

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Jendrassik Ernő: Adatok öröklődő bántalmak ismeretéhez. 576. lap.
 Székely Ágoston: Az emberi és a marhagümmökör azonosságának kérdése. 579. lap.
 Fröhlich Jenő: Közlemény a kolozsvári „Ferencz József“ m. kir. tudományegyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)
 Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez. 581. lap.
 Tárca. Grósz Emil: Az orvosképzés új rendje Magyarországon és külföldön. 583. lap. — Falta Marczel: A heidelbergi szemorvos-congressusról. 584. lap.
 Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Dalmady Zoltán: A cytotoxinok. 586. lap.
 — Könyvismertetés. Jean Ferrand: Essai sur l'hémiplegie des vieillards. Les lacunes de désintégration cérébrale. (Kollarits Jenő.) — E. Jentsch: Die Laune, eine ärztlich-psychologische Studie. (R. P.) — Lapszemle. Orr-, torok- és gégebajok. Amat: Szamárköhögés orvoslása. (Tóvölgyi Elemér.) — Adamkiewicz: Cancroin-befecskendések rákos elfajulásoknál. (Tóvölgyi Elemér.) — Fein: Lymphangioma cavernosum a hangszállagon. (Tóvölgyi Elemér.) — Sturmman: A Highmor-üreg genyedése. (Tóvölgyi Elemér.) — Kisebb

közlemények az orvostudományról. Werler: Gonorrhoea. — Spindler: Helyi érzéstelenítés. — Thomalla: Meningitis tuberculosa gyógyult esete. — Vecsey: Az alboferin. — Hallett W. Thomson: A tannalbin. — Baucke: A bromipin. — Müller: A collargol. — Zeissl: A gonorrhoea kezelése. — Folyóiratok átnézete. 586.—587. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti egyetem rector magnificusa. — Az Országos Orvos-Szövetség. — Okleveleiket bemutatták. — A sebészek nemzetközi társulata. — Az orvosi electricitás és radiologia congressusa. — Az orvosnövendékek száma. — Kérelem. — Fürdőink személyforgalma. — A budapesti poliklinika. — A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya. — A Röntgen-sugarakra vonatkozó újabb haladások. — Megjelent. — Hirdetések. — Pályázatok. 588. lap.

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

Melléklet. Gynaecologia, 4. szám. Szerkesztik: Tóth István dr. egyetemi m. tanár és Temesváry Rezső dr. nőorvos.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez.

— Harmadik közlemény. —

Írta: Jendrassik Ernő dr. egyetemi ny. rk. tanár.

Azon a változatos úton, a melyen a gyakorlati orvostudomány át- meg átalakulva haladt, elérkeztünk jelenleg a pathologiai felfogás magaslatára. Míg néhány évvel ezelőtt egyszerűen az aetiológiai felfogás látszott a leghelyesebbnek, ma már nem egyenesen a kórokokat tekintjük, hanem az esetek megfejtésének lényegét a kórokoknak a szervezetre való hatásában keressük. Alapjában véve ezen irány is a kóroktan bázisán áll, de az ismeretlen kórokú bántalmaknak is változatlan, sajátos kórokát tételezi fel s a betegségeket, sokkal határozottabban mint eddigelé, önálló, sajátos tényezőknek veszi és így osztályozza. Ha pl. a tabest vetjük fel, úgy lehet vitatkozni annak a lues-szel való összefüggéséről, de ma nem igen lehet elképzelni, hogy ezen egységes lefolyású és élesen jellegzett betegségnek többféle oka lehetne; a tabes név tehát nemesak a tüneti, anatómiai képet írja körül, hanem egyszersmind nevet ad a még ismeretlen, de határozottan egységesnek felvehető kórokoknak is.

Ezen felfogás értelmében kristályosodik ki jelenleg az öröklődő betegségekről szóló tan. Míg néhány év előtt a Friedreich-ataxia, a családi merevgörcsös bénulás, a Huntington-chorea stb., mint a tabes, a *paralysis spinalis spastica*, a chorea alfajai irattak le, vagy más fejezetekben, egyéb kórokok közt a hereditás is felhozott: addig ma az öröklődő betegségeket egymás közt rokonoknak kell tekintenünk, a melyek azonban a fentebbi példákban a tabes-szel, a merevgörcsös bénulással, a choreával legfeljebb névrokonságban, távoli tüneti hasonlóságban vannak, de egyébként egyáltalában össze nem tartoznak. Itt az ideje tehát, hogy

az idegbajok tankönyveiben ezen fejezetek külön rovatban az öröklődő degenerálások fejezetébe foglaltassanak össze, a mint ez, legalább részben, a magyar Belgyógyászat Kézikönyvében valóban meg is történt.

Az öröklődő degenerálások ezen fejezete azonban nagyobb lesz, mint a milyennek azt egyelőre látjuk. A kórállapotok ezen csoportjában a kórokok a szülők egyéni hibáiban kell keresnünk. Az emberi szervezet a fejlődésnek oly magas fokára ért el, hogy tökéletesnek senkit sem mondhatunk. Minden egyes egyén az emberek nagy számának szüredéke, hiszen a két szülő előtt négy nagyszülő, nyolcz dédszülo volt s a tizedik ősök száma — ha esetleges rokoni kötelékektől eltekintünk — 1024! Érthető, hogy ezen sokszoros összetevődés tulajdonképen igen hatalmasan egyengető tényező, a melyben a jó és rossz tulajdonságok: az erősebben és gyengébben fejlett testrészek meglehetősen kiegyenlítettek. Mindazonáltal a mindennapi élet tanúsítja, hogy a véletlen játéka, vagy a természetes kiválasztásnak az az aránylag csekély mértéke, a mely az állatvilágban nagyobb szerepet játszik, mint az emberek között, időnként bizonyos egyéni tulajdonságnak, testrészeknek, szövetelemeknek aránytalanul nagyobb kifejlődését, vagy aránytalanul gyengén fejlődését okozza.

Az ilyen, a leszármazóra nézve nagyon fontos egyéni tulajdonságok a szülőkön részben már igen nyilvánvalók. Ide tartozik első sorban a családi hasonlatosság, bizonyos tehetségek öröklődése, sőt némely, a kortanba vágó egyéni tulajdonság is: a sokujjúság, a haemophilia, a kopaszodás, a korai öszülés stb. Mind ezen esetekben az öröklés a szülőről gyermekére felismerhető, de már ezekben az esetekben is a tulajdonságot megkezdő ős látszólag elüthetett közvetlen szüleitől. A klinikai észlelés mégis kétségtelenné teszi, hogy az ilyen látszólag elütő sajátságok okát is a szülőknél kell keresnünk, a midőn pl. egy szülőpárnak minden, vagy egynehány gyermekén látjuk ugyanazon egyéni sajátságokat nem várt alakban kifejlődni. Ezen alakulások megértésére elég-

séges hivatkoznunk arra, hogy a gyermek két szülőnek tulajdonságaiból örököl, a midőn a hasonló tulajdonságok bizonyos határig fokozódnak, az elítők egymást kiegyenlítik. Sajátságos beigazolást nyert ezen felfogás azon már régóta ismert észleleti tényben, a melyet alább még példákkal újból bizonyítani fogok s a melynek fontosságát 1896 óta több ízben¹ hangsúlyoztam, hogy főleg egyes öröklődő kóralakokban a látszólag ép szülők egymással közeli rokonságban voltak. Ezen feltűnő körülménynek más értelme nem lehet, mint azon jogos feltevés, hogy a közeli rokonokban épen hasonló tulajdonságok találkoznak, a melyeknek ilyen módon egyesülése élesebben domborítja ki az illető abnormitást. Az abnormitás természetesen lehet az illetőre hasznos vagy káros. Ezen felfogás szerint tehát a közel rokonok egybekelése ép úgy eredményezhet kiváló jó tulajdonságokat, mint rosszakat s valóban ez meg is felel az észlelésnek: egyes családokban sokszoros rokon házasságok daczára nem mutatkozott rossz eredmény, másokban pedig igen. Az állatok tenyésztése körül, a midőn a tenyésztő a legjobb tulajdonságokkal bíró tenyészállatokat használja, a legközelebbi rokonság gyakran épen igen kitűnő eredményt adott. Ugy kell felfognunk a dolgot, hogy minden szervezetben szunnyadó (latens) és működő (dinamikai) sajátságok vannak, az előbbiek nemzedékről nemzedékre lappangó alakban vitethetnek át, a míg a másik nemnek hozzájárulásával ezen sajátság megerősödve dinamikaivá lesz, vagy ellenkezőleg meggyengülve eltűnik a nemzedékből. Ha az illetőre hasznos dolgokról van szó, úgy biológiai öröklésről szokás beszélni; ha ellenben káros sajátságok forognak fenn, úgy öröklési bajokról beszélünk, voltaképen pedig igazi különbség a kettő között nincsen, s többnyire együtt fordulnak elő jó és rossz sajátságok ugyanazon egyénben.

Ha ezen az alapon a hereditást mint kóroktani tényezőt tekintjük, úgy nyilvánvaló, hogy azon nagyszámu és finom szerkezetű szövetelem, a melyből a szervezet össze van állítva, többé-kevésbé mind alá lehet vetve bizonyos hibás fejlődésnek, a mi nyilvánulhat egyszerűen aplasiában, a kifejlődés visszamaradásában, vagy gyenge életképességben s ennek megfelelőleg az élet folyamán degenerálásban. Ezen kóroktani tényező tehát nem olyan egységes, bizonyos törvényszerűen körülírt bántalmakat hoz létre, mint a kívülről bejutott kórokok egyes alakjai, hanem egymagában aequiparálja csaknem az egész külső actiologiát, a mennyiben végtelen sorozatú kórformákat támaszthat.

Eddigélé azonban ezen, a tényeknek teljesen megfelelő felfogás még nem nyerte meg a bűvárokat, mert pathológiai gondolkozásunk megszokta a fajlagos külső kórokoknak megfelelő, élesen elválasztható kórformákat és egyelőre még mindig szívesen kreálnak újabb és újabb kóralakokat az észlelők, mintsem hogy ezen törekvés hiú voltát belátnák. Pedig ha pl. felhozzuk a gümőkört, úgy eléggé tanulságos azon körülmény, hogy ma a lupust, a bőrtuberkulózist, a tüdővést, a csontszűt egy és ugyanazon betegségnek tekintjük, mert kórokuk azonos, miért ne vennők egységesnek pl. a *paralysis spastica hereditariát a Friedreich-féle kóralakkal*? Erre sokan azt fogják felelni, mert tünetileg a két kóralak nagyon különböző! De hát nem különbözik-e egymástól a lupus és a tüdővész? Sőt ezen két kóralak még távolabb áll egymástól, mint az előbb említett kettő, mert a gümőkór bacillusa egyik esetben a bőrt, a másikban a tüdőt támadta meg, s e szerint különbözően reagáló szövetekben eltérő eredményt hoz létre s klinikailag mindig lehetséges a két bántalmat egymástól élesen különválasztani, a mi pedig nem áll az öröklődő kóralakokra nézve. Nézzük csak pl. a még pár év előtt oly szabatosan különvált dystrophia-csoportot: ma már alig lehet ezen bántalomnak összes válfajait egybegyűjteni, a *Duchenne-Friedreich* betegségnek van *Leyden-Möbius*-, *Landouzy-Dejerine*-, *Erb*-, *Eichhorst*-, *Zimmerlin*-, *Brossard*-, *Pelizaeus*-, *Charcot-Marie*-, *Werdnig-Hoffmann*-, *Oppenheim*-, *K. Mendel*-, *Tooth*-, *P. Marie*-, *Dejerine*-, *Dejerine-Sottas*-, *Friedreich-Schultze-Brunns*-, *Damaschino*-, *Schlesinger*- és ki tudja még hányféle „typusa”. Ugyanígy állunk a többi öröklődő típusal is. A típusok sokfélesége s mondhatni

¹ *Jendrassik Ernő*: A paralysis spasticáról és az öröklött idegbajokról általában. Orvosi Hetilap. 1895. — Az átöröklődő idegbajokról. Orvosi Hetilap. 1898. — Az átöröklődő idegbajok. A Belgyógyászat Kézikönyvének VI. kötetében.

határ nélkül való átmenete egymásba, minek folytán minduntalan „sajátságos”, „szokatlan”, „új”, „még le nem irt” kóralakokkal találkozunk, e téren egyáltalában romba dönti a körülírt osztályozást s a legjobb esetben is csak általánosságban lehet néhány főosztályt, mint merevgöresös, kisagyi ataxiás, dystrophiás, amiotrophiás stb. csoportokat megkülönböztetni, de ezen csoportok közt végtelen variációban vannak átmeneti alakok, s mi sem gyakoribb, mint a szerzőknek azon kijelentése, hogy adott esetük teljesen megfelel ugyan ezen vagy más típusnak — kivéve, hogy . . . egy és más még eddig le nem irt egyéb jelenség is volt észlelhető, vagy hiányzott rajta. Sőt erősen gyanítom, hogy rendszabályokhoz szokott gondolkodásunknak megfelelőleg még mindig szívesebben közlik az észlelők az ismertebb formájú alakokat, mint a rendkívülieket s ilyen formán mesterségesen fokozzák a rendszerességet, a típusos kóralak látszatát.

A külső kórokok meghatározott tényezők, a melyekkel szemben a különböző egyének is bizonyos határok közt egységesen reagálnak, a hereditás mint kórok azonban olyan belső ok, a melynek eredete a szervezet egyes tényezői öröklött hiányos életképességéből származik; ezen hibás tényezők pedig a végtelenségig menő kombinációkban találkoznak, s ezért a hereditásos bántalmak jóformán csak ugyanazon családon belül egységesek, egyébként pedig a legszélsőbb határok között átmenet nélkül variálnak.

Ezen az alapon állítottam fel azon tételt, hogy szokatlan csoportozatú, idült lefolyású kórképek rendszerint öröklődő bántalmak. Ideje volna már ezen bántalmak tárgyalásának alaptételei közé azt is bevenni, hogy a hereditás mint kórok oly megbetegedéseket hoz létre, a melyek más okból nem támadhatnak. Ezen tétel már azért is igen fontos, mert ma szokássá vált a hereditást csak ott venni kóroknak, a hol több hasonló megbetegedés van ugyanazon családban. Már előbbi közleményeimben hangsúlyoztam, hogy öröklési kóralakok egyedül maradhatnak a családban s azért ezen eredetük mégis kétségtelenül felvehető.

Kétségtelen azonban, hogy diagnostikai szempontból is nagyon szükséges, hogy ezen egyes adatok tovább tanulmányoztassanak, ezért az anyaggyűjtés ezen a téren még nagyon szükséges; teljesen osztozom *Higier* nézetét, a ki az egyes észleletek közlését még szükségesnek tartja, mielőtt újabb rendszeres összefoglalásnak elérkeznek az ideje.

Jelen közleményemben újabb észleleteimet óhajtom leírni.

Első sorban az izmoknak, szalagoknak és csontoknak öröklési degenerálásból származó zsugorodásának, illetőleg eltorzulásának eddig az irodalomban nem eléggé méltatott eseteit tanulságos sorozatban említem fel.

*F. Hahn*¹ a mult évben megjelent dolgozatában a dystrophia musc. progr. folyamán támadó izomkontrakturákat tárgyalja, de annak a lehetőségét is felemlíti, hogy az ezen bántalomban beálló végtageltorzulások mechanikájában a csontoknak is kijut némi szerep. Már előbb *P. Marie* és *Onanoff*,² továbbá *Guinon* és *Souques*³ a koponyának és mellkasnak több esetben észlelt elváltozását írták le s magyarázatukban bizonyos osteotrophiás bántalmat vesznek fel. Sőt igen tanulságos idevágó példákat már *Friedreich*⁴ könyvében is találunk feljegyezve.⁵ Ma már nem is annyira az eltorzulás klinikai képe az, a mi érdeklődésünket felhívja, hanem az a kérdés, hogy mennyire vesznek részt ezen deformálásokban a csontok, a szalagos képletek s hogy ezen utóbbiak elváltozása csak az izomzat elfajulásának másodlagos következménye-e, vagy pedig az izomelfajulással analog s mellette, de nem miatta kifejlődő kórfolyamat-e? Mielőtt eme kérdést tárgyalnám, eseteimet bocsátom előre; ezek klinikailag annyiból is érdekesek, hogy egyes eddig alig ezen csoportba számított eltorzulásoknak pathológiai eredetére vetnek világot.

¹ *F. Hahn*: Zeitschrift f. Nervenheilkunde. XX. k. 137. l.

² *Marie*: Leçons de clinique médicale. 1896. és *Marie* és *Onanoff*: Sur la déformation du crâne constatée dans certains cas de myopathie progressive primitive. Soc. méd. hôpit. 1891. février.

³ *Guinon* et *Souques*: Déformations thoraciques dans la myopathie progressive primitive. Bulletin de la société anatomique. 1891. 348. l.

⁴ *Friedreich*: Über progressive Muskelatrophie. Berlin, 1873.

⁵ Legújabbban *Cestan* és *Lejonne* közöltek két érdekes esetet a Nouvelle iconographie 1902. I. füzetében.

I. észlelet (1., 2., 3. eset). V. József, 30 éves (1902), F. József, 12 éves, F. Gizella 9 éves (1899). (Három eset: izomrövidülés a felső és alsó végtagokon, az egyik esetben inreflexhiány.) A családi viszony ezen észleletben a következő: V. József nagyszüleit nem ismerte. Szülei nem voltak rokonságban egymással; apja 72 éves korában halt meg gümőkórban, fiatalabb éveiben indultatos volt, egyébként testileg egészséges, kétszer nősült, első nejétől egy fiú származott, a ki jelenleg 50 éves, testileg ép, de állítólag dementia paralyticában szenved, s gondnokság alá helyeztetett; második neje 35 éves koráig ép volt, azon túl nagyon visszavonuló, magába zárkózó lett, 52 éves korban halt meg, szintén gümőkórban; testileg ép volt. Ezen nőnek négy gyermeke született, az első fiú meghalt még gyermekkorban; a második 32 éves nő, F. József és F. Gizella anyja, testileg és szellemileg ép, a harmadik V. József, a negyedik, leány, meghalt tüdővészben 13 éves korában. F. József és Gizella apja 42 éves, egészséges férfi, kinek családjában idegbajos nem volt. A két gyermeknek volt egy fiútestvérik (az elsőszülött), a ki épkezélt volt, de 14 éves korában tüdőbajban meghalt, ezen kívül van még egy, jelenleg 3 éves, eddig jól fejlődő leánytestvérik.

V. József (1. ábra), elég jól fejlett, szellemileg teljesen ép, kissé izgékony férfi, úgy emlékszik, hogy már gyermekkorában rajta volt jelen betegsége, 8–10 éves korában „kényesen” járt, 14 éves kcorában

elég jó, az ujjak mozgási képessége jó s a beteg mint gyógyszerész hivatását elég sikerrel tudja ellátni.

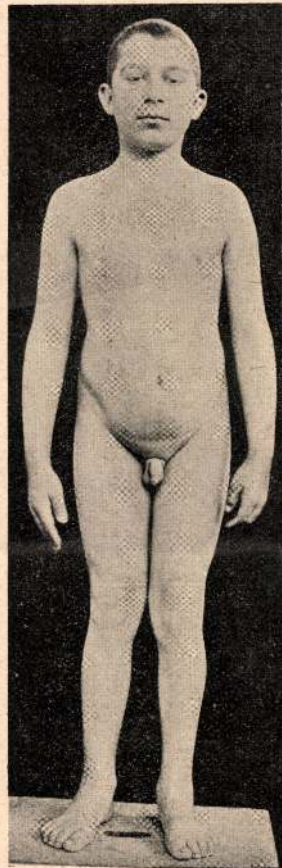
Nagyobb mértékben hibásak a beteg alsó végtagjai. A czombok aránylag elég jól tápláltak, mozgathatóságuk a csípőizületben is némileg korlátozott, a passiv hajlítás eléggé lehetséges hajlított térd mellett, a hátrafejtés ellenben csak kis mértékben sikerül.

Álló helyzetben egyik czombját a függőleges síkhoz alig 40° szögletbe tudja emelni, már ekkor is erősen hátrádól felső testével. Alsó lábát ilyen helyzetben alig 15°-ú ívben tudja mozgatni s térdét 180° helyett csak mintegy 150°-nyi szögletre képes kinyújtani.

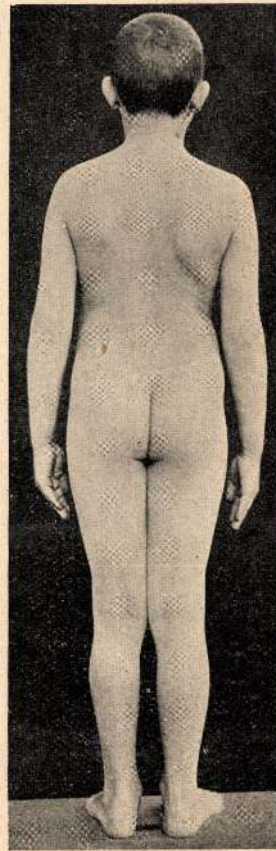
Fekvő helyzetben kinyújtott alsó végtagjait egymástól távolítani csak kevéssé képes. Az alsó láb vékony, izomzata tömött tapintatú; alsó lábát csak akkor tudja teljesen kinyújtani térdizületében, ha czombja a legnagyobb fokban hátra felé feszített tartásban van; ha a czomb a törzshöz 90°-ú szögletben felhajlítva van, akkor a térdizületet nem lehet 90°-on túl kifeszíteni, de ezen tartásban alsó lábát behajlítása is csak igen szűk határon belül lehetséges. A bokaizület a láb eltorzulása miatt kissé vastagodottnak látszik, ezen izületben a beteg lábát nem tudja mozgatni s a mozgathatóság is csak a legszűkebb határok között lehetséges. A láb pes equino-varus-excavatus alakjában (kinai láb) eltorzult, rövidebbnek tűnik fel. A lábujjak mozgathatósága szabad. Ha a beteg feláll, úgy az equinus tartás megszűnik s a lábtalp iveltisége



1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.

már karjain is mutatkozott a bántalom, majd mind nehezebbé vált járása, úgy hogy 25 éves korában már alig tudott menni. Ekkor Dobozy dr. mindkét alsó lábát az Achilles-inát átmetszette s lábait gipszkötésbe tette, a mi után járóképessége tetemesen megjavult; jelenleg ismét rosszabbodik mozgása.

