York Medical Journal. 15. sz. *Bannan.* Az emlők primiparáknál.

The Practitioner. ápr. *Collins.* Az újszülöttek ophthalmiája.

The Scottish Medical and Surgical Journal. márcz. *Douglas.* Tejczukor szoptató nők vizeletében.

5. Olasz lapok.

Annali di Ostetricia e Ginecologia. 3. sz. *Roncaglia.* A tubaris terhesség aetiologiájáról. — *Gotti.* A ventro-hysteropexiáról a méh szerzett antedeviatioinál. — *Mariani.* Az Umikoff-féle reactio gyakorati értékéről az anyatej vizsgálatánál. — *Corn.* A parovarialis cystákról s azok kocsánycsavarodásáról. — *Pizzini.* Adat a méh hátsó falának súlyos dysuriával járó szakszerű kitüremkedéséről a terhesség alatt. — *Greco.* A vér és vizelet a rendes terhesség alatt. — *Petersen.* Adalék a tubaris terhesség kórboncztanához.

4. sz. *Cosentino.* A palermoi szülészeti klinika. — *Merletti.* A terhesség alatti urobilinuria és ennek fokozódása a magzat elhalása eseteiben. — *Ferroni.* Néhány az újszülöttek vizeletére vonatkozó vizsgálat az első életnapokban.

Archivio di Ostetricia e Ginecologia. 3. sz. *Lauro.* Adalék az eklampsiás rohamok kórtanához és gyógyitásához. — *Trotta.* A méhrepedés gyógyitásáról. — *Bertino.* A portio vaginalis hosszúságban való túltengéséről. — *Piretti.* Az Arendt-féle eljárás atoniás vérzéseknél szülés után.

4. sz. *Campione.* Két császármetszés. — *Patellani-Rosa.* A gerinczes állatok, különösen az emlősök csontos medenczéje. — *Lauro.* Az eklampsia-czikk folytatása.

Archivio Italiano di Ginecologia. 1902. február. *Ferrari.* A magma reticularis rugalmas szövetére vonatkozó újabb vizsgálatok. — *Simone.* Acropathologia a terhesség alatt. — *Gardini.* A magzat csontrendszernek kifejlődése. — *Carbonelli.* Tizenegy császármetszés Porro szerint. — *Witting.* A Walcher-féle helyzet hátrányairól. — *Capellani.* A petevezeték szövettanához. — *Spinelli.* Daganat által okozott méhinversio két esete. — *Ricc.* Félévi jelentés Spinelli női klinikájáról.

Arte Ostetrica. 1902. február. *Ghezzi.* Rendkivül súlyos gyermekágyi fertőzés. — *Gagliardi.* A Malatesta-féle fogó újabb módositása. — Márczius. *Finzi.* Adalék a nemzési tevékenységhez kettős méhnél. — *Majocchi.* Mindkét alsó végtag előesése fejfekvésnél. — *Piana.* Klinikai adalék az eklampsiához.

La Clinica Ostetrica. 1902. február. *La Torre.* A szoptatás faluhelyen. — *Magnanimi.* Az újszülött vérének morphologiai összetétele. — márczius. *La Torre* czikkének folytatása. — *Isidori.* Adat a gyermekágyi fertőzés gyógyitásához méhkaparással. — *Guelmi.* A metrorrhagiák gyógyitása ortica-főzettel.

Gazzetta degli Ospedali. 24. sz. *Teccani.* A diphtheriatoxin befolyása az anya és a magzat életére. — 36. sz. *Martini.* A női hydrocele gyógyitása.

Gazzetta Medica Italiana. 10. sz. *Gilardoni.* A veratrum viride élettani és therapiai hatásáról.

Giornale Italiano delle malattie veneree. 1. sz. *Gravagna.* Vulvo-urethritis blennorrhoica subacuta egy esetében fellépett tályogok.

Il Morgagni. 2. sz. *Galdi.* A sebészet jodoformismus eset-tanához.

Rassegna di Ostetricia e Ginecologia. február. *Stella,* Időszakos havi kiütések a terhesség alatt. — *Noto.* Négy Porro-féle császármetszés osteomalacia miatt. — *Catellani.* Császármetszés a méhfenéken és teljes abdominalis méhkiirtás a terhesség végén méhnyakrák miatt. — *Cordaro.* A hüvelyi méhkiirtás méhmyomék és kétoldali adnextumorok eseteiben. — márczius. *Noto* czikkének folytatása. — *Giannettasio* és *Lombardi.* Fibromyoma ovarii. — *Masciotta.* Klinikai adalék a méhelőesés sebészi gyógyitásához. — *Cordaro* czikkének folytatása.

IV. Bibliographia.

Külföldi szakirodalom.

(Könyvek, dissertacziók, thèse-ek.)

Aichel O. Über die Blasenmole. Eine experimentelle Studie. Hab. Erlangen, 1901. — *Apostoli.* Electrothérapie gynécologique. Paris, Baillière et fils. — *Arzac M.* De la conduite à tenir dans l'hydramnios à marche rapide. Bord., 1901. — *Aubirn C. J.* Étude critique sur l'omentofixation. Bord., 1901. — *Babo A.* Ein Fall von kleincystischer Entartung beider Ovarien. Diss. Zürich, 1900. — *Baermann S.* Über ein Fibromyom des rechten Ligamentum rotundum. Diss. München, 1901. — *Ballantyne I. W.* Manual of antenatal pathology and hygiene of the foetus. London, Churchill. — *Baumm P.* Die Verwendung thierischer Blasen in der Geburtshülfe. Halle, 1902. — *Beuttner O.* Gynaecologia Helvetica. II. Jhrg. — *Bischoff I. I. A.* Über Gonorrhoe im Wochenbett. Basel, 1901. — *Blomberg H.* Über die diagnostische Bedeutung der Menstruationscurve bei Tubenschwangerschaft. Kiel, 1901. — *Blunschy A.* Die Fälle von künstlicher Lösung der Placenta an der Züricher Universitäts-Frauenklinik während der Jahre 1888—1890. Diss. Zürich, 1901. — *Boudreau L.* L'arrachement circulaire du col utérin pendant l'accouchement. Toul., 1902. — *Bourgeau A.* Diagnostic précoce de la grossesse. Paris, 1902. — *Bouvier P. G.* Des fibromes de l'utérus intra-ligamentaires. Bord., 1901. — *Brinkmann E.* Orthopädische und functionelle Resultate der Ventrofixatio uteri bei Retroflexio uteri. Diss. Bonn, 1901. — *Buergi C.* Beitrag zur Kenntniss der Gynaecomastie. Zürich, 1902. — *Buettner O.* Die Eklampsie im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin während der Zeit vom 1. Juli 1885 bis 31. Dezember 1891. Rott., 1902. — *Bumm E.* Grundriss zum Studium der Geburtshülfe. Wiesbaden, 1902. — *de Campredon H.* Du palper-massage comme moyen de diagnostic en gynécologie. Lyon, 1902. — *Chambrelent.* De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du foetus. Paris, Dion. — *Chambrelent.* Rech. clin. et expérim. sur la bronchopneumonie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Paris, Dion. — *Chevreux.* De l'embolie pulmonaire tardive à la suite d'hystérectomies pour fibromes utérins. Paris, 1902. — *Criwitz C.* Geburtshinderniss durch Ovarialtumoren. Berlin, 1902. — *Curatulo G. Em.* Die Kunst der Juno Lucina in Rom. Geschichte der Geburtshilfe von ihren ersten Anfängen bis zum XX. Jahrh. mit nicht veröffentlichten Doku-

menten. Berlin, 1902. — *Dennemark F.* Über Dermoide insbesondere der Ovarien. Berlin, 1902. — *Doléris J. A.* Métrites et fausses métrites. Paris, 1902. — *Dührssen A.* Die Verhütung und Heilung des Unterleibskrebses bei Frauen. Berlin, 1902. — *Eckstein E.* Geburtshülfl. Neuorganisation in Österreich. Stuttg., 1902. — *Etesse A.* De la blennorrhagie para-uréthrale de la femme. Paris, 1902. — *Fellenberg R. v.* Zehn Fälle von Tubentuberculose. Ein Beitrag zur Kenntniss der tuberculösen Salpingitis. Diss. Bern, 1901. — *Feronelle A.* Chancre syphilitique du col de l'utérus cause de dystocie. Étude clinique et traitement. Paris, 1902. — *Gassmann M.* Indikation und Prognose der Zange an der Hand der Erfahrungen in der geburtshülfl. Poliklinik der königl. Frauenklinik zu Breslau. Breslau, 1902. — *Gatersleben H.* Zur Kasuistik des vaginalen Kaiserschnittes. Halle, 1902. — *Gilles R.* De l'accouchement prématuré provoqué à la clinique obstétricale de Toulouse. Toul., 1902. — *Girod.* Le forceps. Paris, 1902. — *Goldammer F.* Beiträge zur Casuistik und Therapie der Cervixrisse. Berlin, 1902. — *Grotefend W.* Die Kinderverluste der Marburger Entbindungsanstalt in d. J. 1883 bis 1899. Diss. Marburg, 1901. — *Harber L.* Die Entwicklungsstörungen am weiblichen Körper bei Doppelmissbildungen des Genitaltractus. Freib. 1901. — *Haultein F. W. a. Ferguson.* Handbook of obstetric nursing 4. ed. London, 1902. — *Heller L.* Über Stieltorsion bei Ovarialtumoren. Berlin, 1902. — *Hoos E.* Beitrag zur Kenntniss der Tubo-Ovarialcysten. Diss. Marburg, 1901. — *Ill Edw. J.* Lectures on gynecological nursing. Newark, 1901. — *Joret J.* De la pathogénie du céphalématome d'après quelques anomalies dans son siège et l'époque de son apparition. Paris, 1902. — *v. Kahlden C.* Über die kleincystische Degeneration der Ovarien und ihre Beziehungen zu dem sogen. Hydrops folliculi. Jena, 1902. — *Knapp L.* Grundzüge der gynäkologischen Massagebehandlung. Berlin, 1902. — *Kobrak Fr.* Über kinderzerstückelnde Operationen an der Hand von 83 Fällen der geburtsh. Univ.-Poliklinik zu Breslau. Breslau, 1902. — *König.* Über Abtreibung der Leibesfrucht. Halle, Marhold. — *Körner O.* Ein seltener Fall von peritonealem Endotheliom (sog. Endothelkrebs) complicirt mit multipler Cystenbildung. Diss. Würzburg, 1901. — *v. Krafft-Ebing R.* Psychosis menstrualis. Eine klinisch-forensiche Studie. Stuttg., 1902. — *Kuhnemann W.* Über die Ectopia vesicae und ihre operative Behandlung. Diss. Bonn, 1901. — *Lafond J. M.* De la gangrène des membres inférieurs dans les suites de couches. Bord., 1901. — *Laroyenne L.* Essai sur la séméiologie du Douglas chez la femme. Lyon, 1902. — *Landry F.* Du traitement des métrorrhagies et de l'endométrite hémorrhagique par les badigeonnages intra-utérins à la teinture d'iode. Paris, 1902. — *Le Prieur R.* Etude sur l'oeuvre de François Mauriceau. Paris, 1902. — *Lomer G.* Über die Verkalkung der Fibromyome des Uterus, mit besonderer Berücksichtigung des gleichzeitigen Vorkommens von Pyosalpinx. Berlin, 1901. — *Lüdden E.* Irrthümer bei der Diagnose der Schwangerschaft in vorgerücktem Stadium. Diss. Marburg, 1901. — *Marcille M.* Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens. Paris, 1902. — *Marocco C.* Ostetricia e ginecologia; parte generale ed elenchi del materiale. Roma, 1902. — *Mazade D.* Traitement de la rétroversion utérine par la raccourcissement des ligaments ronds noués au devant des muscles droits. Lyon, 1902. — *Meheut G.* Des fibromes gravidiques. Rareté des indications à l'intervention au cours de la grossesse. Paris, 1902. — *Menzen Z.* Über Gonorrhoe bei kleinen Mädchen. Diss. Bonn, 1901. — *Meyer L.* Beitrag zur Statistik der Totalexstirpation bei Uteruscarcinom. Bonn, 1902. — *Milkowska H.* Étude de quelques cas de rétrodéviation de l'utérus gravide. Diss. Genf, 1900. — *Moser Fr.* Über Morbidität und Mortalität bei Abortus. Diss. Bern, 1900. — *Müri A.* Zur Prophylaxe der Mastitis. Diss. Basel, 1901. — *Olivier J.* Des auto-intoxications de la grossesse au moyen de la méthode de l'élimination provoquée. Gen., 1901. — *Olshausen R. u. J. Veit.* Lehrbuch der Geburtshilfe mit Einschluss der Wochenbettskrankheiten und der Operationslehre. 5. Aufl. Bonn, 1902. — *Pick L.* Über Hyperemesis gravidarum. Leipzig, Breitkopf u. H. — *Pincus L.* Zur Praxis der „Belastungslagerung". Leipzig, 1902. — *Platon et Sepet.* Hygiène de la femme. Paris, Nand. — *Polano O.* Über die Entwicklung und den jetzigen Stand der Lehre von der Blasenmole u. d. sogen. malignen Deciduom. Leipzig, Breitkopf u. H. — *Pollak E.* Querer Fundalschnitt u. Tubenresection bei Sectio caesarea. Berlin, 1902. — *Popoff Vera.* De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétrodéviations et du prolapsus utérin. Gen., 1901. — *Prang A.* Über alte Erstgebärende. Diss. Greifswald, 1901. — *Razskazow-Morosoff S.* La castration pour les fibromyomes utérins. Diss. Lausanne, 1900. — *Rétière A.* De la colpoplastic dans l'atrésie et la thénose du vagin. Paris, 1902. — *Reymond G.* Du drainage de la cavité utérine ses applications en gynécologie et obstétrique. Lyon, 1902. — *Rigal M.* Du traitement de a fièvre puerpérale. Paris, 1902. — *Ringleb O* Zur Operation fixirter Blasenscheidenfisteln mit Lösung der Blase. Halle, 1902. — *Robin et Dalché.* Traitement méd. des maladies des femmes. 2. éd. Paris, Rueff. — *Rogage E. E.* Zur Statistik der Gesichtslagengeburt. Halle, 1902. — *Rudolph G.* Über Vereiterung und Verjauchung der Uterusmyome. Würzburg, 1902. — *Sabrazès et Muratet.* Examen du sang du ceur de deux foetus expulsés à la fin de la XI. semaine de la vie utérine. Bord. 1902. — *Schaper A.* Beitrag zur Aetiologie u. Therapie der spontanen Uterusruptur während der Geburt. Würzb. 1901. — *Schmidt M.* Über Nabelschnurvorfall (205 in der Poliklinik beobach. tete Fälle). Breslau, 1902. — *Schröders A.* Chirurgische Operationen während der Gravidität. Diss. Zürich, 1900. — *Schultz M.* Hygiène génitale de la femme, d'après l'enseignement et la pratique d'Auvard Paris, Doin. — *Seyffert P.* Über die Aetiologie, den Sitz u. den klin. Verlauf primärer Vaginalcarcinome u. die Erfolge nach Operationen. Leipzig, 1901. — *Simoff P.* Recherches anatomiques sur un cas d'adénokystome papillifére de l'ovaire avec transformation sarcomateuse et carcinomateuse. Gen., 1901. — *Sippel F.* Über die Berechtigung der Vernichtung kindlichen Lebens im Interesse der Mutter. Tüb. 1902. — *Six L.* Du lait maternisé. Paris, 1902. — *Theilhaber A.* Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. Halle, 1902. — *Thomas H.* Zur Indicationsstellung u. Technik des Kaiserschnittes. (11 Fälle aus der Frauenklinik). Breslau, 1902. — *Vgel H.* De l'abaissement des bras et en particulier du bras antérieur dans l'extraction du foetus par les pieds. Lyon, 1902. — *Urban Frz.* Ein Fall von Adenoma malignum uteri bei einem 21jährigen Mädchen. Halle, 1902. — *Vaeth G.* Über den Geburtsverlauf bei Rückenmarkserkrankungen und Rückenmarksverletzungen. Diss. Marburg, 1901. — *Vallois, Leon.* L'accouchement normale; grossesse, accouchem., suites de couches. Paris, Doin. — *Vogel G.* Leitfaden der Geburtshülfe. Stuttg., 1902. — *Walther H.* Die Krankheiten der Frauen in übersichtl. Darstellung für Hebammen. Berlin, 1902. — *Westermarck Ed.* Geschichte der menschlichen Ehe. Übers. v. L. Katscher u. R. Grazer. Vorw. v A. R. Wallace. 2. Aufl. Berlin, 1902. — *Wilcke K.* Das Geburtsgewicht der Kinder bei engem Becken. Halle, 1902. — *Wilisch O.* Über die chirurg. Behandlung der puerperalen, der postoperativen u. der gonorrhoischen Peritonitis. Leipzig, 1901. — *Winkler K.* Das Deciduom. Stuttg., 1901. — *Witkievicz J.* Über die Entstehung der Kalkkugeln in den Psammocarcinomen des Ovariums. Diss. Zürich, 1900. — *Wulkow F.* Über einen Fall von multiplen Embryomen des Ovariums. Diss. Marburg, 1901. — *Zbinden H.* Du rein flottant et de son traitement opératoire. Gen., 1901.

Congressus.

A IV. nemzetközi gynaekologiai congressust tudvalevőleg f. évi szeptember hó 15–21-ig fogják megtartani *Rómában*. A végrehajtó bizottság magyarországi titkárának kérésére a nagyméltóságú m. kir. kereskedelemügyi minister úr engedélyezte, hogy a congressusra utazó magyarországi orvosok, illetve congressusi tagok és azok családtagjai a m. kir. államvasutak vonalain úgy az oda- mint a visszautazás alkalmával személy- és gyorsvonatokon az I. és II. kocsiosztályban az illető vonatnemnek megfelelő közvetlen olcsóbb osztályú egész menetjegygyel utazhassanak. Hasonló kedvezményben részesíti a magyarországi congressusi tagokat a Magyar-horvát tengerhajózási Társaság is.

Az olasz vasutak szintén körülbelül 50% díjkedvezményt fognak nyujtani.

A congressusra eddig is már számos magyar orvos jelentkezett. *Temesváry* Rezső dr. titkár (VII., Erzsébet-körút 32) felkéri a még résztvenni óhajtókat, hogy ebbeli szándékukat a tagsági díj beküldésével (congressusi tag 25 koronát, családtag 10 koronát fizet) nála minél előbb bejelenteni szíveskedjenek.

A congressus végrehajtó bizottsága a kitüzött négy tárgy referenseiül eddig a következő szakférfiakat nyerte meg:

1. „A terhesség megszakításának orvosi javalatai"; előadók: *Barton Cook Hirst* (Philadelphia); *Hofmeier* (Würzburg); *Pinard* (Páris); *Rein* (Szt.-Pétervár); *Schauta* (Bécs); *Simpson* (Edinburg).

2. „A méh kiirtása a gyermekágyi láz gyógyitásában"; előadók: *Fehling* (Strassburg); *Leopold* (Dresda); *Treub* (Amsterdam); *Tuffier* (Páris).

3. „A genitalis tuberculosis"; előadók: *Martin* (Greifswald); *Veit* (Leyden).

4. „A méhrák sebészeti gyógyitása"; előadók: *Cullen* (Baltimore); *Freund* (Berlin); *Jonnesco* (Bukarest); *Pozzi* (Páris); *Wertheim* (Bécs).

A congressus védnökségét az olasz király elfogadta; tiszteletbeli elnökök Baccelli Guido és az olasz közoktatásügyi minister lesznek.

*

Az 1903-ban *Madridban* tartandó nemzetközi orvosi congressus egyik szülészeti tárgyául a placenta praeviát választották; az egyik előadói tisztet *Leopold* vállalta el.

VEGYESEK.

— † *Maizner János* dr. a kolozsvári Ferencz József tudományegyetem volt szülészet-tanára folyó év junius 30-dikán halt meg 74 éves korában. A róla való megemlékezést lásd az Orvosi Hetilap 27. számában.

— *Tauffer* Vilmos tanárt a belügyi minister a közegészségi tanács rendes tagjává nevezte ki.

— *Kehrer* Ferdinánd heidelbergi tanár nyugalomba vonult; helyére Rosthorn Alfonz gráczi tanárt hivták meg.

— *Massen* W. magántanárt az odesszai egyetemen a szülészet és gynaekologia tanárává nevezték ki.

— *Landau* Leopold tanárt Berlinben nyilv. rendk. tanárrá nevezték ki.

— *Pletzer* bonni magántanárnak a tanári czimet adományozták.

— *Az orvosnők száma* az egész világban 8000; magában Amerikában 6000; ezenkivül van Oroszországban 700, Angliában 400, Franciaországban 85, Olaszországban 20 orvosnő. Indiában 133 kórházban orvosnők nagyobb számban vannak alkalmazva, mint orvosok.

— *Tessin kanton* (Svájcz) nagytanácsa nemrég törvényt hozott, a mely szerint területén a szülészeti segitség egészen ingyenes. A bábákat a községek és az állam fizetik.

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

Negyvenhatodik évfolyam. 30. szám. *Budapest, 1902. julius 27.*

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.

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? 480. lap.

Török Lajos: Milyen bőrelváltozások idézhetők elő a bőr erőművi ingerlése által? 482. lap.

Parádi Ferencz: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem bőr- és bujakórtani intézetéből. (Igazgató Marschalkó Tamás dr. egyetemi tanár.) A méhgonorrhoea gyógykezeléséről prostituáltaknál. 483. lap.

Weyner Emil: A sanker gyökeres gyógyitása. 485. lap.

Tárcza. Grósz Emil: A szünidei orvosi cursusok. 472. lap. — **Huber Alfréd**: A Finsen-féle gyógymód mai állása. 487. lap.

Közegészségügy. Munkáslakás Franciaországban. — Közegészségügyi kihágás. — Az állami üzemekben foglalkoztatott munkások és kis dijazású állami hivatalnokok lakásviszonyainak javitása. 488. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Hager Péter**: A cholelithiasis belső kezelésének és az operativ beavatkozás indicatioinak újabb elvei. 488. lap. — *Könyvismertetés. Otto Körner*: Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. (Klug N.) — *Legueu*: Leçons de clinique chirurgicale. (P. J.) — *Pel*: Über die Kunst gesund und glücklich zu leben und Krankheiten zu verhüten. 489.—490. lap. — *Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. Klautsch, Frucht*: A Soxhlet-féle tápczukor. — *Matzner*: A haemol és haemogallol. — *Belgyógyászat. A. Kocher*: A Basedow-kór. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Jessner*: A jodoformogen. — *Jessner*: Az eugallol. — *Folyóiratok átnézete.* 489.—490. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az Országos Orvos-Szövetség. — Bábák számára ismétlő tanfolyam. — Az Országos Közegészségügyi Egyesület kolozsvári fiókja. — Fürdőink személyforgalma. — A francia sebészek congressusa. — A müncheni egyetem közegészségi tanszéke. — A német közegészségügyi egyesület. — A marienbadi gyógyvizek használata otthon. — Pályázatok. — Hirdetések. 492. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. A budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztálya. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Az „eczema"-kérdéshez.

II.