A beteg fejalkotása rendes, kisebb occiput-lépcsője van lambda-varratán; fogai épek és rendesek. Szemein semmi kóros. Törzsökén semmi lényegesebb eltorzulás nincsen, álló helyzetben kis oldalelhajlás támad gerincoszlopán egyenlőtlen lábtartásának megfelelőleg. Vállai magasabban állanak, kissé előre húzóttak; felkarjainak mozgathatósági képessége a vállizületben kisebb fokban korlátozott, főleg a lapoczkák jelentékenyen rögzített volta miatt. A lapoczkák ugyanis egymástól távol állanak, alsó csúcsuk csak alig tolható kifelé s ha a beteg karjait emelni kívánja: a lapoczkák belső széle nem ugrik ugyan el a mellkasfaltól, de alsó szöglete sem tér kifelé. Ennek megfelelőleg a felkar szándékolt emelése csak a delta-izom működésének határáig lehetséges, tehát nem egészen a vízszintes síkig, s már ekkor is erősen hátrádól a beteg, hogy elősegítse karamelését. A vállak kissé előre húzódtak, a felkarok befelé mozdítása is korlátozott s ilyenkor a pectoralis összehúzódása alig érezhető. A felkarok igen vékonyak, a bal még vékonyabb a jobbnál, rajtuk az izomzat, főleg a m. biceps, mint vékony, keményes nyaláb tapintható. A könyökizületben a bal végtag 110°, a jobb mintegy 120° szögletben nyújtható ki, behajlithatóságuk teljes. A kézfejtése (felhajlithatósága) teljesen jó, ellenben behajlítani egyáltalában nem lehet, oldalt mozgása is korlátozott. Az alkarok izomzata

is nagy mértékben kiegyenesedik. A beteg álló helyzetében főleg bal alsó végtagjára támaszkodik, a jobb csak lábujjaival éri a talajt. Ezen helyzetben a beteg patellái erősen kiemelkednek. Járáshoz bal kezében botot használ, a melyre a jobb láb megtámasztásának idején rátámaszkodik. Apró lépésekben nagy nehézséggel vánszorog, főleg felső testének és medenczéjének megfelelő ide-oda mozgatásával pótolja az alsó végtag egyes izületeinek korlátozott mozgékonyágát. Közöséges székre leülni nem akar, mert arról segítség nélkül felkelni nem tud, rendszerint magas polcezal bíró székre ül, még szívesebben áll. Fekvő helyzetéből sem tud segítség nélkül felkelni.

reflexei teljesen hiányoznak.

Az érzésben nincsen semmi eltérés, a zsigeri szervek működése jó.

A villamos ingerlékenység a kar izomzatában jó, a pectoralist kivéve, a mely alig hozható összehúzódásba a farados árammal.

F. József és Gizella, az előbbi unokatestvérei rendes időben és különös nehézségek nélkül jöttek a világra; a fiú (2. és 3. ábra) egy éves korában kezdett beszélni, járni csak kissé később; valami szokatlan mozdulat már régen feltűnt járásán, s öt éves korában bal lábának csak ujjaira tudott lépni, hat éves korában Achilles-inát átmetszették, ezután tetemesen jobban járt. Néhány év óta ismét romlott járása. A fiú nehezen tanul, kissé mérges természetű, de különben elég jó intelligenciájú. Testileg igen jól táplált és esontrendszere teljesen fejlett. Fejalkotása rendes, fülei kissé elállóak. Mellkasa erős, vállai kissé fel és előre húzóttak, karjai izmosak s minden irányban szabadon mozognak. Törzsökizmai erőteljeseknek látszanak, gerincoszlopa elég egyenes,

bár alulról felfelé kissé jobbra eltér, lehajolni, hajlott helyzetéből ki egyenesedni jól tud. Czombizmai erősek, czombesontja a csípőizületben szabadon mozog. A gluteus barázda feltűnően kicsiny, medenceze kissé előredült. Térdei kisebb fokban genu valgum állásban vannak, egyébként ezen izületben is szabad a mozgathatóság. Alsózárai feltűnően vékonyak s lábai pes equinus tartásban vannak, a melyből alig lehet 90°-ra felhajlítani azokat; a lehajlítás jól sikerül. Inreflexei a patella inán a rendes fokban válthatók ki.

Az Achilles-inak megrövidülésének jelenségei kifejezést nyerne a fiú állásában és járásában. Állás közben testével kissé előre és jobbra dől, mi közben jobb válla kissé lejjebb áll a balnál. Ülőhelyzetéből elég könnyen áll talpra, de ha a földre ül le vagy elesik, csak kapaszkodással tud feltápázkodni. Járása nehézkes, járás közben ide-oda inog, lábujjhegyével gyakran a talajba akad, csoszog, az előlépésben egész talpára lép rá, gyakran elesik. 1902. júniusban újra megvizsgálhattam a fiút, állása ekkor is a régi volt, állás közben (még kifejezettebben, mint a régebben felvett képen) karjait a könyökizületben kissé behajlítva tartja, sőt kéztőjét is szokatlanul hajlítva. Vállai még előbbre kerültek. Passiven és activen azonban felső végtagjai az ép határokon mozognak, mindazonáltal némi esetlenség mozgásaiban észrevehető. A fiú sokat vadászgat, de nem jó lövő. Járása rossz, hajlított térdekkel megy, egész talpára esik, a lépés hátulsó szakában már korán lábujj-



5. ábra.



6. ábra.

hegyre kerül cipőben is. Izomzata általában igen erőteljes, a mit a sok tornázásnak tulajdonít. Fekvő helyzetből könnyen felkel. Iskolában igen rossz osztályzatot nyert. Jelenleg 15 éves, testmagassága 1508 mm., tehát feltűnően alacsony, de elég arányos. Fejkerülete 595 mm.

Gizella beszélni és járni a kellő időben kezdett, s egészen jól mozgott azelőtt, 1898 óta, a midőn 8 éves volt, testtartása és járása hasonló alakban, mint testvéréé, rosszabbodni kezdettek. 1899-ben az igen jól fejlett és táplált beteg (l. a 4. 5. 6. ábrát) csípőizületében erősen meghajlítva tartja testét, ha meztláb áll. Ezen testtartásnak ellensúlyozására gerincoszlopának felső része kissé hátrahajlott, e mellett jobb válla kissé lejjebb áll mint a bal, de mindkettő elég feltűnően magasabban, mint ép viszonyok között. Gerincoszlopának háti részlete kissé jobbra tér el. Magasabb sarkú cipőben (6. ábra) felső teste jelentékenyen kiegyenesedik, bár medenceje még ekkor is előrehajlott: a symphysis mélyebben, a keresztcsont magasabban áll a rendesnél. Kisebb fokú genu valgum mindkét alsó végtagon. A kis beteg lábai alig 80°-ra hajlíthatók fel. Járás közben testével oldalt inog, lábujjaira lép s gyakran a talajba lotlik, ha vigyázatlan, el is esik. Szaladni nem tud. Inreflexei nem fokozottak. 1900-ban Dobozy dr. halasi főorvos az Achilles-inakat átmetszette, azóta a gyermek járása javult, de 1901. második felében ismét tetemesen romlani kezdett, s 1902. júniusban állapotát elég lényeges rosszabbodásban találtam. Ekkor is általános tápláltsága igen jó volt, a gyermek jelentékenyen nőtt, jelenleg 12 éves, havi baja ugyan még nem volt, de egyébként nemcsak csaknem teljesen kifejlődött, terméte alacsony: 1397 mm. s törzsűke aránylag hosszabb, mint végtagjai, gerincoszlopa a vert. prominensstől az os coccyg.-ig 440 mm. Humerusa 273 mm. Szemei balra tekintéskor némi kis nystagmusba jönnek. Gerincoszlopa kissé oldalt hajlott, állás közben vállai kissé hátra dőlnek, s a beteg csakis bal lábára támaszkodik, a jobb csak ujjával érinti a talajt. Mellkasának felső része feltűnően széles, vállai magasabban állanak s kissé

előre húzódtak, lapoczkái messzebb esnek a gerincoszloptól. Az infraspinatus, főleg jobboldalt némileg sorvadtnak látszik. Felkarja vékony, főleg a biceps sorvadtnak volt feltűnő, e mellett ezen izom jelentékenyen rövidült, úgy hogy az alkar legfeljebb 150° szögletben feszíthető ki; alkarjai supinált tartásban kifizítve a humerus meghosszabbítva képzelt irányától a rendesnél nagyobb mértékben térnek el kifelé. A bicepsen kívül hasonló, bár enyhébb rövidülés a trapezius felső részletén is kimutatható. Az alkaron a feszítők kissé gyengébbek, az ujjak mozgása rendes. Az alsó végtagokon a psoas, a semitendinosus, semimembranosus és biceps kissé rövidültek, erősen rövidültek az Achilles-in izomzatai, főleg a jobb lábón. A czombok adductorai igen gyengén működnek, a többi izomzat jó, a mozgás ellenben elég nehézkes. Az inreflexek kiválthatók. Felemlítendő, hogy a czombok között ezen esetben is meg van azon kétujjni széles rés, a melyet mint degenerációs jelt még később hangsúlyozni fogok.

Julius 3-dikán tenotomiát végzett e gyermek jobb Achilles-inán Kopits Jenő dr., az in-végek mintegy 5 cm.-nyire távolodtak egymástól. Mindkét láb rögzítő gipszkötést kapott; a gyermek járása ezen műtétet következtében ismét jelentékenyen megjavult.

(Folytatása következik.)

Az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdése.

Székelly Ágoston dr. magántanártól.

(Folytatás.)

Arloing¹ úgy látszik nem akart belemenni az emberi és a marhagümöbacillus fertőző képessége különbözőségének vizsgálatába s azért egyrészt emberi, másrészt marhagümöbacillussal végzett párhuzamos kísérleteket nem említ. Czélja csak az volt, hogy kimutassa, miszerint emberből eredő gümöbacillus-tenyészetekkel marhákban, úgyszintén más állatokban (juh, kecske, szamar) is, melyeknél Koch negatív eredményt kapott, létesíthető-e gümőkóros fertőzés. Egyik közleményében 3 számaron és 7 kecskén nyert pozitív eredményeit ismerteti, míg egy másikban 4 borjún, 6 juhon és 3 kecskén végzett kísérleteit írja le. A fertőzés intravenosusan történt 1:25 hígítású tenyészet 1½—4 köbcentiméternyi mennyiségével. A 13 állat közül egy juh a fertőzés után nemsokára véletlenül pusztult el, ez a kísérlet tehát nem számít; a többi 5 (1—1 fiatal bika, tehén, borjú, juh és kecske) 17—38 nap alatt magától elpusztult, míg 7-et (1 üsző, 4 juh, 2 kecske) a 42—120. napon leöltek. Bonezoláskor nem csupán a tüdőben, hanem más szervekben (máj, lép, vese) is találhatóak voltak gümőkóros elváltozások.

De Jong² egy marhagümöbacillus-tenyészetrel és öt emberi gümöbacillus-tenyészetrel végzett kísérleteket kecskéken, juhokon, kutyákon és marhákon. Valamennyi kísérlet eredménye azt mutatta, hogy a marhagümöbacillus sokkal virulensebb, mint az emberi gümöbacillus. Az állatok fertőzésére meglehetősen nagy adagokat használt, melyeket intravenosus úton vitt be, mint a mely mód szerinte a legbiztosabb és a legrövidebb idő alatt vezet eredményre. Marhát 7-et fertőzött emberi gümöbacillus-tenyészetrel és valamennyi gümőkóros lett; 1-nél a megbetegedés nagyon súlyos volt, 4-nél a keletkezett elváltozások regressiora hajlamosaknak látszottak, míg 2-nél eléggé progressiv jellegűek voltak.

Thomassen³ 4 borjún kísérletezett emberből származó gümőkóros anyaggal. Az eredmény két esetben (az anyag az egyikben a hasürbe, a másikban a has- és mellürön kívül a légesöbe is fecskendeztetett) negatív volt; az intraocularisan fertőzött másik két borjú közül azonban az egyikben szemgümőkóron kívül egy bronchialis mirigyben is volt néhány gümő található, a másikban pedig általánossá vált a baj: a szemén kívül a parotis alatt levő, a nyaki, mediastinalis és bronchialis nyirokmirigyekben, úgyszintén a tüdőben is gümőkóros elváltozások fejlődtek.

Kitt⁴ egy gyermek görvélyes nyirokmirigyének nedvével képes volt egy borjúból gümőkórt előidézni.

Stenström és Svenson⁵ egy borjúból lassanként összesen 34 gramm tuberculint fecskendeztek, kitűnő, vajjon tuberculinnal létesíthető-e immunitás a gümőkórral szemben; a tuberculin be-

¹ Revue de la tuberculose, 8. kötet, 3. füzet. Bulletin de l'Académie de médecine, 46. kötet, 897. lap.

² La semaine médicale, 1902. 3. szám.

³ Recueil de médecine vétérinaire, 1901. 529. lap.

⁴ Idézve Johnne cikkében: Zeitschrift für Tiermedizin, 5. kötet, 453. lap.

⁵ Ugyanott.

fecskendezések reactio nélkül folytak le. Ezután emberi gümöbacillus tiszta tenyésztéssel intraperitonealisan fertőzték az állatot, melyet körülbelül 3 hónap múlva leölve, kifejezett peritonealis gümőkórt találtak és egy mediastinalis nyirokmirigyben is volt már néhány gümö.

Prettner¹ 3 borjút fertőzött emberi gümöbacillus tiszta tenyésztéssel. Az emberből származó gümös anyagot beoltotta tengerimalacba és az ebben fejlődött gümökből agar-agaron kitenyészett bacillusok első generációját használta fel kísérleti állatainak fertőzésére, a mely az első esetben intravenosus és intraperitonealis, a másik kettőben csak intraperitonealis úton történt; minden egyes állat egy 6 hetes, nagyon buján nőtt egész agar-agar-tenyésztet emulsióját kapta. Két állat magától elpusztult a 21. illetve 46. napon, a harmadik állatot pedig, száj- és köröm-fájásban betegedvén meg, a fennálló törvényes intézkedések értelmében a fertőzés utáni 27. napon leölték. Valamennyi állatbar elég nagyfokú gümőkóros elváltozások találtak a hasüregben, azonkívül a tüdőben, a lép burkán, a mediastinalis és bronchialis mirigyekben is voltak némi elváltozások. Szerző megjegyzi, hogy az elváltozások néha nagyon emlékeztettek a gyöngykórál találatokhoz. Emberi hullából származó tüdőgümök dörzsölékének 6–6 köbcentiméternyi mennyiségével intraabdominalis úton fertőzött és 79 nap múlva leölt két disznó közül az egyik kiterjedt gümőkór jeleit mutatta, míg a másikban, a mely 3 nappal a fertőzés előtt 3 gramm tuberculint kapott, a csekély fokú elváltozások csupán a befecskendezés helyére szorítottak.

Wolf² öt tüdővésztes beteg köpetének keverékét fecskendezvén egy borjú nyakbőre alá, eléggé kiterjedt gümőkóros elváltozások fejlődését észlelte a befecskendezés környékén. A fertőzés utáni 93. napon leölt állat belső szervei azonban teljesen egészségeseknek bizonyultak. Érdekes, hogy 48 nappal a fertőzés után 0.3 gramm tuberculina kifejezett reactio állott be, míg a 88. napon 0.5 gramm tuberculina befecskendezése reactio nem váltott ki.

Végül inkább csak a teljesség kedvéért s nem mintha nagy fontosságot tulajdonítanék neki, emlitem *Cozette*³ esetét, a melyben egy tehenészetben néhány tehén gümőkóros megbetegedése szerző szerint egy gümőkóros tehenészre volt visszavezethető. Ehhez hasonló esetet különben újabban *Schwabe*⁴ is közölt.

Látjuk tehát, hogy az emberi gümőkór közötti különbség kérdésének felvetése nem új dolog: már Koch előtt meglehetősen sok bűvár foglalkozott ezen kérdéssel. De látjuk azt is, hogy a kísérletezők többnyire sokkal gyakrabban látták marhában a gümőkór kifejlődését emberből származó gümös anyagnak és emberi gümöbacillusnak bevitele után, mint Koch. Ennek legfőbb oka talán az, hogy — a mint az *Hueppe*⁵ is említi — Koch kísérleti állatai oly race-hoz tartoztak, a mely természetlő fogva kevésbé fogékony a gümőkóros fertőzés iránt, míg más bűvárok természetlő fogva gümőkóra hajlamosabb race-okhoz tartozó marhákon végezték kísérleteiket. Az eltérő eredmények egy további oka gyanánt azt lehetne felvenni, hogy némely bűvár sokkal nagyobb adagokat használt a fertőzésre. A mi a tuberculina előzetes használatát illeti: ennek nem tulajdoníthatok jelentőséget abban az értelemben, a mint azt Sheridan Delépine tette, hogy tudniillik a tuberculina némi praeventiv hatással bírván, megakadályozhatta a gümőkór kifejlődését, mert eltekintve attól, hogy egyik-másik bűvár szintén használt előzetes tuberculina-befecskendezést és mégis kifejlődött a gümőkór: említettük volt Stenström és Svenson észleletét, a mely szerint összesen 34 gramm tuberculinnak előzetes befecskendezése egy borjuba nem akadályozta meg a gümőkór kifejlődését emberi gümöbacillusal végzett intraperitonealis fertőzés után. Végül pedig megemlítem, hogy azt sem tartom kizártnak, hogy a kísérleti állatokban különböző mérvű egyéni fogékonyságuk foka szerint — a mint arra Koch kísérleteiben is több példát látunk — a fertőzésre használt emberi gümöbacillusok rövidebb hosszabb ideig latens állapotban maradhatnak s csak különböző hosszú idő múlva vezetnek kóros elváltozások képződéséhez; más szóval, hogy némely esetben nagyon korán, a fertőző anyagnak még latens

állapotban levésekor ölték meg az állatokat s ezért nem mutatkoztak még kóros elváltozások, míg hosszabb ideig életben tartva az állatokat, a gümőkór talán még kifejlődött volna. Másrészt némely észlelet a mellett szól, hogy emberi gümöbacillusal fertőzés után marhában némi gümös elváltozások fejlődnek ugyan, ezek azonban visszafejlődésre hajlamosak lévén, az állat boncolásakor már nem találhatók meg.

Az előzőekben lehető teljességgel felsorolt elég tekintélyes számú kísérletből láttuk, hogy emberből származó gümőkóros anyaggal avagy emberi gümöbacillusal meglehetősen gyakran sikerült marhákon kívül olyan állatokat is fertőzni, a melyek Koch szerint emberi gümöbacillusal nem igen fertőzhetőek (disznó, keeske, juh, szamár); láttuk azonban azt is, hogy — kevés kivételtől eltekintve — az emberi gümöbacillus úgy az imént említett állatokra, mint tengerimalacokra és házinyulakra nézve is sokkal kevésbé fertőző.

* * *

Most pedig áttérhetünk Koch következtetéseinek bírálatára. A mint a bevezető sorokban már említettük, Koch kísérletei alapján arra a következtetésre éri magát feljogosítottnak, hogy az emberi gümőkór más megbetegedés, mint a marhagümőkór és hogy az emberi gümőkór a marhára nem vihető át. Ez a következtetés azonban nem helyes. Mert hiszen Koch saját kísérletei között is vannak olyanok, a melyekben az emberből származott gümőkóros anyag avagy emberi gümöbacillus a kísérleti állatok gümőkórját okozta. Igaz ugyan, hogy az elváltozások többnyire kismérvűek voltak, intenzitásukat illetően a marhából származott gümőkóros anyaggal létesített elváltozásokhoz hasonlíthatók nem voltak; ez azonban nem a lényegét illető, hanem csak fokozati különbség, a melyből egyedül azt a következtetést szabad levonni, hogy az emberből származó gümőkóros anyag általában véve kevésbé fertőző erejű, mint a marhából származó. S tényleg a kérdéssel foglalkozott szerzők úgyszólván kivétel nélkül csak ennyire mennek következtetéseikben. De még abban az esetben is, ha egészen következetesen, minden kivétel nélkül az lett volna az eredmény, hogy az emberi gümöbacillus a marhát nem betegíti meg, még nem szabadna azt következtetni, hogy az emberi és a marhagümőkór két különböző betegség. Mert nagyon sok kórokozó bakteriumról tudjuk azt, hogy több nemzedéken át bizonyos fajta állatra átvive, ezen fajtára nézve erősen fertőzővé válik, míg más fajta állatokra nézve nem, illetve nem szükségképen.