Okoznak-e mechanikai behatások és köztük elsősorban a vakarás eczemát?[1]

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

Az utóbbi évek eczemát tárgyaló közleményeiből és vitáiból azon meggyőződésre juthattunk, hogy az eczema kérdésével elölről kell foglalkoznunk. Újabb minutiosus klinikai észlelésekre, újabb experimentalis pathologiai kutatásokra, végül újabb histologiai és bakteriologiai vizsgálatokra van szükség, hogy az „eczema" lényegéről, aetiologiájáról, pathogenesiséről biztosat mondhassunk. Én részemről megkisérlettem ezt.

Az osztályomon eddig végzett, az aetiologiát illető klinikai és experimentalis vizsgálatok során azonban már is olyan tapasztalatokat szereztünk, hogy már most kötelességünknek tartottuk a következő két kérdés tárgyalását megindítani:

1. Létezik-e reflexeczema?

2. Okoznak-e mechanikai behatások és köztük elsősorban a vakarás eczemát?

Az első kérdésről már *Csillag* kartárs, a ki osztályomon a chemiai szerek okozta bőrlaesiokkal foglalkozik, értekezett, az utóbbival most én szándékozom a t. szakosztály elé lépni.

***

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület dermat. és urolog. szakosztályának 1902 márczius 17-dikén tartott ülésén.

Tudvalevő dolog, hogy *Hebra Ferdinand* a külső oki, úgynevezett *idiopathiás eczema* aetiologiájában a chemiai behatások után legfontosabb szerepet a *mechanikai* behatásoknak juttatott. *Hebra F.* (Hautkrankheiten, 1860. p. 378—379) felfogása a következő volt:

„Mechanische Einwirkungen aller Art sehen wir Eczeme erzeugen, und zwar *sowohl bei gesunden*, als auch bei kranken Individuen, häufiger allerdings und leichter bei letzteren. Einige derselben sind wohl allerwärts bekannt, und werden von Niemandem in Zweifel gezogen. Andere werden jedoch oft nicht gehörig gewürdigt, und es scheint uns demnach nicht überflüssig, auf dieselben hier aufmerksam zu machen. So sehen wir häufig Bruchbänder, Strumpfbänder, Gürtel, Schmuckgegenstände, als: Ohrgehänge, Armbänder; Kleidungsstücke, als: Schnürleibchen, Unterhosenbänder, Hosenträger, Männer- und Frauenhüte, zu eng anliegende Kleiderstücke jeder Art an den betreffenden Hautstellen *alle* Eczemformen von squammösem bis zum impetigiösem erzeugen. Weiters wird durch den Druck bei Ausübung gewisser Gewerbe, durch die Einwirkung von Werkzeugen, durch Tragen von Lasten etc. die Haut so gereizt, dass ein Ausbruch mannigfacher Eczemerscheinungen darauf erfolgt. Aber auch das Sitzen in der, bei dieser Gelegenheit auf die zwischen Sitzknorren in einer hochen Unterlage (dem Sitze) gepresste Haut ausgeübte Druck, sowie das Liegen von solchen Kranken, die durch lange Zeit das Bett zu hüten genöthigt sind, genügt um Eczeme hervorzurufen, besonders dann, wenn die betreffenden Individuen noch anderwertig krank, in specie hautkrank sind."

„*Ein bisher jedoch gänzlich unbekanntes* und vernachlässigtes eczemerzeugendes Moment gibt das *Kratzen* der Kranken ab."

„An Individuen, welche entweder in Folge von äusseren Hautreizen (als: Epizoën, Krätzmilben, Kleiderläusen, Filzläusen, Kopfläusen, Wanzen, Mücken) oder in Folge mannigfacher innerer Zustände von intensivem Hautjucken geplagt werden, *kann man*

alle das Eczem charakterisirenden Symptome, vom Eczema papulosum bis zum Eczema impetiginosum beobachten."

Egészen Hebra nyomán halad *Lesser*. (Hautkrankheiten, 1896. 26. és 27. l.) Már *Kaposi* (Path. und Ther. d. Hautkrankh. 1899. II. 513. lap) azonban lényegesen eltér Hebrától. Igy ir: „Mechanische Einwirkungen, Druck und Reibung *machen wohl selten originär Eczem*, aber sehr häufig und in der lästigsten Weise, *wenn die Haut durch irgend eine der früher erwähnten Schädlichkeiten eczematös erkrankt war*. Da kann der Druck von der Hutkrämpe, vom Strumpfband, das Reiben der Manchette, des Kragens, des Mieders etc. genügen, um sofort einen frischen Eczemausbruch zu veranlassen."

A *mechanikai* behatások közül Kaposi csak a *vakarásnak* tulajdonít nagyobb és *direct eczematogen* tulajdonságot (514. l.).

„In dem Sinne ist, wie Hebra zuerst aufmerksam gemacht, *das Kratzen als solches selbst* ein Eczem hervorrufendes Agens, indem durch Reizung der Follikel, der Papillen es zu Hyperaemie in Form von Strichen und Striemen, und zu disseminirten oder aggregirten Exsudationsformen des Eczems kommt. Daher ist jedes bestehende Eczem vermöge des damit verbundenen Kratzens selber die Quelle neuerlichen Eczems, und daher findet sich solches jederzeit bei allen Hautkrankheiten: Scabies, Prurigo, Urticaria, Ichthyosis, Pemphigus pruriginosus, Pruritis cutaneus."

Röviden összefoglalva Kaposi nézetét, az a következő: *nyomás és dörzsölés ritkán, ellenben a vakarás igen is gyakran okoz eredetileg eczemát*; *de ő már nem állítja azt, hogy az eczema összes alakjait idézi elő a vakarás, hanem megmondja, hogy mit: vonal és csikszerű hyperaemiákat, és az eczemának disseminált vagy aggregált exsudatiós formáit.*

Még kevésbbé fogadja el Hebra álláspontját *Jarisch* (Hautkrankheiten, 278. l.). Szerinte a mechanikai behatások ritkán okoznak *primaer* eczemát, de fontos szerepet játszanak már meglevő eczemás dispositionál. *Havas*, ha jól vettem ki szóbeli közlésének értelmét, már szintén nem követi oly mértékben Hebrát, mint azt a Belgyógyászat kézikönyvében megirta. *Török* (Gyógyászat, 1896. 494. stb. lap és a Bőrgyógyászat kézikönyve, 1898.) is, bár nagy szerepet juttat a *vakarásnak* és más hasonló mechanikai behatásoknak az „eczema" létrehozásában, már *kellő praedispositiot* tételez fel ott, hol a vakarás „nedvező eczematisatiot" idéz elő.

Bizonyos tartózkodással nyilatkozik *Brocq* is (Annales de Dermat. 1900. 187. l.). „Le grattage provoque l'apparition de l'eczema. Cette proposition de l'école viennoise est parfaitement vraie, pourvu que le sujet soit predisposé et qu'il soit en état d'opportunité morbide. Certes, on pourrait se demander si dans ces cas le grattage est la véritable cause efficiente de l'eczema: s'il y a grattage, il y a en effet prurit et c'est en réalité le trouble morbide d'ou dépend le prurit qui est le générateur réel de la dermatose, mais si cette remarque est vrai pour une vaste categorie de faits dans lesquels les phénomènes prurigineux dominent par leur intensité la scène morbide, et deviennent des lors la *dominante étiologique, il convient de reconnaitre que dans beaucoup de cas le grattage semble réellement naitre la dermatose De là une premier groupe d'eczemas dits traumatiques ou mecaniques par grattage, premier groupe qui n'est pas toujours, comme on le voit, parfaitement pur comme pathogénie.*"

Végül *Besnier* teljesen *tagadó* álláspontot foglal el legújabb eczema-dolgozatában (La pratique dermatol. 1901. II., 98. lap). „La part du traumatisme et particulièrement *du grattage*, dans la localisation, le développement, l'augment et les complications de *l'eczema* est manifeste et considerable. Mais dans tous les cas, l'action mécanique, si énergique qu'elle soit, *à elle seule, ne produit pas le processus d'eczematisation*; bien des fois nous avons etabli publiquement que le prurit le plus excessif de certaines phtiriases, pediculose pubienne, phtiriase commune dite des vêtements, prurit sénile pur, quoique provoquant les grattages les plus energiques, peut être indefiniment prolongé sans produire d'eczematisation."

„La genèse des lésions eczematiques dans les cas ou elles dérivent, pour un part, du grattage provoqué par le prurit, est toujours extrémement complexe, et il faudrait pour en developper la série composante reprendre l'histoire entière des pruriginoses."

(Csak mellesleg jegyzem meg, hogy vizsgálataink már folytak, a midőn Besniernek ezen legújabb kijelentését olvastam.)

Mindezen citatumokat azért találtam szükségesnek, hogy a kérdésbe kevésbbé beavatott is meggyőződhessék eredeti, *hiteles adatok* nyomán arról, miszerint nem volt *felesleges* az eczemakérdés tisztázásánál a mechanikai behatások által előidézett eczemás bőrelváltozásoknak utána járni.

És miután a mechanikai behatások között a *vakarás* leggyakoribb és legfontosabb a dermatologiai esetekben és mert már a többitől, nyomás stb.-től már *Kaposi* is eltekintett, és mert az ezek nyomán észlelt laesiok már a külső ártalmak szempontjából is complex *pathogenia* eredményei, csakis a vakarás okozta bőrelváltozásokat tettem vizsgálataim tárgyává. Vizsgálataimnál csaknem az összes újabb szerzők által elfogadott *„vesiculosus és az ebből eredő nedvező eczema"* typusa lebegett szemeim előtt. Különben a régieknél is legtöbbnyire a *vesicula-képződés* és *nedvezés* képezte az *eczemafogalom* lényegét.

A következő vizsgálatokat végeztem:

I. Megvizsgáltam újból azokat a bőrelváltozásokat, melyeket a vakarás által *experimentaliter* elő lehet idézni:

a) ép, nem viszkető bőrön;

b) eczemás, tehát praedisponált egyének bőrén, a nem beteg és nem viszkető részletein;

c) ép, de művileg viszketővé tett bőrön;

d) eczemás, tehát praedisponált egyének ép, de művileg viszketővé tett bőrrészletein.

II. Megvizsgáltam azon bőrelváltozatokat, melyeket *viszkető bőrbajok* és *bőrviszketések* kapcsán a *vakarás* okozott. Tehát a vizsgálat tárgyát képezték: *a) scabies, b)* pediculi capitis, pubis, vestimenti, cimex lect. *c)* prurigok, urticaria, lichen planus, mycosis fungoides, *d)* pruritusok.

ad I *a) vakarás és dörzsölés ép, nem viszkető bőrön.*

Magamon és másokon, főleg tiszta egyéneken végeztem és végeztettem a vakarást és dörzsölést, egy napon ismételten és több napon át ismételve különböző tartammal és intensitással körömmel és ruhadörzsöléssel.

Az igy keletkezett bőrlaesiok általánosan ismertek:

α) A felületes szarúréteg lekaparása. Ez lisztszerűen hámló vonal alakjában mutatkozott, hyperaemiás alapon. Órák alatt nyomtalanul eltünt laesio.

β) A mélyebb szarúrétegek lekaparása. Ez egyes hyperaemiás pontokon vagy kisebb területeken a megmaradt Malpighirétegen át a papillaris rétegből kijutó savóáramlással és fájdalommal jár. A kiömlött kisebb-nagyobb mennyiségü savó gyorsan lakk- vagy mézgaszerü varrá szárad be. E var rövid idő alatt leválik és órák alatt, esetleg később, a hyperaemia is eltünik.

γ) Intensivebb és tartósabb vakarásnál a papillák kúpjai is levakarvák. Ilyenkor a hyperaemiás területen több vérző pont látszik, mely barnás vagy fekete varrá szárad be. E varak napokig fennállanak, söt környékük meg is duzzad és hyperaemiásabb lesz. Helyükön még sokáig barnás pigmentfoltok és csikok maradnak.

Ezeken kivül más laesiokat, akár meddig vakartattam is, nem tudtam előidézni.

ad I. *b) Eczemás, tehát praedisponált egyének bőrén, a nem beteg és nem viszkető bőrrészleten.*

Ilyen vizsgálat 4 betegen végeztetett. 2 nőbeteg több év óta szenvedett ismételten „eczemában." A kisérlet idejében nedvező eczemájuk volt a füleken, hónaljban, inguinalis tájakon. 1 betegnél heveny vesiculosus jodoformdermitis és egynél mercurialis „nedvező eczma" volt jelen.

Daczára a több napon át vakarással és dörzsöléssel való irritationak, csak futólagos hyperaemiák és excoriatiok keletkeztek.

ad I. *c) Vakarás és dörzsölés ép, de művileg viszketővé tett bőrön.*

A viszketést rendesen az egyik alkar hajlító felületén, a *muenna pruriens* (Juckbohne, Kratzbohne) magszőreivel idéztük elő, magamon és nagyobb számú (24) ép bőrü egyénen. (A magvak hüvelye 2½ mm. hosszú, barna, merev szőrzettel fedett. Ez utóbbiak [lanugo siliquae hirsutae, Juckpulver] egysejtüek, hegyük felé horgosak, barnavörös bennékkel).

Ha kismennyiségü ilyen anyagot finoman rámázoltattunk a börre, pár percz mulva kölesnyi, egész kendermagnyi urticariaszerü

oedemás fehéres göcsök léptek fel hyperaemiás alapon (mint a különféle prurigoknál) szabálytalan csoportokban, melyek pokoli módon viszkettek és a provokált vakarás által szaporodtak. Akárhogy viszketett a terület (¼—2 óra között, sőt némelyiknél napokon át), akárhogy dörzsölték és kaparták is magukat a betegek, csak ezen oedemás göcsök és különböző fokú hámhorzsolások keletkeztek.

Ugyanezt tapasztaltuk azoknál is, a kiknél egy és ugyanazon területre több (6—8) napon át ismételve hintettük a viszketést okozó anyagot.

Egy kissé pöffedt lichenoid állapotot 3 esetben észleltünk 8—10 napi vakarás után, mely 2—3 nappal később visszafejlődött. Vesicula, nedvezés ezeknél sem volt.

ad I. *d) Eczemás, tehát praedisponált egyének ép, de művileg viszketővé tett bőrén.* 14 esetet vizsgáltam meg.

A) csoport. 9 eset: 7 esetben hetek, hónapok, és 2 esetben évek óta időnként ismétlődő *nedvező eczema* jelentkezik. A kisérlet idejében megannyi beteg volt. 6 betegnél 3—8 napon át behintés, erős viszketés, intensiv vakarás és dörzsölés után csak hyperaemiás oedemás göcsök és excoriatiok jelentkeztek. 1 betegnél 4 napi behintés és vakarás után kezdődő lichenificatio és 3 miliaris pustula. 1 betegnél 8 napi behintés és vakarás után kezdődő lichenificatio.

(Megjegyzem még, hogy ezen betegek közül kettőnél a kisérlet tartama alatt több helyen a nem behintett területen is jelentkezett erős viszketés, de az intensiv vakarásnak itt is csak pont- és csíkszerű excoriatiok és hyperaemiás oedemás pontok voltak következményei. Viszont, hogy ezek egyikénél a nem vakart területen egyszer spontan papulo-vesiculosus eruptio lépett fel.)

Egy betegnél az eczemás terület közelében történt negyedik behintés után az addig észlelt hyperaemiás göcsöket bezárta a periferiába terjedő eczema, míg ugyanennél a beteg területtől egészen távol alkalmazott négyszeri behintés alatt keletkezett göcsök nyomtalanul eltüntek.

B) csoport. 2 esetben friss „nedvező eczema“ volt jelen. Ezeknél 3 és 8 napi behintés után csak göcsök és excoriatiok keletkeztek.

C) csoport. 2 esetben „jodoform-eczemára“ hajlamosság volt jelen. Az egyik betegnél a vesiculosus dermitis lezajlása után négyszer, majd újbóli fellépése idejében ismét kétszer egy épen maradt bőrrészletre hintettem a port. A másiknál a lezajlás után, de a még kissé hyperaemiás területre történt a behintés. Az eredmény megannyiszor csak hyperaemiás oedemás göcsök alakjában nyilvánult.

D) csoport. Egy nőbetegnél hónapok óta időnként „vesiculás eczema“-rohamok a kezeken, a kisérletezés idejében is a bal kézen. A bal alkar ép részletére 8 napon át alkalmazott behintés és vakarás után csak hyperaemiás oedemás göcsök, melyek, miután az utolsó alkalmazástól számított 7 napig a viszketés fennállott, újakkal váltakoztak, de sehol vesicula vagy nedvezés. Ekkor a jobb alkarra behintés két napon át, mire viszkető oedemás csomók és ezek között a harmadik napon néhány *kifejezett, alig kivehető vesicula.*

A vesiculák bennékét agarra oltva, a talaj steril maradt. A beteg genitalis sankerek miatt jodoformmal kezeltetett, és miután a kezelés alatt többször észleltünk nála az alkalmazás környékén vesiculosus dermitist, valószinű, hogy kezeivel ide is vitt jodoformot. Tény az, hogy hasonlót többé nem észleltem. Az ezutáni behintések (még háromszor) és vakarás csak a jelzett göcsöket, három pustulát és excoriatiokat vontak maguk után. Ezen, különben jól táplált nőnél időnként haemoptoë is jelentkezik.

(Folytatása következik.)

Milyen bőrelváltozások idézhetők elő a bőr erőműi ingerlése által?[1]

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

Az eczemás bőrelváltozások jelentőségéről és a bőr általános reactioiról irt dolgozatomban[2] a következő bőrelváltozásokat soroltam a bőr általános reactioihoz:

1. Hyperaemiás és oedemás vagy ezenkivül sejtes beszürődést is feltüntető, a bőr szemölcsös rétegét illető göbcsék és foltok, 2. hyperaemiás és hámló kisebb-nagyobb kiterjedésü foltok, 3. hyperaemiás és oedemás, hólyagcsákkal borított vagy nedvező területek és 4. hyperaemiás, illetőleg barnásan pigmentált, rovátkolt felületü, az epidermis és papillaris réteg egyenletes, mérsékelt megvastagodása által létre jövő (lichenizált) plaque-ok.

A bőrnek általános reactioi alatt azon bőrelváltozásokat értettem, a melyek igen különféle okok behatására egyaránt jönnek létre, s egymagukban egy kórokra sem, s következésképen egy betegségre sem jellegzetesek. Ezek bizonyos ingerek behatására már a normalis bőrön is előidézhetők, kifejlődésük azonban pathologikus viszonyok között sokkal gyorsabban és könnyebben történik. Olyannyira, hogy a közvetlen okot úgyszólván csak mint alkalmi okot lehet szerepeltetnünk, míg a közvetlen kórok behatására előálló bőrelváltozás a bőr praeformált szerkezete és disponáló momentumok által határoztatik meg.

Minthogy pedig a bőr általános reactioihoz sorolt bőrelváltozások egy része viszketés és következésképen vakarás kiséretében fejlődik ki, azon kérdést kellett felvetnünk, hogy a vakarás ezeknek kifejlődésére milyen befolyással bir. Ezen kérdés tanulmányozása úgy történt, hogy kutatás tárgyává tétetett, hogy a vakarás és ehhez hasonló erőművi ingerek mily bőrelváltozásokat képesek az egészséges bőrön létrehozni. Világos, hogy a mechanikai inger kóros viszonyok között is hozzájárulhat olyan bőrelváltozások létesítéséhez, a melyeket már a normális bőrön is létrehozni képes. Ezzel kapcsolatosan még azon kérdést is tettem vizsgálat tárgyává, hogy kóros viszonyok között, kórosan disponált bőrön képes-e a vakarás oly bőrelváltozásokat okozni, a melyeknek létrehozására normális bőrön képtelen.

Ezen kisérleti vizsgálatokat már évekkel ezelőtt Schein dr.-ral megkezdettük, a mikor még közkórházi rendelő orvos voltam. Leköszönésem után félbemaradtak. A mult év végén Roth és Tausz dr.-okkal újból neki fogtunk a kisérleteknek; szíves közreműködésükért e helyen is köszönetet mondok.

A kisérletek egyike abból állott, hogy sterilizált, kemény kefével, vagy steril mullal körülcsavart ujjal a szappannal, alkohollal és aetherrel letisztított kar egy helyét perczekig dörzsöltük. A dörzsölést eleinte egyszer, később kétszer, kivételesen háromszor naponta is végeztük. Heteken keresztül két esetben folytattuk a kisérletet. Ezek közül itt közlöm az egyiket. Ennek kezdeti lefolyása egyszersmind az egyszeri tartós dörzsölés hatását mutatja.

T. B. 29 éves, erőteljes egyén, kinek bőrén kisebb fokú lichen pilaris van. Kisérletezés helye a bal alkar belső felülete. A dörzsölés kezdetben (az első dörzsölés kivételével) rövidebb ideig tartott, mivel a bőr gyorsan vált érzékenynyé és hámfoszlások képződtek. Később az érzékenység kevésbbé állt elő, a hámréteg is ellentállóbbá vált. Ekkor a dörzsölést három perczig végeztük. Utána fedőkötés.

1. nap. 3½ percznyi dörzsölés. A dörzsölt területen előbb kölesnyi, halvány kiemelkedések mutatkoznak a hyperaemikus alapon. Nemsokára körülbelül gyermektenyérnyi urticariaszerű kiemelkedés keletkezik, a melyen pont- és vonalalakú, vérpiros felületes excoriatiok látszanak. Az oedemás területet egy halvány hyperaemikus udvar környezi. Tompa fájdalom, mely körülbelül 6 óráig tart.

2. nap. 2 percznyi enyhe dörzsölés. A tünemények ugyanolyanok, mint az előző napon, csak nem oly vehemensek és gyorsabban mulnak.

4. nap. 1 percznyi enyhe dörzsölés. A hyperaemia állandó. Most 2 napig nem történt dörzsölés az excoriatiok fájdalmassága miatt. Azután naponta 1—2 perczig dörzsöljük a bőrt; a 13. naptól kezdve pedig 3 perczig. A bőr most jobban türi az erősebb dörzsölést is. A kisérleti terület színe kissé barnás, a bőr barázdái valamivel erősebben kifejezettek. Subjectiv tünetek nincsenek jelen.

21. nap. A barnás szín és a bőr barázdálódása fokozódott. 5 percznyi dörzsölés után sem jelentkezik fájdalom.

22. nap. Éjszaka csekély viszketés, mely a következő napokban egyszer-másszor jelentkezik.

[1] A budapesti kir. orvosegyesület dermatologiai szakosztályának 1902 márczius 10-diki ülésén tartott előadás.

[2] Gyógyászat. 1896. 41. — Annales de dermatologie. 1896.

A következő hetekben a dörzsölést folytattuk, utóbb kétszer, háromszor naponta. A 8. hét elején a dörzsölt bőrfelület világos kávébarna színű, összes barázdái erősebben kifejezettek, mélyebbek, felületén kevés, finom pikkelyke látható, szóval a mérsékelt lichenisatio tüneteit mutatja fel.

A dörzsölés intensitása és tartama szerint a kisérlet kezdetén kisebb különbségek észlelhetők. A dörzsölt terület diffus hyperaemiás és oedemás megduzzadása lassabban fejlődhetik ki, kisebb fokú lehet. Ha a kisérlet helyét több napon át óvatosabban dörzsöljük, akkor sokszor a diffus hyperaemia megállapodása előtt előbb néhány szétszórt, állandóbb jellegü papulosus, hyperaemiás kiemelkedés jelentkezhetik.

Ezek szerint a *normális bőrnek steril kefével vagy sterilizált gaze-zel körülcsavart ujjunkkal való dörzsölésére* (azon bőrelváltozásoktól eltekintve, melyek az epidermis és papillaris réteg vékonyabb vagy vastagabb részletei leválasztatásának és a véredények rövid ideig tartó tágulásának vagy szükülésének kifejezői) *a következő bőrelváltozások jönnek létre: 1. Kölesnyi egész mákszemnyi, egészen felületes, az irha szemölcsös rétegében székelő oedema által okozott hyperaemiás területen elhelyezett mulékony kiemelkedések vagy hyperaemiás és oedemás nagyobb foltok. Ezek a bőrnek egyszeri, de elég tartós dörzsölésére jönnek létre. Ismételt dörzsölésre a hyperaemia állandósul.*

Heteken át ismételt dörzsölésre, illetőleg kefélésre pedig létrejönnek:

2. A megdörzsölt terület nagyságának megfelelő, a vérpigmenttől barna, a szomszédságnál mélyebben barázdált, a felületen néha csekély hámlást is feltüntető foltok, azaz oly bőrelváltozások, a melyek a lichenisationak nevezett állapotnak felelnek meg.

Ha érzékenyebb, alterált edényrendszerü bőrre történik a mechanikai behatás, akkor a bőr reactioja is fokozottabb. Mérsékelt dörzsöléssel is pirosabb, hyperaemiás és oedemás, „lobos“, a bőr szemölcsös rétegét illető göböcskék keletkeznek, a mint azt a következő kisérlet bizonyitja: Az úgynevezett viszketőporral[1] saját alkarom hajlító oldalának egy foltját megérintettem. Erre rózsás csalánfoltszerü kiemelkedés keletkezett viszketés kiséretében. A csalánfolt és a viszketés körülbelül másfél óra mulva elmult, csak egy csekély vérbőség maradt még meg másnapra, mely további 24 óra mulva elhalványult. Most ezen területet kissé megdörzsöltem, mire több viszkető, élénken hyperemikus és vizenyős, kölesnyi egész gombostűfejnyi kiemelkedés keletkezett, a mely körülbelül 10 órán át állott fenn és majdnem állandóan viszketett. A tünemény még további 24 órán is fel volt idézhető. A viszketés érzése megszünt, a mint a göböcskék tetejét ledörzsöltem. Egyes göbcséken ezután egy véres, másokon egy sárgás serosus pörkücske keletkezett. E kisérletből látható, hogy *azon papillaris kiemelkedések, melyek a bőr mechanikai ingerlése által előidézhetők, állandóbbak és nagyobb fokban „lobosak“, ha a dörzsölés oly bört ér, a melynek edényei kórosak, izgékonyabbak.* Schein dr. karjának egy helyén az imént leirt kisérletet úgy hajtottuk végre, hogy a viszketőporral izgatott bört több napon egymásután napjában többször enyhén dörzsöltük; néhány nap mulva oly göbcséket kaptunk, melyek hosszabb időn át is állandóan megmaradtak.

Arra nézve, hogy a mechanikai ingerek kóros, izgékonyabb edényekkel ellátott bőrön könnyebben idéznek elő hyperaemiát és savókiizzadást, más bizonyitékok is állanak rendelkezésünkre. Hogy azonban ezeket a bőrelváltozásokat nem szabad minden esetben egyszerüen a mechanikai ingerlés következményeinek tekinteni, kitünik azonnal néhány példából. Igy pl. ismeretes dolog, hogy a szunyogcsípés után keletkezett urticariát, a mely már lelapult, dörzsölés által egy ideig még újból elő lehet idézni. A dörzsölés itt a szunyog mérge által megváltozott, de már a normális állapothoz visszatérőfélben lévő edényfal kóros állapotát ismét annyira növelte, hogy az újból serumot bocsát magán keresztül, s az urtica megint előáll. Ugyanígy vagyunk a dermographismust feltüntető bőrrel, melynek edényfalai mechanikus ingerekkel szemben annyira érzékenyek, hogy körmünk egyszeri végighúzására már serumexsudatio lép fel. A mechanikus inger úgyszólván kiváltja azon kórfolyamatot, a melyre a hajlamosság az edényfalakban immanens. Az epidermolysis hereditaria bullosanál ugyanily viszonyok között a mechanikus inger oly fokú serumtranssudatiot vált ki, hogy az epidermis a coriumról, vagy az epidermis valamely magasabb rétege az alatta lévőről leválasztódik és hólyagok keletkeznek.

Ehhez hasonló bőrelváltozások normális bőrön csak sokkal intensivebb erőművi ingerlés után keletkeznek. Ismeretes, hogy az ostorcsapás nyomán sávszerü papillaris oedema keletkezik, hogy tartós dörzsölés és nyomás által, mint pl. az evezésnél és a lawn-tennis játéknál hólyagok keletkezhetnek a tenyér bőrén. De kóros viszonyok között mindeme elváltozások oly könnyen és oly fokban keletkeznek, hogy sok esetben minden arány elvész a mechanikai behatás és az eredményképen előálló bőrelváltozás között.

A bőr lichenisatiojára nézve is ily értelmü példákat lehet felhozni. A prurigo Hebrá-nál, a lichen simplex chronicusnál a lichenisatio aránylag promptul és nagy fokban jön létre, ellenben a pruritus senilisnél vagy chronikus urticariánál legfeljebb vakarási varok és hámfoszlások jönnek létre. Világos, hogy az a mechanismus, mely az utóbbi esetben a rendesnél nagyobb fokban működött, az utóbbiban nem is lép actioba, azaz a bőr mechanikus ingerlése a vakarás által az utóbbi esetben nem eredményezi sem a Malpighi-réteg sejtjeinek mérsékelten fokozott burjánzását, sem a papillák erősebb vérteltségét és megduzzadását. Sok esetben, még pedig különösen azon esetekben, a midőn a lichenisatio aránylag gyorsan és nagy fokban fejlődik ki, fontos szerepe jut tehát a bőr sajátságos alkatának, a melynél fogva mechanikus ingerekre könnyen lichenizálódik.

Világos mindezekből, hogy a kefével való dörzsöléshez hasonló erőművi behatásoknak, elsősorban tehát a vakarásnak részük van a bőr felületes rétegei izgalmi oedemáinak (Reizoedeme, Philippson), hyperaemiás, göbcsés és foltos „gyuladásoknak“ és a lichenisationak létrejötténél.

(Folytatása következik.)

[1] Viszketőpor (Juckpulver) név alatt kapható a kereskedelemben egy praeparatum, mely a siliqua hirsuta s. mucuna pruriens (juckende Fasern, Kuhkrätze, pois à gratter) nevü, a leguminosákhoz tartozó növény gyümölcseit boritó szőrcsékből áll.

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.

(Folytatás.)

A natrium lygosinatumra vonatkozó klinikai adatok a következőkben foglalhatók össze:

Az 1900 év végeig 128 méhgonorrhoeás beteg részesült natrium lygosinatumos kezelésben. Ezek közül 21-nél más szer is nyert alkalmazást később említendő okokból. A 107 betegnél, kiket kizárólag natriumlygosinattal kezeltünk, következő idő alatt tüntek el véglegesen a gonococcusok:

20	napon	belül	15	betegnél
30	„	„	14	„
40	„	„	21	„
50	„	„	15	„
60	„	„	18	„
61	„	túl	21	„

összesen 104 betegnél

104 beteg közül 50 beteg negyven napon belül gyógyult. Feltünhetik, hogy 40 napon belül kevesebb natrium lygosinatummal kezelt beteg gyógyult meg, mint a hány ugyanannyi idő alatt az argentaminnal kezelt betegek közül. Oka ennek onnan ered, hogy épen ezekben az esetekben gyakran kellett valami intercurrens betegség miatt a méhüri kezelést félbenhagyni. Alább egynéhány kórtörténet rövid kivonatát közöljük, melyekből kitünik, hogy minő okokból kellett a méhüri kezelést huzamosabb időre félbeszakitani.

1. B. Ida p. p. 3 hó óta. Kezelés alatt 1899 I/10—IV/14-dikéig. Gyógyulási időtartam 76 nap. Kezelés szünetelt II/9—

III/21-dikéig, azaz 40 napig (VI és VII befecskendés között) gastroenteritis és azt követő icterus miatt.

2. B. Naszt, 18 éves, napszámos, 1900 VIII/13—XI/1-jéig. Gyógyult 75 nap alatt. Kéthetenként jelentkező vérzése miatt a kezelés 7—10 napra többször kimaradt. IX/26—X/8-dikáig a genitocruralis redőben fejlődött abscessus miatt nem lehetett a tükröt a hüvelybe bevezetni, ezért a kezelés ezalatt szintén szünetelt.

3. D. Zsuzsa, 22 éves, cseléd, gyógyulási időtartam 70 nap (1898 I/16—IV/5.) Kezelés szünetelt icterus miatt I/22—II/22-dike között.

4. J. Mari, 22 éves, p. p., 1899 IX/19—XII/8-dikáig. Gyógyult 68 nap alatt. X/5—X/18-dikéig vérzése miatt nem kezeltetett.

5. K. Róza, 16 éves, cseléd, 1898 IX/29—XII/14-dikéig. Gyógyult 69 nap alatt. X/30—XII/6-dikáig hőemelkedések (37·5—39·5°), alhastáji fájdalmak és icterus miatt kezelés szünetelt.

6. L. Mari, 1898 I/2—IV/14-dikéig. Gyógyulás 80 nap. Ez alatt háromszor 7—10 napi szünetelés vérzés miatt. A kezelés 1% natriumlygosinattal történt. Újból kórházi felvételnél (V/20) GC.

7. N. Flora, 34 éves, napszámosnő. Kórházban feküdt 1898 II/10—V/10-dikéig. Gyógyulási idő 67 nap. II/17—IV/1-jéig kezelés vérzés kiséretében jelentkező alhasi és deréktáji fájdalmak miatt szünetelt. (1% natriumlygosinat oldattal kezelés.)

8. N. Lina, 18 éves, p. p. 1899 IX/3—1900 II/17-dikéig feküdt a klinikán. Gyógyult 82 nap alatt. Kezelés XII/24—II/17-dikéig szünetelt.

9. R. Anna, 17 éves, p. p. 2 hete. Klinikán tartózkodott 1900 III/16—VI/20-dikáig. Gyógyult 70 nap alatt. IV/5—IV/16. vérzés, IV/22—V/29 vérzés és a bal parametrium fájdalmassága miatt szünet.

10. Sch. Laura, 20 éves, kasszirnő. (1899 I/9—III/28). Gyógyult 61 nap alatt. Hosszantartó és fájdalmas menstruatio miatt kétszer 8—10 napi szünet.

11. Sz. Anna, 18 éves, p. p. 5 hó óta (1898 X/4—1899 I/21-dikéig). Gyógyulási idő 69 nap. XII/2—I/4-dikéig hőemelkedés miatt szünet.

12. V. Zsuzsa 19 éves cseléd. (1900 IX/22—III/28-dikáig). Gyógyulási idő 110 nap. XII/14—III/2-dikéig cystitis miatt kezelés 78 napig szünetelt.

13. Z. Mari, 19 éves, 1½ év óta p. p. (1900 III/16—VI/4). IV/1—V/8-dikáig kezelésben szünet vérzés, később gastritis miatt.

14. F. F. 18 éves, 1½ év óta p. p. (1900 XII/4—1901 III/10-dikéig); gyógyulás 77 nap alatt. I/6—I/25-dikéig alhastáji fájdalmak miatt szünet (a klinikára salpyngitissel jött).

15. V. Róza, 20 éves, 3 hó óta p. p. (1898 II/8—VI/16). Gyógyulási idő 110 nap. Kezelés 1% natriumlygosinattal. Több izben 8—10 napi szünet.

A felsorolt esetekben több helyen nincsen kiemelve, hogy a hosszabbra nyúló menstruatio miatt milyen hosszú szünetet tartottunk. Annyival hoszabbra nyúlt e szünet, mert a vérzés megszüntével rendesen még néhány napig nem kezdtünk a kezeléshez. Több izben azért kellett nagyon óvatosan eljárnunk, mert a beteg adnexmegbetegedéssel jött a klinikára. Illyenkor a legcsekélyebb reactiora is huzamos ideig tartózkodunk a kezeléstől. Egy izben volt alkalmunk megfigyelni, hogy az eredetileg ökölnyi adnextumor a kezelés végén tetemesen kisebb lett (8. N. Lina). A felsorolt többi eset is különös figyelemre méltó abból a szempontból, mert azt bizonyítja, hogy a méhgonorrhoea helyi kezelés nélkül nem igen gyógyul. A méhgonorrhoeával összefüggésben nem levő bántalmak miatt (genitocruralis abscesus, gastroenteritis, icterus, cystitis etc.) tartott szünet alatt a betegek ágyban tartózkodtak s annak daczára, hogy néha a fekvés több hétig, sőt hónapig tartott, a méhgonorrhoea állapota nem változott. Később, a helyi kezelés megkezdése után, az átlagos idő alatt eltüntek a gonococcusok.

A kizárólag natrium lygosinatummal kezelt méhgonorrhoeások legnagyobb része gyógyult, mielőtt XI befecskendés jutott a méhürbe (104 beteg közül 74, körülbelül 71·2%). A gonococcusok végleg eltüntek

a II.	befecskendés	után	1	esetben
a III.	„	„	4	„
a IV.	„	„	9	„
az V.	„	„	16	„
a VI.	„	„	3	„
a VII.	„	„	8	„
a VIII.	„	„	18	„
a IX.	„	„	9	„
a X.	„	„	6	„
a XI.	„	„	7	„
a XII.	„	„	3	„
a XIII.	„	„	3	„
a XIV.	„	„	5	„
a XV.	„	„	3	„
a XVI.	„	„	2	„
a XVII.	„	„	2	„
a XVIII.	„	„	1	„
a XX.	„	„	1	„
a XXI.	„	„	2	„
a XXVI.	„	„	1	„
			104	esetben

E 104 eseten kivül natriumlygosinattal gyógyulást értünk el még 7 esetben. Ezeket külön csoportba veszszük, mert előzetesen más szerrel kezeltettek. Közülök öten argentaminos kezelést nyertek siker nélkül (l. I. táblázaton* 5, 7, 8, 9, 10), kettő argentum colloidale 5%-os oldatával nyert XI, illetőleg VIII befecskendést eredmény nélkül. Utóbbiak X, illetőleg IX natriumlygosinat befecskendésre gyógyultak.

A kizárólag natriumlygosinattal kezelt betegek közül gyógyulatlan maradt 3. Továbbá 14 betegnél nem hozott létre gyógyulást a natriumlygosinat, kik közül más szer alkalmazására 10 meggyógyult, 4 gyógyulatlan maradt. Ezek szerint a 128 natriumlygosinattal kezelt beteg közül gyógyultnak tekintettünk 111-et, gyógyulatlannak 17-et; utóbbiak közül más szer alkalmazására 10 meggyógyult.

Könnyebb áttekinthetés czéljából az eredményt egy táblázatba foglaltuk össze. (L. a II. táblát.)

Méltán meglepően kedvező a feltüntetett eredmény, különösen ha összehasonlítjuk az irodalomban eddig fellelhető hasonló czélt szolgáló adatokkal. Ezt egyrészt annak is tulajdoníthatjuk, hogy nálunk a méhgonorrhoeások átlag huzamosabb ideig voltak gyógykezelés alatt, mint pl. Schultz és Lappe betegei. Másfelől azonban mi sem tartjuk e betegek valamennyiét véglegesen gyógyultnak, sőt meg vagyunk róla győződve, hogy az eseteknek egy, és talán elég tekintélyes számában, ha alkalmunk lett volna a beteget a kezelés abbanhagyása után huzamos ideig megfigyelni, a váladékból már eltünt gonococcusok ismét megjelentek volna. Nincs azonban módunkban a prostituáltat oly hosszasan visszatartani, hogy az esetleges visszaesést észlelhessük. Bármiként álljon is azonban a dolog, határozott tényként kell kiemelni, hogy mi gyógykezelésünk által az esetek nagy számában egészen biztosan meg tudjuk gyógyítani a prostituáltak méhgonorrhoeáját, abban az értelemben, hogy a gonococcusok a váladékból véglegesen eltünnek. Ezt az állításunkat számadatokkal támogatjuk. Mi is, mint *Lappe* és *Schultz*, csak azon betegeket tartjuk végleg gyógyultaknak, kik az újolag kórházba kerülés alkalmával szintén gonorrhoeamenteseknek találtattak. Ilyen értelemben dolgozta fel adatait Schultz és Lappe is.

J. Lappe[10] azoknak a betegeknek kórtörténetét használta fel, kik a boroszlói „Allerheiligen Hospitalban“ már egyszer gonorrhoeával feküdtek és másodizben kerültek oda (1892—1895) ugyancsak gonorrhoeával, vagy más megbetegedéssel. E feltételnek megfelelően 393 kórtörténetet értékesített. Ezek közül az újolagos kórházi felvételnél 231-nél talált gonorrhoeát. A többi 162 prostituált gonorrhoeamentes volt. Utóbbiaknál a két kórházi tartózkodás között átlag 5 és fél hónap telt el. Semmiesetre se u lehet feltételezni azt, hogy e 162 beteg gonorrhoeája „im Laufe der Zeit“ önként gyógyult volna. Viszont azt sem jogos felvenni, hogy a 231 gonorrhoeás betegnél a régi, gyógyított gonorrhoea újult ki. Gonorrhoea után immunitás nem marad vissza s a protituáltak kibocsátásuk után azonnal ki vannak téve újabb fertőzésnek. A visszakerültek közül

* A mellékelt táblázat 18 olyan beteg kezelését tünteti fel, kiknek egy része gyógyulatlan maradt, más része a gyógyszer változtatására meggyógyult.

I. táblázat.

Beteg neve és kórházi tartózkodása	Gyógykezelés módja és eredménye
1. I. Mariska, p. p. 1897. IX/1—XII/22.	XXIII befecskendés argentaminnal 83 nap alatt. Több negativ lelet után gonococcusok újolag megjelentek.
2. J. Teréz, cseléd. 1898. IV/22—VII/18.	IV argentamin-befecskendezés után alhastáji fájdalmak és hőemelkedések (37—38·5° C.) jelentkeztek. E miatt további helyi kezelés kimaradt.
3. Z. Mari, cseléd. 1897. VIII/20—X/30.	XXIV befecskendés argentaminnal. 10 nappal az utolsó befecskendés után gonococcusok megjelentek.
4. K. Zsuzsa, p. p. 1897. III/3—VI/26.	XXII befecskendés argentaminnal 114 nap alatt. Kezelés közben néhányszor negativ lelet. Végén újra positiv.
5. S. Katalin, cseléd. 1898. V/5—XII/29.	XXXIII befecskendés argentaminnal, IV befecskendés 10%-os protargollal, XVII méhüri öblítés 0·1‰-es natriumlygosinattal. X méhüri öblítés után gonococcusok állandóan eltüntek. Utolsó vizsgálat 16 nappal a kezelés kimaradása után, ekkor GC. 0.
6. P. Ir., cseléd. 1897. VIII/11—XII/29.	XXI befecskendés argentaminnal, XVII befecskendés 10%-os protargollal. Távozásnál gonococcusokkal megegyező diplococcusok. 1898. októberben intracellularis gonococc.
7. H. Helén, p. p. 1897. XI/16—1898. II/9.	XII argentamin-befecskendést és VI natriumlygosin.-befecskendést kapott. Utóbbiakra a gonococcusok állandóan eltüntek. Ujbóli kórházi ápolás alatt (egy év mulva) gonorrhoeamentes.
8. K. Julianna, p. p. 1898. X/29—1899. I/17.	X argentamin- és VIII natriumlygosin.-befecskendést kapott; utóbbiakra gonococcusok véglegesen eltüntek
9. K. Ágnes, cseléd. 1897. IX/22—1898. I/2.	XV argentamin- és VII natriumlygosin. befecskendést kapott. Utóbbiakra gyógyult.
10. R. Róza, p. p. 1897. XII/8—1898. III/30.	XVI argentamin- és XI natriumlygosin. befecskendést kapott, utóbbiakra gyógyult.
11. G. Teréz, cseléd. 1898. III/23—VI/26.	XVII 5%-os protargollal és VII 10%-os argentaminnal kezeltetett. IV argentamin-befecskendés után gonococcusok eltüntek.
12. M. Anna, p. p. 1898. V/4—VII/16.	V natriumlygosinat befecskendés után fájdalmak jelentkeztek; X argentamin-befecskendést jól tűrt. Utóbbiakra gyógyult.
13. B. Róza, p. p. 1898. X/26—1899. I/28.	XVIII natriumlygosin. és IX argentaminos befecskendést kapott. V argentamin-befecskendés után gonococcusok véglegesen eltüntek.
14. D. Róza, p. p. 1898. IV/2—VII/2.	XV natriumlygosinat és IX argentaminos befecskendést kapott. Gyógyulatlan maradt.
15. G. Sz., p. p. 1898. X/8—1899. I/28.	XIV natriumlygosinat és XII argentaminos befecskendést kapott. Háromszori vizsgálatnál gonococcus nem volt található. Ujolagos kórházi felvételnél intracellularis gonococcus.
16. P. Györgyné. 1898. XI/6—1899. II/11.	XVI natriumlygosinat és VIII argentaminos befecskendés után gyógyult.
17. Sz. Anna, p. p. 1898. II/11—V/10.	XIII natriumlygosinat és III argentamin-befecskendést kapott. Háromszor negativ lelet. Egyik közvetlen menstruatio után.
18. K. Anna, p. p. 1898. XI/30—1899. IV/5.	XVI natriumlygosinat és XIX argentamin-befecskendést kapott. Távozásnál gonococcussal megegyező diplococcusok.

16-nál a gonorrhoea más helyen jelentkezett (pl. előző kórházi ápolás alatt urethritis és endometritis, majd Bartholinitis és endometritis). Ezekről kétséget kizárólag fel lehet venni, hogy gonorrhoecájuk új fertőzés eredménye. A gyógyulás minimuma tehát 162 + 16 = 178, vagyis 45·5%. *Lappe* adatai a mi igényeinknek nem teljesen megfelelőek, mert nincsen külön kiemelve a méhgonorrhoea gyógyulási arányszáma. Az eltérés azonban nem nagy, minthogy az esetek legnagyobb részében méhgonorrhoea is

II. táblázat.

Az alkalmazott szer	Betegek száma	Közülök gyógyult	Gyógyulatlan maradt
Natrium lygosinatum	107	104	3
Argentamin	105	101	4
Különböző szerek (protargol, jodtinct. stb.)	9	9	—
Előbb protargol, majd argentamin	1	1	—
„ argentamin „ protargol	1	—	1
„ argentamin „ natrium lygosin.	5	5	—
„ natrium lygosin. „ argentamin	7	5	2
„ argentum colloid. „ natrium lygosin.	2	2	0
„ natrium lygosin. „ protargol	6	4	2
„ natrium lygosin. „ argentamin colloid.	1	1	—
Összesen:	244	232	12 (4·9%)

volt jelen. Sokkal inkább értékesíthetjük *Schultz*[15] adatait, a melyek kizárólag méhgonorrhoeáról szólanak. *Schultz* kezelési módszere szintén intrauterin befecskendésekből állott (1 : 10 argentamin-oldattal). Az intrauterin befecskendéseket minden esetben alkalmazta, bár az uterinalis geny aspiratiojával nyert váladék vizsgálata alapján igyekezett elkülöníteni a nyakcsatorna és a méh gonorrhoeáját. Azok közül, kiknél *Schultz* méhgonorrhoeát állapított meg, közel 70% gyógyult meg (76 közül 53). A nyakcsatornagonorrhoea kedvezőbb arányban gyógyult, csupán 6·17% maradt gyógyulatlan (81 közül 5). A gyógyultan távozók közül visszakerült 33. Ezek közt 19 (57·5%) gonorrhoeamentes volt.