Ezen az alapon már most nagyon könnyen megérthető, hogy az emberi gümöbacillus miért kevésbé fertőző a marhára nézve: az emberi gümöbacillus hosszabb időn át emberben élén, ennek szervezetéhez hozzászokott, még pedig egyrészt az emberi szervezet nyújtotta tenyésztőtalajhoz, másrészt az emberi test hőmérsékéhez; ennek folytán legkönnyebben ismét emberben fog megtelepedhetni, mint a hol lehetőleg ismét ugyanazt a tenyésztőtalajt és ugyanazt a hőmérséketet találja. A marha testhőmérséke jóval magasabb (38–39.5° C.) mint az emberé, ezenkívül a marha szövetnedveinek összetétele is más, nem csodálkozhatunk tehát azon, hogy emberi gümöbacillust marhába véve, ebben sem fejlődik ki mindig vagy bizonyos idő alatt egyenlő mérvben a gümőkór. Hasonló nézetüknek adtak kifejezést Baumgarten és Hueppe is.

Baumgarten¹ a tuberculosis tana érdekében nagyon sajnálná, ha az emberi és a marhagümőkór egységes voltát a Koch kísérleteihez hasonló kísérletek eredményei alapján elejteni akarnák. Szerinte tisztán csak mellékes körülményektől függ (a fertőzés módja, a fertőző anyag mennyisége és virulentiája), hogy marhában is létrehozzuk gyöngykórbacillusokkal a klasszikus heveny általános miliaris gümőkórt (a mint ezt Gaiser fentebb említett kísérlete bizonyítja), a melynek azonosságát az emberi miliartuberculosisal még a gümö tisztán morfológiai definitiójának hívei sem tagadják. Másrészt bizonyos külső befolyások (pl. jodoforgózők) az emberi gümöbacillusok pathogenitását is annyira módosíthatják, hogy házinyulban a gümőkór gyöngykór-alakját idézik elő, a mint azt *Tanql* és *Troje* kísérletei mutatták.² Különben a gümö-

¹ Zeitschrift für Thiermedizin, 6. kötet, 1902.

² Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 32. szám.

³ Bulletin de la Société centrale vétérinaire, 1894.

⁴ Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen, II. kötet, 5. füzet.

⁵ Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 2. szám.

¹ Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 35. szám.

² Itt említjük, hogy — a mint azt *Virchow*, a ki pedig nagyon védi a gümőkór és gyöngykór különböző voltát, is beismeri — vannak oly gümőkór esetek emberben, a melyek anatómiai megjelenésükben

kór és a gyöngykór histologiai azonosságát is bebizonyították, így Schüppel, Orth, Baumgarten és mások. Azonkívül az emberi és a marhagümöbaccilusok úgy alakjukra, mint tenyésztési saját-ságaikra nézve nagyjából egyezők, az eltérések — melyekre alább még kitérünk — lényegtelenek; továbbá az emberi gümöbaccilusokból előállított tuberculinra a gümökóros marha épen úgy reagál, mint a gümökóros ember. Mindezek azt bizonyítják, hogy az emberi és a marhagümökór azonos bántalmak. Köztudomású, hogy a bakteriumok kórokozó hatása nagyon változó, a mint arra nagyon sok példát lehetne felhozni. A pathogen hatás megváltozásában nagyon fontos szerepet játszik a különböző fajta állatokban növekedés. Így a marhagümöbaccilus házinyulakra való successiv átoltogatás útján sokkal fertőzőbbé válik a házinyúlra nézve, míg a tyúk szervezetében élve lassanként annyira megváltozik, hogy házinyulákat és tengerimalacokat többé nem betegít meg (Gramatschikoff). Továbbá a szárnyasok gümöbaccilusa sem igen bántja a házinyulát, ezen állatra való successiv átoltogató útján azonban lassanként annyira hozzászokik az új talajhoz, hogy végre képes a házinyúlban is halálos lefolyású gümökórt előidézni. Ezen és hasonló kísérleti adatok alapján tehát nagyon könnyen elképzelhető az, hogy a számos nemzedéken át egyrészt az ember, másrészt a marha testében élt gümöbaccilus oly tulajdonságot vett fel, hogy az ember szervezetéhez szokott gümöbaccilus marhába kerülve, és viszont a marha szervezetéhez szokott gümöbaccilus emberbe jutva, legalább is nem könnyen telepedhetik meg.

Nagyjából hasonló véleményen van Hueppe¹ is. Mindenekelőtt Koch kísérleteit nem tartja bizonyító értékűeknek, mert ismerni kellene, hogy a kísérleteihez használt borjúk milyen race-hoz tartoztak. Lehetséges ugyanis, hogy vannak olyan marhacrace-ok is, melyek az emberi gümöbaccillussal való fertőzés iránt fogékonyabbak és e tekintetben utal Bollinger, továbbá Karlinski pozitív eredményű kísérleteire. Különbözik is abból, hogy az emberi gümöbaccilus a marhát nem betegíti meg, még nem lehet azt következtetni, hogy egyrészt az emberi, másrészt a marhagümökórt okozó bacillusok különböző fajtkhoz tartoznak. Ugyanolyan téves következtetés ez, mint a mikor Mafucci és Koch az emlős állatok és a tyúkok gümökóráját okozó bacillusokat különböző fajtaúknak mondták. Ezen utóbbi esetben pedig könnyebben eshetek tévedésbe, mert a tenyésztetekben is mutatkozott eltérés. Fischel és Hueppe azonban képesek voltak a tyúkgümöbaccillust az emlősök gümöbaccilusává átalakítani és viszont, a mivel be volt bizonyítva, hogy a különbségek csak azáltal jöttek létre, hogy a gümöbaccilusok számos nemzedéken át élve bizonyos fajta állatban, ezen állatfajhoz hozzászoktak és e közben bizonyos eltérő alakú és tenyésztési sajátosságokat vettek fel. Ugyanők kiderítették azt is, hogy szárnyasokban is található néha emlős gümöbaccilus, másrészt emlősökönél is előfordul szárnyasok gümöbaccilusa által okozott gümökór. Hueppe különben arra, hogy a tuberculin gümökóros emberben és marhában egyforma reactiót idéz elő, nem helyez nagy súlyt, mert Buchnerrel és Römerrel egyértelműen a tuberculin-reactiót nem tartja oly értelemben specifikusnak, a mely értelemben specifikus bakterium-mérgeknek szólni szoktunk.

* * *

Mielőtt Koch további következtetéseinek bírálatára átmennék: az előzők kiegészítéseképpen lássuk egyrészt azokat az adatokat, melyek az emberi és a marhagümöbaccilus alakú és tenyésztési saját-ságaiban mutatkozó különbségekre vonatkoznak; másrészt foglalkozzunk röviden azzal a kérdéssel, vajjon a collodiumzaeszkó-kísérlet nem volna-e felhasználható az emberi és a marhagümöbaccilus azonossága vagy különbözősége kérdésének eldöntésére.

Smith² azt találta, hogy a marhagümöbaccilus általában kevésbé erőteljesen nő, mint az emberi gümöbaccilus. Előbbi a tenyésztőtálat bizonyos módosításai (így a tenyésztésre használt vérsavónak néhány fokkal alacsonyabb vagy magasabb hőmérséken

megalvasztása) sokkal kevésbé befolyásolják. A marhagümöbaccilusok mesterséges tenyésztőtálatokon nőve, általában rövidek maradnak, míg az emberi gümöbaccilusok már kezdetől fogva karesűb-bak, vagy legalább is a továbbtenyésztés folyamán lesznek ilyenekké. Azok a kísérletek, melyekben 60° hőmérséknek káros hatását egyrészt az emberi, másrészt a marhagümöbaccilusra vizsgálta, nem mutattak különbséget. Karlinski¹ a kétféle bacillus tenyésztési között — a növekedés energiájától eltekintve — nem talált különbséget. Mazyck P. Ravenel² szerint a marhából eredő tenyésztetekben levő gümöbaccilusok alakja sokkal egyformább és állandóbb. A marhagümöbaccilusok rövidek, ritkán hosszabbak 2 mikronnál, aránylag vastagok, egyenesek. Az első generációban ovalis alakok találhatóak. Carbolos fuchsinnal egyenletesen, sötétén festődnek; szemeszettség még régi tenyésztetekből való bacillusokban sem látható. Az emberi gümöbaccilusok már kezdetől fogva sokkal hosszabbak, a további generációkban pedig még hosszabbakká lesznek. Általában többé-kevésbé hajlottak, némely tenyésztetekben S alakok is látszanak. Carbolos fuchsinnal kevésbé sötétén festődnek; egészen friss tenyésztetekből származó bacillusok is már szemeszetettek. A kétféle eredésű gümöbaccilusok között mutatkozó ezen eltérések azonban csak vérsavón tenyésztett bacillusokra vonatkoznak; a glicerines agar agaron, glicerines húslevesben avagy burgonyán nőtt kétféle eredésű bacillusok alakjukat illetően már nagyon közelednek egymáshoz. Az emberi gümöbaccilusok kivétel nélkül sokkal erőteljesebben nőnek, mint a marhagümöbaccilusok, noha a fejlődés megindulása néha nagyon sokáig késik; mihelyt azonban hozzászoktak a saprophyta-élethez, gyorsan szaporodnak. A marhából származó gümös anyaggal készített első tenyésztetekben hajlamosság mutatkozik a különálló telepekben való növekedésre és ezután többnyire a generációk egész során át homályosra köszörült üveglaphoz hasonló vékony réteg alakjában mutatkozik a tenyésztet. Az emberi gümöbaccilusnak vérsavón nőtt első tenyésztetéből rendszeren már sikerül a glicerines agar-agarra való továbboltás; ugyanez a marhagümöbaccillussal nem érhető el. Gümökóros tehén tejéből elkülönített egyik tenyésztetekben a bacillusok alakjukra nézve nagyon hasonlítottak az emberi gümöbaccilusokhoz, a tenyésztet virulentiája azonban sokkal nagyobb volt, mint akármelyik megvizsgált emberi gümöbaccilus-tenyésztet.³ De Jong⁴ is azt találta, hogy a marhagümöbaccilusok rövidek és egyenesek, míg az emberi gümöbaccilusok hosszúak és hajlottak; eltérések ezen szabálytól azonban elég gyakoriak.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári „Ferencz József“ m. kir. tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)

Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez.

Fröhlich Jenő intézeti gyakornoktól.

(Folytatás.)

Neubauer és Vogel⁵ szerint felnőtt ember 1 óra alatt a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatva 1 cm³, a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatva 40 cm³ vizeletet választ el. Carron de la Carrière és Moufet⁶ szerint felnőttknél a testsúly 1 kgm.-jára 1 óra alatt 0.75 cm³ vizelet jut. Férfiaknál 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára Schleich⁷ szerint 0.84 cm³; Roger⁷ szerint 0.94 cm³; Weigelin⁷

¹ Przeglad weterynarski, 1901. 11. és 12. szám.

² The lancet, 1901. II. 6. és 7. szám.

³ Nem egészen érdekesség nélkül való Ravenel azon megjegyzése, hogy a marhagümöbaccilusok hosszú időn át (2 év, 16. generatio) változatlanul megtartották saját-ságaikat; csak egy tenyésztet volt kivételes, a mennyiben a tipikus marhagümöbaccilus-tenyésztet 10 hónap alatt úgy megváltozott, hogy emberi gümöbaccilus-tenyésztetnek volt tartható; e mellett virulentiája is csökkent tengerimalacra és házinyúlra nézve.

⁴ La semaine médicale, 1902. 3. szám.

⁵ Anleitung zur Analyse d. Harns. IX. kiad. Wiesbaden, 1890. II. r. 206. lap.

⁶ Acad. de médecine. 1897. július 20. Ref: Centralblatt f. d. Kankh. d. Harn- u. Sex. Organe. VIII. k. 602. 1.

⁷ i. h.

rendkívül hasonlítanak a gyöngykórhoz. Ilyen eseteket többek között Creighton (Journal of anatomy and physiology, 15. kötet, 1880), továbbá Askanaazy (Zeitschrift für klinische Medizin, 32. kötet, 1897) is közölt; utóbbinál az idetartozó irodalom pontos összeállítása is megtalálható.

¹ Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 34. szám. — Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 2. szám.

² The Journal of experimental medicine, III. kötet, 1898.

szerint 0.99 cm; *Loebisch*¹ szerint 1.12 cm³; *Mosler*² szerint pedig 1.66 gr. vizelet esik. Az utóbb említett szerző nőknél 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatva 1.76 gm. vizeletet vesz fel középérték gyanánt.

Számításaim eredményei alapján az észlelés körébe vont 20 férfnál a vizelet órai középátlomnyiségének értéke *Schleich* és *Roger* száma közö eset, s 692 esetből 454-szer és pedig középértékben 0.11 cm³-rel volt kisebb a *Neubauer* és *Vogel*-féle, a testsúly egységértékére vonatkozó standard-számmál. Az észlelés körébe vont 7 nő vizeletének órai középátlomnyisége 184 esetből 149-szer szintén kisebb volt, mint a *Neubauer* és *Vogel*-féle standard-szám, s középértékben a *C. d. l. Carrière* és *Moufet* középátlomnyiséggel egyezett. Az általam feldolgozott adatok tehát ellentétben állanak *Mosler*-nek azon megfigyelésével, hogy nőknél a vizeletnek a testsúly egységértékére vonatkoztatott órai középátlomnyisége nagyobb, mint férfiaknál.

Gyermekek órai vizeletválasztását illetőleg *C. d. l. Carrière* és *Moufet* a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatva egész általánosságban 1.2 cm³ középátlomnyiséget vesznek fel. Ez mindenesetre téves, miután különösen *Camerer*-nek³ igen nagy pontossággal végrehajtott megfigyelései alapján tudjuk, hogy úgy fiuknál, mint leányoknál az órai középátlomnyiségek egyik évről a másikra igen tetemesen változnak.

Az észlelés körébe vont 4 fiura és 1 leánygyermekre vonatkozó számításaim eredményeit a *Camerer* megfigyelte hasonló korú fiukra és leányokra vonatkozó számokkal szembeállítva kitetszik, hogy az értékek közelítőleg egyeznek. Még leginkább a leánygyermek órai vizeletválasztását illetőleg van nagyobb eltérés. *Camerer* 11¹/₄ éves leánygyermeknél 1 óra alatt 1.21,³ illetve 25.68 cm³ középátlomnyiséget számít; az általam feldolgozott adatok alapján pedig 11 éves leánygyermeknél 1 órára 1.00, illetve 23.63 cm³ középátlomnyiség esett.

Végül meg kell még jegyezni, hogy a napi vizeletátlomnyiség (1. a következő fejezetet) alapján kiszámított órai középátlomnyiségekből levonható következtetések az imént előadottakkal lényegileg egyeznek.

III. A vizelet napi átlomnyisége.

A vizelet napi átlomnyiségének áttekintése érdekében oly napokról nyert négy napszaki értékeket, mely napokon a gyűjtés megszakítást nem szenvedett, összegezve, megállapítottam az egyes kísérleti egyéneknél észlelt minimum- és maximum-értékeket s kiszámítottam az egyes egyénekre vonatkozó középátlomnyiségeket úgy tényleges, mint a testsúly 1 kgm.-jával, illetve a testhosszúság 100 cm.-ével viszonyba hozott számok alakjában. Ezen értékekből a 18 férfira és 7 nőre vonatkozó adatok összeállítása alapján kiszámítottam, illetve megállapítottam a férfiakra, illetve nőkre jutott közép minimum- és maximum-értékeket. Ezen számítások eredménye a következő volt.

1. Férfiak.

18 egyénnél végzett 124 meghatározás alapján a napi középátlomnyiségek 700 cm³ és 1949 cm³ között ingadoztak. Az összes egyéni középátlomnyiségekből nyert középérték 1325 cm³-nek felelt meg; az egyáltalán észlelt legkisebb napi átlomnyiség 540 cm³, a legnagyobb pedig 2825 cm³ volt.

A 24 órára és a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatott egyéni középátlomnyiségek 11.28 cm³ és 29.28 cm³ között ingadoztak. Az összes egyéni középátlomnyiségekből nyert középérték 21.65 cm³-nek felelt meg; az egyáltalán észlelt legkisebb érték 8.16 cm³, a legnagyobb pedig 41.28 cm³ volt. A napi átlomnyiségekre vonatkozó ezen számok alapján egy órára és a testsúly egy kilogrammjára jutott középértékben 0.90 cm³; a minimum 0.34 cm³, a maximum pedig 1.72 cm³ volt.

A 24 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatott egyéni középátlomnyiségek 422.16 cm³ és 1163.76 cm³ között

¹ i. h.

² Archiv des Vereins f. Gemeinsh. Arbeiten z. Förderung der wissensch. Heilkunde III. k. 398. lap. Ref: *Heule-Meissner*: Berichte. 1857. 338. lap.

³ A testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatva.

⁴ A testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatva.

ingadoztak. Az összes egyéni középátlomnyiségekből nyert középérték 776.01 cm³-nek felelt meg; az egyáltalán észlelt legkisebb érték 310.32 cm³ volt. A napi átlomnyiségekre vonatkozó ezen számok alapján egy órára és a testhosszúság 100 cm.-ére jutott középértékben 32.33 cm³; a minimum 12.93, a maximum pedig 70.91 cm³ volt.

2. Nők.

Hét egyénnél végzett 37 meghatározás alapján a napi középátlomnyiségek 525 cm³ és 1177 cm³ között ingadoztak. Az összes egyéni középátlomnyiségekből nyert középérték 964 cm³-nek felelt meg; az egyáltalán észlelt napi legkisebb átlomnyiség 415 cm³, a legnagyobb pedig 1565 cm³ volt. (Az 51 éves nőnél hat meghatározás alapján középérték = 1135 cm³; minimum = 985 cm³; maximum 1260 cm³.)

A 24 órára és a testsúly egy kilogrammjára vonatkoztatott egyéni középátlomnyiségek 10.56 cm³ és 20.64 cm³ között ingadoztak. Az összes egyéni középátlomnyiségekből nyert középérték 20.60 cm³-nek felelt meg; az egyáltalán észlelt legkisebb érték 8.30 cm³, a legnagyobb pedig 27.84 cm³ volt. A napi átlomnyiségekre vonatkozó ezen számok alapján 1 órára és a testsúly 1 kgm.-jára jutott középértékben 0.86 cm³, a minimum 0.34 cm³, a maximum pedig 1.16 cm³ volt. (Az 51 éves nőnél a testsúly 1 kgm.-jára és 24 órára középértékben = 20.64, minimum = 18.00, maximum = 22.80 cm³. Ezen számok alapján a testsúly 1 kgm.-jára és 1 órára középértékben = 0.86, minimum = 0.75, maximum = 0.95 cm³.)

A 24 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatott egyéni középátlomnyiségek 245.36 cm³ és 868.32 cm³ között ingadoztak. Az összes egyéni középátlomnyiségekből nyert középérték 667.85 cm³-nek felelt meg; az egyáltalán észlelt legkisebb érték 273.12 cm³, a legnagyobb pedig 1142.40 cm³ volt. A napi átlomnyiségekre vonatkozó ezen számok alapján 1 órára és a testhosszúság 100 cm.-ére jutott középértékben 27.83 cm³, a minimum 11.38 cm³, a maximum pedig 47.60 cm³ volt. (Az 51 éves nőnél a testhosszúság 100 cm.-ére és 24 órára középértékben = 687.84, minimum = 596.08, maximum = 763.68 cm³. Ezen számok alapján a testhosszúság 100 cm.-ére és 1 órára középérték = 28.66, minimum = 24.87, maximum = 31.82 cm³.)

3. Fiúgyermek.

A 2 éves és 7 hónapos fiúnál 7 meghatározás alapján a napi vizeletátlomnyiségnek 200 és 348 cm³ között ingadozása mellett a középérték 240 cm³ volt. A testsúly 1 kgm.-jára és 24 órára jutott középérték = 19.20, minimum = 16.08, maximum = 27.84 cm³. E szerint a testsúly 1 kgm.-jára és 1 órára jutott középérték = 0.80, minimum = 0.67, maximum = 1.16 cm³. A testhosszúság 100 cm.-ére és 24 órára jutott középérték = 273.36, minimum 228.48, maximum = 397.68 cm³. E szerint a testhosszúság 100 cm.-ére és 1 órára jutott középérték = 11.39, minimum = 9.52, maximum = 16.57 cm³.

A 4 éves és 2 hónapos fiúnál 8 meghatározás alapján a napi vizeletátlomnyiségnek 226 és 518 cm³ között ingadozása mellett a középérték 327 cm³ volt. A testsúly 1 kgm.-jára és 24 órára jutott középérték = 23.76, minimum = 15.36, maximum = 37.68 cm³. E szerint a testsúly 1 kgm.-jára és 1 órára jutott középérték 0.99, minimum = 0.69, maximum 1.57 cm³. A testhosszúság 100 cm.-ére és 24 órára jutott középérték = 348.96, minimum = 241.68, maximum = 553.92 cm³. E szerint a testhosszúság 100 cm.-ére és 1 órára jutott középérték = 14.58, minimum = 10.07, maximum = 23.08 cm³.