(Folytatása következik.)

A sanker gyökeres gyógyítása.

Irta: *Weyner Emil* dr.

A lágy fekély gyógykezelésében divik a methodikus kezelés. Hívei a jodoformot és helyettesítőit ajánlják előszeretettel. *Róna* tanár szerint a jodoformnak eddig felül nem mult hatása van a sanker terjedése ellen (1899). Pick a jodolt ajánlotta. A jodoform többi helyettesítői, az europhen, airol, xeroform, kevés ideig voltak divatban. Még a xeroform tartja magát legjobban.

A causticumok híg oldatai: ezüst-, zink-, rézoldat, ideszámítva a carbololdatot, lejárták magukat; a cuprumnak néhai *Schwimmer* tanár volt híve.

Újabban naphtalan, creosotvíz, camphorspiritus, natrium sozojodolicum, jodkali, salol, pyrogallussav, bismuthum subnitricum, higany, resorcin és sok más egyéb lett ajánlatba hozva.

Valamikor a sankert *emunctoriumnak* nézték. Vagyis a természet a szervezetbe került sanker mérget a fekélyen át kilöki a testből. Ezért a sankert magára hagyták, nem gyógyították. Hét hét alatt, ha nem lett gangraenás, vagy ha nem volt igen terjeszkedni vágyó a fekély, begyógyult. A mint hogy magára hagyva, csak tisztán tartva napjainkban is begyógyul hét hét alatt.

Mindezt csak azért irom le, hogy demonstráljam, hogy a sanker mai methodikus, curativ kezelése majdnem egyenlő a semmittevéssel, mutatis mutandis megfelel a középkori felfogásnak, mely a sankert noli me tangere-nak tartja.

Helyén való egyedül az abortiv kezelés, melynek a gyors gyógyuláson kivül még a vegyes fertőzéseknél van megbecsülhetetlen előnye; sanker és syphilis együttes fertőzésnél a sankerje miatt elég korán megy a beteg az orvoshoz, az orvos pedig radicalis destructioval a lágy fekélytől és syphilistől egyszerre szabadítja meg a beteget.

Sajnos azonban, hogy az abortiv kezelésnek nem sok híve van.

[1] Itt jegyzem meg, hogy nemcsak a sanker gyógyítására alkalmas a leirt eljárás, hanem minden genitalis, „gyanus elváltozásra“ (hámfosztott helyre is), abból az alapelvből indulva ki, hogy a venereologiában a therapia mellett legfőbb hivatása a prophylaxisnak van.

Ma kevesebb, mint ennekelőtte. Főleg a lapist bacillus vagy oldat alakjában (saturatio 1 : 10) használják. Rendkivül fájdalmas eljárás, melyet a beteg alig tür; e mellett *csak* felületesen maró hatása s a szomszédos ép bőrrészlet kimarása contraindikálják alkalmazását. Hozzájárul, hogy a fekély, mint minden pokolkővel étetett szövethiány, csúnya, feltünő heggel gyógyul.

A bécsi pasta mélyen mar, jóval mélyebben, mint szükséges volna. A többi étető okozta kellemetlen tünetek között vezet a fájdalom.

Unna aethylchoridos fagyasztással, beretvával rétegenként szedi le a sankrosus részt. Az eljárás nehézkes, gyakorlottságot kiván s az alább említendő gyógyitásmód mellett számba sem jön.

Én feltétlen az abortiv kezelésnek s ebben a paquelinezésnek vagyok híve. Úgy tudom Andry ajánlta először a paquelint; de ő a thermocauterrel nem érinti a fekélyt, csak $^1/_2$ mm.-nyire viszi a közelébe. Az Andry eljárásának értékéről alább még szó esik.

Másfél év óta a következőképen gyógyitom a lágy fekélyt.[1] A fekélyt megtörlöm gazeval. Ezután érzéstelenitem a fekély alapját és közvetlen környi területét II. sz. Schleich-oldattal. Az érzéstelenitésnél figyelmeztetek arra, hogy a már roncsolt basisú sanker (destructios szak) — már pedig rendesen ilyen fekélylyel keresi fel az orvost a beteg — alapján mélybe terjedő likacskák vannak, melyeken keresztül a befecskendett anaestheticum egy része erős sugárban visszajön; igy az orvos szemébe juthat, vivén magával sanker-váladékot, mi infectiot okoz. Ezért ajánlatos közönséges ablaküvegü pápaszemmel végezni az érzéstelenitést.

Érzéstelenités után a paquelin lapos végü fehéren izzó égőjével roncsoljuk szét a sankrosus partiet, mely mütét rendszerint 25—30 másodperczet veszen csak igénybe.

Közönséges égési sebbel állunk szemben most, olyan sebbel, a milyent az égés pörkösödési szakából elég jól ismerünk. A felület feketés-barnás pörk vagy pörkök. Az ulcus molle venereum átalakult ulcus combustionis escaroticummá.

Az égési sebre Lassar-pastát kenünk (Flor. zinci, amyli puri pulv., lanolini, vaselinae āā 5·0); a pastát vászondarabkával befedjük. Fityma alatti sankereknél a bört a vászonnal fedett kenőcsre reáhúzzuk.

Az egész procedura: érzéstelenités, paquelinezés és toilette 3—5 perczig tart.

A további kezelés olyannyira egyszerü, hogy az intelligensebb beteg otthon maga is végezheti: naponta kétszeri kenőcsváltoztatás. Harmadnapra legkésőbb leesik a pörk és ötöd-hetednapra begyógyult a seb.

Legkésőbb egy hét lefolyása alatt teljesen begyógyult a sanker.

Andry methodusa ezzel szemben annyiban hátrányos hogy az eljárással egyszeri ülésben sohasem érünk el eredményt; mert öt napi, naponkénti egyszeri sugárzás képes csak a sankert tiszta fekélylyé átalakitani; másik öt nap kell a teljes begyógyuláshoz.

Még egynémely dolgot akarok röviden letárgyalni:

Kivánatos, hogy a fekélyt kellő mélységig roncsoljuk szét. A valódi sanker, melynek kriteriuma a vakarékból vett streptobacillus Unnae (Csillag), mély égetés nélkül nem gyógyul meg. A sanker radikalis kezelésének ellenesei rendesen azzal argumentálnak, hogy *már kifejlődött* sankernél abortivum nem használ; elhiszem, hogy nem használ például a pokolkő, mikor a pörk mint ezüstalbuminát nem engedi a mélyreható roncsolást, de elhiszem a paquelinre is eredménytelen voltát, ha az égetővel csak a fekély legfelületén sétálunk egyszer körül.

A paquelinnel csak mélyreható, az egész sankrosus szövetet tönkretevő hatással érünk czélt.

A fitymasankereknél figyelmeztetek arra, hogy a fityma az anaestheticumtól megduzzad; a duzzanat azonban legkésőbb harmadnapra lelohad, mit jó a betegnek előre tudomásul adni.

TÁRCZA.

A szünidei orvosi cursusok.

(Vége.)

A III. cursust a végrehajtó bizottság már ezen elvek alapján rendezte, de az előadások között több olyan volt, melynek elméleti jellege már a czimben felismerhető volt, az előadások száma is megszaporodott, a mennyiben már 31-en vettek részt, mig a hallgatók száma 34-re apadt.

A cursus jövedelmét a budapesti kir. orvosegyesület házépitő alapjának adták, a tisztújitás alkalmával pedig elnöknek *Müller Kálmánt*, alelnöknek *Böke Gyulát*, titkárnak *Dollinger Gyulát* választották. A legközelebbi cursust azonban már csak 1891-ben tartották meg és pedig *Böke Gyula* elnöklete alatt, kit az 1890-ben lemondott Müller Kálmán helyébe választottak.

A IV. cursuson, melyet 1891 szeptember 7—19. tartottak, az előadók száma már 48-ra emelkedett, minthogy a végrehajtó bizottság ezúttal valamennyi orvoskari előadót felszólitott előadás tartására. *Takács Endre* ez eljárást már 1884-ben ajánlotta, de az értekezlet akkor *Tauffer Vilmos* felszólalása folytán nem fogadta el az indítványt, minthogy szükségesnek tartotta, hogy az előadásokhoz megfelelő tanitási anyag is álljon rendelkezésre. A hallgatók száma ugyan ekkor még 102 volt, de a következő cursusokon bebizonyult ezen rendszerváltozás hibája.

Az V. cursuson, melyet már csak hosszabb szünet után 1897. szeptember 6—19. tartottak, 55 előadó és 51 hallgató vett részt. Ez alkalommal is az összes egyetemi előadókat felszólitották s ennek eredménye volt az, hogy az egyes cursusok nagy részének 1—2 hallgatója volt, de ezek is változtak, a mennyiben a hallgatók hol az egyik, hol a másik cursusra mentek a nélkül, hogy ilyen körülmények között intensiv oktatásban lehetett volna részük.

Ezen rendszer következménye volt, hogy a legközelebbi cursuson, melyre 58 előadó hirdetett előadást, igen kevesen jelentkeztek, úgy, hogy azt meg sem tartották, de egyszersmind ezen rendszernek köszönhető az intézmény regenerálása is. Az 1899. deczember 7-dikén tartott közgyülésen az előadók elhatározták, hogy fentartják a szünidei orvosi cursus intézményét, de az 1886-ban megállapitott elvek szerint ezentúl egy cursusban kevés előadás legyen, melyek előadóit a végrehajtó bizottság kérje fel, az egyes tárgyakból 10—12 óra legyen; a cursus beiratási díját pedig 50 koronában állapitották meg. Ezen megállapodások szerint rendezték *Bókay János* elnök és *Schaffer Károly* titkár a legközelebbi cursust, melynek sikere teljesen megfelelt a várakozásnak. 11 előadó cursusán 44 hallgató vett részt és pedig valamennyi hallgató valamennyi előadásra jelentkezett. A következő cursust *Jendrássik Ernő* elnök s *Bäcker József* titkár már 1901-ben rendezték hasonló rendszerben s a 12 előadó cursusán 36 hallgató vett részt. Ezen alkalomból kisérelték meg *Korányi Frigyes* már 15 év előtt tett azon javaslatának megvalósitását, t. i. hogy a tavaszi időszak alkalmasabb; úgy ezen, mint a következő cursus hallgatói e változást helyesnek nyilvánitották. E két cyclusban az előadók szakmájuk majdnem egész körét mint valamelyszer jobban megfelelt a hallgatók igényeinek, felölelték, mely módrészletkérdés kimerítő tárgyalása.

* * *

A VIII. szünidei orvosi cursus vezetősége (*Dollinger Gyula* elnök, *Grósz Emil* titkár) az előző évek tapasztalatait értékesíteni óhajtván, a következő intézkedéseket tette: 1. A cursus idejét az előző év példájára junius 2—14 terjedő időközre tette, a midőn egyrészt a vidéki orvosok legkönnyebben távozhatnak hazulról, másrészt, a mikor a klinikákon s kórházakban leggazdagabb az anyag s az oktatás szolgálatában jól begyakorolt orvosi személyzet áll. 2. Az előadók számát az 1886 ban megállapitott elveknek megfelelően, úgy a mint az a VI. és VII. cursuson is történt, korlátolták, de ennek következésekép a hallgatók maximalis számát is megszabták és pedig 25 azon szám, melynél többen egy cursusban nem vehetnek részt. Azon esetre, ha a jelentkezők száma e határt meghaladja, párhuzamos vagy egy újabb cursus rendezését vették tervbe. 3. Előadókul olyan tanárokat és magántanárokat igyekeztek megnyerni, kiknek gazdag járó és fekvő beteganyag áll rendelkezésre, minthogy a legnagyobb súlyt a cursus gyakorlati irányára fektették. 4. Az előadások összeállitásában a területi elhelyezésre is figyelemmel voltak, hogy a résztvevőket az időtrabló és fáradságos vándorlástól lehetőleg megkiméljék. 5. A cursus tárgyai közé mind a négy főszakmát s a specialis disciplinák legtöbbjét felvették, de különösen a gyermekbetegségek s a fertőző bajok számára biztositottak legtöbb időt s legváltozatosabb anyagot.

Minthogy még a jelentkezés határideje előtt betelt a maximalis 25-ös szám, a titkár a később jelentkezőket felkérte, hogy ezúttal mondjanak le a résztvevésről s kilátásba helyezte hogy őszkor újabb cursust rendeznek. A vidéki orvosok azonban nyomós érveket hoztak fel a mellett, hogy ezen cursusban vehessenek részt, úgy hogy párhuzamos előadásokat kellett létesiteni. Minthogy a jelentkezők a programmban hirdetett előadásokra iratkoztak be, minthogy leküzdhetetlen nehézségbe ütközött teljesen azonos anyagú más 12 előadót megnyerni, a cursus vezetősége a már felkért tanárok áldozatkészségéhez fordult, s tényleg sikerült is elérni, hogy 10-en, kiknek tárgya s helyisége ezt megkivánta, elvállalták a párhuzamos előadások tartását. Igy azután valamennyi idejében jelentkező collega felvételt nyerhetett, kiknek száma 59-et tett.

A hallgatók egy harmadrésze diplomáját külföldön — többnyire Bécsben — szerezte, nagyobb részük Budapesten hallgatott ugyan, de már régebben, úgy hogy a közoktatásügyi kormányzat gondoskodása folytán épült új klinikáinkat s intézeteinket nem ismerték. Ezért gondoskodtunk, hogy azon intézeteket is megtekinthessék, a melyekben ezúttal előadás nem volt. A hallgatók egy harmada diplomáját a 80-as, a másik harmada a 90-es években szerezte, de szép számmal voltak azok is, kik negyedszázad előtt végeztek, végül olyanok is voltak, kik csak néhány év előtt nyerték kiképzésüket, jeléül annak, hogy a cursus ma is általános szükségletet elégit ki.

A hallgatók sorában egy közös hadseregbeli tényleges állományú ezredorvos is volt, Budapest székes főváros területéről 2 kartárs vett

részt, vidéki városokból 18-an, a többiek mind falun folytatnak gyakorlatot. Nagy örömünkre a nemzetiségi vidékek is képviselve voltak, sőt Horvát-Szlavonországokból 3-an vettek részt. Ezen örvendetes tényre külön is reá kell utalnom. A programmokat első izben küldtük el társ-országaink orvosainak is s megvallom, a midőn azok egy része visszaérkezett ama felirással, hogy czimzett nem fogadja el, hogy „ne rozumijen magyarski", „unverständlich", sőt a midőn egyik zágrábi kartárs fáradságot vett magának németül azt is megirni, hogy ha valamit vele közölni akarunk, azt irjuk érthető nyelven: horvátul, németül, francziául vagy olaszul, mert „magyarul Horvátországban absolute nem értenek", mély fájdalommal kellett meggyőződnöm, hogy a kiegyezés után három évtizeddel a magyar állammal szemben ilyen tüntetés lehetséges. De a midőn három horvátországi collega jelentkezett s a cursuson mindvégig résztvett, igazolva lett eljárásunk helyessége, *mert régi igazság az, hogy ott, a hol az állam hatalma gyengének bizonyul, a cultura még mindig győzedelmeskedhetik.*

A lefolyt cursuson a hallgatók s az előadók az utolsó napig lankadatlanul kitartottak, pedig épen azért, mivel a hallgatók önképzésük kedvéért nagy áldozatot hoznak, a rendelkezésre álló idő teljes kihasználásáról gondoskodtunk s valóban jó lelkiismerettel mondhatom, hogy úgy az előadók, mint a hallgatók nagy, de eredményes munkát végeztek.

* * *

S ha most a megtartott cursusok tanulságait levonjuk, mindenekelőtt büszkeséggel s örömmel kell felemlíteni, hogy az 1886-ban megállapított elvek helyeseknek bizonyultak. A midőn a cursus vezetősége azoktól eltért s előadókul az orvosi kar valamennyi tanárát felkérte, hanyatlás következett be, a midőn pedig visszatért a megállapodások 3-dik pontjához s megválasztva az előadandó tárgyakat, azokra előadókat keresett, félreismerhetetlen emelkedés mutatkozott.

Még inkább megérdemli csodálatunkat *Korányi Frigyes* azon előrelátása, hogy kétféle cursusra lesz szükség, ismétlőre és alapvetőre. A dolgok úgy fejlődtek, hogy a fő klinikai tárgyakból: belgyógyászatból, sebészetből, szemészetből, szülészetből az ismétlő cursusok ma is megfelelnek, de az utóbbi időben rohamosan kifejlődött specialis tárgyakból már alapképző cursusokra van szükség. Ezek számára tehát a jövőben az eddiginél még több óraszámot kell biztositani, ez csak úgy érhető el, hacsak a cursus tartamát nem akarnók megnyujtani, a mit pedig a vidéki orvosok viszonyai aligha engednének meg, hogy a tárgyak számát még jobban apasztjuk s a 4 fő klinikai tárgyon kivül felváltva legfeljebb még 4 specialis szakot veszünk fel. A hallgatók számának további korlátolása különösen azon tárgyakból, a melyekből alapképzésre van szükség, okvetetlenül szükséges, ez úgy érhető el, ha utóbbiakból már kezdettől fogva párhuzamos előadások folynak. A cursusok gyakorlati jellegének a lehető legszélesebb alapon érvényt kell szerezni, ezt viszont csak azon előadók teljesíthetik, kik a tanításra nagy és alkalmas beteganyaggal, megfelelő helyiséggel s begyakorlott segédszemélyzettel rendelkeznek.

S ha e feltételekkel, fájdalom, az orvosi facultás előadóinak nagy része még nem rendelkezik, ez újabb ok lehet arra, hogy megfelelő tanítási anyagra törekedjenek; de, hogy mindezen ideig le kell mondaniok szünidei orvosi cursusok tartásáról, az kétségtelen, mert ha e tanfolyamok alkalmával az előadók is sokat okulhatnak s tapasztalataikat üdvösen értékesíthetik egyetemi előadásaik alkalmával: mégis szem előtt kell tartanunk, hogy a szünidei orvosi cursusokban *elsősorban, sőt joggal mondhatjuk, kizárólagosan a résztvevő gyakorló orvosok érdeke a döntő.*

Nagyon örvendetes azon jelenség, hogy a hallgató urak mindinkább mélyebb s alaposabb ismeretekre törekesznek. Ez kifejezésre is jutott azon többek által kifejezett óhajban, hogy külön honoráriumot fizetnének egyes specialis szakmák elsajátításáért. Azt hiszem azonban, hogy nem volna czélszerű ezen kívánságnak engedni. Nagyon jól tudom, hogy a berlini docensek egyesületének előadói 1899-ben szünidei cursusdíjak fejében 99,000 márkát vettek be s mégis azt hiszem, hogy külön díjazott cursusokkal nem érnénk czélt, mert a magyar orvosi rend ma sem birna meg olyan honoráriumot, mely a cursus belső tartalmával egyenértékű volna, kisebb díjazásért pedig épen legjobb előadóink nem vállalkoznának, míg így, a midőn a hallgatók úgyszólván csak beirató díjat fizetnek, mely legfeljebb az anyagi kiadásokat fedezi, a tanárok mindegyike *collegialis kötelességének* tartja az önzetlen közreműködést. Ezen tény ethikai jelentősége már önmagában véve megbecsülhetetlen.

A cursus rendezése alapelveinek egyetlen pontja sem szorul tehát változtatásra, sőt ez intézményünket a ma nagyon is divatos agyonreformálástól meg kell óvnunk. Igyekeznünk kell, hogy az olyan bölcsen megalkotott rendszert, melynek a külfölditől meglehetősen eltérő, de ezúttal előnyösen eltérő *ideális* jellege van, a maga eredetiségében fentartsuk. Ezzel a közegészségügynek s a közművelődésnek nagy szolgálatot teszünk!

Grósz Emil.

A Finsen-féle gyógymód mai állása.

(Folytatás.)

VII. Az eddigi eredmények statistikai összegezése.

E fejezetben természetszerűleg első sorban ismét a *Finsen* tanár intézetében elért eredményekről kell szólanom, mert itt kezelték eddigelé a legtöbb lupusbeteget; ezen adatok lehetnek tehát épen nagyobb számuknál fogva a legmegbizhatóbbak is. Az eddig kezelt lupusbetegek száma meghaladja ma már a 700-at; rendszeres statistika azonban eddigelé még csak az 1900. deczember 31-dikéig kezelt összesen 640 betegről áll rendelkezésre.[48] Ezek közül:

I. A főkezelést befejezte 456 = 71%.

Ezek közül 130-nál 1—5 éven belül recidiva nem mutatkozott; a többiek még rövidebb idő óta észleltetnek.

II. Még kezelés alatt áll 117 = 18%.

Ezek közül:

a) Javulófélben van és teljes gyógyulásra nyujt kilátást 42.

b) Makacs esetek száma, a melyeknél a kilátások rosszabbak 53.

c) Recidivált és ezért újabban kezelt esetek száma 22.

III. A kezelés a teljes gyógyulás bekövetkezése előtt abban maradt 67 esetben = 11%-ban.

Ezek közül:

a) A kezelés teljesen eredménytelennek bizonyult 11 esetben.

b) A fénykezelés másutt folytattatott 6 esetben.

c) Meghalt vagy súlyos betegség jött közbe 36 esetben.

d) Külső okok folytán abbanmaradt a kezelés 14 esetben.