Az 5 éves fiúnál 6 meghatározás alapján a napi vizeletátlomnyiségnek 490 és 970 cm³ között ingadozása mellett a középérték 685 cm³ volt. A testsúly 1 kgm.-jára és 24 órára jutott középérték = 39.12, minimum = 28.08, maximum 55.44 cm³. E szerint a testsúly 1 kgm.-jára és 1 órára jutott középérték = 1.63, minimum = 1.17, maximum = 2.31 cm³. A testhosszúság 100 cm.-ére és 24 órára jutott középérték = 628.32, minimum = 447.52, maximum = 889.92 cm³. E szerint a testhosszúság 100 cm.-ére és 1 órára jutott középérték = 26.18, minimum = 18.73, maximum = 37.08 cm³.

A 9 éves fiúnál 6 meghatározás alapján a napi vizeletmennyiségnek 635 és 880 cm³ között ingadozása mellett a középérték 737 cm³ volt. A testsúly 1 kgm.-jára és 24 órára jutott középérték = 27.72, minimum 22.62, maximum 32.64 cm³. E szerint a testsúly 1 kgm.-jára és 1 órára jutott középérték = 1.13, minimum = 0.98, maximum 1.36 cm³. A testhosszúság 100 cm.-ére és 24 órára jutott középérték = 558.00, minimum = 480.96, maximum = 666.72 cm³. E szerint a testhosszúság 100 cm.-ére és 1 órára jutott középérték = 23.25, minimum = 20.04, maximum = 27.78 cm³.

4. Az észlelés körébe vont 1 leánygyermeknél.

6 meghatározás alapján a napi vizeletmennyiségnek 525 és 1085 cm³ között ingadozása mellett a középérték 755 cm³ volt. A testsúly 1 kgm.-jára és 24 órára jutott középérték = 22.08, minimum = 18.72, maximum 31.92 cm³. E szerint a testsúly 1 kgm.-jára és 1 órára jutott középérték = 0.92, minimum = 0.78, maximum = 1.33 cm³. A testhosszúság 100 cm.-ére és 24 órára jutott középérték = 524.16, minimum 444.48, maximum = 753.36 cm³. E szerint a testhosszúság 100 cm.-ére és 1 órára jutott középérték = 21.84, minimum = 18.52, maximum = 31.39 cm³.

Felnöttek napi vizeletmennyiségére vonatkozólag a legnagyobb számú adatot *Yvon* és *Berlioz*¹ gyűjtötték össze, kik 347 férfinál és 314 nőnél végzett 6000 meghatározás alapján férfinál 1333, nőnél pedig 1125 cm³-t vesznek fel a vizelet napi mennyiségének középértéke gyanánt. Adataik összehasonlítás céljaira azonban nem alkalmasak, mert a testsúlyra vagy testhosszúságra figyelemmel nem voltak s tényleges és nem viszonylagos számokat közölnek.

A *Neubauer* és *Vogel*-féle² standardszámok alapján felnöttek napi vizeletmennyisége középértékben, tekintet nélkül a nemre, a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatva 24, a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatva pedig 960 cm³-nek felel meg. *C. d. l. Carrière* és *Moufet*³ szerint ellenben a felnőtt ember testsúlyának 1 kgm.-jára vonatkoztatott 24 órai középvízeletmennyiség kisebb, csak 18 cm³.

*Schleich*² 20.16, *Roger*² 22.6, *Weigelin*² 23.07, *Loebisch*² 26.86, *Hoffmann*² 27.67 cm³-t, *Mosler*² 39.9 gm.-ot talált, *Pratt*³ pedig az irodalomban éveken keresztül gondosan megfigyelt és összegyűjtött adatokból 22 cm³-t számít férfinál a testsúly 1 kgm.-jára eső napi vizeletmennyiség középértéke gyanánt. Nők 24 órai vizeletmennyiségét illetőleg csak egy viszonylagos számot találtam az irodalomban, tudniillik *Mosler*-ét, ki szerint 17—26 éves nők egy nap alatt a testsúly 1 kgm.-jára számítva 42.3 gm. vizeletet választanak el.

Számításaim eredményei szerint az észlelés körébe vont 18 férfi napi vizeletmennyiségének középértéke *Schleich* és *Pratt* száma közé esett s a *Neubauer* és *Vogel*-féle standardszámnál kisebb volt. Az észlelés körébe vont nők napi középvízeletmennyisége a férfiakénál kisebb lévén, az általam feldolgozott adatok ellentétben állanak *Mosler*-nek azon tapasztalatával, hogy nőknél a napi viszonylagos középvízeletmennyiség nagyobb, mint férfiaknál.⁴

Gyermekek napi vizeletválasztását illetőleg *C. d. l. Carrière* és *Moufet*, tekintet nélkül a korra, egész általánosságban annyit mondanak, hogy gyermekeknek a testsúly 1 kgm.-jára vonatkoztatott napi középvízeletmennyisége 29 cm³, tehát a felnötteknél jóval tetemesebb. Számbavéve azonban azon ingadozásokat, melyek a vesék elválasztó tevékenységében a gyermekkor folyamán egyik évről a másikra mutatkoznak, *C. d. l. Carrière*

és *Moufet* tétele ily általánosságban nem állhat meg. Az életkor-nak befolyása a vizeletválasztás belterjességére épen a gyermekkorban látszik legtisztábban. Gyermekekre nem lehet — a felnötteknél használható eljárás mintájára — egész általánosságban középszámokat vonatkoztatni.

Az általam feldolgozott adatok keretében az észlelés körébe vont 4 fiúra és 1 leánygyermekre vonatkozó számok *Carrière*-nek hasonló korú fiúkra és leányokra vonatkozólag közölt számaival nagyjából megegyeznek. A 4 fiúra vonatkozó számok ezen felül megerősítik *C. d. l. Carrière* és *Moufet* azon állítását, hogy gyermekeknél a vizeletválasztás maximuma az 5 és 10-dik életév közé esik. Végül még arra kívánok utalni, hogy számításaim eredményei szerint az észlelés körébe vont 5 és 9 éves fiú vizeletmennyiségének csakis a testsúly egységére vonatkoztatott középértéke volt nagyobb a felnötteknél nyert hasonló értéknél; a testhosszúság 100 cm.-ére vonatkoztatott középértékek ellenben a felnöttekre vonatkozólag nyert hasonló értékeknel kisebbek voltak.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Az orvosképzés új rendje Magyarországon és külföldön.¹

Az orvosképzés nálunk és a velünk legközelebbi viszonyban levő államokban gyökeres átalakuláson ment át. A magyar orvosdoctori szigorlati szabályzat kiegészítő ministeri rendeletei ez év folyamán az egyetemekhez beérkeztek, Austriában az 1899. december 14-diki szabályzatot módosító intézkedések 1902. április havában napvilágot láttak, a német birodalomban 1901. május 28-dikán kiadott orvosi vizsgálati szabályzat életbe lépett s Franciaországban is új szigorlati rend van érvényben. Időszerűnek látszik a különböző szabályzatok főbb intézkedéseinek összehasonlítása.

Az előképzés tekintetében a magyar és osztrák szabályzat azonosan főgymnasiumi érettségi bizonyítványt kívánnak, de kiegészítő érettségi vizsgálat alapján a reáliskolai tanulók is léphetnek az orvosi pályára.

A német birodalomban a középiskola 9 osztályos, a főgymnasiumi és reálgynasiumi érettségi egyaránt feljogosít orvosi tanulmányokra, míg a felső reáliskola hallgatóinak kiegészítő vizsgálatot kell tenniük. A francia orvostanhallgató a természettudományi tárgyakat előzetesen az egyetemek természettudományi fakultásán hallgatja s azokból sikeres vizsgálatot kell letennie. A német és francia orvostanhallgató tehát korban és tudásban előrehaladottabb, érettebb, mint a magyar és osztrák.

A köteles tanulmányi idő ma mind a négy államban 5 egyetemi év, ehhez járul Magyarországon és a német birodalomban a kórházi gyakorlat egy éve. A francia szabályzat ugyan 4 évet ír elő, de ebbe nincs belészámítva az orvosi tanulmányokra szánt s az egyetem másik fakultásán eltöltött egy év. Valóságban azonban az egyetemen eltöltött idő még mindig legrövidebb minálunk. A fegyver alatt eltöltött katonai félét ugyan a Németbirodalomban is beszámítják, épen úgy, mint nálunk, mégis ott általános szokás az egyetemi tanulmányi időt meghosszabbítani — átlagban 12 félévre —, az orvosi gyakorlatra jogosító úgynevezett államvizsga hónapokig tart s a katonai második félét csak a kórházi év után tölthetik el. Franciaországban is általános az egyetemi évek megtoldása s ehhez járul az is, hogy az internes des hopitaux-k (a mi assistenseink) nem lehetnek felavatott doctorok (nehogy magángyakorlatot folytassanak) s így a kórházi gyakorlat kedvéért a tanulmányi időt szándékosan nyújtják. Ezzel szemben nálunk a szigorlati év szerfelett összezsugorodott. A régi rendszer mellett megtörtént, hogy orvostanhallgató, ki félét fegyver alatt szolgált s fél-évvél előbb vizsgázhatott, a X-dik féléve végén már promoveálva volt. Az új rendszer szerint ez már nem lesz ugyan lehetséges, de még mindig megtörténhetik, hogy a XI-dik félév elejére elkészül s a katonai II-dik félét október 1-jén megkezdheti.

A katonai szolgálat mindenütt súlyosan nehezedik a tanulmányi idő kihasználására, legkevésbé csorbitja Franciaországban, hol a katonai évből mit sem számítanak be, legsúlyosabban károsítja minálunk, hol 2 félét ront meg, a mennyiben a mi félévünk januárban kezdődik, márczius végén már aláírunk s így a nyári félév 2 hónap, de a következő szeptemberben kezdődő félévre csak októberben térnek vissza s ezen mulasztást a többség nem képes többé sikerrel pótolni.

A hallgatásra köteles tárgyak tekintetében igen nagy az eltérés. A legnagyobb szabadságot a német egyetemi polgár élvezi. A német egyetemek tradíciójával annyira egybe van forrva az a felfogás, hogy az egyetem egyszersmind az ön állóság iskolája, hogy a köteles tárgyak szaporításával szemben nagy az idegenkedés. A gyakorlat embereinek

¹ „Az orvosképzés új rendje Magyarországon és külföldön. Hivatalos adatok alapján írta Grósz Emil dr. egyetemi nyilvános rendkívüli tanár. Budapest 1902. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája“ szeptember havában megjelenő füzet bevezetése.

¹ Revue de médecine IX. k. (1888) 713. l. Ref: *Hermann Schwalbe* Jahresber. über Fortschr. die Physiol. XVII. évf. II. r. 282. l.

² i. h.

³ Journ. Amer. Chem. Soc. XIX. k. (1897) 582. lap. Ref: Jahresber. über Fortschr. der Thierchemie. XXVII. k. 355. lap.

⁴ A számításaim eredményei gyanánt nyert tényleges számok, *Yvon* és *Berlioz*, valamint *Pratt* adataival egyezően, szintén a mellett szólnak, hogy férfiak napi vizeletmennyisége a nőknél nagyobb. Az eltérés azonban távolról sem akkora, mint a milyent *Bergel* (*Nova Acta Acad. Leop. Carol. nat. cur. XXV. k. (1855) 477. l. Ref: H. Vierordt Anat., physiol. u. physik. Daten u. Tabellen, II. kiadás, Jena 1893. 216. lap.*) említ.

követelése azonban annyiban mégis érvényesült, hogy a gyakorlatokban való részvétel úgy az előkészítő tárgyakból, mint a klinikán kötelező. A tanulás ezen kiterjedt szabadságának ellensúlyozója, és pedig sikeres ellensúlyozója a vizsgálatok szigorúsága. Franciaországban ellenkezőleg a kötelező tárgyak évről évre meg vannak szabva s az évenként való vizsgázás kötelező, úgy hogy valóságos középiskolai kényszer van. Csakis a stage hospitalier ad némi alkalmat az önálló gondoskodásra s az ismeretek mélyítésére. A kötelező tárgyak s azok felvételeinek s óraszámának előírása tekintetében a mi szabályzatunk is nagyon bőkezű, ez intézkedés nyilván a szerzett tapasztalatok eredménye, de természetes következménye annak, hogy a magyar orvostanhallgató aránylag nagyon fiatal korban kerül az egyetemre. Hogy azonban e rendszer az egyetemi tanár és hallgató tudományos munkásságát akadályozza, az kétségtelen.

A vizsgálatok száma legtöbb Franciaországban, legkevesebb a német birodalomban. Abban úgy a magyar, mint az osztrák és német szabályzatok megegyeznek, hogy a tanulmányi idő közepén egy kötelező vizsgálatot rendszeresítettek, mely az orvosi előtanulmányok sikeres befejezésére szolgál.

Ezen közbeeső vizsgálat nem csak a klinikák eredményes látogatását biztosítja, hanem az orvosi hivatásra alkalmatlan elemeket is visszatartja. A három állam azonos intézkedése is igazolja, hogy e tekintetben alig lehet véleménykülönbség. A mi régi rendszerünk, mely szerint az elővizsgálatok a tanulmányi idő legvégére voltak hagyhatók, nagyon szomorú eredményre vezetett.

A vizsgálatok tárgyainak száma újból Franciaországban a legnagyobb: 18, legkevesebb a német birodalomban, hol még a törvényszéki orvostan s gyógyszerintanból sincs külön vizsgálat, annál kevésbbé a klinikai specialis tárgyakból, viszont az állattant s növénytant még az új szabályzat is megtartotta vizsgálati tárgyakul.

Ausztriában e két tárgy az általános biológiába olvadt össze, a klinikai specialis tárgyakat pedig egyenként kérdezik. A mi szabályzatunk a természetrajzi tárgyakat egészen kihagyja, úgy a mint azt Hyrtl, Skoda és Rokitanzky már félszázad előtt ajánlották. Joggal mondja Exner, hogy a mai orvosi gondolkodásunk alapját inkább a physika s vegytan alkotják, mint az állattant, ásványtan s növénytan, melyekből való vizsgázás a nélkül, hogy alapos ismeretek szerzését biztosította volna, a többi fontosabb tárgyak tanulását akadályozta. A specialis klinikai tárgyak egyike képezi felváltva a harmadik szigorlat alkotó részét, mi által ezen fontos szakoknak a tanulók részéről való figyelembevétele biztosítva van. A mi szabályzatunkban a tényleges vizsgatárgyak száma 14.

A vizsgálatok szigorúsága az egyedüli eszköz, melynek segítségével egyetemi rendszer mellett a hivatás teljesítésére való képzettséget biztosíthatjuk. A vizsgálat időtartama és tartalma tekintetében a jelölttel szemben a legnagyobb igényt támasztja a német szabályzat, így például a belgyógyászati vizsgálat 7 napig tart, a jelölt 2 vizsgáló előtt két egymásután következő napon két beteget megvizsgál, az anamnesist, diagnosist, prognosist és a gyógyítást tervét megállapítja, a leletet jegyzőkönyvbe veszi, még aznap klinikai jelentést szerkeszt; a betegeket 4 napon át legalább egyszer meglátogatja, a körleírást folytatja, halál esetén a boncolás eredményének számbavételével epicrisist ír. A vizsgálók az észlelést személyesen ellenőrzik, e közben meggyőződnek más betegeken is a jelölt jártasságáról, belevonva a gyermekgyógyászatot, a gyógyítást, a gége- és orrbetegségeket a gégegyógyászati alkalmazásával. A vizsgálat második részében a jelölt egy vizsgáló előtt a vényszerkesztés néhány feladatát írásban megoldja, s tanúságát adja, hogy a gyógyszerintanban és méregintanban kellő jártassága van. Ezzel szemben a mi szabályzatunk a belgyógyászati elméleti és gyakorlati vizsgálására egy félórát szán. Természetesen a vizsgálatok igazságos szigorát legjobban biztosítja: a jó censor.

Egy határidőben a német birodalomban legfeljebb 4-en, Ausztriában 6-an vizsgázhatnak, nálunk „négy-nél több jelölt rendszerint nem vehető vizsgálat alá.”

A vizsgáló bizottságok tagjai rendszeresen mindenütt az egyetemek orvosi fakultásain alkalmazott rendes tanárok, de külön megbízás alapján a rendkívüli tanárok, sőt a magántanárok is lehetnek a vizsgáló bizottságok tagjai.

A bizottság elnöke Magyarországon s Ausztriában a dékán, a német birodalomban a minister által kinevezett rendes tanár, de nem a dékán, miáltal az egyöntetűséget és állandóságot óhajtják biztosítani. A kormány-képviselő intézménye Ausztriában régebben megvan, míg nálunk az új szabályzat honosította meg, miáltal a mi orvosdoctori szigorlatunk államvizsgálati jellege nyer erősebb kifejezést.

A szigorlati díjak legkisebbség nálunk: 403 korona (promotioval együtt) és a német birodalomban: 290 márka (promotio nélkül), legtöbb Franciaországban: 640 franc; Ausztriában 510 korona (promotioval együtt).

A kórházi gyakorlatot Franciaországban a stage hospitalier képviseli, Ausztriában még nem hozták be, mivel a közoktatásügyi-kormány nem talált biztosítékot arra, hogy a gyakorlati év valóban sikeres is legyen azok számára, a kik különben saját maguktól nem vállalkoznak rá, másrésről a venia practicandi jogának megadását vagy megtagadását nem volt hajlandó az egyetemektől megvonva kórházi főorvosokra bízni. A német birodalomban a kórházi gyakorlat kötelező, a katonai második félév nem számítható be, de eltölthető egyetemi klinikán, egyetemi poliklinikán, vagy erre felhatalmazott kórházban, sőt kivételesen gyakorló orvos mellett is. A nem klinikán, de egyetemi, vagy erre felhatalmazott orvostudományi intézetben, mint tanáregység eltöltött időt a ministerium beszámíthatja. Nálunk a katonai

második félév számít, de a kórházi gyakorlat klinikán vagy egyetemi intézetben nem tölthető el, viszont bábaképző-intézetben a szülészetre szánt két hónapot leszolgálhatja.

Grösz Emil.

A heidelbergi szemorvosi congressusról.

1902. augusztus 4—6-dikáig.

(Vége.)

Volkman physikus Berlinben „a szemmagnessék theoriája vonatkozásban a gyakorlatra“ cím alatt érdekesen fejtegette a magnesség törvényeit. Kétféle mágnes van: vonzó és tartó mágnes. Türk azt mondja, hogy a minimalis vonzóerővel meg kell elégedni és ez nagyon megszívlelendő a praxisban. Be is mutatta rendkívül elmésen megszerkesztett készülékét, melylyel a legmeglepőbb kísérleteket mutatta be. Vékony sondák, kis gömbök a végükön és kis hajlított lándzsákkal, melyekkel a bemetszést is jól ki lehet vinni, bámulatos vonzóerőt fejtettek ki.

Haab tanár előadja, hogy 10 év alatt 175 mágnes műtete volt 141 esetben positiv eredménnyel. Mindig az előcsarnokon keresztül operált.

Schreiber beszámol 4 igen kényes esetről, melyben Volkman mágnessével dolgozott. Fényes eredményei voltak és határozottan fölüeny az eddigi mágnessékek szemben.

Mayeda szerint a meridionál metszés szebb és jobb eredményt ad, mint az előcsarnokon át végzett műtét.

Schlösser hangsúlyozza, hogy nagyon fontos az operatio tervének megállapítása és nagy óvatossággal igen szép eredményeket ért el.

Leber szerint vannak esetek, melyekben a szilánkot épen nem lehet kivenni.

Franke tanár Hamburgban „a retrobulbaris megbetegedések diagnosztikához és kezeléséhez“ címen előad egy esetet, melyben exophthalmus volt. Krönlein szerint végezte a műtétet, de semmi kórosat nem talált az orbitában, a seb per primam gyógyult és az exophthalmus is megszűnt. Még utána két ízben recidivált, de csakhamar megnyugodott. Az okot nem tudja.

Axenfeld kérde, hogy megvizsgáltattak-e a rostacont sejtjei, mert ezek megbetegedése collateralis oedema folytán exophthalmust idézhet elő. Nagy óvatossággal kell a látóideggel bánni a Krönlein-műtét kivételkor, különösen, ha az újképlet még kicsiny.

Schmidt-Rimpler fontosnak tarja az intraocularis daganatok diagnosztikájához a sondavizsgálatot. Tapasztalta ugyanis, hogy a sclera normális viszonyok közt, de nyomásnövekedés esetén is, ha az illető hely alatt nincs daganat, a sondával benyomható, ellen esetben, ha újképlet van, nem. Egészen őlesen határolt diagnosist képes általa megállapítani. Volt esete, hol tumor volt a szem belsejében és egy helyen az újképlet megszakadt, a hol a sondával a sclerát határozottan be lehetett nyomni, míg a daganat feletti helyeken nem. Ha a daganat a szem hátulósó polusához közelebb volna, a diagnosist kedvező conjunctivalis bemetszést lehet csinálni.

Fuchs a Krönlein-műtétet csak a legvégső esetben csinálja.

Franke válaszában kiemeli, hogy vannak retrobulbaris újképletek, melyeknél előről nem lehet semmit kitapintani. A röntgenezés eredménye nagyon függ a gyakorlottságtól.

Krückmann dr. Lipscebén „iridocyclitis syphilitica“ címen fejteti és szép rajzokban mutatja be a syphilis megjelenési alakjait az irisen és a sugártestben. A roseolának primaer helye mindig a circulus arterios. minor. Szaruhártyai praecipitát majdnem mindig van jelen, de ez nem pathogenikus, csak optikai kép. A papulák gyógyulási helyén a circulus arteriosus minor megszűnik és halványabb is e hely. A tuberosus papulák és gummák igen gyakran az iris zűg felől törnek előre.

Haab szerint néha nehéz a diagnosist a syphilis és tuberculosis között. Két esetben tuberculin injeciálása után local reactiot kapott.

Michel rá akarván licitálni Haabra, nagy derűtséget keltett azon lapsusa, hogy ő már 25 év előtt használta a tuberculin injectioikat. Nem tudom, Koch mit szól hozzá, bizonyára nagyot fog nézni.

Pflüger a tuberculin-injectioikat nagyon kiterjedten használja az elülső uvealis tractus, cornea, sclera megbetegedéseinél és nagyon hálásnak találja.

Krückmann válaszában hangsúlyozza, hogy a roseolákat lehetetlen összetéveszteni, csak a chronikus papulákat.

Schirmer tanár Greifswaldban „a könyvecskék kiirtása után“ cím alatt beszámol az általa észlelt esetekről, melyeknek észlelési ideje 3—8 $\frac{1}{2}$ évi időkre terjed. Általában a szobában nem panaszkodtak betegek a könyvezésről, a szabadban többé-kevésbé mindig. A könyvezés kimutatására az alsó szemhéj széle alatt methylenkékkel vonást húzott, mely erősebb könyvezés folytán szétterül. Ezzel megállapította, hogy többé-kevésbé mindig van könyvesurgás még a szobában is, csak hogy ez a beteg részéről alig észrevehető. Hogy a conjunctiva is secernál könnyet, erről azon igen egyszerű kísérlet útján győződhetni meg, hogy a szemhéjat kifordítva, a conjunctivát szárazra törüljük, nem sokkal utána azonban újlag nedves lesz a felülete. A könnymirigy kiirtását nem ajánlja.

Simon ajánlja, hogy a könyvecskék kiirtása után paraffin injeciál-tassék. Be is mutat ilyen paraffinnal megtöltött extirpált könyvecskéket.

Greeff szerint a conjunctiva nem egyéb, mint egy felszínesen elterült mirigy (Flächendrüse), mely váladékát maga termeli.

Wagemann szerint a papírpróba igen jó a könyvezés megállapítására. A könnymirigynek csak a felső orbitalis részét extirpálja.

Pflüger a könnyirigy partialis exstirpációját nagyon ajánlja.

Wolf a könnyirigy exstirpációjánál kerülendőnek tartja az angularis edények megsértését.

Schwimmer válaszában hangsúlyozza, hogy a discussio is megerősítette az ő nézetét, hogy a könnyzacskó kiirtása után a könnyirigy nem sorvad.

Gullstrand tanár Upsalában „megjegyzések a macula színét illetőleg” czímen tagadja, hogy a macula és a retina más helyeinek színe között eltérés volna. A sárga szín nem egyéb postmortalis tünetnél. Erről azon kísérlet által győződött meg, hogy az enucleált szemet rögtön víz alá tette és ott gyenge rázogatás által a retina leválasztható, miután a sclerát és chorioideát lemetszi és így a retina szabaddá lesz.

Schmidt-Rimpler szerint mégis van sárga folt, mely a víz alatt kimosódik, üveglapra téve a retinát egész jól látható a sárga színű macula. Sattler lukasztó vassal vette ki a retinának a sárga foltot magában foglaló részét és utána rögtön fehér papirosra téve, igen jól látható a sárga folt.

Leber physiologikusnak tartja a sárga színt. Gullstrand válaszában azt mondja, hogy az ő kísérletét még senki sem utánozta, előbb győződjenek meg. A víz nem moshatja ki a sárga foltot, mert akkor a vért is kimosná a retinából.

Kissé erőltetett a védekezés. Abból semmit sem lehet következtetni, hogy a víz a vért nem mossa ki, a mi épen nem zárja ki azt, hogy a kevésbé ellentálló sárga festéket kiáztassa. De meg arról elfelejtett beszámolni, hogy ha a víz alatt kiméletlenül bántik a szemgolyóval vagy ha tovább benne hagyja, vajjon akkor jelentkeznek-e a sárga szín, mint postmortalis tünet.

Siklóssy dr. Budapest „Megjegyzések a szemhéjak chirurgiájához” czímen a megboldogult id. Siklóssy által is oly előszeretettel művelt plastikáról értekezett és sikerült fotografiákban mutatta be az általa végzett műtéteket, melyeket saját módosításával hajtott végre és melyek igazán sikerre vezettek.

Bielschowsky dr. Lipcsében a belső egyenes izmok innervationjáról tartott előadást. Egy esetet hoz fel, melyben az internusok mint szemmozgatók hűdöttek voltak, de a convergentiánál teljesen jól működtek.

Liebrecht Hamburgban a látóideg kórbonecolástani elváltozásairól agydgaganat jelenlétében és a pangásos papilla pathogenesisééről tartott előadást. Szerinte a pangásos papillát csakis az oedema és nem gyuladás okozza. A nyirokpangás legnagyobb az izmok orbitalis tapadási helye és a látóideg közepe között levő részen.

Leber szerint az anatómiai leteből nagyon nehéz következtetni. Axenfeld szerint, ha a próbapunctio is szóba jön, nagy különbség van a spinalis és a centralis nyomás között; az előbbiből az utóbbira nem lehet fentartás nélkül következtetni.

Liebrecht fentartja nézetét, hogy a pangásos papilla szülőoka az oedema, mert ha gyuladás volna az ok, mért nem csinál pangásos papillát a neuritis és neuroretinitis, a hol pedig határozottan gyuladás van.

Best Giessenben a veleszületett chorioretinitisről értekezik. A therapia nem sokat tehet, a báj változatlan marad az egész életen át.

Uthoff tanár Boroszlóban „adatok az agysérülés után bekövetkezett sérülés folytatán” czímen egy esetet ad elő, melyben agytályog keletkezett sérülés után és a műtét után is még eszontány volt az agy egy része felett. A betegnek hemianopikus látási hallucinatioi voltak, nem folytonosan; ha ráfeküdt a sérült helyre, mindjárt jelentkeztek, úgy szintén akkor is, ha a beteg kezével megnyomta a sérült helyet, mely az occipitalis tájon volt.

Vossius tanár Giessenben orbitalis megbetegedés két ritka esetét ismertette. Egyik esetben orbitalis phlegmonehez mindkét szemhő gangraenája szövődött, a másik esetben kétoldali pangásos papilla volt, melyet agytumor okozott. A bonecolásnál kiderült, hogy az agytumort actinomyces okozta.

Baenzinger és Silberschmidt Zürichben „a vasszilánk-sérülések után fellépő panophthalmitis aetiologiájához” czímen értekeztek. Ilyen betegségben szenvedő szemből bakterium-cultúrákat készítettek és azok a nyulak üvegtestébe fecskendezve, tipikus panophthalmitist idéztek elő. Abból a földből, a hol az illető sérült dolgozott, szintén fecskendeztek be a nyúl üvegtestébe, a mire ugyanez panophthalmitis lépett fel.

Wagenmann említ egy esetet, melyben a vasszilánk eltávolításakor streptococcusokat találtak a szemben és ez mégis gyógyult, tehát nem javasolt az enucleatio vagy exenteratio még akkor sem, ha a streptococcus kimutathatók.

Wolf Berlinben a macula luteának kétoldali kóros fényvisszaveréséről szólt, mely az ő villamos szemtükrével látható és e jelenséget retinitis serosa centralisnak nevezi. Igen korai diagnosist enged tenni morbus Brightiniel és oedematól származónak tartja. Ugyanezen reflexet diabetesnél és graviditásnál is látta.

Gutmann Berlinben az Angelucci által módosított egyszerű hályogkivonásról szólt. Rendkívül dicséri az eljárást. Csipővel a felső egyenes izmot megfogja és így igen könnyen lehet operálni szemhéjterpesztők nélkül. Ő még sok más műtétnél is használja, mint optikai iridectomiánál, glaucomanál stb. Iriselősés a csipő alkalmazásakor csaknem ki van zárva.

Augstein Brombergben az újonnan képződött szárdhártyaedényekben látható véráramlásról és annak jelentőségéről értekezett. Szerinte ezen véráramlás a Hartnaeck lupéval csak akkor látható, ha a folyamat már a visszafeljedési stadiumba jutott. Előrehaladó vagy izgalmi stadiumban nem. Természetesen, ha ez áll, akkor fontos diagnostikus jelentősége volna a dolognak.

Grunert physiologikus tünetnek tartja.

A demonstratiók között említésre méltó Axenfeld tanár esete, mely a maga nemében unicum. Egy 10 év előtt történt orbitalis sérülés került sectio alá és az orbitában agysérv találtatott. Érdekes volt még Grunert bemutatása, a ki rajzban és mikroszkopikus praeparatumokon mutatott be egy otogenpyaemia után fellépett retinitist. Az egyik foltot pontosan a halál előtt 10 órával látta keletkezni, ez idő előtt még nem volt meg. Halál után rögtön enucleált és a göröcs alatt a fehér metastati. kus foltot kifejezett retina abscessusnak találta.

A műszerek kiállításában két czég vett részt, de semmi különösen említésre méltót nem hoztak.

Falta Marczel dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közli: Dalmady Zoltán.

(Folytatás.)

Allan Macfadyean: Ueber Agglutinieren der Hefe. Cbl. f. Bact. 1901. 368. 1. — Maragliano-Castellino: Azioni modificatrice del siero del sangue sul globuli rossi. Rif. med. 1890. 6. k. 836. 1. — Maragliano: Beiträge zur Pathologie des Blutes. Verh. XI. med. Congr. Berl. klin. W. 1892. 765. 1. — Malvoz: Agglutination par des substances chimiques. A. I. P. 1897. — Malkoff: Beitrag zur Frage der Agglutination der rothen Blutkörperchen. D. m. W. 1900. 14. sz. — Martini: Klinische Untersuchungen über einen Fall von paroxysmaler Haemoglobinurie. Rif. med. 1900. 4. k. 41—43. sz. — Meltzer: Ueber den Einfluss der Peritonealhöhle auf das haemolytische Vermögen des fremden Serums. Cbl. f. Bact. 1901. 278. 1. — Mertens: Beiträge zur Immunitätsfrage. D. m. W. 1901. 27. k. 24. sz. — Ugyanaz: Ein biologischer Beweis für die Herkunft des Albumen in Nephritis-harn aus dem Blute. D. m. W. 1901. 11. sz. 161. 1.

A normalis házinyúl-vér oldja a tengerimalacvért, de ha kecské-vérrel kezeljük, elveszti ezt a képességét, tehát képződött benne valami, a mi saját, eredetileg megvolt hatását meg tudta szüntetni. Ehrlich szerint itt is antialexinképződéssel van dolgunk, még pedig — Ehrlich kifejezésével élve — auto-anticomplement az itt szereplő anyag. Ez nemcsak a normalis vérdő képességet, de az inaktivált bakterium- és sejt-immunserumokat reactiváló képességet is felfüggeszti némely irányban. (Ehrlich, Neisser és Wechsberg.)

A normalis serumoknak is van bizonyos antihemolytikus hatásuk, mely a vérszövetek a legkülönbözőbb anyagok ellenében meg tudja védeni. A bakteriumok által termelt vérszétoldó fermentumok (tetanolysin, staphylolysin, vibrio Paris lysinje, stb.) hatása ellen egyes serumok bizonyos véralfajokat jól védenek (Ehrlich, Madsen, Kraus-Clairmont, Neisser-Wechsberg). Növényi mérgek: solanin, saponin, cyclamin, saponin, digitalin (Hédon), croton (Elfstrand) stb. hatását némely serum jól ellensúlyozza. Buchner azon észlelte pedig, hogy a kutya- és nyúl-serum összekeverve 24 óra alatt különösen megszüntetik egymás tengerimalacvérszétoldó hatását, az első adat volt a vérnek vér ellen való antilytikus hatásához.

Müller beható vizsgálat tárgyává tette ezeket a normalis antihemolytinek. Kísérleteit kacsasermummal végezte, mely nagyon sok állat vért erősen megtámadja. Számos kísérletében azt észlelte, hogy némely serum már rendes állapotban is antihemolytikus, míg más csak akkor, ha előzőleg inaktiváltuk. Így pl. a tengerimalacvért a kacsasermum oldó hatásától a friss házinyúl-vérsavó is meg tudja védeni, míg ellenben a házinyúl-vér csak az inaktivált tyúk, galamb, ló, marha és tengerimalac-serumok tudják oltalmazni. A melegített tengerimalac-serum még a tengerimalacra ható specifikus vérszétoldó serumok igen erős oldóképességének is ellene tud hatni, úgy hogy csak az utóbbiak igen nagy feleslegénél jö létre a haemolysis. A legutóbb említett esetben talán antiimmuntest szerepelt, de a normalis serumok antilytikus képességüket az esetek igen túlnyomó többségében antialexintartalmuknak köszönhetik.

Neisser és Doering egy izben embervérben is talált antihemolysint egy uraemiás embernél. Ezen észleletét újabban több oldalról megerősítették.

Érdekes, hogy egymástól távolabb álló fajok jobban védik egymás vért, mint közel rokonok (Hédon).

A haemolysisel csaknem mindig karöltve jár az agglutinatio, hiszen a vörös vérszövetek befecskendezésekor a stroma az agglutinin-, a sejtfehérje a lysinképződést indítja meg, a mint azt Bordet, Ehrlich-Morgenroth, Nolf stb. búvárlataiból tudjuk. A serumbebecskendést is követi egy kis agglutininproductio. A keletkezésnek megfelelőleg a hatás is az illető részleteken jö létre, az agglutininé a stromán — a hogy Kobert a toxalbuminokról is kimutatta —, a lysiné a sejtfehérjén.

Nicollé vizsgálat tárgyává tette az agglutinált anyagot, s arra a conclusiora jut, hogy valamely állat seruma csak akkor nyerhet agglutináló tulajdonságot, ha oly anyag oltatott bele, mely összeapzódásra, agglutinatio-ra képes: „substance agglutinable”.

Ez azonban újabban még sem látszik ily egyszerűnek, vagy azt is mondhatjuk, egyszerűbbnek látszik az új felfogás szerint, mint az előbb említett alapján. A továbbiak folyamán majd meglátjuk.

Több szerző észlelte, hogy igen erős immunserum agglutinálás nélkül old, noha közönséges defibrinált vérről történt az immunizálás (Ehrlich-Morgenroth, Shibayama és sokan). Inaktiváláskor azonban ez a

vér is nyer agglutináló képességet. A hevítés befolyása különben Bordet szerint röviden ez:

Frissen: erős oldóképesség, agglutinálás.

$\frac{1}{2}$ óra hosszat 55° C.: oldóképesség megszűnt, agglutinálás, sensibilizálás ép.

60-50°: oldóképesség megszűnt, agglutinálás, sensibilizálás ép.

65°: az agglutinálóképesség csökken.

70°: az agglutinálóképesség csaknem teljesen megszűnt. A sensibilizálóképesség csökkent.

75°: agglutinálóképesség nincs, sensibilizálás rendkívül gyenge, de még nem tűnt el teljesen.

Mivel az alexin a $\frac{1}{2}$ óráig 55° C-on inaktivált serumban nem szerepelhet, az agglutinálóképesség pedig még 65°-nál is megvan, következik, hogy az agglutináció nincs szükség az alexinre.

Hát az immunest szerepel-e? Baumgarten vizsgálatai, melyeket Düményvel együtt végzett, arra a meglepő conclusiora vezettek, hogy a régi agglutinin ugyanaz, mint a lysinek immunteste. Lényegileg tehát csak az volna az oldódás és agglutinatio okozati tényezői közt a különbség, hogy míg az elsőnél úgy az alexinre és immunestire egyaránt feltétlenül szükségünk van, addig az utóbbi tisztán immunesthatás.

Az említett szerzők szerint igen erős serumoknál azért nem látunk agglutinációt, mert maga az oldódás is oly nehezen megy végbe, hogy az összecsapódásra idő nincs. Ha az ily serumokat elég erősen hígítjuk, s ez által a hatás lefolyását lassúvá tesszük, az agglutinációt mindenkor megtalálhatjuk.

Mint látjuk, ez a felfogás meglehetősen erős alapokon állva támadja azt a régi nézetet, hogy az agglutinatio és lysis egymástól még okai-ban is merőben különböző dolog. (A bakteriumoknál is, Pfeiffer-Koile: bacteriol. de nem aggl. serum, 1896; Fraenkel-Otto: agglut. de nem oldó serum, 1894.) A legközelebbi jövőtől várhatjuk a döntést, igaz-e van-e Baumgartennak, vagy nincs?

Megemlítendő, hogy már régebben is kerestek összefüggést a lysinek és agglutininek között, főleg annak megmagyarázására, hogy erős immunizálás miért ad lytikus, gyenge csak agglutináló serumot. Ide úgy fogja fel a dolgot, hogy az agglutininek a könnyen kiesapódó fehérjék antitestei, a valódi antitoxinok a nehezen kiesapódókéi.

Hogy micsoda folyamat megy végbe az agglutinatio alatt a sejteken, még vita tárgya, noha sok beható vizsgálat foglalkozott vele. Bordet szerint egyszerűen a sejtek kölesönös „attractio-viszonyai” változtak meg; Gruber azt állítja, hogy a bakteriumok külső rétege duzzad és ragadósá lesz. (Ujabbban vörös vérsjeteken is constatáltak a burkot.) Kraus szerint kiváló specifikus csapadékok halmozak csoportokba a sejteket. Paltauf, valamint Köhler szerint is csapadékok létrejötté a fontos.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Jean Ferrand: *Essai sur l'hémiplégie des vieillards. Les lacunes de désintégration cérébrale.* Paris, 1902.

Ezen Pierre Marie osztályán készült munkában Ferrand összegyűjti azon klinikai képeket és bonczolásleleteket, melyekben a hemiplegia körképének az agyvelőben szétszóró apró lacunák felelnek meg. Marie az utolsó nemzetközi párisi congressuson a két tünetment okozati kapcsolatba hozta és tulajdonkép ő volt az, a ki a figyelmet a kérdésre szélesebb körben felhívta.

A lacune de désintégration 3 szakaszon megy át. Az elsőben egy kisebb arteria körül az idegszövet gyérül. Itt a lacuna csak készülő félben van, ez a „lacune miliaire”. A fejlődés második szakában szabálytalan, borsónagy ürök támadnak, melyek közepén az ér gyakran szabad szemmel látható. Az ér maga az arteriosclerosis képét mutatja, miliaris aneurysma sohasem található. A lacuna fala a necrosis és az idült encephalitis képét mutatja, benne sok a szemcsés test; az ürben idegelemtörmelékek és vér. A harmadik szakban hegszövet képződik, mely az irt elzárja. Természetes, hogy az ér, mely ilyen ürön halad át, könnyen reped, ez által vérzés jön létre.

Ezen lacunák főleg az agyvelő szürke magvaiban, néha a belső tokban székelnek, kivételes helyük a centrum ovale, elég gyakoriak a hidban, soha sem találhatók a nyúltvelőben vagy gerincevelőben.

Ezen bonczolásleletet ritkán találni a 60. életév előtt. Ezen kor után a hemiplegiáknak 90%-ában adják meg a kórokat.

A klinikai kép hirtelen rohammal veszi kezdetét. Az esetek nagyobb részében a beteg nem veszi el eszméletét, vagy csak egy-néhány másodpercig nem tud magáról. A hemiplegia, mely a roham nyomán jár, részleges, néha csak egy végtagra szorítkozik, a facialis többnyire épen marad.

A bénult végtag maga sem szokott teljesen megbénulni, számos izomműködése jól megy végbe. Egyes esetekben a nyelv mozgása volt megzavarva.

A bénulás rövid ideig tart. Néha egy-néhány perczig vagy egy-néhány napig, legfeljebb egy két hétig, a minek oka talán abban rejlik, hogy a göczök a szürke magvakban vannak, melyeknek viszonya a mozgató pályához csekély. Végeredményben nem marad más tünet, mint egy sajátságos kis léptű járás, melyre Marie figyelmeztetett legelőbb. E járás a Parkinson-kóréhoz hasonlít leginkább, az ályultvelőbénulás is ilyen. Fontos az, hogy contractura sohasem fejlődik. A beteg többnyire intercurrents baj áldozata lesz, sokszor új roham (27%), vagy vérzés (17%) támad az érben, mely a lacunán áthalad, halálra vezetve. Ha a lacunák kétoldaliak, az ályultvelőbénulás képét adják.

A lacunák arteriosclerosisos ér közelében támadt encephalitis eredményei, melyek sclerosis-sal gyógyulnak.

A kórisme felállítása fontos, mert a prognosis aránylag sokkal jobb, mint a vérzésé, mely az öreg embert egy-néhány nap alatt elpusztítja, a fiatal egyéneken permanens contracturára vezet.

Az anatómiai kép felismerésében óvakodni kell, hogy a lacunát össze ne tévesztjük azzal a képpel, melynek *Durand-Fardel az état criblé* nevet adta. Elkülönítendő az *état fromage de Gruyère* és azon érkörűli tágulatok, melyeket a lencsemagban találunk.

A lacuna jelentőségét két oldalról támadták meg. Egyesek műtermékeknek mondták azokat, *Raymond* ellenben elismerve kóros voltukat olyan aggastyánokon is találta, a kik bénultak nem voltak. E szerző uracmiásokat vizsgált és a lacunák mellett agyoedemát is vesz fel a kórkép okaként. *Marie* viszont agyoedemát nem talált betegeiben.