Ha az I. és II. *a*) csoportok adatait összegezzük, akkor az a tény derül ki, hogy a *fény kétségtelenül kedvezően hatott 498 esetben, vagyis az eseteknek 85%-ában.*

Ezzel szemben épen az ellentétek feltüntetése czéljából összeállítottam közkórházaink évkönyveiből az utóbbi öt (1896—1900-ig terjedő) év alatt a fő- és székvárosi balparti kórházakban (szt. István- és szt. Rókus-kórházban) kezelt lupusbetegekre vonatkozólag a százalékos gyógyeredményeket. Ezen adatok a következők:

Év	Ápoltatott			Elbocsáttatott összesen						A lupusbetegek az összes bőrbetegeknek hány százalékát teszik	Az összes kezelt lupusbetegek közül gyógyultan hagyta el a kórházat
				gyógyult		javult		gyógyulatlan			
	férfi	nő	összes	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő		
1896	34	64	98	3	8	25	45	1	4	7·09%	11·2%
1897	29	64	93	—	1	26	59	—	—	6·2%	1·07%
1898	34	43	77	2	2	28	36	—	—	6·3%	5·2%
1899	50	51	101	3	4	43	43	—	—	7·3%	6·9%
1900	52	58	110	5	4	43	43	—	4	7·4%	8·2%

Vagyis az 1896—1900-ig terjedő ötéves cyclust véve számitás alapjául, a következő évi átlagokat kapjuk:

I. Az említett kórházakban kezelt lupusbetegek közül van: férfi 39·8 nő 56·0, összesen 95·8.

II. A lupusbetegeknek az összes bőrbetegekhez viszonyított százalékos aránya: 6·8%.

III. Az összes kezelt lupusbetegek közül gyógyultan hagyja el a kórházat: 6·5%.

Más szóval: *míg az eddig divó gyógyító eljárásainkkal az összes lupuseseteknek csak 6·5%-ában érünk el gyógyító eredményt, addig a Finsen-féle gyógyító mód segélyével az összes lupusbetegeknek 85%-a gyógyul.* Igaz ugyan, hogy a kórházakba úgyszólván kizárólag csak igen elhanyagolt, sokszor óriási terjedelmű és már nagy roncsolásokat okozott, csonttuberculosissal complikált esetek kerülnek, ellenben aránylag ritkán észlelünk egyes kezdetleges vagy kisebb kiterjedésű góczokat.

Hasonlóan kedvező eredményeket értek el mindazok (pedig ma már szép számmal vannak!), a kiknek a *Finsen*-féle therapiával *in praxi* volt alkalmuk foglalkozni; az utóbbiaknak statistikájával nem foglalkozom bővebben, mert azok — minthogy *Finsen*-intézetek idegen földön aránylag még csak rövid idő óta állanak fenn — még csak kevés esettel rendelkeznek, a statistika tehát nem tüntetheti még fel a valódi tényállást. Csak annyit kell constatálnom, hogy mindazok, a kik eddig a *Finsen*-therapiával foglalkoztak és foglalkoznak, az általam statistikailag jelzett feltünő eredményeket maguk is bevallják. A *Finsen*-therapiával foglalkozó, már valóban tekintélyes számú idegen szerzők sorából csak találomra ragadom ki a *Sabouraud* nevét, a ki a párisi Hôpital St.-Louis-ban ekként kezelt 20 lupusbetegen szerzett tapasztalatait a következő szavakban fejezi ki:

„En ce qui concerne le lupus tuberculeux, on peut dire, que la méthode photothérapique en est le traitement spécifique.

Il est incontestable que l'on peut arriver à guérir avec le minimum des dégâts possible dans chaque cas donné tout surface lupique ulcérée ou non ulcerée, à laquelle le rayon lumineux peut atteindre.

Le résultat est admirable, aucune autre méthode ne la fournit d'une façon aussi sure et aussi régulière . . ."

A mint láttuk, kedvező eredmény már ma az összes lupuseseteknek 85%-ában érhető el a *Finsen*-féle gyógymóddal. Kétséget nem szenved, hogy a kedvezőtlen eredményeket feltüntető 15% a jövőben mindinkább apadni fog. A tapasztalat ugyanis azt mutatja — a mint ezt statistikailag már korábban igazoltam —, hogy a phototherapiával szemben legmakacsabbaknak bizonyultak a nagyon kiterjedt (körülbelül 50 cm^2-nél nagyobb) és 10 évnél idősebb beteg területek. Nos, másfelől igen plausibilis, hogy jövőben, ha a *Finsen*-therapia már mindenütt polgárjogot nyert — a mi pedig meggyőződésem szerint feltétlenül bekövetkezik —, az elhanyagolt esetek száma folyton csökkenőben, ezzel szemben a gyógyulási arány szükségképen emelkedőben lesz. *Sőt az*

imént mondattakból kifolyólag határozottan czélszerűnek fog bizonyulni — noha ajánlatom e pillanatban még nagyon emlékeztet a meg nem lőtt medve bőréről szóló példabeszédre — *ha a Finsen-therapiának meghonosítása után Magyarország egész területén levő lupusbetegek az arra hivatott közegek által állandóan evidentiában tartatnak, és különösen az említett körülményre nézve — nehogy betegségük idültté váljék — hivatalból felvilágosíttatnak és figyelmeztetnek.* Ma úgyis nagyobb, és valóban áldásos mozgalom indult a szegény tuberculosus-betegek érdekében; legyen e harcz még intensivebb, és lelkesítsen az a tudat, hogy valóban szép eredményeket érhetünk el a *Finsen*-therapiával. Arról nem is szólok, hogy mily végtelenül áldásos lehet a lupusbetegek gyógykezelése, ha a *Finsen*-therapiát a sanatorium-kezeléssel combinálhatjuk, pedig erre városunk gyönyörű fekvésénél fogva, az összes európai városok közül *első sorban* vagyunk *praedestinálva.*

Már az előző fejezetben elősoroltam röviden azon egyéb betegségeket, a melyeknél phototherapia megkiséreltetett. Most számokban is óhajtok ezen — noha még csekély számú — eredményekről beszélni már csupán azért is, hogy jelezzem, hogy a jövőben a lupus vulgarison kivül milyen egyéb betegségeknél lehet a *Finsen*-therapiától sikereket remélni.

Finsen tanár intézetében a következő betegségek képezték a phototherapeutikus kisérletek tárgyát:

	Kezeltetett összesen	A kezeltek közül		
		gógyult	javult	eredményt nem mutatott
Lupus erythematosus	44	14	15	—
Alopecia areata	49	30	—	—
Epithelioma	24	11	—	—
Acne vulgaris	25	13	—	—
Tubercul. verrucosa cutis	3	2	—	—
Trichophytia capitis	6	2	—	4
Favus	2	—	—	2
Seborrhoea capitis	4	—	—	4
Eczema faciei; sycosis	5	—	—	5
Keloid	1	—	—	1
Pigmentatrophia	2	—	—	2

Az elősoroltakon kivül még néhány más betegségnél is történtek kisérletek, többnyire kedvezőtlen eredménynyel. A táblázatba fel nem vehettem, minthogy pontos számbeli adatokat erre nézve nem találtam, de fel kell említenem, hogy felületesebben fekvő naevus vasculosus 19 esete közül részben tetemes javulást, részben majdnem teljes gyógyulást sikerült elérni.

Az idegen kisérletezők közül *Sabouraud* lupus erythematosus néhány esetében, és alopecia areata több esetében látott a phototherapiától sikereket; *Sequeira* lupus erythematosus 12 esete közül 2 esetben teljes gyógyulást, 8 esetben pedig határozott javulást tapasztalt, ulcus rodens 3 esetében pedig teljes gyógyulást ért el. *Burgsdorf* lupus erythematosus 5 esete közül kettőnél határozott javulást, kettőnél látszólagos javulást tapasztalt; ulcus rodens 8 esete közül háromnál teljes gyógyeredményt ért el (3, 4, illetőleg 20 ülés után), négynél „feltünő" javulást tapasztalt, egy esetben pedig szemmel látható eredményeket jelez; acne rosacea három esetében tetemes javulást ért el. *Leredde*[49] acne rosacea és rhinophyma 1—1 esetében tetemes javulást, makacs sycosis két estete közül egyben kifejezett javulást, lupus erythematosus 11, és előzőleg a legkülönfélébb módok szerint kezelt igen makacs esete közül háromszor teljes gyógyulást, három súlyos esetben részleges gyógyulást, 5 esetben pedig (a melyen a kezelés befejezve még nem volt) javulást ért el. *Lesser* lupus erythematosus egy esetében teljes gyógyulást tapasztalt, teleangiectasia, lupus erythematodes, cancroid, alopecia areata, keloid 1—1 esetében, és acne rosacea két esetében javulást látott.

Már ezen néhány eléggé változatos, és teljességre absolute nem reflectáló adatból kiderül, hogy *a lupus vulgarison kivül főleg a lupus erythematosus, alopecia areata, ulcus rodens, naevus vascularis planus, és localis bőrtuberculosis eseteiben bizonyult a phototherapia többé-kevésbbé sikeresnek.* Ezen eredmények természetesen ma még csak a kisérletek értékével birnak, de mindenesetre „sikerült" kisérleteknek nevezhetők.

Huber Alfréd dr.

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

Munkáslakások Francziaországban. 1899-ben Francziaországban 61 társaság foglalkozott munkáslakások építésével, még pedig 41 részvénytársaság, 14 építőszövetkezet, 4 jótékonyegylet, 1 hitelszövetkezet és 1 takarékpénztár. Ezen társaságok tőkéje 16.689,458 frankot tett ki és ezenkivül 6¼ millió frank kölcsönt vettek fel, úgy hogy az olcsó munkáslakások létesítésére rendelkezésre álló összes töke majdnem 23 millió frankra rúgott. Ezen társaságok eddig 1907 házat építettek, melyekből 545 már el van adva, 608 eladásra készen áll és 754 bérbe van adva. A még el nem adott 608 ház 3.564,394 frank értéket képvisel, úgy hogy minden egyes ház átlagos értéke 5862 frankot tesz ki; az eladott 545 ház átlagos ára pedig 4467 frank. A társaságok tulajdonában van még 278 házcsoport, illetve több lakással biró ház, melyeknek összesen 2743 lakásuk van és 11.139,416 frankba kerültek. A társaságok által létesített lakások körülbelül 25,000 embernek nyujtanak szállást.

Azon gyógyszerész, a ki a gyógyszert nem az orvosi vény szerint készíti el, hanem más, önkényes összetételű gyógyszert szolgáltat ki, közegészségügyi kihágást követ el.

A m. kir. belügyminister 1901. évi 4492 sz. határozata. B. vármegye közönségének. T. Kálmán b—i lakos, gyógyszerész ellen a gyógyszerek körül fennálló szabályok be nem tartása által elkövetett s a 114,639/99 számu belügyministeri rendelet 11. és 13. pontjába, továbbá az 1876. évi XIV. t.-cz. 53. §-ába ütköző kihágások miatt az 1876. évi XIV. t.-cz. 7. §-a alapján folyamatba tett kihágási ügy panaszos S. Mátyás felebbezése folytán felülvizsgáltatván, a következő harmadfokú itélet hozatott: A vármegye alispánja által 1901. évi szeptember hó 17-dik napján 360. kih. sz. a. a b—i járás főszolgabirája elsőfokú itéletének helybenhagyásával hozott másodfokú felmentő itélete megváltoztattatik s panaszlott T. Kálmán gyógyszernek minőségére nézve nem orvosi vény szerint való elkészitése által elkövetett s az 1899. évi 114,639. sz. itteni rendelet 3. §-ába ütköző kihágásban vétkesnek mondatik ki s ezen kihágás miatt a hivatkozott rendelet 17. §-a alapján az 1892. évi XXVII. t.-cz. 3. §-ában megjelölt czélra fordítandó 100 kor. pénzbüntetésben, nem fizethetés esetében 3 napi elzárásban, valamint a felmerült eljárási költségekben is elmarasztaltatik; mert beismerő vallomása szerint is nem a bemutatott vény szerint adta ki a kért gyógyszert; kötelessége lett volna panaszlottnak a gyógyszert vásárló egyént figyelmeztetni, hogy a mennyiben a kérdéses szer elkészittetésére van szükség, azt csakis új orvosi vény alapján szolgáltathatja ki, de nem lett volna neki szabad a vényen rendelt gyógyszer helyett más, önkényes összetételű gyógyszert elkészíteni. A büntetés kiszabásnál sulyositó körülményül vétetett, hogy panaszlott gyógyszerészi minőségében kihágásért büntetve volt.

Az állami üzemekben foglalkoztatott munkások és kis dijazású állami hivatalnokok lakásviszonyainak javítására felhasználandó újabbi állami segélyösszegeknek engedélyezésére vonatkozó porosz törvény.

1. §. Az állami kormánynak további tizenkétmillió márkányi összeg bocsáttatik rendelkezésére, az állami üzemekben foglalkoztatott munkások és kis dijazású állami hivatalnokok lakásviszonyainak javítására szolgáló állami segélyeszközöknek engedélyezésére vonatkozó 1895. évi augusztus hó 13-dikán kelt törvény értelmében való felhasználására.

2. §. Az 1. §-ban említetett tizenkétmillió márka megszerzésére kölcsön veendő fel.

3. §. Az országgyülésnek legközelebbi rendes összejövetele alkalmával e törvény végrehajtásáról be kell számolni.

Ugyanezen czélra a birodalom 1902. évi költségvetésében is négymillió márkányi összeg volt felvéve és ezen összeg a ház által meg is szavaztatott. Ezen összegből megfelelő berendezésü házak és lakások épitésére magánosoknak és közhasznú vállalatoknak (építési egyleteknek, szövetkezeteknek, társaságoknak) kölcsönök nyujtatnak, és ily házak építésére alkalmas telkek szereztetnek be. A nyujtott hiteleknek első helyen való betáblázására nem fektetnek súlyt az esetben, ha az illető vállalat egyébként bizalmat érdemel, vagy ha a ház fekvése és építésmódja megfelelő biztositékot nyujt.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

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

Közli: **Hager Péter** dr.

Irodalom. *Riedel:* Zur Pathogenese u. Diagnose des Gallensteincolicanfalls. Mittheil. a. d. Gränzgeb. d. Med. u. Chir. 1898. 3. k. — *Naunyn:* Über die Vorgänge bei der Cholelithiasis, welche die Indication zur Operation entscheiden. Ibidem. 1898. 4. k. — *Löbker:* Meine Erfahrungen auf dem Gebiete der Pathologie u. Therapie der Cholelithiasis. Ibidem. 1898. 4. k. — *Herrmann:* Ist die Cholelithiasis intern oder chirurgisch zu behandeln? Ibidem. 1898. 4. k. — *Jakobs:* A propos du traitement de la lithiase biliaire. Ann. et bull. de la soc. de med. d'Anvers. 1898. julius—augusztus. — *Redtenbacher:* Casuistische Mittheilungen über schwere Fälle von Cholelithiasis. Wien. med. Woch. 1898. 13. sz. — *Kowalski:* Über den Einfluss von äusseren hydropathischen Proceduren auf die Gallensecretien. Bl. f. klin. Hydrother. 1898. Naturforscher-Versammlung Düsseldorf. 1898. — *Kehr:* Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit. Berlin, 1899. — *Mayer:* Verhandl. des XVII. Congr. f. inn. Med. 1899. — *Gerhardt:* Zur Behandlung der Gallensteinkrankheit. Die Ther. d. Gegenwart. 1899. — *Kehr:* Arch. f. klin. Chir. 58. k. — *Möbius:* Über Lebermassage. Münch. med. Woch. 1899. — *Petersen:* Beiträge zur Pathologie u. Therapie der Gallensteinkrankheit. Beitr. zur klin. Chir. 1899. 23. k. — *Carr:* The treatment of gallstones. New-York med. journal. 1899. — *Cole:* The surgical treatement of gallstones. Ibidem. — *Florian:* Heilung einer hartnäckigen Cholelithiasis auf hydriatischen Wege. Deutsche med. Woch. 1899. — *Ljunggreen:* Über Cholelithiasis und ihre Behandlung. Hygiea. 1899. 2. — *Kehr, Eilers, Luche:* Arch. f. klin. Chir. 1899. — *Wölfler:* Zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis. Prag. med. Woch. 1899. — *Dollinger:* Az epeköbetegségről és annak sebészeti gyógykezeléséről. Orvosi Hetilap. 1899. — *Genersich:* Ibidem. — *Schlesinger, Ewald:* Ref. Münch. med. W. 1899. — *Mayer:* Beitrag zur Pathologie der Gallensteinkrankheit. Münch. med. W. 1899. 20. — *Kocher:* Über Complicationon der Cholelithiasis. Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte. XXX. 7. — *Klemperer:* Neuere Anschauungen über die Cholelithiasis. Ther d. Gegenw. 1900. Január. — *Kehr:* Wie verhält es sich mit den Recidiven nach unseren Gallensteinoperationen?

Münch. med. W. 1900. 21. — *Naunyn*: Die heutige Lehre von der Cholelithiasis. Ther. d. Gegenw. 1900. — *Scheuer*: Zur Therapie der Cholelithiasis. Mitth. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1900. VI. és Münch. med. Woch. 1900. 24. — *Gilbert* és *Fournier*: XIII. internationalis congressus Párisban. 1900. augusztus. — *Doyen*: Ibid. — *Witthauer:* Die Behandlung der Gallensteinkrankheit mit Olivenöl. Münch. med. W. 1900. 43. — *Winckler*: Austreibung von Gallensteinen mit Schwefelwasser. Ther. Monatsh. 1901. — *Utoreigne*: Action du salicylat de soude sur la nutrition et en particulier sur le secrétion biliaire. Arch. d. méd. expérim. 1900. — *Müller*: Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung. Würzburg. Abhandl. 1900. — *Imrédy*: A cholelithiasis pathogenesiséről és therapiájáról. Orv. Hetilap. 1900. — *Dollinger*: Ibidem. — *Richardson:* The importance of early operation in gallstones. Journal of the Amer. med. Associat. 1900. deczember 1. — *Senn*: Ibidem. — *Rotgans:* Über die Indicationen zur operativen Behandlung der Cholelithiasis. Ref. Münch. med. W. 1900. 18. — *Kryger*: Erfahrungen bei Gallensteinerkrankungen. Ref. Münch med. W. 1900. 31. — *Ewald*: Erfahrungen an chirurgisch und medicinisch behandelten Gallensteinkranken. Wien. klin. Rundschau. 1900. 14. — *Rejchmann*: 9. Congr. polnischer Ärzte. Krakau. Ref. Centralbl. f. Stoffwechsel- u. Verdauungskr. 1900. — *Fleiner*: Über Gallenblasenentzündung u. davon abhängige Magendarmstörungen. Münch. med. W. 1900. 38. — *Herrmann*: Über Recidive nach Gallensteinoperationen. Mitth. aus d. Grenzg. d. M. u. Chir. 6. k. — *Pariser*: Über die interne Behandlund der Cholelithiasis. Ref. Ther. d. Gegenw. 1901. — *Rejchmann*: Ref. Ibidem. — *Riedel*: Über die Gallensteine. Berl. klin. W. 1901. 3. — *Fiedler*: Über Gallensteine u. Gallensteinkrankheit. Münch. med. W. 1901. 43. — *Singer*: Münch. med. W. Ibidem. 4. — *Karewski*: Über Gallensteinileus. Ther. d. Gegenw. 1902. január.

A cholelithiasis therapiája az utóbbi években mindenfelé élénk megbeszélés tárgyát képezte és így talán nem végeztem felesleges munkát, ha a megjelent közleményeket röviden összefoglalva, az epekőbetegség gyógykezelésének mai álláspontját ismertetem.

A prophylaxisra *Gerhardt* fektet nagy súlyt. Ülő életmód, kevés mozgás, szoros ruhák, renyhe emésztésen kivül az előrement nagyobb számú terhességeket tekinti nagy befolyásúnak az epekő létrejöttére, s ez utóbbi körülményekben látja a női nem nagyobb hajlamosságát az epeköképződésre a férfiakkal szemben. Az epeköképződés megelőzésére sok mozgást, testi munkát tart előnyösnek, a szoros ruhák mellőzését kivánja, székürülésről való gondoskodást ir elő s a test elválasztásainak higitása czéljából hangsúlyozza a sok vizivást, főleg ásványvizek alakjában. Az epepangás megelőzése czéljából *Möbius* a kiadó mély rekeszlégzést ajánlja. Ezen nézetekkel ellentétben *Rejchmann* a cholelithiasist nem tartja localis betegség következményének, hanem egy bizonyos, eddig ismeretlen természetü diathesis nyilvánulásának. Ezért szerinte prophylaxisról tulajdonképen szó nem lehet, mindazonáltal mégsem tartja feleslegesnek az ülő életmód és a fűzés elhagyását, valamint az obstipatio kezelését.

A cholelithiasis diaetetikája a baj még nem tisztázott pathogenesise folytán nincs véglegesen megállapítva.

Naunyn a zsiros ételek, hüvelyes veteményeket, kel, savanyú káposzta és alkohol kerülését ajánlja, mihez *Winckler* még a tojást is hozzácsatolja, mert szerinte a tojássárga cholestearin-tartalma igen előnyös az epekövek képzésére, melyeknek a cholestearin átlag 80%-nyi alkatrésze. A növényi tápszereket ártalmasaknak tartja *Gerhardt*, azon tapasztalatokból kiindulva, hogy az epekőbetegség feltünő gyakori oly vidékeken, hol a burgonya képezi a fő táplálékot, ezért, ha nincs köszvényes egyénnel dolgunk, főleg a húsételek tanácsolandók.

Rejchmann az acut esetekben a tejdiaetát tartja előnyösnek. A *Kehr* által ajánlott éjjeli étkezést, melynek az a czélja, hogy az epeelválasztás physiologikus pausáját megrövidítse, *Mayer* nem tartja helyesnek, mert a rohamok fellépésére nagy befolyásúnak tartja az epehólyagnak a bélmozgások által kiváltott telődését.

A therapiát illetőleg a felfogások mindinkább oda irányulnak, hogy a cholelithiasis mindenekelőtt belsőleg kezelendő és csak ezen kezelés sikertelensége, illetőleg complicatiok esetén jöjjön szóba a sebészi kezelés.

A therapia fő feladata *Klemperer* szerint a cholelithiasist latens állapotban megtartani, vagy ismét latens állapotba hozni, nem pedig kivándorlásukat forcirozni és igy a primaer bajt, az epehólyaghurutot felújítani. Ezen nézethez csatlakozik *Pariser* is. Ezzel ellentétben *Naunyn* a palliativ kezelés feladatának tekinti 1. az epeutakban beékelődött köveket eltávozásra birni, 2. a kisérő infectiokat, az epeutak infectiosus betegségeit, a cholecystitist, a cholangitist megszüntetni.

A belső kezelés indicatioit *Kehr* pontokba foglalja össze. Szerinte a belső kezelés indicatiója áll fenn: 1. acut choledochus elzáródásnál, 2. az epehólyag lobos folyamatainál, ha ritkán és nem túlhevesen lépnek fel, 3. a gyakori colicák azon eseteiben, ha minden alkalommal távoznak el kövek, 4. complikáló megbetegedésnél, melynél a narcosis veszélylyel járna és 5. operált betegek utókúrájánál.

Vele egyetért *Dollinger* is és belső kezelésre utasitja az epehólyaghurutot és a narcosist veszélyeztető complikáló megbetegedések között említi a köszvényt, szivbajt és a diabetest. *Imrédy* szerint a regularis cholelithiasis feltétlenül csak belsőleg orvoslandó, az irregulárist kivéve az acut és chronikus cholecystitist és acut cholangoitist elsősorban szintén belsőleg kell kezelni. Hasonló álláspontot foglal el *Hermann* is. *Witthauer* oly esetben, mely nem jár napokig tartó lázzal és a hol megnagyobbodott epehólyag kétségtelenül nem mutatható ki, belső therapiától is tartós gyógyulást vár. Chronikus icterusnál *Ewald* szerint két-három hónapig lehet várni az operatioval, addig a kő önként is eltávozhatik. *Wölfle* az acut cholecystitisnél is, akár rohammal vagy a nélkül mutatkozik az, szintén várakozó magatartást kiván és legelőször belső szerelést kisérel meg; nyugvó kövek esetében pedig, melyek izgalmak és kellemetlenségek nélkül állanak fenn, semmiféle beavatkozást sem tart indikáltnak.