Igy még csak a jövő észlelés fogja pontosan megállapítani a lacuna klinikai és kórszövettani jelentőségét. *Kollarits Jenő dr.*

E. Jentsch: *Die Laune, eine ärztlich-psychologische Studie.* J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1902.

A Loewenfeld-Kurella-féle értekezések (Gronzfragen des Nerven- und Seelenlebens) legújabb füzetében szerző alapos fejtegetéseivel köszönetre méltó munkát végzett, nemcsak azért, hogy egyrészt a szeszélynek vagy inkább kedélyhangulat-ingadozásnak mint érzelmi életünk egy nehezen magyarázható jelenségének eredetét kutatja, különféle megjelenéseit és válfajait körülírja, a genialitástól, bizzareriától és pathologikus lelkiállapotoktól pontosan elhatárolja, hanem azért is, hogy a szeszélyesség s indulatosság káros és a józan eszelekvést gátló befolyására utal és ennek korlátozását megfelelő nevelés által kívánatosnak állítja fel. Leginkább a vadak és gyermekek indokolatlan kedély-ingadozásából indul ki és igen jól megérthető módon vezet át a szeszélynek nagy sokaságán, az asszonyok, a művészek, az ittasok, a jó- és rosszkedvűek hangulatain stb. Kissé nehezebben érthető a „Theoretisches zur Entstehung der Launen” című fejezet, míg az utolsó „Abhilfe der Launen” ismét igen kellemes és hasznos olvasmány. *R. P.*

Lapszemle.

Orr-, torok- és gégebajok.

Szamárköhögési rohamok ellen *Amat* a jodaethyl belégzéseket ajánlja. Néhány gramm jodaethyl tartalmazó üvegcset kell a roham kezdetén a gyermek orra alá tartani, már pár belégzés csökkenti a köhögés intenzitását. Szerző két esetben nagyon jó hatást tapasztalt ez eljárástól, a mennyiben nyolcz nap lefolyása után naponta mindössze öt-hat kisértő köhögési roham lépett fel, az addigi harminczhat-negyven roham ellenében. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1902.) *Tóvölgyi Elemér dr.*

A cancroin-befecskendezésekkel rákos elfajulásoknál elért újabb eredményeiről számol be *Adamkiewicz*. Az eredmények kitünőknek mondhatók, a miért is óhajtható volna, hogy ez új gyógymóddal minél szélesebb körben induljon meg a kísérletezés. Szerző több kórosleletet közöl, a melyek közül röviden kiemelem a következőket.

Egy betegnél az egész nyelv, egy kékes-szürkés, a száját csaknem teljesen kitöltött rákos daganattá vált már elfajulva, úgy hogy a táplálkozás a legnagyobb fokban meg volt nehezítve. Az áll alatt néhány cm.-nyi hosszú tumor tömeg volt látható, mely szoros összefüggésben állott a submaxillaris mirigygyel és a nyelvnek a daganatával. Már az első cancroin-befecskendezés után jelentékeny volt a javulás, a mennyiben a nyelvdaganat gyorsan csökkenteni kezdett és három hét múlva csaknem teljesen eltűnt. A kezelés hat hétig tartott, mely alatt 16 befecskendezést kapott és midőn az ezt követő délvideki utazásából visszatért, a metastasosoknak minden nyoma eltűnt már, a nyelv egy simán, bőrrel befedett defectustól eltekintve, teljesen visszanyerte rendes alakját.

Egy gégerákban szenvedő betegnél, hol már hetek óta úgyszólván minden tápfelvétel lehetetlen volt és a hol már légesömettsézt is végeztek, a befecskendezések hasonló nagyszerű eredményre vezettek, nemkülönben egy oesophagus-, egy gyomor- és egy mamma-rák esetében. (*Berl. klin. Woch.* 1902. 24. szám.) *Tóvölgyi Elemér dr.*

Lymphangioma cavernosum a hangszálagon. *Fein* egy hónapok óta rekedtségben szenvedő 28 éves egyénnél a jobboldali, egyébként egészséges kinézésű hangszálagon egy sárgás, áttetsző, sima felszíni daganatot talált, a mely a hangszálag elülső-alsó részéről kiindulva és hátrafelé megvékonyodva a hangszálag felső felületére reá kanyarodott. Puha consistenciával bírt, orsóalakkal és körülbelül egy gyufa vastagságával. A daganat eltávolítása igen csekély vérzéssel járt és már a második napon a dag helyén alig volt látható egy kis pirosság. A daganat tág lymphatikus üregekből állott, a melyek között kötszövet vonult végig, vékony hidaecskákban. A diagnózisra fontossággal bír a tumor puhasága, a belőle kiömlő tiszta vagy fehér, tejszerű váladék (kisebb daganatoknál, mint a jelenleginél is, váladék nem volt észlelhető), vérzés hiánya és a műtét utáni feltűnően gyors restitutio. E tumorfaj valószínűleg gyakrabban előfordul, mint az irodalomban közölt csekély számú esetek bizonyítanak, és ennek az oka, hogy nem végeznek minden esetben szövettani vizsgálatot. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. 28. szám.) *Tóvölgyi Elemér dr.*

A Highmor-üreg genyedeiséről tartott előadást *Sturmann* a berlini gége-egyesületben. A már számtalanszor megvitattott és közismert

dolgokon kívül csupán a következők érdemelnek némi figyelmet. Szerző Jansen radicalis eljárását helyteleníti, miután a legtöbb esetben kiméletesebb módon, nevezetesen a Cooper-eljárással idült empyemák meggyógyíthatók, csak ha ez eljárás mellett a baj négy-hat hét alatt nem javul, kísérsük meg az energikusabb methodusokat. A gyógyulás gyorsaságára a váladék minősége (nyákos vagy geyses) befolyással nincsen, ezzel ellentétben a fennállás idősebb volta, az orrelváltozások, az üreg magasága és a többi melléküreg betegségei a prognosist rontják. Az influenza következtében előállott empyemákat meleg borogatások, izzasztó fürdők és a jodkali nagy dosisaival, olykor cocain spray segítségével, a legtöbb esetben meggyógyította. Az idült empyemáknak több mint kétharmad esetében célt ért a kiméletes eljárással (Cooper-féle methodus) és az eseteknek csupán egy harmadában volt szüksége a széles felvételre. A kimosást a konyhasó physiologikus oldatával végezi és a váladék teljes eltávolítása után harmincz-ötven gramm chlorzinket vagy egy negyed perczentes lapist fecskendez be lassan az üregbe. (Berl. klin. Woch. 1902. 29. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Gonorrhoea gyógyítására az *itrolt* (ezitromsavas ezüst) Werler használta először, még pedig jó eredménnyel. A itrol ugyanis erős öltő hatást gyakorol a gonococcusokra, izgató hatástól mentes és erősen hat a mélybe is, a nélkül, hogy a szöveteket sértené. Újabban *Karwowski* használta, úgy acut, mint subacut és idült esetekben, részint Janet-féle öblítések, részint egyszerű fecskendezések alakjában; eredményeivel nagyon meg van elégedve. A Janet-féle öblítésekhez 0.15 : 1000, egyszerű fecskendezésekhez pedig 0.03 : 200 oldatot használ. Az itrolt csak 1 : 3800 arányban oldódván vízben, arány esetekben, a mikor töményebben óhajtnak használni, kenőcs alakban rendelkezhetjük, a kenőcsöt azután a Tomassoli-féle fecskendővel visszük a húgyesőbe. (Medicinische Woche, 1902. 19. és 20. szám.)

Helyi érzéstelenítésre *Spindler* az *acoin*t (Heyden) ajánlja, mint a mélynek hatása sokkal tartósabb a cocain, tropacocain és eucain hatásánál, és utófájások sem jelentkeznek használata után. A következő oldattal: Rp. Acoini 0.1—0.2, Natrii chlorati 0.8, Aquea destill. 100.0 — olyan műtétek, melyek 15 percenél hosszabb időt vesznek igénybe, fájdalomtalanul elvégezhetők. 1—2 km. 1%-os acoin-oldatnak a foghúsból fecskendezésével a foghúzás csaknem teljesen fájdalomtalanul tehető. A trachomás folliculusoknak Knapp-féle csipővel kinyomását megelőzőleg szintén jó eredménnyel használható $\frac{1}{2}$ —1%-os acoin-oldat a szemhéji conjunctivába fecskendezve, mi által az eljárás fájdalomtalanul válik. (Wratschebnaja Gazeta, 1902. 14. szám.)

Meningitis tuberculosa gyógyult esetét ismerteti *Thomalla*. A kezelés eleinte jódkali, majd creosot adagolásából állt; utóbbit — dacára hogy naponként 45 grammot vett be a 20 éves férfibeteg 9 hónapig áttapsula alakban — jól tűrte, a mit szerző annak tulajdonít, hogy egyidejűleg extractum chinai Nanning-ot is használt, naponként 3-szor 15 cseppet az étkezés előtt; a creosotot az étkezés után vette be a beteg. A kórisme helyességéhez kétség nem fér, mert a choroideán Michel tanár vizsgálata szerint két kis tuberculum volt, a melyek 3 hónap múlva festenyzettség visszahagyásával eltűntek. (Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 24. szám.)

Az alboferint, ezen fehérje-vas-phosphor összeköttötést *Vessey* nagyon jó eredménnyel használta másodlagos syphilis okozta anaemiák esetében, főleg azon makacs esetekben, melyek bőlzavarokkal és neurastheniás állapotokkal vannak szövődve. Kiemeli, hogy a betegek mindig szívesen vették, mert már egymagában véve sem kellemetlen ízű, tejes cacao-ban bevéve pedig éppen kifogástalan; nagyon jó ízűek az alboferin-chocolate-tabletták is, melyekben az alboferin a chocolateval bensőleg össze van keverve. (Aerztliche Centralzeitung, 1902. 15. és 16. szám.)

A tannalbinról (Knoll) nagyon dicsérőleg nyilatkozik *Hallett W. Thompson* azon eredményei alapján, melyeket gyermekek enterocolitisénél ezen szerrel elért. Hasonló véleményen van *V. H. Kahrs* is, felemlítve néhány esetet, melyekben a hasmenés 24—48 óra alatt megszűnt, noha az illető esetek más jónévű szerekkel heteken át daczoltak. (Merck's Archives, 1092 junius.)

A bromipinre vonatkozó irodalmi adatok, valamint saját tapasztalatai alapján *Banche* az alábbi következtetések vonására érzi magát feljogosítottnak. A bromsókkal szemben a bromnipin vagy előnye, hogy az emésztőszerveket nem támadja meg eruptiókat a bőrön nem okoz. Használata ajánlható epilepsia mindazon eseteiben, a melyekben a fellépett bromismus miatt a bromsók tovább nem használhatók; továbbá epilepsia könnyű és középsúlyos, valamint friss eseteiben, nemkülönben az idegbetegségek és a neurasthenia okozta ideges zavarok ellen, a mikor is a többi bromkészítményhez hasonlóan kitűnő szolgálatokat tehet. A 10%-os bromipint a legtöbb beteg könnyen veszi be, az olajjal leplezésére kevés ol. menth. pip. adható hozzá vagy tejsz. nyújtható. Ha a szájon át bármi okból nem volna használható, a rectalis vagy subcutan injectio jöhet alkalmazásba. Ha nagy adagok használata van javulva, akkor a 33 $\frac{1}{3}$ %-os bromipin rendelhető capsulákban avagy rectalis alkalmazásban. (Psych.-neurolog. Wochenschrift, 4. kötet, 5. szám.)

A collargolt (argentum colloidalé Credé) *Müller* eddig 30 esetben erysipelas, meningitis cerebrospinalis epidemica, perimetritis, mastitis, (súlyos makacs lymphangitis, phlegmone, heveny ízületi csúz, pleuritis exsudativa, appendicitis, peritonitis) használta feltűnő jó eredménnyel. 10%-os oldatból felnőtteknek 5, gyermekeknek 2.5—4 grammot fecskendez egy felületet karvisszérbe, s a befeckendezést esetleg több napon át

ismétli. Eltekintve a befeckendezés után 1—4 óra múlva csaknem rendszeren beálló hidegrázástól, más kellemetlen melléktünetet nem észlelt. Szerző külön kiemeli, hogy éves pleuraempyema miatt végzett bordaresectio után is két esetben használta a collargolt inravenosus befeckendezését; a bűzősség nagyon gyorsan megszűnt s a gyógyulás a szokottnál hamarabb következett be. Septikus tüdővész két esetben szintén jó hatását tapasztalta, a mennyiben a láz és az éjjeli izzadás megszűnt, az étvágy ja vult, a testsúly emelkedett. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 11. szám.)

A gonorrhoea kezelésében a *trionalt* jó eredménnyel használja *Zeissl*, a mint azt nemrég megjelent monographiájában írja, még pedig a fájdalom merevedések ellen; 2—3 estén egymásután, majd 2, azután 3 napos időközökben ad 1—1 grammot, úgy hogy 4—5 trional-adaggal a gonorrhoea heveny szakának ezen kellemetlen tünete ellen nagyon eredményesen küzdhetünk. Ugyanő a *protargolt* is dicséri, valamint a *Marschalkó* tanár által szerkesztett „phallosok” nevű készüléket is ajánlja mint prophylacticumot.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 35. szám. *Jancsó Miklós*: Néhány érdekes köresetről. *Frommer Ignác*: Primaer gümőkóros gyomorfekély.

Orvosok lapja, 1902. 35. szám. *Fejér Gyula*: Szemizom-sérülések. *Plesch János*: A tüdővész gyógyszeres és tüneti kezelése.

Magyar orvosok lapja, 1902. 35. szám. *Weinberger Miksa*: A hydrotherapia szerepe a légzőszervek betegségeinek gyógyításában. *Waldmann Fülöp*: Az orrvérzés csillapítása és kezelése.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 35. szám. *Cumpelik*: Adat a delirium tremens tünettanához. *Arlt*: A trachomakezelés réz- és ezüstteitratokkal. *Maizner*: A májcirrhosis haemorrhagiás alakja. *Hrach*: A tüdők lobos megbetegedései 1900—1901-ben és kezeléseik. *Schramm*: A heveny feregnyújtványlob kezelése. *Falta*: Az irisleséses gyógyítása szemblennorrhoeánál.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 35. szám. *Elschnig*: A szemgolyó mozgató izmai hatásmódjának diagramja. *Harmer*: Oesophagoskopia. *Haberer*: Carcinoma utáni késői recidiva ritka esete.

Wiener medizinische Presse, 1902. 35. szám. *Biedl*: A láz lényege és kezelése. *Heller*: A leukaemia ritka szövödménye.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 35. szám. *Nissl*: Pangástünetek az arcviasszerek területén paralysis progressiva eseteiben. *Morgenroth és Sachs*: Quantitativ vonatkozások az amboceptor, complement és anticomplement között. *Zeller*: Adat az epeutak sebészetéhez. *Strauss*: A gyomorbélhuzam viszonya az anaemia perniciosához. *Mircoli és Soleri*: A gümőkórosak anyageseréje.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 35. szám. *Baisch*: A Tavel-féle konyhasó-injectiók veszélyessége. *Weichardt*: Kísérletes vizsgálatok az eclamsiát illetőleg. *Blumenthal*: Typhus beltünetek nélkül. *Neumann*: Barlow-kór. *Fischer*: Idegen test a szív falzatában és a gerincoszlop cariese. *Marek*: A légzés zörejek keletkezés módja. *Zangemeister és Wagner*: Terhesek, szülők és gyermekágyasok leukocytáinak száma. *Citron*: A hydrops mechanikai kezeléséhez.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 16. szám. *Bernhard*: Többszörös penetráló szúrt sebek a hason; az átmetszett lép kiirtása. *Kesselbach*: Tracheotomizált diphtheriások descendáló croupjának kezelése aspiratioval. *Paravicini*: A hemiplegiás kerékpáron.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 35. szám. *Braun*: Vándorló szív.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 13. kötet, 8. füzet. *Hassler*: A cavum Retzii sejtszövetének idiopathiás lobja. *Goldberg*: A katheter-sterilizálás.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 61. kötet, 2. és 3. füzet. *Neumann*: Keratosis universalis congenita. *Juliusberg*: A bőr colloïd degeneratioja. *Bosellini*: A bőr glycogen-tartalma bőrbajokban. *Nobl*: A venereás Bartholinitis histopathológiája. *Herxheimer és Hartmann*: Acrodermatitis chronica atrophicans. *Weidenfeld*: A égés okozta halál. *Düring*: Tanulmányok az endemiás és hereditaer syphilisre vonatkozólag.

Virchow's Archiv, 169. kötet, 2. füzet. *Hochheim*: Adat a pneumomycosis aspergillina casuistikájához. *Schickele*: A női adnexumok cystáinak eredése. *Wlassow*: A „sarcome angioplastique” patho- és histogenesise. *Ivanoff*: A méh rugalmas szövete a terhesség alatt. *Keigi Sawada*: A tüdő rugalmas szövetének elpusztulása és újraképződése különböző betegségeken. *Tsutomu Inouye*: A rugalmas szövet magatartása gyomorráknál. *Tedeschi*: Szürke agyállomány heterotópiája egy epilepsziás idiotában. *Wolff*: A degeneratios jelek tanának physiologiai alapja. *Croftan*: Vegyi módszer a hypernephromok megkülönböztetésére más vesedaganatoktól.

Zeitschrift für Heilkunde, 1902. 7. füzet. *Fuchs*: Tertiaer laesiok agydaganatnál. *Kluge*: Hydranencephalia. *Hartmann*: A mozgászavarok kórtana pseudobulbaerparalysisen.

Ziegler's Beiträge, 32. kötet, 2. füzet. *Katsurada*: Glycogen előfordulása kóros viszonyok között. *Katsurada*: Az agycapillarisok endothelének nagyfokú festenyzettsége kiterjedt melanosarcomatosis esetében. *Kischensky*: A zsírfelszívódás a bélben és a zsír továbbtele más szervekbe. *Spuler*: A chondromák finomabb szerkezete. *Fukuhara*

A vér morphologiai elváltozásai haemolysisnél. *Saxer*: Ependymepithel, gliomák és a központi idegrendszer epitheldaganatai.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 36. kötet, 1. füzet. *Hitzig*: Régi és új vizsgálatok az agyról. *Zingerle*: Az agy felület-növése körülírt zavarának esete. *Probst*: Pachymeningitis cervicalis hypertrophica és pachymeningitis interna haemorrhagica idült előrehaladó ifjúkori elbutulási folyamatokban. *Neisser*: Adat a periodikus psychosik aetiologiájához. *Cassirer*: Metastasisos tályogok a központi idegrendszerben. *Bartels*: Encephalo-myelo-meningitis diffusa haemorrhagica endoplebitises burjánzásokkal. *Henneberg* és *Koch*: Centralis neurofibromatosis és acusticus-neuromák.

Archiv für klinische Chirurgie, 68. kötet, 1. füzet. *Goldner*: 800 gyökeres sérvműtét Bassini szerint. *Thiem*: Agydaganat műtét esete. *Franke*: Vércysták a koponyán és kezelésük. *Karwieski*: Appendicitis okozta diffus adhaesiv peritonitis. *Hochenegg*: Rákos vastagbél-daganatok műteti kezelése. *Meringas*: Izületi bajok haemophilában. *Anschütz*: Az ileus lefolyása bélcarcinomában és a coecum localis meteorismusa mélyen ülő vastagbélzáródásban. *Lessing*: Szövődmény nélküli intra- és paracuticularis törések korai sebészi kezelése. *Lexer*: A végbél myomái. *Muscatello*: Cephalocle ritka esete és a postoperatív hydrocephalia. *Muscatello*: A spina bifida diagnosisa. *Bähr*: A czombcsont mint statikai problema. *Holländer*: A rhinoplastika methodikájához.

La semaine médicale, 1902. 35. szám. *Jaquet*: Az anyagcsere fertőző betegségeiben.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 35. szám. *Ensch* és *Polus*: A fogak vizsgálása iskolákban. *Lorand*: A diabetes ésszerű kezelése.

The lancet, 1902. II. 8. szám. *J. Barr*: Banti-kór három esete. *A. E. Sansom*: Gyermekkori szivbajok. *R. Caton*: Az okok, melyek rheumás endocarditisben megakadályozzák a normális billentyűműködés helyreállítását. *J. Lynn Thomas*: A lágyéksérv műtéve Kocher-Bassini szerint. *A. E. Barker*: A gyomor idült, nem rosszindulatú betegségeinek műtéve. *T. Kennedy Dalziel*: Nem rosszindulatú gyomorhaj miatt végzett gastroenterostomia 30 esete. *A. H. Buck*: Műtét utáni haematemesis esete. *E. Stanmore Bishop*: A bélegyestés módszerei. *E. Donaldson*: Reflex fulmozgás. *W. H. Brown*: A felkarcsont fejecskének dislocatioja a hónaljba. *Franklin Cox*: Szokatlan felső állcsonttörés. *A. W. Prichard*: Pylorocomia esete. *R. Odell*: Meningomyelocele műtét és gyógyult esete.