A mi már most a belső kezelés módjait illeti, a részletes diagnosis nehézségei miatt véglegesen máig sincsenek meghatározva.

Naunyn szerint a kövek beékelődésénél az epeutak izomszövetének szerepe nem kicsinylendő. Az epeutak izomzata egyrészt továbbitja a követ peristaltikája által, másrészt azonban annak görcsös összehúzódása rögzíti ezt; már most azon kérdés előtt állunk, vajjon fokozzuk-e a peristaltikát vagy bénítsuk. Az előbbit elérjük hashajtókkal, hánytatókkal, némileg talán hideg behatással is és villamozással, útóbbit narcotikákkal: opiatok, belladonna, atropin, chloroform, choral, meleg cataplasmák, meleg fürdők, forró viz belsőleg. Az ileushoz hasonlóan *Naunyn* itt is a megnyugtató therapiát ajánlja. Az opiatokat pártolja, bár az epeelválasztást csökkentő hatásuk miatt egyes szerzők inkább a belladonna készitményeket használják. A cholagogák haszna természetesnek látszik; állatkisérleteknél az epehajtó szerek fokozott epeelválasztást idéznek elő, ebből azonban nem nagy a haszon, mert az epekő eltávolitása czéljából nekünk élénk áramlásra van szükségünk, a minek feltétele a szabad lefolyás, melyet azonban rendes körülmények közt a sphincter choledochi megakadályoz. Ez azonban állandóan zárva van s csak emésztés alatt nyilik meg. A záróizom elernyedését a cholagogák nem idézvén elő, epehajtó hatásuk nem érvényesülhet. A cholagog szerek hatását *Rejchmann* is tagadja.

Gerhardt mégis bizik az epehajtás sikerében és a *Blum* által ajánlott eunatrol- (olajsavas natron-) piluláktól kisérleteinél jó eredményt vélt látni. Némely beteg ezen szert jól tűri, fájdalmaikat az gyorsan enyhíti; gyakori, rövid fájdalomrohamok eseteiben értékes szert képvisel. Az epehajtó szerek közül a régen ismert salicylsavas natriummal újabban *Moreique* egészségeses embereken tett kisérleteket, melyekből kitünt, hogy az, 5—5 gm.-nyi napi adagban, fokozza az epeelválasztást, még pedig az epének nemcsak víztartalmát, hanem oldott alkatrészeit is. A specifikus hatásúnak tekintett szerek közt nagy fontossággal birnak az ásványvizek, nevezetesen a karlsbadi viz, melyek *Hermann* véleménye szerint az epekőbetegséget latens stadiumba hozzák, vagy a kövek távozásával vagy anélkül. Szerinte a források kisérletileg alig birnak cholagog hatással. A karlsbadi orvosok által tapasztalt kifejezett cholagog hatást annak lehet tulajdonítani, hogy az ivókúrák az epeutak nyálkhártyájának duzzadását megszüntetik, az epeutak secretioja normálissá válik, a forró ásványvíz talán nervosus úton a sphincter choledochi elernyedését idézi elő. *Naunyn* a forró ásványvizek hatását a vérkeringés javításával magyarázza és ebből érthető ezen vizeknek jó hatása más májbetegségeknél is. Hasonló értelemben hatnak a meleg cataplasmák is. A karlsbadi víz cholagog hatását *Mayer* egyenesen tagadja, jó hatásuk szerinte a chemikus és mechanikus ingerek eltávolítása, a májcirculatio jó befolyásolása, a chronikus obstipatio eltüntetése által jön létre, a mi mellett a hűvösebb források diuretikus hatása sem kicsinylendő, a mely chronikus icterusnál az epe intoxicatio ellen hat.

A karlsbadi kúra használatát *Naunyn* igy irja elő: a beteg kétszer három órán keresztül feküdjék, mely idő alatt meleg cataplasmákat rak a májtájra és 10—15 perczenként 100—100 cm^3 45° C. karlsbadi vizet iszik; a beteg napjában háromszor étkezik. Azon esetekben, a midőn a karlsbadi víz rosszul türetik vagy hatástalan, *Gerhardt* hasznosnak látta a mergentheimi Károly-forrást, reggelenként egy negyed litert, *Winckler* pedig egy esete kapcsán a neundorfi kénesforrás epehajtó hatását dicséri.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Otto Körner: Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Dritte Auflage. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902.

„Die Ohrenheilkunde der Gegenwart“ czimü nagy munka 3. kötete gyanánt jelent meg nemrég *Körner* fent jelzett munkája. Mindenki, ki ezen monographia első két kiadására visszagondol, csak örömmel üdvözölheti e harmadikat. A ki e könyvet kezébe veszi, érdekkel fogja azt végig olvasni, és megelégedetten, csalódás érzése nélkül teszi majd félre.

E kiadásban itt-ott rövidítést is találunk, de többnyire a megszaporodott ismereteinknek megfelelőleg bővebben van tartva az egész. Uj fejezetek is vannak a munkában, mint pl. a lumbalpunctioról szóló, mig pl. az ismertetett agytályogok száma 92-ről 267-re szaporodott fel. Ez adatokkal csak a mű alapos megváltoztatására akarok reámutatni.

A munka általános részében az előző kiadásokhoz képest sok változás nincs, a részletes egyes fejezetei azonban egészen elütők az előző kiadás megfelelő fejezeteitől. Ezek legjobb pontjai közé tartozik mindenütt a tünetek tiszta, könnyen áttekinthető leirása. A specialis rész harmadik fejezetében külön sorokat szentel a lumbalpunctio diagnostikai jelentőségének, veszélyeinek, értékének.

A könyv negyedik fejezete tárgyalja a meningitis serosát, ezt az otologiai irodalom utolsó éveiben mind gyakrabban ismertetett kórképet. Munkája egyik legszebb fejezete ez, melyben bőven tárgyalja mindazt, mit e bajról tudunk, felhasználva az irodalmat, a casuistikát, és a kórbonczi lelet elégtelenségét hangsúlyozva.

A harmadik kiadásban legtöbb változáson ment át a hatodik és hetedik fejezet. Mindkettő, lehet mondani, egészen újra lett átdolgozva, és majdnem classikusan tárja elénk a két legfontosabb megbetegedési módot. Az első a sinusokról, a vena jugularis thrombosisáról és phlebitiséről szól. Felhasználva a bő irodalmat és a casuistikát, a terjedés módját, az infectio útjait ismerteti; külön tárgyalja minden egyes sinus megbetegedésének tüneteit; itt is, mint többi fejezetében, a symptomatologia világos és mégis mindent felölelő volta ötlik szembe. Leirja a pyaemiás alakot, és igen meggyőzően tárgyalja az általa először felvett és ismertetett osteophlebitikus pyaemiát, melynek létezését a legszebben bebizonyitja. Majd a septikus alakkal foglalkozik, melyre nézve ő is elfogadhatónak véli *Eulenstein* ama elnevezését, hogy: *toxinaemia.*

Tárgyalja a műtéti eljárást, ismerteti az eddigi irodalmi eseteket, 314-et, pontosan felállítja az indicatiokat.

Ép ily óriási körültekintéssel, fáradsággal, világos, átlátszó tollal van megirva a másik fejezet is az otitises agytályogokról. Mindazt, mit fentebbi fejezetéről mondottam, itt is elmondhatnám, a tünettan nagyszerű leirását, a differentialdiagnosis nehézségeit, a complicatiok felismerésének esetleg lehetetlen voltát bámulatos ügyességgel irta meg. Az irodalmi casuistika összes feldolgozásából levont eredmények itt is sok homályt világositanak fel, ezekből adja a statistikai eredményeit, a kis és nagy agytályog közötti differential diagnosist. Az óriási casuistika között néhány tanulságos esetet bővebben közöl. Ismerteti a műtéti eljárásokat, tárgyalja a különféle műtéti módokat külön-külön, minő eredményeket mutatnak fel az egyikkel vagy a másikkal. Indicatiofelállitás, utókezelés, lefolyás, mind egyenlő alapossággal van tárgyalva.

Részletes ismertetést e munkáról adni nem lehet egy rendes könyvismertetés keretében. Hiszen a fentebb emlitett két fejezet bármelyikéről külön lehetne ismertetést irni, hogy az ember csak némi fogalmat nyerjen az ismeretek ama nagy számáról, mely e sorokban le van téve. Mindent elfoglal az irodalom teljes felhasználása, és mégis mindenütt dominál egy önállóan gondolkodó egyén erős meggyőződése, önálló véleménye, melyet helyesnek ismer el, melyet bizonyit, melyről mást is meggyőz, és ha kell, védelmez másokkal szemben, a mint hogy vannak könyvének egészen polaemiás jellegű helyei is.

Az irály könnyed, nem mesterkélt, úgy hogy olvasni is kellemes. Könyv, mely nemcsak a fülorvosokat érdekli, de a sebészeket, ideggyógyászokat és gyakorló orvosokat egyaránt, és melyet ép ezért összes kartársaimnak csak ajánlhatok. Ifj. *Klug Nándor* dr.

Legueu: Leçons de clinique chirurgicale. Paris, Felix Alcan. 1902.

Ezen könyvben 30 előadás van összegyüjtve, melyeket *Legueu* a Hotel Dieuben, mint Duplay tanár helyettesitője tartott az 1901. év második semesterében. A munka nem nyujt az egész sebészetről, sőt még annak egy kisebb részéről sem általános áttekintést; az előadások nagyobbára egyes esetekhez fűzvék, melyek kapcsán azután az illető kórképet ecsetoli, a differential diagnostikához útmutatásokat ad s a felmerülő therapeutikus kérdéseket, a művi beavatkozások indicatioit, technikáját megbeszéli, függelékképen aztán a szóban forgó betegen végzett műtét leirását adja s a kórlefolyást, néhány esetben a távolabbi gyógyeredményt is ismerteti. A klinikai beteganyag nagy változatosságának megfelelően a legkülönfélébb betegségekről esik szó, sérülések, daganatok, gynaecologiai, urologiai esetek, haschirurgiai és orthopaedikus themák kerülnek szönyegre, s közülük vannak valóban rendkivül érdekesek is, mint pl. a lágyéksérvműtétek utáni recidivákat, az appendicitisek és adnexgenyedések közti összefüggést, a veseechinococcust, vesetuberculosist tárgyaló fejezetek stb. Minden kérdést nagy alapossággal, helyenként a litteratura gondos felhasználásával fejteget, mindent könnyű, kellemes modorban tárgyal s az olvasó figyelmét állandóan ébren tartja.

A casuistikus előadások előtt bevezetésképen az asepsisről, a tuberculosus izületi bántalmak műtéti indicatióiról s a rhachicocainisatioról, a Bier-Tuffier-féle lumbalanalgesiáról beszél, melyet 200 esetben végzett; végezetül pedig a klinikának statistikáját közli azon 8 hónapról, a mely alatt az intézet élén állott; ezen idő alatt 450 (köztük 140 gynaecologiai) nagyobb műtétet végeztek 25 halálesettel. 3 halálesetük volt az anaesthesia folytán, egy chloroform és kettő a gerinczvelő cocainozása következtében. *P. J.* dr.

Pel: Über die Kunst gesund und glücklich zu leben und Krankheiten zu verhüten. Jena, Gustav Fischer, 1902.

A 32 lapra terjedő füzet azon rectori beszéd fordítását tartalmazza, melyet *Pel* tanár, a hirneves klinikus, az amsterdami egyetem alapításának 270. évfordulója alkalmával tartott. A beszéd példányképül szolgálhat arra, hogy mikép lehet olyan dolgokat, melyeket úgyszólván minden ember ismerni, sőt tudni véli, olyan módon, olyan csoportositásban előadni, hogy mégis érdeklődést keltsen, sőt lebilincselje a hallgatót, illetve olvasót. Mértékletesség mindenben, az életmód egyszerűsitése és rendszeres, kellő nyugalommal, valamint czélszerű szórakozással váltakozó munka azok a tényezők *Pel* szerint — s ebben igazat fog neki adni minden orvos —, melyek úgy öregnél, mint fiatalnál, gazdagnál és szegénynél, tudósnál és napszámosnál alapfeltételei az egészség megmaradásának és a boldog életnek. Ezek mellett a szervezetbeli sajátságokhoz mért individualizáló alkalmazása a hygiene szabályainak is szükséges, a mely tekintetben utal a bizalmas házi orvos fontos és hálás feladatára; áldani fogja — úgymond — a pillanatot, a mikor a tág látókörü, mint ember is magas álláspontot elfoglaló házi orvos typusa ismét megjelenik a családban. A füzet megérdemli, hogy nemcsak orvosok, hanem általában a müveltebb közönség körében is mennél inkább elterjedjen.

Uj könyvek. *Hildebrand:* Tuberculose und Scrophulose (Deutsche Chirurgie, Lief. 13.). Stuttgart, F. Enke. — *Ebstein*: Dorf und Stadthygiene. Stuttgart, F. Enke. — *Kobert:* Über die Schwierigkeiten bei der Auslese der Kranken für die Volkslungenheilstätten. Stuttgart, F. Enke. — *Mendel*: Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart, F. Enke. — *Seel*: Gewinnung und Darstellung der wichtigsten Nahrungs- und Genussmittel. Stuttgart, F. Enke. — *Wille*: Nervenleiden und Frauenleiden. Stuttgart, F. Enke. — *Engländer*: Die auffallend häufigen Krankheitserscheinungen der jüdischen Rasse. Wien, J. L. Pollak. — *Reinert*: Zum Andenken an Carl v. Liebermeister. Tübingen, F. Pietzcker. — *Weismann:* Vorträge über Descendenztheorie. Jena, G. Fischer. — *Besnier*, *Brocq* et *Jacquet*: La pratique dermatologique. Tome III. Paris, Masson et comp. — *E. Blake*: Eczema and its congeners. London, H. J. Glaisher. — *H. Gradle:* Diseases of the nose, pharynx and ear. London, W. B. Saunders and Co. — *H. D. Rolleston:* Splenic anaemia. London, The Medical Publishing Company. — *R. Saundby:* Medical ethics. Bristol, J. Wright and Co.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A Soxhlet-féle tápczukor. Ismeretes, hogy a csecsemők mesterséges táplálására használt higitott tehéntej tápértékének fokozására tejczukor hozzáadását ajánlják. Ha azonban a higitás folytán csökkent zsirtartalom helyettesitésére szükségelt isodynam mennyiségű tejczukrot akarunk használni: ezt nem vihetjük keresztül a nagymennyiségű tejczukor hashajtó hatása miatt. Soxhlet tehát egy más szénhydrat után nézett, mely a szervezetben zsirrá átalakulva, képes legyen pótolni a higitott tehéntej zsirtartalmát és e mellett káros hatást ne fejtsen ki. Ilyen szénhydrat a keményitő. Minthogy azonban a csecsemő szervezete nem, vagy csak hiányosan képes a keményitőnek czukorrá átváltoztatását létesiteni: ezen munka teljesitésére a maláta diastatikus hatását vette Soxhlet igénybe, még pedig úgy, hogy a maltose aránya a dextrinhez 1 : 1 legyen, a mennyiben kisérletekkel beigazolta, hogy ezen arányban nagyon jól tűrik a csecsemők, a nélkül, hogy híg székletét jelentkeznék. A dextrin-maltose-tejczukor keverékhez azután még 2% konyhasót ad, minek folytán a tehéntej caseinje könnyebben emészthetővé lesz, de meg pótoltatván a tehéntej Cl-szegénysége is, a sósavtermelés a gyomorban fokozódik. Az egész azután még kissé savi kémhatásúvá lesz téve a tej forralása folytán részben oldhatlanná váló mészsók oldásának megkönnyitése czéljából. Ennek a keveréknek a neve: tápczukor, mely finom fehér hygroskopikus port képez, vizben nagyon könnyen oldódik kissé sárgás, opalizáló folyadékot képezvén; édesebb mint a tejczukor, de csak 1/4 olyan édes, mint a nádczukor. Az első élethónapokban levő csecsemők táplálására 1 rész tehéntejből és 2 rész 10%-os tápczukoroldatból álló keveréket használunk, mely azután a Soxhlet módja szerint sterilizálva lesz; később fokozzuk a tápczukor mennyiségét kétszereséig, a viz mennyiségét pedig csökkentjük. A tápczukorral elért eredményekről újabban nagyon dicsérően nyilatkozik *Klautsch* (Centralblatt für Kinderheilkunde, 1902. 7. füzet), továbbá *Frucht* (Münchener medic. Wochenschrift, 1902. 2. szám). A tápczukor ára eléggé mérsékelt.

A haemolról és haemogallolról, valamint a haemol nehéz fém- és halogen összeköttetéseiről értekezik *Matzner*. A haemollal és haemogallollal anaemiás és chlorosisos betegeknél szerzett tapasztalatai teljesen egyeznek más szerzők tapasztalataival, a mennyiben a vér javitása szempontjából igen kedvező eredményeket tüntetnek fel; kiemeli, hogy a gyomorra és a bélre e készitmények semmiféle káros hatást nem gyakorolnak. A mi a *vashaemolt* illeti: 11 esetben használta, de nem találta hatásosabbnak, mint az egyszerű haemolt; csak egy eset képez kivételt, a mennyiben a chlorotikus leánynál egy haemol hatástalan volt, míg a vashaemol (3-szor naponként 0·5 gramm étkezés közben) rövid idő alatt eredményre vezetett. A *jodhiganyhaemol* 12·35% fémhiganyt és 28·68% jodot tartalmaz haemolhoz kötve: barnavörös, vizben oldhatatlan port képez. Az első készitmény, mely jodot, higanyt és vasat tartalmaz, még pedig fehérjéhez organikusan kötve. 16 esetben szerzett tapasztalatai szerint nem könnyű, hanem súlyos lues-esetekben is nagyon jó hatást fejt ki; csak egy esetben jelentkezett használata után nagyfokú diarrhoea. Az *arsenhaemol* 100 rész haemolra 1 rész arsensavat tartalmazó barna por, mely következőkép rendelhető: Rp. Arsenohaemoli 5·0; Succi liquir. pulv. 1·25; Mucil gummi arab qu. s. ut fiant pil. 50. Obduce lacca. S. Naponként 3 labdacsot, minden negyedik napon egygyel emelkedni 10 labdacsig pro die. Szerző psoriasis és lichen ruber eseteiben alkalmazta jó eredménynyel; hatása annyiban előnyösebb a Fowler-oldaténál vagy az ázsiai pilulákénál, a mennyiben egyúttal a vérregenerálást is előnyösen befolyásolja. A *bromhaemol* 2·7% bromot tartalmaz erős, organikus összeköttetésben, minek folytán a szervezetben csak lassan hasad le a brom és igy tartósabb hatást képes kifejteni. Sályos epilepsiás vagy hysteriás görcsök megszüntetésére nem alkalmas, nagyon ajánlható azonban akkor, ha a görcsök már megszüntek, tonizáló és mérsékelten megnyugtató tulajdonságai alapján. (Die Heilkunde, 1902. május.)

Belgyógyászat.

A Basedow-kórról igen terjedelmes s kimeritő tanulmányt irt *A. Kocher*, ki *Th. Kocher* tapasztalatairól számol be, főként 59 betegről, kiket műtétileg kezeltek. Helyszüke miatt a mellékelt kórtörténetek bővebb méltatására nem térhetünk ki, s csak a főbb eredményeket ismertethetjük vázlatosan. Kocher kedvező tapasztalatai alapján a Basedow-kórnak műtéti kezelését ajánlja, s e czélból azon elvet állitja fel, hogy műtét útján a struma vascularisatioja megszünjék. Kocher a Basedow-strumát struma teleangiectodesnek nevezi, s az edények elváltozásának eredményeként az expansiv lüktetést tünteti fel, a melyben az üterek, a visszerek, sőt az egész mirigy részt vesznek, továbbá a tapintható surranást és az edények megnagyobbodását. A gyógyeljárás czélja pedig a rendellenes vascularisatio megszüntetése legyen, és a műtéti kezelés csak az esetben van befejezve, ha ezen czél el van érve. Tehát a struma felének eltávolitása, a midőn a hátrahagyott fél még lüktet, nem elégséges, s csakis az előbb vázolt teljes kezelés járhat eredménynyel. A megbetegedés különfélesége folytán, a mely a pajzsmirigy egészében, majd csak egyes részleteiben mutatkozik, typikus műtéti

eljárás nem ajánlható; a legczélszerűbbnek mutatkozik a részleges eltávolítás combinatioja az üterek lekötésével, s általában a többszakaszos műtét ajánlhatóbb. Némely esetben megengedett a vascularisationak egyszerre való megszüntetése; azonban minthogy gyakran csekélyebb beavatkozások is már czélhoz vezetők, továbbá mivel kezdetben többnyire nem állapitható meg, hogy mily beavatkozás válik szükségessé, s a cahexia strumipriva eshetősége miatt Kocher is a szakaszos eljárást javasolja. Bevezető műtétül szolgáljon az arteriae superiores-ek lekötése; ennek hatása szabja meg a további eljárás mikéntjét. A Kocher által végzett műtéti eljárások a következők voltak: több megnagyobbodott ütér lekötése, féloldali vasculosus golyvák eltávolítása, egyoldali excisio az ellenoldali ütér lekötésével, a struma több mint felének eltávolitása a megmaradt mirigyrészletekhez vezető üterek lekötésével vagy a nélkül. A féloldali excisiot 14 esetben, a lekötést 16, a féloldali eltávolitást edénylekötéssel 19, a féloldali eltávolitást resectioval 4, lekötést és resectiot 1, féloldali excisiot, resectiot és lekötést 3, lekötést és a n. sympathicus resectioját 3 esetben végezte. Az 59 beteg közül 45 meggyógyult, 8 jelentékenyen javult, 2 csak kevéssé, 4 meghalt. A műtéti eljárás eredményét több éven át figyelemmel kisérték. A legtöbb esetben a műtét után, a melyet általános narcosis nélkül végeztek, kellemetlen jelenségek mutatkoztak, úgymint nagyfokú izgalmi állapot, szivdobogás, forrósági érzet, reszketés, izzadás, hányás, szabálytalan szapora szivműködés, fog- és fülfájdalom, láz. A vér toxicitása fokozott, hasonlóképen a vizeleté is, s ennélfogva a haematoma felszivódásából magyarázhatók a műtét után észlelhető mérgezési tünetek. A vérzések gyakoriságát a véredényeknek a Basedow-kórnál észlelhető szakadékonysága okozza. Tetaniás rohamok négy izben léptek fel a műtét után. Zavartalan volt a gyógyulás 16 betegnél.