British medical journal, 1902. augusztus 30. *C. N. Longridge*: A szénhidrátok subcutan használata. *W. K. Stoddart*: Vaccinia másodszori kitérése. *H. Leslie Jones*: A bursa patellae haemorrhagiája. *A. D. Humphry*: Chinin subcutan injectioja maláriában. *L. Lovell-Keays*: Sósavmérgezés két esete. *A. E. Ash*: Az epehólyag typhusos fekélyesedése.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. szeptember 5.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 33. hetében (1902. augusztus 17-dikától augusztus 23-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 407 gyermek, elhalt 226 egyén, a születések tehát 145-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 27.6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.7, az egy éven felüli lakosságnál: 12.8 az öt éven felüli lakosságnál: 11.3 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 2, pertussis 4, morbilli 0, scarlatina 0, variola 0, varicella 1, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 1, meningitis 7, apoplexia 4, eclampsia 3, szervi szivbaj 14, pneumonia 11, pleuritis 2, pneum. catarrh. 2, bronchitis 6, tuberculosis pulmonum 43, enteritis 56, carcinoma 14, ezek közül méhrák 4, egyéb újkepletek 5, morbus Brightii és nephritis 7, veleszületett gyengeség 12, paedatrophia 2, marasmus senilis 13, erőszakos halálet 9, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 2, bal eset 7, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2711 beteg, szaporodás e héten 838, csökkenés 844, maradt e hét végén 2705 beteg. B) Heveny ragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1902. évi augusztus 20-dikától augusztus 26-dikéig terjedő 33. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 14 (18), diphtheria, croup 22 (21) hagymáz (typhus) 9 (3), kanyaró (morbilli) 23 (34), trachoma 7 (7), vérhas (dysenteria) 0 (2), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 6 (10), orbáncz (erysipelas) 20 (18), gyermekági láz (febr. puerp.) 1, (0) járv. fültömrigylob 0 (6), ezenfelül varicella 10 (11).

⊕ A budapesti egyetem rector magnificusává a f. hó 1-jén tartott másodszori választó ülésen az 1902/3. tanévre *Kéty Károly* tanárt választották meg.

— Az országos orvosszövetség ez évi congressusát *Uj-Tátrafűreden* tartja f. hó 7-dikén. A szokott adminisztratív bejelentéseken kívül következő főbb tárgyak vannak észmeccserére kitéve: A közegészségügyi szolgálat államosítása. A vagyonos betegek kórházi ápolása. Az életbiztosító társaságok részére kiadandó házi orvosi és post mortem bizonyítványok. Indítvány a nyugalomdíj- és segélyintézmény tárgyában. Indít-

vány az országos orvosi betegsegélyző egyesület alakítása tárgyában. A congressuson megjelenésre szép számban vannak kartársaink előjegyezve.

○ Okleveleiket bemutatták a tiszti főorvosi hivatalnál július hóban: *Pető János Jakab* dr., *Hermann Emil* dr. egyetemes orvosdoktorok és 14 szülésznő.

⊙ A sebészek nemzetközi társulatának létesítését tervezi a belga sebészek társasága, mely f. hó 8—11-dikéig tartja évi congressusát Brüsszelben. E congressusra meg vannak hívva a különböző országok sebészei. Tőlünk — mint értesülünk — *Dollinger* tanár fog résztvenni e congressuson.

< Az orvosi electricitás és radiologia internationalis congressusát f. hó 1—6-dikéig tartották Berubben mintegy 100 tag részvétele mellett.

⊗ Az orvosnövendékek száma az osztrák egyetemeken az elmúlt tanév II. felében következőleg oszlott meg: Bécs: 1278, Innsbruck: 194, Grác: 248, Prága, a német egyetemen 231, a cseh egyetemen 290, Lemberg: 90, Krakó: 133.

⊕ Kérelem. Felkérjük azon kartársainkat, a kik 1897-ben nyertek abszolutoriumot és velünk együtt arra kötelezték magukat, hogy öt év múlva, azaz 1902. szeptember 21-dikén este 8 órakor a fővárosi vígadó földszinti éttermében találkozzunk, sziveskedjenek velünk ezimeiket közölni és értésinkre adni, vajjon résztvehetnek-e a találkozón? *Schulhof Vilmos* dr. Budapest, szt. Lukács-fürdő, Löwenstein Sándor dr. Budapest, VI., Lehel-utca 8.

⊙ Fürdőink személyforgalma. Szt. Lukács-fürdő: augusztus 31. 890; *Korytnicza*, augusztus 24. 1538; *Előpatak*, augusztus 31. 1403; *Tátrafüred*, szeptember 1. 2492; *Uj-Tátrafüred*, augusztus 27. 1411; *Tátra-Lomnicz*, augusztus 24. 686; *Stódsz*, augusztus 22. 471; Szt. *Margitsziget*, szeptember 2. 834; *Tátra-Lomnicz*, augusztus 27. 719.

< A budapesti poliklinikán augusztus hóban 2473 új beteg 8932 rendelést kapott.

| A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya augusztus hóban 88 esetben nyújtott segélyt. Az esetek évi folyó száma 526.

⊕ A Röntgen-sugarakra vonatkozó újabb haladásokról számolt be *Rosenthal* egy előadásában. Mindenekelőtt kifejtette a Röntgen-sugarak nagy hasznát a diagnostika és orvoslás terén. Annak okát, hogy a Röntgen-sugarak használatát még mindig nem eléggé elterjedt, abban találja, hogy a jó Röntgen-készülékek eddig nagyon drágák voltak és hogy a velük bánás bizonyos fokú gyakorlatot kívánt. Ezen hiányokon most már segítve van, a mennyiben a „Voltohm Electricitäts-Gesellschaft, Frankfurt a. M.“ újabban olyan készülékeket állít elő, melyek elég olcsók, kis szekrény alakjában könnyen szállíthatók és kezeléseik is nagyon egyszerű; ezen előnyök mellett még nagyon szép, tiszta képeket is adnak. Előadó ezután a *moment-felvételek*ről emlékezik meg, melyeket *Rieder* tanárral együtt ő készített először; a míg előbb az exponálás 20 percet vett igénybe, az új eljárással nem egészen 1 másodperc alatt kaphatni az előbbieknél sokkal jobb képet. Az Angerer tanárral együtt szerkesztett *punktograph* egy kis készülék, melylyel a testbe jutott idegen testek pontos helyzete nagyon könnyen meghatározható. A *Moritz* tanárral együtt szerkesztett *orthodiagraph* pedig arra szolgál, hogy a sziv alakját és helyzetét pontosan meghatározhassuk. Végül előadó még megemlékezik a Röntgen-sugaraknak chemiai és technikai czélokra alkalmazhatóságáról is és e tekintetben felemlítésre méltó, hogy a tápszerhamisítások felismerésére nézve is már biztató kísérletek végeztek.

± Megjelent. *Magyarország elmebeteggyógye* az 1901. évben. Közzé teszi a m. kir. belügyministerium. 1902. Ismertetni fogjuk. — Report of the Minister of agriculture for the Dominion of Canada 1901. Ottava. 1902. — *Adami*: Report on observations made upon the cattle. Ottava.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapestben.

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

KRONDORFI A LEGJOBB
NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (III. rendes ülés 1902. márczius 20-dikán.) 589. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1902. január havi szakülés.) 590. l.

A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

III. rendes ülés 1902. márczius 20-dikán.

Elnök: Navratil Imre; titkár: Zwillinger Hugó.

Elnök elrendeli a tagválasztást. Tóvölgyi Elemér dr. rendes tagnak megválasztatik.

Gégeszűkület öngyilkossági szándékból történt gégemetszés után.

Navratil Imre: 30 éves férfi 1892. október 14-dikén átmetszette a torkát. Öt hónapon át tartó eredménytelen kezelés után a gége tátongó sebével jelentkezett; át voltak metszve a pajzsporcok közvetlenül a bal hangszálag felett és jobboldalt fél centimetryire a hangszálag alatt, a seb szélein lepedékes sarjadzás; bő nyákelválasztás. Október 13-dikán mély légesömetszés, a sebűr desiniciáltatott, a sarjak eltávolítottak; tamponálás steril gaze-zel. 40 nap múlva a gége sebé záródott, beteg hazabocsátatik. 1894. október 1-jén beteg újból jelentkezik, betömött canule mellett bátran légzik; a canule eltávolítottatik.

A lelet a következő: bal gyűrűkanna-izület merev, a jobb működése korlátozott, hangrés $3\frac{1}{2}$ mm. tág, bal hangszálag vörös köteg alakjában tűnik elő, a jobb alhangszálag kerek dudor alakjában nyúlik be a gégeürbe, elfüdvé a valódi hangszálagot. A pajzsporcok tájéka a pomum Adami alatt tallérnyi kiterjedésben hegesen besüppedt. A besüppedésnek megfelelőleg belülről a hangszálagok alatt egy félhold alakú fehéres heges hártya látható, mely szűkíti a gégerést. A hang elég jól érthető. Beteg hét év és öt hónapig jól érezte magát, mint földmives munkáját zavartalanul végezte. 1902. márczius elején nehezéni érezvén légzését, ugyanazon hó 12-dikén felkereste az osztályt. A gégefödő alatti táj és a gége mellső fala belövelt, duzzadt, jórészen elfedi a hangrészt, nehézzé, zörejjessé tevén a légzést. Lobellenes kezelés. Két nap alatt visszafelődik a lobos beszűrődés, a hangrés elég tág (4 mm.), úgy hogy az előbbi $7\frac{1}{2}$ év előtti állapottal szemben javulás constáltható.

Légeszűkület előrement szegycsontszű után.

Navratil Imre: 24 éves utazaseprő. Három év előtt szegycsontja megdagadt, de fájdalmakat nem okozott. A daganat másutt megnyitottatik, a mikor abból véres geny ürült; többszöri kaparrással csontrészeket távolítottak el. Jelenleg a szegycsont markolatának; megfelelőleg mintegy 8 cm. hosszú, 4 cm. széles, ovalis, a mellkasfal niveauja alá $1\frac{1}{2}$ cm. nyire besüppedő, igen szívós, tömött s feszes heg látható és tapintható. Alsó nyulványa a szegycsont testére terjed, itt azonban csontos alappal bír, míg a szegycsont markolatának megfelelőleg a csont egészen hiányzik. A heg felső részében a két kulescsont sternalis része a középvonal felé van le- és behúzva, úgy hogy közöttük az incisura jugularis csak keskeny rész képviseli; a tapintás fájdalmas. A gégeben s alsó ürében semmi rendellenesség, a légeső látható részéig semmi elváltozás. Mellkasi szervekben semmi eltérés. Röntgen-lelet, eltekintve a fent említett csontelváltozásoktól, negatív. Nehéz légzés, sőt fuldoklási rohamok jelentkeznek minden erősebb testmozgásnál; belézés zörejes, kilézés nehezített; beteg expectorálni nem képes.

Bemutató a légeső alsó harmadának stenosisát véli jelezhetni a jelen esetben s azt oki összefüggésbe hozza a szegycsont markolatának előrement szuvasodása következtében beállott hegesedéssel; az eset mint ilyen unicum, mellette szól a feltevésnek az, hogy a betegnek légeszűkület tünetei azóta állanak fenn, a mióta a szegycsont markolatának szuvasodása, illetőleg hegesedése beállott; fokozódik az a heg folyton növekvő összehúzódásával, rigiditásával és besüppedésével. Fokozódó fuldoklás esetében mély légesömetszést végezne bemutató s vékonyabb König-féle vagy ruganyos angol kathetert alkalmazna a légeső alsó részébe.

Az orr és a bal Highmor-üreg carcinomája.

Navratil Imre: 53 éves földmives. Állítólag három hó előtt orra eldugult, majd a bal arcfél megdagadt. A kórházban, a hová baja végett ment, a daganatot felvágták, azóta (1 $\frac{1}{2}$ hó) a képezett nyíláson, mely lepedékes sarjakkal fedett, sárgás, véres savó szivárog.

E nyíláson át bevezetett sonda a Highmor-ürbe hatol és ott puha vérzékeny szövetet tapint. A bal orrfél daganattal van kitöltve, mely egy kisebb és egy nagyobb esomóból látszik lenni; színe halvány vereses, tapintásra lágy, főtt hússzerű. Rhinoscopia posteriorral a daganatnak hasonló mását constatálhatni a garatürben, a mely azt teljesen kitölti. Újjal való vizsgálat a fornixot szabadnak találta. Próbaexcisiót végezve, a vizsgálat carcin. epithel.-t jelzett.

Bemutató a betegnél a rákos daganatnak teljes eltávolítása céljából felső álkapocresectiot fog végezni, az osztályán szokásos praeventiv tracheotomia előrebocsátása és a carotis externa előzetes leköttése után.

A műtétről és annak lefolyásáról a következő ülésben referálni fog.

Perichondritis septi narium idiopathica acuta operált esete.

Zwillinger Hugó: Azon körkép, melyet ezen 32 éves asztalos-segédén bemutat, nem tartozik ugyan, mint azt Lange Viktor össze-

állításából tudjuk, a nagy ritkaságok közé, a megfigyelt és leirt esetek azonban mégsem számosak. A perichondritis septi nar. acuta idiopathica elnevezést azért használja, mivel a Wroblewski által ajánlott, bár rövidebb, abscessus septi elnevezés nem eléggé praecisnek látszik. Ezen beteg négy év előtt rheumatismus articularisban szenvedett, s most vitium cordis-a van. Három hét óta fáj, ha nem is túlnagy mérvben az orra s azt tapasztalta, hogy bal fele lassan eldugul, úgy hogy jelentkezéskor a bal orron levegőt venni nem bír. Trauma absolut biztonság-gal kizárható, luetikus antecedentiákat tagad, tüdőök épek. Betekintésnél a bal orrfél a sövényből kiinduló előtüremkedés által eldugultnak talál-tatik, mely rendes színű nyálkahártya által fedett, kutaszszal való vizsgálatnál kitűnik, hogy puha, elasztikus, behorpasztható, mint tályog könnyen felismerhető. A legconvebb helyen bemetszést tettek, mire nagyobb mennyiségű geny ürül, mely semmi rendellenességet nem mutat. A sondázás által meggyőződhetni, hogy a folyamat a cartilago quadrangul-rist illeti, mely puha tapintatú (a folyamat recens volt) s a jobb oldal felé könnyen hajlítható, a jobb oldalon csekély előtüremkedés, a nyálkahártya rendes. Ezen esetben nem kanalazza ki az üreget, gaze-csikot nem vezet be, leghelyesebbnek tartja az elegendő megnyitást, a seb nyitvatartását bizonyos időn keresztül és tamponálást. Ezen folya-mat aetiologice még homályos (streptococcusok bevándorlása) s azon esetek, melyekben pontos aetiologikus adatok rendelkezésre nem állanak, idiopathikusoknak fognak ezentúl is elnevezetni, czélszerű őket azon-ban a secundaer módon keletkezettektől egészen elkülöníteni.

Donogány: Az eset elég ritka, meg vagyunk szokva, hogy ren-desen trauma után látunk ilyen eseteket. Kifogásolja az „idiopathica” jelzőt, mert bizonyára fertőzés történt itt is, csak ismeretlen okból.

Zwillinger: Épen azért, mert az ok ismeretlen, használta ez el-nevezést, mely mindig használatos, ha valamely bántalom közvetlen okát nem ismerjük.

Kocsányos daganat a jobb tonsillán.

Lipscher Sándor: A tonsillából kiinduló jóindulatú daganatok ritkán okoznak nehézségeket, legfeljebb ha igen nagyra nőnek, vagy ha tetejük valami inger következtében kifeléelyesedik, mint az jelen esetben is látható.

22 éves, hajadon cselédről van szó, ki f. hó 13-án torokfájás miatt vétette fel magát a szt. István-kórházban Korányi tanár osztályára, kinek e helyen is köszönetet mond az érdekes eset átengedéseért.

A beteg azt állítja, hogy egy hét óta fáj a torka, valami akadályozza nyelvését. Betekintve feltűnik, hogy a jobb garatívek közt, a mandolából egy daganat indul ki, mely a mélybe lóg és nyelési moz-dulatnál a nyelv fölé emelkedik és a garatot kitölti. A daganat kis tyútktojásnyi, felülete sima, rózsás színű nyálkahártyával fedett és már rátekintve solid daganatnak látszik. A legkülső szélén fillérnyi helyen felületesen arrodált, lob tüneteit nem mutatja, fájdalomtalan. Tapintásra elég kemény, jól körüljárható és kocsányon ül a jobb mandola helyén. Mint már említette, ilyen daganatok ritkán okoznak a betegnek feltűnőbb nehézségeket, ez esetben azonban hanyattfekvéskor a betegnél nehéz lézés lép fel, mert a daganat a gége-re ráfekszik, azonkívül a nyelésnél is akadályozza.

Minden valószínűséggel fibromával van dolgunk, biztosat természetesen csak a mikroskopi vizsgálat fog kideríteni.

A therapia a daganat kimetszéséből fog állani, még pedig olló és csipesz segítségével. A kacsával való eltávolítástól óva int Mikulicz, bármennyire biztató, mert ezen daganatok kocsánya igen kemény szokott lenni.

Irsai: Tonsilla pendula fenforgását tartja lehetségesnek.

Tuberculoma nasi operált esete.

Fischer Aladár: Beteget Navratil tanár megbizásából operálta. Miután a tumor az orrban meglehetősen elől foglalt helyet és körül-járható volt: tekintettel annak természetére is elégségesnek látszott az orrnak a középvonalban való felhasítása, mint a legkiméletesebb, legkevésbé beható eljárás, melynek cosmeticus eredménye is igen jó. Betegnél tehát a középvonalban felhasította az orrot, mikor kiderült, hogy a tuberculoma a jobb orrfélből indult ki, a sövényt áttörte és így nőtt a bal félbe is. Minden oldalról szabad és egy a jobb felső kagyló elülső részén levő kocsányból indul ki. A tumor eltávolítása éles kanál-lal könnyen sikerült. Azután az orrhát sebé pontosan egyesítettett és az orrüreg szorosán kitamponáltatott. A seblefolyás zavartalan volt.

Pollatschek: Helyesnek tartja Fischer eljárását, mert a Partsch-féle műtét nagy risicóval jár. Löwe Berlinben eltávolítja a két fossa canina közé eső bőrt és így teszi szabadabbá az orrüreget. Az eredmény cosmetical tekintetben szép, de ha ilyen eredményt is tudunk elérni, mint a bemutatott, felesleges.

Baumgarten: Kívánatosnak tartja a készítményben a tbc.-bacillus kimutatását, mert így felette ritka volna az eset. Sokan a lupust a tuberculosissal összehányják. A míg a bacillust ki nem mutatják, lupus, ha az kimutatható, akkor tbc. Az infectio 95%, kívülről vitetik be a fertőzés az orrba.

Donogány: Kereste a bacillusokat, oltásokat is végzett, de eredménytelenül.

Zwillinger: A bakteriologiai vizsgálat eredményén kívül a histologiai lelet sem szól tuberculoma mellett, a klinikai symptomák, vérzés, gyors kiújulás, az orrsövény áttörése sem. A bacillus lelete volna a döntő.

Donogány: A legnagyobb ritkaság ezen tuberculomákban a bacillus kimutathatósága, mi neki más esetekben azonban sikerült. Pathohistologusok, kiknek készítményeit bemutatta, egyhangúlag tuberculomának tartották, bár igaz, hogy fontos volna a bacillus kimutatása.

Pollatschek szerint a készítmény tipikus képe a tuberculomának, még ha a bacillus ki nem mutatható is.

Mohr: A górcsói készítmény mellett az általános klinikai tünetek fontosságát hangsúlyozta és azok egybehangzását a górcsói lelettel.

Zwillinger: Ujból kiemeli, hogy sem a górcsói lelet, sem a klinikai tünetek nem karakterisztikusak.

Donogány: A tüdőben tuberculosis van, az arczon lupus, az orrbeli daganat tuberculosus eredetében tehát kétkedni nem lehet.

Garatgümösödés esete.

Lénárt Zoltán mutatta be az esetet. Hozzászóltak:

Baumgarten: Mult évben, mikor egy nagy retropharyngealis tályogot bemutatott, kiemelte azt, mily ritkaság az felnőtteknél, még ritkább a februári ülésben bemutatott subpharyngealis abscessus; esigolyabántalommal, máskor mirigyelgyenedéssel függ össze, néha gyorsan gyógyul, máskor többszörös beavatkozást igényel.

Zwillinger: Hajlandó a bemutató magyarázatát elfogadni, ki azonban nézete szerint nem elegendő módon emelte ki, hogy a csont részéről nem forog-e fenn megbetegedés.

Lénárt: A csont részéről nem volt klinikai tünet, subjective is jól érezte magát a beteg.

Irsai: Nézete szerint nehéz a döntés; retropharyngealis tályogra gondol, mely előrehaladottabb korban is előfordul. Ha bemutató a gerincoszlop részéről nem is talált elváltozást, ez nem jelenti azt, hogy nem is lehetett ott elváltozás. Az ilyen esetek mindig gyanúsak.

Lénárt: Retropharyngealis abscessus az eset, melynek főérdekesége az, hogy tuberculosissal függ össze. Nem tartja csontszűből eredő hideg tályognak, hanem elgyenedő gümös mirigynek.

Elők az ülést berekeszti.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

1902. január havi szakülés.

(Folyt.)

Vele egy zárkába zárt embernek az egész bűneselekményt részletesen elbeszélte, de fekete embert nem említett, sőt megkérdetve, hogy rábeszéltek-e, nemmel felelt. A midőn kérdezték, hogy társának miért nem említette a fekete embert, kitérőleg válaszolt. Azóta s azelőtt a fekete embert nem látta.

Később azonban már azt mondta, hogy a bűneselekmény elkövetése előtt héttel látta a fekete embert a konyhaajtóban állni. Többszöri kérdezősködésre meg azt mondta, hogy a fekete ember ekkor vállára tette a kezét. A kérdésre, miért nem mondta előbb, hogy már látta a fekete embert, azt felelte, hogy nem jutott eszébe.