A gyógyulás megitélésénél Kocher igen szigorúan jár el. Az összes gyógyultaknál a szíven semminemű rendellenesség sem volt észlelhető. Az ütérlökés 34 esetben rendes volt, 5-nél vitium cordis folytán szaporább volt, 5-nél pedig a szívnek izgékonysága maradt fenn, a mennyiben csekélyebb munka után szaporább szivműködés állott be. A szembeli tünetek közül az exophthalmus nem mindig fejlődött vissza, azonban a legtöbb esetben lényegesen csökkent, s 45 eset közül 26-ban teljesen megszünt. A strumánál a rendellenes vascularisatio megszüntetése volt a czél, s azon esetekben, hol gyógyulásról van szó, tényleg meg is szünt. A remegés, a hányás, hasmenés, izzadás és hyperaemia csakhamar megszüntek. Egyes esetekben feltünő volt a gyors hajnövés a műtét után. Emlitésre méltó, hogy kevés számú eset kivételével a műtét a kedélybeli elváltozásokat kedvezően befolyásolta. A műtét után a testsúly gyorsan növekedett, hasonlóképen a testi erő is olyannyira, hogy egyes betegek csakhamar súlyosabb munkát is végezhettek. A 8 javultnál 6 esetben egyszeri beavatkozás nem volt elégséges, t. i. a struma vasculárisatiojának tünetei állottak még fenn. Kocher kijelenti, hogy a 10 nem teljesen gyógyultnál nem a műtéti eljárás hibáztatandó, hanem ezen esetek kezelése nem volt befejezett.

A halálos esetek pontosabb körülményei a következők voltak: egy beteg kétoldali tüdőgyuladásban halt el, egy pedig három ütér lekötése után az ötödik napon az art. fossae Sylvii embolusa folytán. Egy harmadik beteg a műtét után a 4. napon mérgezési tünetek (lép- és májduzzanat, icterus) között halt el. A negyedik elhalt pedig, kinél az arteria thyreoidea sup. lekötése és a n. sympathicus lekötése végeztetett, a műtét után lényegesen javult, azonban a 11. napon szívhűdés állott be, s a bonczolat a szivizomzat zsiros elfajulását mutatta ki.

Kocher minden Basedow-beteg számára ajánlja a műtétet, csakhogy soha sem a lelki izgalom tetőpontján, s nem is az igen szapora ütérlökés mellett végzendő a műtét; ezen esetekben előkészitő eljárás alkalmazandó.

Kocher 15 beteg kórtörténetét közli, kiknél belső orvoslást alkalmaztak, minthogy vagy a műtéti beavatkozást elutasították, vagy azért, mert ekként is lényeges javulás volt észlelhető. Két izben muló jellegű heveny Basedow-tünetek mutatkoztak: egy 24 éves nőnél colloidstruma punctioja, egy 30 éves férfinál pedig golyvakiirtás után. Egy esetben műtét nélkül gyógyulás volt, a mely 6 heti uraemiás állapot után állott be, a midőn is a struma a Basedow-tünetekkel egyetemben visszafejlődött. Kocher a gyógyszerek közül a phosphort kedveli, a melyet többnyire natrium phosphoricum (6 gm. naponta) alakjában alkalmaz, s igen kedvező eredményekről számol be, bár recidivák is mutatkoztak s egyes esetekben hatástalan volt. Hogy a jod a Basedow-kórt elősegiti, ezt Kocher is elismeri, bár a struma e mellett kisebbedhetik. Pajzsmirigykivonatok alkalmazásánál kis adagban hatás nem mutatkozott, nagyobb adagok rosszabbodást idéztek elő. Thymus és ovarin hatástalanok voltak. Magas éghajlati tartózkodás kedvező eredménynyel járt. A n. sympathicus villanyozásának hatása igen kétes volt. Diaetetikus eljárások eredménytelenek voltak; általánosságban a betegek állapota kedvezőbb volt szűkebb és húsban szegény étrend mellett.

Kocher a műtét előtti kórjelenségekről is beszámol. Az 59 beteg közül 37 súlyosabb eset volt. Igen részletesen van tárgyalva a Basedow-struma minősége, továbbá a szív és az edények elváltozásai; zörejek az esetek $^3/_4$ részében voltak jelen, többnyire a basison; 3 esetben májpulsatio, egyben retinapulsatio volt található. A Graefe, Stellwag és Moebius-féle tünetek együttesen 22 betegnél voltak jelen; a szemgolyók rezgése 8 esetben. Az emésztési szervek részéről hányás 30 esetben, hasmenés 40 esetben észleltetett, obstipatio egy izben sem; továbbá az idegrendszer részéről a legváltozatosabb tünetek. Az anyagcsere vizsgálatánál fokozott hugyanykiválasztás állott fenn, a phosphoranyagcsere nem változott.

Pseudo Basedow két esetét is közli Kocher, a melyeknél nagy strumának a légesőre gyakorolt nyomása folytán pangás, tachycardia és exophthalmus állottak elő. Továbbá 14 oly esetet sorol fel Kocher, melyekben vascularis struma volt ugyan jelen, azonban az egyéb Basedow-tünetek csak épen jelezve voltak.

A struma szövettani tekintetben 29 izben lőn megvizsgálva, s túlnyomóan adenomaszerű proliferatio volt kimutatható. Megemlítésre méltó, hogy *Kocher* és *Heffter* a strumák vegyi vizsgálatánál a jod- és phosphortartalom között kapcsolatos viszonyt derítettek ki, az egyiknek felszaporodásával a másiknak mennyisége csökken. A struma kisebbedésénél a jodtartalom növekedett, míg a phosphor csökkent; hasonló hatás mutatkozott tiszta phosphor vagy natrium phosphoricum adagolásánál is; ezen körülmény bizonyos fokú jelentőséggel bir, minthogy a Basedow-kórnál a pajzsmirigy jodban szegény s bőven tartalmaz phosphort. (Mittheil. aus d. Grenzgebiet. d. Medizin u. Chirurgie. IX. kötet, 1. és 2. füzet.) —*si.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A jodoformogent *Jessner* a jodoform pótszerei között első helyen említi. Teljesen szagtalan és fekélyek gyógyitására mindenütt használható a jodoform helyett. Különösen ulcus molle eseteiben használta nagyon jó eredménynyel. (Jessner: Dermatologische Heilmittel. Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1902.)

Az eugallol *Jessner* szerint sokszor nagyon jó eredménynyel használható régi, makacs psoriasis-foltok meggyógyitására. Az illető helyek eleinte sötéten pigmentáltakká lesznek, de nemsokára teljes gyógyulás következik be, még ha a pikkelyeket nem is távolitjuk el. Az alkalmazás olyan módon történik, hogy a kóros helyeket eugallol és aceton egyenlő mennyiségeinek keverékével néhányszor beecseteljük és azután zincum oxydatumot hintünk reá. (Jessner: Dermatologische Heilmittel. Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1902.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 29. szám. *Herszky Manó*: A vese- és ureter-sebészet fejlődése. *Vajda Géza*: A trachoma gyógyitása.

Orvosok lapja, 1902. 29. szám. *Dillnberger Emil*: Szliács hőforrásai és gyógyhatásuk. *Rottenbiller Ödön*: Az iszapkezelés mai álláspontja.

Magyar orvosok lapja, 1902. 29. szám. *Fleischl Lajos*: Koraszülés és syphilis. *Huber Alfréd*: Lupus mutilans beteg.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 29. szám. *Schnabel*: Iridocyclitis sympathica. *Engelmann*: Az intubatio technikájának egyszerűsítése. *Thaussig*: A jod hatása a véredényekre. *Neumann*: Adatok a syphilisrecidivák tanához. *Kassowitz*: Myxoedema infantilis, mongolismus, mikromelia. *Ullmann*: Az extragenitalis lágy fekély előfordulása. *Schrötter*: „Höhenkrankheit", különös tekintettel a léghajóban levő viszonyokra. *Hrach*: A tüdő lobos megbetegedései 1900—1901-ben és gyógykezelésük.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 29. szám. *Eder*: Munkahelyek világitásának photometriai meghatározása. *Teleky*: Pankresdiabetes és icterus gravis. *Klein*: Az antitestek képződésének kérdéséhez. *Türk*: A leukocyták számlálása.

Wiener medizinische Presse, 1902. 29. szám. *Kurz*: Méhenkivüli terhesség okozta haematocele retrouterina. *Wolf*: Vérnyomásmérések Gärtner-féle tonometerrel. *Schweinburg*: Foginversio a fog áttörésével az orrba.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 27. szám. *Kohn*: Chromaffinis sejtek és szervek; paraganglionok. *Breitenstein*: Hygiene a tropusokban.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 13. szám. *Lindt*: Állkapocscysták. *Tschudy*: A bal vese kettősképződése. *Dutoit*: Féregnyújtvány a lágyékcsatornában.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 29. szám. *Krause*: A tetanusfertőzés veszélye subcutan gelatina-injectioknál. *Glaessner*: A gyomordaganatok topikus diagnostikája. *Neisser* és *Friedemann*: Amboceptoroidképződés emberi serumban. *Reckzeh*: Anaemia perniciosa. *Sturmann*: A felső állcsont üregében fellépő genyedések kezelése.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 29. szám. *Elsner*: Carbollysoform. *Riegner*: Ulcerosus tüdőbeli folyamatok sebészi kezelésének javalatai. *Ekgren*: A leucocyták viselkedése az embervérben massage behatására. *Herzog*: Gonorrhoeás gerinczvelőmegbetegedés ritka localisatioval. *Klotz*: Intravenosus ezüstbefecskendéssel meggyógyitott endocarditis spetica. *Zanke*: Perforatio vagy császármetszés? *Euphrat*: Zsirempolia czombnyaktörés után. *Fricke*: Golyva acut fejlődése és eltünése. *Tichy*: Chlórmészoldat mint antisepticum égett sebeknél.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 29. szám. *Boye*: Cystás máj és cystás vesék.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 6. kötet, 4. füzet. *Freudenthal*: Az idült orr- és torokhurut gyógyitása. *Menzer*: A heveny és idült izületi csúz serumtherapiája. *Laqueur* és *Loewenthal*: A vérösszetétel befolyásolása helyi hydrotherapiás beavatkozásokkal. *Rosenfeld*: Roborat. *Wendriner*: A neuenahri forrás befolyása az anyagcserére. *Beerwald*: Húskivonat és élesztőkészitmények. *Marcuse*: Wehrawald-sanatorium.

Die Therapie der Gegenwart, 1902. 7. füzet. *Unna*: A lepra helyi kezelése. *Menzer*: A heveny és idült izületi csúz serumtherapiája. *Weidenbaum*: Profermentumok előfordulása a beteg gyomorban és ezek-

nek átváltoztatása fermentekké erősebb sósavoldatokkal. *Rosin:* Az oxaluria észszerű kezelése. *Brüning*: Beteg gyermekek táplálása az „odda“ nevű készítménynyel. *Schüle*: A gyomormotilitás vizsgálata. *Gerson:* Az impotentia coëundi mechanikai kezelése. *Naumann*: A klimatikus gyógytényező Bright-kórban.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902 junius. *Abraham*: Adalékok a morphinisták delirium tremensének ismeretéhez.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 12. szám. *Sarbó:* Adalék az amyotrophikus lateral-sclerosis kórboncztanához. *Spiller*: A direct ventrolateralis lobor kötegről. *Götz:* Ileus status epilepticus alatt. *Cohn*: Spinalneuritises vagy myopathiás izomsorvadás? 13. szám. *Pick:* A tetania kórtanához. *Bielschowsky*: A tengelyfonalak impraegnálása ezüsttel. *Kron*: Hysteriás vakság.

Le progrès médical, 1902. 28. szám. *Ballet*: A Thomsen-féle betegség.

Gazette hebdomadaire, 1902. 56. szám. *Heitz*: Tabesben szenvedők terhessége és szülése. 57. szám. *Brissaud* és *Dopter*: Az emberi máj lebenyeinek térfogatában mutatkozó különbségek. *Marina:* A myospasiákról általában és az athetosisos myospasiáról különösen.

La semaine médicale, 1902. 29. szám. *Leuriaux:* A tussis convulsiva kórokozója és serotherapiája.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 29. szám. *Vervaeck*: Adat az exencephaliás monstrumok visceralis anomaliáinak ismeretéhez.

British medical journal, 1902. julius 19. *J. Taylor*: Tabes néhány rendellenes esete. *D. Newman:* Heveny nem genyes perinephritis. *F. Swinford Edwards:* A flexura sigmoidea és a rectum betegségeinek diagnosisa, különös tekintettel a proctoskopra. *Stephen G. Longworth*: Néhány mellékvese-készítmény hatása. *Knowles Renshaw:* Az epiglottis functioi. *E. Wace Carlier:* Az emberi chylus analysise. *C. Powell White:* Contagiosus növedékek kutyákban. *May Thorne*: Szokatlan nagyságú pyosalpinx. *G. V. Miller*: A gége squamosus epitheliomája; műtét. *R. Lake*: Csecsnyújtvány-tályog négy esete. *J. Biernacki* és *J. C. Muir*: Himlő gyógyítása salollal. *E. F. Potter*: Az epiglottis eltávolítása mint palliativ eljáras inoperabilis gégebajokban.

The lancet, 1902. II. 1. szám. *R. Hutchison*: A tápkészítményekről. *Byrom Bramwell:* A tüdővész okai és megelőzése. *A. E. Wright:* Új módszerek a vér és a bakteriumtenyészetek vizsgálatára. *C. W. Mansell Moullin*: Gastrotomia-esetek friss gyomorfekélyeknél. *H. de M. Alexander:* A vérnyomás agybajokban. *J. D. Malcolm*: Bélsár-concretio egy tű körül a féregnyúlványban. *W. T. Freeman:* Nehézségek a himlő diagnosisában. *H. Thompson*: Statistikai adatok a crematiora vonatkozólag. *T. H. Kellock*: Kétoldali kizárt sérv gyermekben. *H. J. Blakesley* és *R. Sevestre:* Deciduoma malignum esete. 2. szám. *Byrom Bramwell*: A tüdővész oktana és megelőzése. *F. W. Pavy*: Az aceton-termékek összefüggése a diabeteses comával. *Lovell Drage*: Fahéjsavas natrium bőr alá fecskendezése. *O. Amrein*: A gűmőkór kezelése hetollal. *R. Cecil B. Wall* és *E. W. Ainley Walker*: A pupillák egyenlőtlensége mellűri aneurysma eseteiben. *J. A. Gardner, Harold R. D. Spitta* és *A. Latham*: A lachnantes tinctoria chemiai és therapiai sajátságai. *C. J. Nepean Longridge:* Leucocytosis appendicitisben. *Th. H. Kellock*: Idült gyomorfekély kiirtása. *F. S. Toogood*: Kora szakban levő elmebajok kezelése. *Nestor Tirard*: Bárzsingátfúródás esete. *J. J. Huey* és *B. Crossfield Stevens*: A medencze complikált törésének esete.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 28. hetében (1902. julius 6-dikétől julius 12-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 434 gyermek, elhalt 225 egyén, a születések tehát 209-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra 29·4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15·2, az egy éven felüli lakosságnál: 12·4 az öt éven felüli lakosságnál: 11·1 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 0, pertussis 2, morbili 6, scarlatina 6, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 6, meningitis 11, apoplexia 11, eclampsia 2, szervi szivbaj 21, pneumonia 16, pleuritis 1, pneum. catarrh. 5, bronchitis 6, tuberculosis pulmonum 39, enteritis 17, carcinoma 17, ezek közül méhrák 1, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 5, paedatrophia 2, marasmus senilis 11, erőszakos haláleset 15, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 6, baleset 8, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2801 beteg, szaporodás e héten 800, csökkenés 773, maradt e hét végén 2828 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi julius 9-dikétől julius 15-dikéig terjedő 28. 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 17 (18), diphtheria, croup 20 (24) hagymáz (typhus) 2 (1), kanyaró (morbili) 105 (172), trachoma 5 (6), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 13 (11), orbáncz (erysipelas) 6 (8), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (0) járv. fültömirigylob 1 (10), ezenfelül varicella 15 (7).

— **Az Országos Orvos-Szövetség** szeptember hó 1-én d. e. 9 órakor tartja *évi congressusát* Új-Tátra-füreden. A congressus tárgysorozatán szerepel a hivatalos beszámolók után: a közegészségügyi szolgálat államositása, a vagyonos betegek kórházi ápolása, az életbiztositó társaságok részére kiadandó házi orvosi és post mortem bizonyitványok. Két inditvány is van napirenden (a nyugalomdij- és segély-intézmény, valamint országos betegsegélyző-egylet alakitása tárgyában). A congressust megelőző napon d. u. *igazgatótanácsi ülés* lesz Új-Tátrafüreden, melynek tárgyát a congressus előkészitése fogja képezni. A congressusra érkező szövetségi tagok Ó-, Új- és Alsó-Tátrafüreden, valamint Tátra-Széplakon lesznek elszállásolva. A congressust követő napokon kirándulások vannak tervbe véve, a melyeken a tagok a kiszemelt kirándulások egyik-másik csoportját megválasztva, tetszés szerint résztvehetnek. A kirándulási bizottság elnöke *Daitsch Ede* dr. A congressuson résztvenni szándékozók augusztus 21-dikéig jelentkezzenek *Ritók Zsigmond* dr. titkár úrnál (Budapest, VIII., Zerge-utcza 17.), a ki a magyar államvasutakon és a kassa-oderbergi vasúton kedvezményre jogositó igazolványt és a lakás-utalványokat augusztus 25-dikéig a jelentkezőknek megküldi.

< **Az Országos Orvos-Szövetség** 200,000 darab sorsjegyéből julius 15-dikéig csak 25,249 darab kelt el.

± **Bábák számára ismétlő tanfolyamot** tartott *Tauffer Jenő* dr. Temesváron julius 1-jétől julius 15-dikéig a „Fehér-kereszt-lelenczház“ szülészeti osztályán. A Temesvárott működő 44 bába közül 37 vett részt a tanfolyamban. A jó példa méltó a követésre.

|+ **Az Országos Közegészségügyi Egyesület kolozsvári fiókja** julius 15-dikén tanulmányútra indult az erdélyi fürdőkbe. A tanulmányúton, mely augusztus 17-dikéig tart, Vizakna, Bázna, Homoród, Szováta, Előpatak, Kovászna, Málnás-fürdő, Bálványos-füred, Tusnád és Vízakna ásványos és ivóvizét, gyógyhatását, lakás és élelmezési viszonyait és társadalmi életét fogja megvizsgálni, az eredményről a téli ülésszakon fognak beszámolni.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Uj-Tátrafüred* julius 15, 418; *Korytnicza*, julius 23. 585; *Lipik*, julius 18. 2510; *Tátrafüred*, julius 18. 953; *Tátra-Lomnicz*, julius 17. 351; *Tarcsa*, julius 20. 605;

— **A franczia sebészek congressusa** október hó 20.-án nyilik meg Párisban. Napirendre a következő két főkérdést tűzték ki: 1. A szív és a szivburok sebészete. 2. A tetanus kezelése.

⊙ **A müncheni egyetem közegészségi tanszékére** *Gruber Miksa* bécsi egyetemi tanárt hivták meg, a ki a meghivást el is fogadta.

|+ **A német közegészségügyi egyesület** ezidei összejövetelét Münchenben tartja szeptember 17.-dikétől 20.-dikáig.

× **A marienbadi gyógyvizek használata otthon.** Köztudomásu dolog, hogy igen sokan nincsenek azon helyzetben, hogy a gyógyfürdőket felkeressék, hanem reá vannak utalva, hogy a *marienbadi gyógyvizeket otthon használják.*

Ezenkivül sok betegnek orvosa a marienbadi vizeket őszszel, télen vagy kora tavaszszal, vagyis olyan időben rendeli, mikor magában a gyógyfürdőben is e források zárva vannak. Ezen és más okokra vihető vissza, hogy temérdek mennyiségű *marienbadi vizet használnak el otthon* a nélkül, hogy ez a fürdő forgalmának ártana. A marienbadi vizek chemiai szempontból teljesen és idealis módon változatlannl szállithatók.

Az év folyamán többször is végezhető *marienbadi házi kúráknak* óriási jelentőségük van. Sok idült betegség egyáltalában csak ilyen módon gyógyitható meg. Könnyen belátható, hogy *idült bajok csak idült gyógymódok* által orvosolhatók Többször — még magában Marienbadban is végzett kúra után — otthon megismételt használata a marienbadi vizeknek alkalmas kóresetekben (kövérség, bélrenyheség, plethora, köszvény, uricus diathesis, czukorbetegség, anaemia, vese- és hólyagbajok, májbetegségek stb.) kitünő szolgálatokat tett, olyanokat, melyek *egyáltalában csak chronikus kezelés mellett érhetők el.*

„**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.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztálya. (1902. márczius hó 21-dikén tartott szakülés.) 493. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1901. junius hó 1-jén tartott szakülés.) 493. l.

A budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztálya.

(1902. márczius hó 21-dikén tartott szakülés.)

Elnök: **Böke Gyula.** Jegyző: **Váli Ernő.**

I. Extraduralis tályog operált esete.

Váli Ernő: A 39 éves férfibeteg 1902. január 31-dikén vétetett fel az irgalmasok kórházába, hol kilencz hónap előtt nyakán és jobb füle mögött duzzanatok jelentkeztek. Az előbbiek önként megnyilva, belőlük geny távozott. Öt hó óta jobb füle folyik, azóta arcza bal felé torzult; a jobboldali arczfél fájdalmas; nem ritkán szédül, nehezen hall. A rendkivül gyengén táplált fibeteg nyaki mirigyei duzzadtak. A szájzug erősen bal felé húzódott; a jobboldali homlokredők, valamint a sulcus nasolabialis teljesen elmosódottak. A jobb szemhéjat csukni nem tudja; lágy szájpad és uvula bal felé húzódott. A jobb proc. mast. felett a bőr pirosan színezett, nyomásra fájdalmas. A kagyló mögött 1/2 fillérnyi területen a külbőr sötétebben színezett. A külső hangvezetőből bő, sűrű geny ürül. A külső hangvezető hajlásának hátsó felső felületéről lencsényi, vérzékeny sarj emelkedik ki. Dobhártya elpusztult, a dobüregben kevés sarj. Hallás: j. o. teljesen hiányzik; b. o. óra 20 cm. Szemlelet (Siklóssy) rendelleneset nem mutat. Hőmérsék felvételkor subnormális, felvétele negyedik napján 38°, mely igy marad reggel remissiokkal a műtét napjáig. Műtét 1902. február 8-dikán. A fülmögötti metszés és a csonthártya visszatolása után a csont általában szürkés-homályosnak, a külső hangvezető magaslatában 1/2 fillérnyi terjedelemben bővebben edényezett, porosusnak látszik. Felvésés az autrumig a jelenlévő eburnificatio miatt nehezen halad.

Az antrum mogyorónyi üregе big, genynyel kevert turószerű anyaggal kitöltött, falazata érdes, tőle mell-, fel-, hát- és lefelé egész a csecscsont csúcsáig az ostitis tbc.-ra jellegző csontelváltozás; az egész csecscsontot kanál és véső segélyével feltárta és kiürítette; fel- és befelé a pars pyramidalis irányában a csontbeli folyamat usurálta a lamina vitreat, s ennek kikaparása és óvatos kivésése alkalmával e helyről hirtelen körülbelül egy evőkanálnyi véres, bűzös geny ürül ki. Az idevezető csatornaszerű csontüreg kikaparása után tünik elő 1 cm² terjedelemben az élénken pulzáló és apró vérzékeny sarjakkal borított kemény agykéreg. A sebnyilástól a duráig 5 cm. távolság mérhető le. Az irányból és a sebcsatorna hosszából bemutató felveszi, hogy középső koponyaüreget nyitotta meg. A sebzés mellső részén a külső hangvezető genujáig levezető vékony csontsipolyt vésővel tágította egy czeruza vastagságnyira. Műtét után másodnap óta hömérsék normális s egy három napig tartó bélhurutot kivéve, ma is az. A gyógyulás zavartalan ugyan, de igen lassan halad előre; a communicatio a középfül és a proc. mast. közt ma is jelen van. Közérzet kitünő, szédüles, fejfájás teljesen elmult, a facialis hűdés változatlanul megvan. A nagyfokú dyscrasia miatt betegnek tápláló ételek és roborantiák nyujtatnak.

Szenes Zsigmond szerint a műtő sohasem tudhatja előre, hogy műtét közben milyen complicatiok jelentkezhetnek. Ezelőtt két hónappal mutatott be egy extraduralis tályogot, nehány hét előtt pedig egy otogen nagy tályogot operált, és mindkét esetben váratlanul talált a tályogra. A bemutatott eset igen tanulságos, jól volt operálva és valószinű is a gyógyulás.

Schwarcz Ede szerint különös figyelmet érdemel az esetnél a kórelőzményben említett facialis hűdés és teljes halláshiány, melyek ma is jelen vannak. E jelek arra mutatnak, hogy e megbetegedés a canalis facialisra és a labyrinthra is kiterjedt, miért is radicalis műtét és esetleg a tömkeleg megnyitása is kivánatos lett volna. Betegnél jelenlévő előre haladott tüdőbeli tuberculosus folyamatra való tekintettel a műtéti beavatkozás elég nagy volt és szerencsésen folyt le.

Neubauer Adolf szerint a facialis megbetegedett helyének felkeresése okvetlenül megkisérlendő lenne; a Szenes esetére nézve megjegyzi, hogy a leirás szerint inkább csak extraduralis és nem agytályogra gondol. Lehetséges, hogy Szenes a kutatóval a dura mellé ment be 4 cm.-re azon hiszemben, hogy az agyba hatolt.

Böke a statistikára hivatkozik, mely szerint a baloldali extraduralis tályogok sokkal gyakoriabbak a jobboldaliaknál, melynek oka ismét az, hogy a bal proc. mast. magasabban fekszik. Váli és Szenes esetei mind jobboldaliak, tehát a ritkábbak közé tartoznak. Facialis hűdés beállhat a műtét előtt, alatt és után, tehát ennek nagy jelentőséget nem lehet tulajdonitani. A Váli által végzett műtétet helyesnek és kielégítőnek találja; az objectiv és subjectiv tünetek nagyrészt elmultak.

Szenes Zsigmond hivatkozik amaz irodalmi adatokra, a melyek a radicalis műtéti eljárás kezdeti idején láttak napvilágot, s a melyek arra a végkövetkeztetésre jutnak, hogy facialis hűdések akár radicalis műtét után, akár a nélkül is sokáig fenmaradnak. Neubauer szavaira megjegyzi, hogy a segédkező személyzetet is megnevezheti, másrészt az eset megtekintés czéljából rendelkezésére áll.

Váli Ernő a felszólalásokra megjegyzi, hogy a műtét planumát neki is, mint másoknak, műtét közben kellett megállapitania. Esetében az egész proc. mastoideust eltávolitva az extraduralis tályogot a felszintől 5 cm.-nyire találta. A műtét után az objectiv és subjectiv tünetek állandóan megjavultak, s ő a műtét eredményével, mint általában a felszólaló kartársak is, meg van elégedve.

Cysta auriculae porcz-resectioval operált, per primam gyógyult esete.

Neubauer Adolf: A cysta műtéti gyógyitásánál a nézetek eltérők. Az egyszerű vagy jodglycerines befecskendéssel combinált punctiok eredményhez nem vezetnek, mert recidiva lép fel. A mult ülésen is emlitette bemutatott esete demonstrálásánál, hogy a Böke által javasolt felmetszés és utána arg. nitr.-mal való edzés nem eléggé radicalis és sebészileg nem idealis. Ezzel szemben esetében a porczkimetszést helyezte kilátásba, melynél steril benuékről lévén szó, per primam gyógyulás is várható. Szenes és mások perichondritis és porcztorzulás eshetőségétől tartottak.

Bemutató az előirányzott műtéti modor szerint a cysta hosszában 6 cm. hosszú metszést ejtett, azután a perichondrium és porcz átmetszése után szilvanagyságú üregre akadt, melynek benneke tiszta, sárgás folyadék volt; ez űr elülső porczfalának egy nagyobb, hátulsó faláből egy kisebb részletet leválasztott, a sebszéleket hét varrattal egyesitette. Öt napra varrateltávolítás, mely után három napig nyomókötés alkalmaztatott.

A bemutatott eset mint látható, per primam gyógyult, recidivának és porczeltorzulásnak nyoma nincs, a bemetszés helye alig látható és azért ezen műtéti eljárást mint radicalisat, mint sebészileg idealisat s a betegre nézve legelőnyösebbet ajánlja.

Szenes megemlíti, hogy ő a mult alkalommal annyit mondott, hogy cystát nem szoktak porczresectioval operálni. Ő hallottak és látottak daczára sem bizik ezen műtéti eljárásban, mert a porczkimetszés kell, hogy difformitáshoz vezessen. Jelen esetben difformitás ugyan nincs, de van a helyén egy keményedés, tehát nyoma mégis van a műtétnek. A per primam gyógyulás nem biztathat a műtétre, mert hisz a lege artis végzett műtéteknél többnyire per primam gyógyulás várható. Szerinte teljesen elegendő a tágas felhasitás és a tömlőfal eltávolitása.

Böke: A bemutatott, kivágott porczrészek górcsövi vizsgálatát ajánlja.

Schwarcz Ede: Kifogást tesz a mult ülésen tett megjegyzéseinek commentálása ellen. A műtét előtt bemutatott eset bőralatti cysta benyomását keltette, s mint ilyenre jegyezte meg, hogy teljesen kielégítőnek találja a cystaburok eltávolitását, s feleslegesnek a porczvázát alkotó porcz eltávolitását, mert ez utóbbi eljárás, ha a gyógyulás véletlenül nem per primam történik, perichondritist és esetleg difformitist hozhat létre. Különben a maga részéről is feltétlen hive az aseptikus radicalis beavatkozásnak.

Neubauer Adolf: A felszólalásokra válaszolja, hogy a cysta a ketté választott porcz között foglalt helyet, igy tehát a beteg porczfalat is el kellett távolitani. A bemutatott esetben a műtét helye alig látható; meg van győződve, hogy kaparással a vastagodás még inkább látható lenne. A mult alkalommal a cytsa helye felől nem nyilatkozott s azt a próbapunctioval sem lehetett meghatározni.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

1901. évi junius hó 1-jén tartott szakülés.

(Folytatás.)

Berkovits Miklós az előadáshoz néhány megjegyzést fűzve, azt fejtegeti, hogy Abée dr. észleleteit, a melyek a készülék viselésénél fellépő objectiv elváltozásokra vonatkoznak, nem tartja a priori kétségbevonhatóknak. Azt, hogy egyes betegek állapotát lényegesen megkönnyíti, saját tapasztalatai alapján ő is hihetőnek tartja. Utal arra az észleletre, a melyet mellhártyalobban szenvedő betegeknél tettek, hogy t. i. a mellkasnak flanel-pólyával való körülszorítása a pleuritikus, szúró fájdalmakat lényegesen csökkentette.

Hasonló értelemben szólal fel *Meer Samu* dr. is.

2. **Berkovits Miklós** a városi főorvos távollétében **Nagyvárad mult havi egészségügyi viszonyairól** emlékezik meg.

Közli, hogy az utóbbi időkben a fertőző betegek száma megapadt. Csupán a hökhurut-esetek szaporodtak, a minek okát a lefolyt kanyarójárványban találja, mert tudvalevőleg az átszenvedett kanyaró hajlamosit hasonló betegségekre. Valószinűnek tartja, hogy a tüdőgümőkór esetei is lényegesen fel fognak szaporodni. A hökhurut ellen eddig védelmi eszközünk nincs. Az emlitetten kivül még a bélhurutban történő megbetegedések száma is növekedett.

Rácz Ödön a fültőmirigylob előfordulására nézve intéz kérdést előadóhoz.

Előadó szerint e betegség fellépése még nem mondható járványszerűnek, csak elszórtan jelentkeztek egyes esetek.

1901. junius 29-dikén tartott szakülés.

1. **Grósz Emil** egyetemi rk. tanár (Budapest) az egylet felkérésére **„A szembajok összefüggése a szervezet egyéb betegségeivel“** czímmel tart előadást.

Első szava, úgymond, a köszönet szava, hogy egy előadás alakjában alkalma nyilik az egyesület iránti hálaját kifejezni a megemlékezésért, melylyel atyja emlékét, s őt magát megtisztelte.

Készséggel vállalkozott egy előadás tartására, mert az a meggyőződése, hogy ez is egyik formája az érintkezésnek, a melyet a főváros s a vidék egyaránt szükségel. De kételyei voltak az iránt, hogy mily tárgyat fejtegessen.

Két út volt előtte: vagy egy specialis részletkérdés kimerítő tárgyalására vállalkozhatott volna, vagy általános, a gyakorló orvosok nagyobb körét érdeklő tárgy megbeszélésére. Az utóbbit választotta s ezért arról az összefüggésről szól, mely a szembajok és a szervezet egyéb betegségei közt észlelhető.

Ez összefüggés megfigyelése jellemzi a mai tudományos szemészet irányát. Ma tehát, száz év után újra hangsúlyozzák Beer ama tételét, hogy a mi az egyén szervezetére hat, nem maradhat befolyás nélkül a szemre, de ma már nemcsak empirikus alapon, hanem az anatomiára és physiologiára támaszkodva keresik az összefüggés szálait.

Ez az irány a túlzott specialismus ellenszere.

A munka még nincs befejezve s a gyakorló orvosnak is új szerep jut az összefüggés rejtett utainak kifürkészésében.

Az anyag feldolgozásának két módja van. Azt lehetne tárgyalni, hogy azt kutatnók, hogy egyes betegségek milyen tüneteket okoznak a szemen, vagy azt, hogy a szemen észlelhető elváltozások mire mutatnak. Előadó az utóbbi, járatlanabb utat választja.

Ezúttal az összefüggést nagy vonásokban jelöli meg, a kérdés részleteinek megismertetését később időkre, a midőn az egyesületben ismét megjelen, szeretné halasztani.

Ezután a tagok közt szétosztott „Syllabus“ (egyetemi előadások vázlata) alapján a gonorrhoea direct és metastasisos fertőzését, a keratitis parenchymatosa összefüggését a lues hereditaria tardával, az iritis aetiologiáját, a papillitis, az atrophia nervi optici, a neuritis retrobulbaris s különösen a szemizmok összefüggését a szervezet általános betegségeivel fejtegeti.

Fejtegetéseinél, mint emlitve volt, a szemen észlelhető elváltozásoknál azt kutatta, hogy ez elváltozásokra mily általános betegségre lehet következtetni.

Szól először a conjunctiva gonorrhoeájáról. Az esetek bizonyos százalékában ily esetekkel szemben tehetetlenül állunk. Régen azt vélték, hogy a betegség metastasis útján jut a szemre, ma tudjuk, hogy infectio, contactus útján. Az sem vonható azonban kétségbe, hogy egyes esetekben a baj metastasis útján terjed oda. Az odajutás mikéntjét nehéz bizonyitani. A gonorrhoea kiséretében előjövő arthritis és iritis gonorrhoica nem contactus, hanem metastasis útján támad. Vannak klinikai jelek, a melyek a kérdés eldöntésénél útbaigazithatnak. Pl. a gonorrhoeás conjunctivitis recidiváló alakjánál. A mint a húgycső blennorrhoeája kiújul, kiújul a conjunctivitis is. Az ily conjunctivitis enyhébb lefolyású, mint az, a mely direct contactus útján támad s a corneát nem veszélyezteti.

A metastasisból néha lehet a gonococcust kitenyészteni, csak ritkán, de a contactus útján támadt baj esetén s a gonorrhoeás arthritis eseteiben sem sikerül mindenkor a kitenyésztés. Ha a kitenyésztés nem sikerül, az nem absolut bizonyiték.

A tuberculosis conjunctivae, syphilis conjunctivae s a conjunctivitis lymphatica gyakoriabbak s általános betegségek talaján fejlődnek.

A cornea betegségei közül megemliti a főkép influenza kapcsán fellépő keratitis punctata superficialist, továbbá a keratitis parenchymatosát.

E bajnál a prognosis megállapitása fontos. Néha a folyamat feltartózhatatlan, az egész corneát elboritja, sőt átterjed a másik szemre is. Lehet, hogy a másik szemet csak hosszú idő után támadja meg. Arlt szerint alapja scrophulosis, Hutchinson szerint legtöbbször lues hereditaria tarda.

Rendesen fiataloknál, serdülőknél jön elő, a kik rosszul hallanak, gyöngén fejlettek. Ezeknél csontelváltozások, izületlobok s kitört szélű metszőfogak észlelhetők. A betegek egy részénél tuberculotikus alapon fejlődik. Ez esetekben általános kezelés és roborálás a legczélszerűbb.

A herpes corneae és a herpes zoster corneae. Mióta az influenza járványosan lép fel, az előbbi gyakrabban észlelhető. Vannak oly súlyos alakok is, hogy erysipelas gyanuját keltik. Súlyos eseteknél az iris is résztvesz a bántalomban és komoly iridocyclitis lép fel. A betegség fellépésénél óvatosak legyünk a prognosis felállításánál, bár vannak jóindulatú esetek, a melyek nyom nélkül folynak le. Egyes esetekben a bántalom a másik szemre is átterjed.

Ezután az iris bántalmairól, az iritisekről szól. Az alapbántalom felismerése a gyakorló orvosnak jobban sikerülhet. A szemésznek az a támpontja, hogy iritis az eseteknek legalább 70%-ában luetikus alapon fejlődik, bár nem mutatja valamennyi ily eset a luetikus jelleget. A diagnosis az eseteknek 20%-ában biztos.

A gonorrhoea is okozhat iritist.

Ha e két alak kizárható s a tuberculosis iridis, gondolhatunk a rheumatikus alakra; hűléses, idiopathikus alak alig észlelhető.

Áttér a retina betegségeire. Az albuminuria elváltozást okoz a retinán. A látóidegfő elmosódik, fehér plaque-ok láthatók. Gyakori eset. 500—1000 szembetegre esik egy. Nephritisnek kisérője. 25%-ában oly eseteknek, a melyekben zsugorvese van, ily szemfenéki elváltozás található. A retinitis albuminurica jelenléte a prognosis szempontjából is értékesithető. Az oly nephritis interstitialisban szenvedő betegek, a kiknél retinis albuminurica állapitható meg, rendszerint nem élnek tovább két évnél. Jobb hygienikus viszonyok a beteg életét meghosszabbitják. Ez nem vonatkoztatható a terheseknél támadó retinitisre. Ha a terhesség lefoly vagy félbeszakad, a retinitis visszafejlődik.

Retinitis diabeticánál, retinitis leucaemica és lueticánál a viszonyok hasonlók.

A látóidegfő elváltozásairól szólni hálás feladat. Ezek finom jelzői a koponyaűrbeli elváltozásoknak. A mikor a beteg csak fejfájást s reggel jelentkező indokolatlan hányásingert említ, a pangásos papilla már agydaganatot jelez. A dag jelenléténél a koponyaűrbeli nyomás fokozódik, a nyomás átruháztatik a látóidegre s ez strangulháltatik. De lehet a dag esetleg infectiosus természetű s az infectio a látóideghüvely mentén leterjed. Az utóbbi ellen számos tapasztalat szól. Horsley óta nem idegenkednek az agydaganat eltávolításától. Ekkor a nyomás, a pangás megszünik. Ha a dag nem volt eltávolitható, már pusztán a koponyaűr megnyitása elég volt ahhoz, hogy a látóideg duzzanata lelohadjon. A pangás egy uvealis cysta megcsapolásánál is kisebb lesz. Álképletek (glyoma, sarcoma, cysta), apoplectikus gócz, aneurysma is nyomás útján okoznak papillitist, tuberculoma, gumma a lob leterjedése által. Mindegyik esetben más-más a prognosis és más-más a gyógyeljárás.

Az atrophia nervi optici, a látóidegsorvadás is értékesitheto ily módon. Régebben az esetek 70%-ában azt tartották, hogy idiopathikusan fejlődött. Ma a látóidegsorvadást (a látóidegfő elhalványul, a látótér megszűkül) a tabes dorsalis tünetének (Graefe) tartják.

De paralysis progressiva, sclerosis polyinsularis is okozhatja. Úgy döntenek, hogy ha centralis scotoma van jelen, a betegség sclerosis polyinsularis, ha peripheriás látótérszűkület van, tabes dorsalis.

A centralis scotoma más bajnál is szerepel (a látóidegfőn elváltozás nincs, a beteg mégsem lát). E baj a neuritis retrobulbaris. Utóbbi a centralis scotomáról ismerhető fel (a fixáló terület rosszul működik). A centralis scotománál a beteg a szint nem ismeri fel. Arra lehetne gondolni, hogy a beteg szinvak vagy hogy látóidege sorvadni kezd, de oldalt a szint észreveszi. Tehát a macularis kötegek betegek, a látóidegfő axialis rostjai nem működnek. Ez elváltozás bizonyos betegségek kapcsán gyakrabban jelentkezik. Például 40 éven túllevő egyén, rendesen férfibeteg, arról panaszkodik, hogy látása romlik, nappal káprázik a szeme, nála centralis scotoma mutatható ki, éjjel jobban érzi szemét, akkor nicotin-intoxicatiora kell gondolni, a melynek jelensége a neuritis retrobulbaris. Néha az alkoholfogyasztás oka ily bajnak, egyes esetekben mindkettő.

Fiatalabb egyénnél, főkép leánynál ólommérgezésre kell gondolnunk. A tünetek a szem részéről ugyanazok. Idősebb egyénnél is ily ok foroghat fenn, például nyomdásznál. Vannak egyéb támpontok is. Ha mindkét szem beteg, nicotin behatására, ha csak egyik, ólom behatására kell gondolnunk. Ha az egyén fiatal és férfi, hereditarius neuritis retrobulbaris vehető fel. Az öröklés oly módon megy végbe, hogy a baj valamely család körében jelentkezik, e családnak valamely nőtagja közvetíti a bajt, a nélkül, hogy maga megbetegednék s csak a fiaival férfi, a kinek neje lesz, kapja meg. Számos ily család van, a melynek tagjai közül 2—3—5 generatio szenved benne.

Ezután a szemizmok betegségeiről szól, a melyek a szervezet általános megbetegedésével függnek össze. A szemizom bénulása hamarább felismerhető, mint más izmoké. A két szem berendezése olyan, hogy identikus képeket kapnak. Ha ez nem igy van, diplopia van jelen. Isolált szemizom bénulás nem szokott előfordulni. A szemizom bénulását eddig rheumatikus eredetűnek tartották. A n. abducens, a n. oculomotorius bénulása legtöbbnyire tabes tünete. Isolált idegbénulás nem ritka, pl. az abducens, oculomotorius és trochlearis bénulása. Az utóbbi egymagában ritka. Az abducens, oculomotorius bénulása paralysis progressivánál is előjön. Úgy a tabes, mint a paralysis progressiva anamnesisében a lues szerepel. Inunctios gyógymód alkalmazásánál a bénulások is javulnak. Diabetes és sclerosis polyinsularis is okoz szemizombénulásokat.

Az orbita betegségei közül megemlíti az exophthalmust. Utóbbi lehet egyoldalú és lehet morbus Basedowii részjelensége. Ha az orbitaban támadó dag okozta, a szemteke nem reponálható s ily esetben a szemizmok bénultak. Ily dag lehet pl. sarcoma, a mely esetben keveset segithetünk. Ha a szemgolyót lüktető dag tolja előre s ha a pulsatio a carotis lenyomásával megszüntethető, akkor aneurysma van a szemgolyó mögött. E baj állandó életveszélylyel jár s a carotis communis lekötése által segithetünk. Deviatioval járó exophthalmusnál, a midőn a kiálló szemteke oldalt van tolva, az orbita belső részén ül a dag. Ha nyákos folyadék ürül, a szomszéd üregek, az orr mellüregei megvizsgálandók. A dag összefügghet a homloköböllel is. Ez esetben mucocele vagy empyema van jelen, a melylyel összefügg.

Az előadás befejezése után *elnök* az egyesület vendégének meleg szavakban tolmácsolja a szakülés hálás köszönetét a tanulságos előadásért s örömét fejezi ki a felett, hogy igéretet tett arra nézve, hogy hasonló előadás tartása végett ezután is felkeresi az egyesületet. (F. köv.)

PÁLYÁZATOK.

2145/902. fősz. sz.

Aradvármegye eleki járásához tartozó **Gyula-Varsánd** és **N.-Pél** községekből alakitott **gyula-varsándi körorvosi állás** megüresedvén, erre ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos székhelye Gyula-Varsánd, javadalmazása évi 1600 korona és a szabályrendeletben megállapitott látogatási díjak.

A körorvos eddig kézi gyógytárral birt, a kézi gyógytár megszerzése tehát a megválasztandó orvosnak is kilátásba helyeztetik.

Az 1876 : XIV. t.-cz. 153. §-a szerint felszerelt kérvények hozzám **augusztus 6-dikáig** nyújtandók be.

A választást Gyula-Varsánd községházán augusztus 9-dikén d. u. 3 órakor fogom megtartani.

Elek, 1902. julius hó 18-dikán.

— *Mladin Miklós*, főszolgabiró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
Jul. 28.	főorvos	Sz. Rókus-kórh.	3000 k., 1000 k. lakás	Márkus József főplgm., Budapest.
28.	tiszti alo.	Hajd.-Szoboszló	400 k.	Fekete Sándor plgm., Hajdu-Szoboszló.
28.	közs. orv.	Tököl	1200 k. és lakás	Rudnyánszky főszlgb., Ráczkeve.
29.	körorvos	Szenna	1600 k.	Szakál főszlgb., Gács.
29.	körorvos	Nagy-Szőllős	800 k. és 300 k. úti át.	Huszár József főszgb., Devecser
31.	másodo.	Aradm. közkh.	1800 k. és lakás	Schill József főj., Arad
Aug. 1.	körorvos	Karkócz	1200 k. és 400 k. úti át.	Frideczky Timót fszgb., Galgócz

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.

Olcsón kapható bérbe vagy vételre

Kneippkúrára igen alkalmas fürdő.

Bő vízforrás, nagy fenyőerdő, vasúti állomás. Bővebb felvilágositást ad a gr. Csáky László-féle vasgyár igazgatósága, **Prakfalván** (Szepesmegye) vagy Gátocsy Árpád mérnök **Budapesten,** Zöldfa-utcza 9. sz.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

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

Kapható minden gyógyszertárban.

MATTONI LAPKIVONATAI FÜRDŐKÉSZÍTMÉNYEK LAP SÓ LÚG

Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

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

Főraktár:

ÉDESKUTY L.

ásványviznagykereskedés, cs. és kir. udvari szállító

BUDAPESTEN.

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.

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.

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 epilopsia 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.