Ítélt és következtető művelet nála kissé lassú bár, de ismeret-körének megfelelő.

Vélemény: Vádolt a tett elkövetésekor nem volt sem öntudatlan állapotban, sem elmetelhetősége nem volt megzavarva, de a kifejtendő okoknál fogva cselekménye bűnösségének felismeréséhez szükséges beláti képességgel nem bírt.

Indokolás:

Elődöntendő, hogy a többször látott fekete ember érzékesalódás-e (hallucinatio) vagy nem. Ha nem, mily bizonyítékok hozhatók fel arra nézve, hogy terhelt nem bírt cselekménye bűnösségének felismeréséhez szükséges beláti képességgel.

A mi az első kérdést illeti, az elmekörtan szerint egyes izolált érzékesalódások előfordulhatnak, de ily esetek vizsgálatánál kivétel nélkül egyéb pszichikai elfajulási, kóros momentumok is találhatók, a melyeknek folyamánya az érzékesalódás. Ez kizárja, hogy a fekete alak látása érzékesalódás volna. A fiú idegrendszerében sem a multban, sem a jelenben nem merült fel jelenség, a melyből ideg- vagy elmebajra lehetne következtetni. Alkohol hatása is kizárható, mert nincs bizonyítva, hogy a jelzett napon ivott volna. De ha ivott is szeszest italt, az sok, annyi nem volt, hogy az elmeműködést megzavarhatta volna. A csendőrség előtti vallomásából kivehető, hogy lelki egyensúlya megzavarva nem volt. A mese a fekete emberről ügyetlen védekezés. Vallomásából kivehető, mint lesz a semmiből logikus alak.

A csendőrség előtt megszeppenve tette következményeitől, előbb tagad, azután vallja, hogy a leány elesvén, neki részeit megütötte. Szembesítve a leánynyal, bevallja tettét. Azután mentséget keres. Ekkor csak az a mentsége, hogy megkísérté a közöszülést, de ösztönét nem elégítette ki. Ha érzékesalódás alatt állt volna, mindjárt így vallott volna.

De ő az alakot a járásbírótság előtt alkotta, miután ismételt tagadás után, deus ex machinaként védelmiül felhozta. Az alak kezdetben kétszínű szerepet visz. Először sugdozott a fülébe és biztatta, hogy kövesse el a cselekményt, de a közöszülést nem fejezhette be, mert a fekete ember nem engedte, ütötte, rángatta.

Lassanként megbarátkozott a fekete alakkal. Első vallomására nem emlékezett s később azt állítja, hogy csak rábeszélte, de nem bántotta. Egyideig állhatatosan vallja, hogy csak egyszerűen látta, később az alak iránti érdeklődést látva, vallá, hogy a tett elkövetése előtt egy héttel látta.

Hogy a fekete alak öntudatosan elképzelt alak, bizonyítja, hogy fogolytársának nem említé. A fiú saját hibájának okául mást tüntet fel; előbb — más nem lévén közel — a székre, a szobában elszórt fára, végül egy képzelt alakra fogja.

A ravaszság e neméhez nem kell a műveltségnek nagyobb foka, sőt minél természetesebb, tanulatlanabb lelkű valaki, annál inkább hajlandó ily önalkotta képzeletbeli alakokba kapaszkodni.

S terhelt testileg, szellemileg normálisan fejlett, életkörülményeinek megfelelő értelmiséggel. Szellemi életének azt a részét illetőleg, melyet család, iskola, társadalom van hivatva fejleszteni, ismeretkör, erkölcsi, vallási érzés és fogalmakra nézve eszmeköre szűkebb, mint a hasonkorúaké; fogalomszegénysége, az erkölcsi érzéknek csaknem teljes hiánya, magasabb ethikai s conventionalis fogalmak iránti érzéketlenség életkörülményeinek folyamánya.

A terhelt ezek szerint értelmileg jól fejlett, ismeretköre s erkölcsi világában jelentékenyen vissza maradt gyermek, a kinél fel kell venni, hogy cselekménye bűnösségének felismerésére annak elkövetésekor a szükséges belátással nem bírt.

Előadó e véleményét az igazságügyi orvosi tanács (Moravcsik tanár véleménye) is megerősítette.

Az esethez többen fűztek megjegyzést, így *Konrad Márk*, *Bartha János* és *Edelmann Menyhért*.

5. **Baróthi Ákos. Nagyvárad 1901. december havi népmozgalmi statisztikáját és közegészségügyi viszonyait ismerteti.**

A jelzett időben élve született 118 gyermek, törvénytelen 24.

Az évi születési arányszám 27.8‰, a halálesetek száma 78.

Az évi halálozási arányszám 18.4‰, csak helybelieket számítva, 14.8‰

0—1 éves korig elhalt 12 gyermek (törvénytelen 3), 1—5 éves korig 4.

Vörhenyben megbetegedett 5 egyén (elhalt 1), croup és diphtheritisben 14 (elhalt 2), pertussisban 1, typhusban 8 egyén (elhalt 2).

1902. február havi szakülés.

1. **Révész Vilmos. „Dextrocardia esete jobboldali tüdőzsugorodás folytán“** címmel tart előadást, bemutatván a beteget, a kire előadása vonatkozott.

A beteg 18 éves hajadon, a ki mult évi november hó 25-dikén jelentkezett a Biharmegyei közpórházban. Azt panasolta, hogy köhög, sok vér s köpetet, olykor tiszta vért köp. Két év előtt is feküdt a közpórházban, a midőn tüdőgümőkór ellen kezeltetett s javulva távozott.

Előadta, hogy hat év előtt kanyaróban szenvedett s még a kütég el sem mult, falun szeles hideg időben járt-kelt, erősen meghűlt, sokáig súlyos betegen feküdt. Azóta folyton betegeskedik. Két év óta jobb mellkasfelében, a lapoczká tájon, fájdalmat érez, főképp köhögésnél, gyors járás és nehezebb munka után fulad.

Jelen állapot: Korához képest alacsony termetű, satnyán fejlett. Feltűnő túlpiros arczsine. A jobb mellkasfél a légzési mozgásoknál lényegesen visszamarad, jóval laposabb, mint a bal, ugyanazon oldalon az emlő is satnyább. A második és negyedik borda közt, a bimbóvonalon belől, attól egy em. nyire a szívnek rhythmikus összehúzódása látható és tapintható. Hátral a gerincoszlop mellkasi része mérsékelt scoliosist mutat, a melynek domborulata jobb felé néz. A baloldali tövisfeletti táj erősen előredomborodott. A bal mellkasfél körfogata 38, a jobbé 36 cm.

Baloldalt elől és hátul mindenütt teljes éles nem dobos a kopogtatási hang, kivéve a parasternal vonalban, a harmadik és negyedik borda közt, a hol kissé tompult. A tüdőhatárok ez oldalon lejjebb terjednek. A szegycsont felett teljes éles nem dobos a hang. Jobboldalt mellől a kulcsosont felett tompult, attól lefelé a szegycsont melletti és bimbóvonalban a bordaszélig abszolút tompa. A hónaljvonalban a hatodik bordáig teljes éles, ettől lefelé tompa. Hátral a tövisfeletti tájon tompult, ettől lefelé kissé rövid, magas, teljes és éles kopogtatási hangot nyerünk a rendes határokon túl.

Hátul jobboldalt fenn csaknem hörgi, lefelé éles sejtes a légzés, baloldalt elől és hátul éles sejtes légzés, itt-ott száraz szörtyözrej hallható. Jobboldalt elől a tompa hangot adó terület felett csak a szívhangok hallhatók, légzés nem. Az előbbiekt tiszták, erősek. Baloldalt is hallhatók, de csak gyengén.

Mindezekből a mellkas szerveinek több rendellenessége tűnik ki. Igy: a szív jobbra van áthelyezve s ott a mellkas felső részét foglalja el. A szívűkés legerősebb a II. bordaközben, gyengébb a III. bordaközben, a bimbóvonalon belől. Baloldalt nem tapintható, de a bal szegycsont melletti vonalban, a III. bordaközben a systoleval összeeső kiemelkedés látható. A jobb tövis feletti tájat kivéve a tüdő tágult, emphysemás A gerincoszlop elferdülése is figyelembe veendő s az is, hogy a jobb mellkasfél elől mindenütt tompa kopogtatási hangot ad.

Legfeltűnőbb a szívnek elhelyezése jobbra, ennek oka derítendő ki.

Kizárandók az oly dextrocardiak, melyeknek oka hibás embryonalis elhelyeződés vagy valamely méhen belőli kóros folyamat. A kizárás annál könnyebb, mivel a többi szerv rendes helyén van.

Gyakran észlelhető oly nagyfokú baloldali mellhártyaizsadmány,

hogy az a szívet többé-kevésbé jobbra tolja el, de ritkán történik, hogy a kitolt szív rögzítve maradjon. A jelen esetben kizárható, hogy ez történt volna, mert semmi nyoma sem található a bal mellkasfélben egy lefolyt mellhártyalobosodásnak, csak emphysemás tágulata a bal tüdőnek mutatható ki.

A jobb mellkasfélben kellett valamely kóros folyamatnak lefolynia, a mely a szívek jobbra való elhelyezését eredményezte. A beteg multjából tudjuk, hogy kanyaró után súlyos betegségbe esett. Felvehető, hogy ekkor jobboldalt hörghurutot, bronchopneumoniát vagy hurutos tüdőlobot kapott, a mely végkövetkezményében a felső, esetleg a középső tüdőlebeny egy részének cirrhosisához vezetett.

A tüdőnek ily cirrhosisa a mellkas alakulására befolyással van, mert ennek megfelelőleg változnak a vérkeringési viszonyok. A mellkas szerveiben irreparabilis zavarok állnak elő s az említett viszonyok főképp a tüdő induratiojának útját egyengetik s a gerincoszlop teljes elgörbüléséhez s ezzel összefüggő egyéb zavarokhoz vezethetnek.

Bartels leír egy esetet, melynél egy kilencz éves leánynál az egész bal tüdőre terjedő kanyarós tüdőlobból lassanként a felső lebeny cirrhosisa fejlődött. Az alsó lebeny rendes maradt.

Eichhorst azt írja, hogy jobboldali idült szövettközi tüdőlobnál, ha teljes zsugorodás állt be, a szívcsücsök nem látható, mert a bal tüdő vicariáló emphysemája elfedi. A szív némely esetben annyira a jobb mellkasfélbe vonatik át, hogy a szívmozgások a szegycsonttól jobbra, a bal IV. bordaközben tapinthatók.

Előadó szerint a bemutatott esetben is jobboldali kanyarós tüdőlob folyt le, a mely, mint broncho-catharrhalis és interstitialis tüdőloboknál gyakori, a felső 1—2 lebeny cirrhosisához vezetett. A cirrhosis, zsugorodás következménye volt azután a szívek a jobb mellkasfélbe való átvongálása.

Nem lehetetlen, hogy a jelen esetben a tüdőlob mellett esetleg mellhártyalob is volt s utóbbi eredményezte volna a jobb mellkasfélbe átvongált szívnek a rögzítését. Felvehető, hogy a tüdő- és mellhártyalob már rég lezajlott s a szív áthelyezését csak később vonta maga után a tüdő zsugorodása. Egyidejűleg ez csak akkor történhetett volna, ha az egész folyamat baloldalt folyt volna le.

Aufrecht tapasztalatai alapján azt állítja, hogy mellhártyalob hurutos tüdőlob mellett ritka, ellenben nyelési tüdőloboknál (Schluckpneumonie) gyakori.

A körelőzmény gyakori véres köpetről szól, a mely miatt tüdőgümőkört kórisméztek, görösi köpetvizsgálat nélkül. Két évvel később a nagyfokú vérköpés mellett feltűnt a betegnek piros-pozsgás arca. Kétszeri köpetvizsgálat ekkor negatív volt.

Az időközönként, bár elég gyakran fellépő vérköpést tehát nem lehet gümös beszíremkedésre visszavezetni s a két év előtti kórisme, mely tüdőgümőkört állapított meg, téves volt.

Mi a magyarázata tehát a gyakori vérköpésnek?

Finkler rámutat a körülményre, hogy broncho-pneumoniás elváltozások mellett más tüdőrészekben is rendellenes állapot fejlődik. A lobmentes tüdőrészekben emphysema fejlődik, a melyet vicariálónak kell tartanunk. Ez különböző fokban jelentkezhetik, kezdve az alveolusok kitágulásától a szövetek bonczani elváltozásáig.

Ily másodlagos hatás a haemorrhagia is, a mely a felfújt vagy atelektatikusszöveteknek tágult és congestiós véredényeiből ered.

Gerő Sándor szerint a szív dislocatióját adott esetben baloldali mellhártyalob okozta, a melynek izzadmánya a szívet jobbra tolta, a hol fixálva lett.

Konrád Béla azt tartja, hogy feltétlenül interstitialis tüdőlob ment előre, a melyhez jobboldali mellhártyalob is csatlakozott.

Előadó válaszában kifejti, hogy baloldali mellhártyalobnak nyoma maradt volna.

Mayer László szerint jobboldalt mellhártyalob folyt le, a melyet tuberculosis okozott. Ez a lob áterjedt a szívburokra és a szívre és részleges concretio cordist idézett elő. Később az álhártyák zsugorodtak s a szívet áthúzták jobb oldalra. Másképp a szívek ily nagyfokú dislocatióját elképzelni nem tudja. A concretio cordist a szív felett a bordaközben látható inspiratorius behúzódnások mutatják.

Papp Oszkár hasonló nézetben van. Bizonyítással a jobboldali scoliosisra utal, a mely pleuritikus álhártyák zsugorodása nélkül nem magyarázható.

Előadó tanulmányai, főképp Eichhorst véleménye alapján tulajdonította a dislocatiót a szövettközi tüdőlobnak. Ma is feltehető a pneumonia interstitialis maradványait a jobb tüdőcsücsben.

2. Gerő Sándor. „Gyakori csonttörés egy család tagjainál” czímmel tart előadást.

A család tagjai állítólag luesben, tuberculosisban nem szenvedtek. Az apa gyermekkorában két ízben alkartörést szenvedett. Öt gyermeke közül három, hat év lefolyása alatt nyolcz ízben szenvedett csonttörést. Egyik gyermeke két év alatt négy ízben, még pedig három esetben alkartörést, egy esetben alszártörést.

Csonttörésre való ily szokatlan dispositio nem gyakori. Megkísérelti szövetani és kórcbonczani magyarázatát adni.

Konrád Béla szerint az osteopsathyrosis szövettani és bonczani magyarázatát nem ismerjük, csak azt tudjuk, hogy idiopathikusan támad.

3. Baróthy Ákos Nagyvárad 1901. évi közegészségügyi viszonyairól szóló jelentését olvassa fel.

Élve született a jelzett évben 1550 gyermek (1900-ban 1552), az évi születési arányszám 30⁰⁰/00.

Meghalt 1283 egyén (1900-ban 1276), az évi halálozási arányszám 25¹⁰/00.

Az évi halálozási arányszám 1891-ben 35⁰⁰/00 volt, tehát tíz év alatt csaknem 100⁰⁰-vel kevesbedett.

Csak helybelieket számítva, elhalt 1027 egyén, 20⁰⁰/00. Szaporodott 267 egyénnel (1900-ban 276).

Ez adatok is mutatják, hogy közegészségügyi állapotaink az utolsó tíz évben javultak.

Más vidéki városokkal összehasonlítva:

	született	meghalt	szaporodás
Arad	1565 (29·30 ⁰⁰),	1358 (25·40 ⁰⁰),	207
Kolozsvár	1608 (34·8 „	1335 (28·9 „	288
Temesvár	1292 (26·3 „	1237 (25·1 „	55
Kassa	1410 (40·1 „	1036 (28·5 „	382
Debreczen	2595 (36·2 „	1898 (26·5 „	697
Nagyvárad	1550 (30·0 „	1283 (25·1 „	267

0—1 éves korig elhalt 334 gyermek (törvénytelen 81), 19·7⁰/0; 1—5 éves korig 135 (törvénytelen 20), 10·5⁰/0; 5 éven alóli korban összesen 469 gyermek halt el, 36·8⁰/0 (1891-ben 632 = 46·7⁰/0).

1900-ban Aradon elhalt ugyanily korú 518 (38·1⁰/0), Kolozsvárt 479 (35·2⁰/0), Temesvárt 444 (35·8⁰/0), Kassán 460 (44·4⁰/0), Debreczenben 861 (45·3⁰/0).

Egy fertőző betegség sem fajult járvánnyá, csak a kanyaró, a mely még 1900-ban lépett fel. Márczius hóig ez is megszűnt. Ennek a lezajlott kanyaró járványnak tudható be, hogy 1901-ben gyakori volt a hökhurut. Összesen 56 esetet jelentettek be 7 halálalossal. Kedvező volt a vörheny statistikája. 57 beteg közül csak 4 halt el (7⁰/0).

Ronsoló toroklob 57 esetben 7 halálalossal szerepelt (26·3⁰/0). Typhusban megbetegedett 95 egyén, elhalt 16 (16·8⁰/0).

Bárányhimlő 37 esetben jelentetett be, halálalossal nélkül. A gümőkórnak jelentékeny számú áldozata volt, 180 egyén halt el. E betegség terjedése elé előadó szerint a társadalom tevékenysége s az általános közegészségügyi viszonyok javulása vet gátat.

Heveny fertőző betegségek által okozott halálozás 1900-ban:

	Varola	Kanyaró	Vörheny	Diphtheritis	Hökhurut	Typhus	Vérhas	Gümőkór	Összesen	%
Arad	—	1	36	3	3	11	1	267	392	24·2
Kolozsvár	—	—	12	24	6	27	3	247	319	24·2
Temesvár	—	16	20	12	1	18	1	136	304	25·1
Kassa	—	1	26	17	14	20	—	145	223	22·2
Debreczen	1	1	46	10	—	18	1	330	407	22·2
N.-Várad 1900.	—	22	16	7	1	22	—	197	265	20·8
N.-Várad 1901.	—	21	4	15	7	16	—	180	244	19·0

A mult év folyamán 116 alkalommal 6774 prostituáltat vizsgáltak, beteg 244 volt. Hivatalból előállított, bekisért 267 nő közül 179 volt beteg.

Trachoma-ellenőrző vizsgálat 2787 egyéneken végeztetett, trachomás volt 19.

Szemvizsgálatokat végeztek az összes tanintézetekben, gyárakban, ipartelepeken kétszer, összesen tehát mintegy 8000 egyént vizsgáltak meg.

Január 1-jén a városban 48 orvos, 1 sebész volt, 1902. januárban csak 45 volt. Okleveles baba volt 84.

Az előadottak után néhány fontos közegészségügyi tényezőről tesz említést, a melyek létesítésével a város közegészségügyén javítani lehetne. Ilyen a jó ivóvíz szolgáltatása. A jó és egészséges ivóvizet a lakosság már 8-dik éve élvezzi, az elmúlt évben a vízszolgáltatás biztosítása és szaporítása céljából a már meglévő vízvezeték továbbfejlesztett. A vízvezeték bizottság által a csőhálózatnak az egész város területére való kiterjesztése, az ivóvíznek vezetékkel még nem bíró házakba minél kedvezőbb feltételek mellett való bevezetése, végül a közutak szaporítása lett elhatározva.

Nem kevésbé fontos tényező a talaj szennyezettségének megszüntetése. Ennek alapját az egész városra kiterjedő általános csatornázás mielőbbi létesítése képezi. A csatornázási hálózatnak az egész városra kiterjedő tervezete már elkészült s remélhető, hogy az általános csatornázás s ezzel kapcsolatban az egész városra kiterjedő rendszeres kövezés közel jut a megvalósuláshoz.

1902. márczius hó 1-én tartott szakülés.

1. Konrád Márk „Cystadenoma mucinosum” czímmel egy esetről emlékezik meg, bemutatván az eltávolított cysta tartalmát, körülbelől 20 liternyi colloidianyagot.

A beteg 70 éves, multipara. Havi vérzése 15 év előtt maradt el. Hasában évek óta fájdalmat érez, a fájdalom két év óta növekedett s a has azóta rohamosan növekedett. Felvételtkor a has kerülete 118 cm. volt, felette a kopogtatási hang mindenütt tompa volt. A tüdők és a szív határai fel voltak tolvá, légszomja jelentékeny volt, csak jobb oldalán tudott feküdni. Székelés csak beöntésre, vizelet csak csapolásra ürül.

Magas kora miatt a beteg meggyógyításáról szó sem lehetett, csak arra lehetett törekedni, hogy neki könnyebbülést szerezzenek.

A hüvelyen át megvizsgálva őt, gyenge fluctuatiót lehetett érezni, tehát folyadék volt a daganatban. A hasfalán át vizsgálva, percussionál csak oldalt, a kitolt belek helyén kapott dobos hangot. Ebből is az tűnt ki, hogy a dag bennéke hig. Ezt igazolta a próbaesapolás is s bizonyos volt, hogy a betegnél cysta, cystadenoma található. A próbaesapolásnál kevés sűrű massa ürült, tehát a cysta bennéke hig colloidianyag. Elhatározta, hogy laparotomiát végez. Folyt. köv.

GYNÆKOLOGIA

A BUDAPESTI KIR. ORVÓEGYESÜLET GYNÆKOLOGIKUS SZAKOSZTÁLYÁNAK HIVATALOS KÖZLÖNYE.

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

TARTALOM: *Frenreisz Ferencz*: Az ikerterhességről. 81. l. — *Temesváry*: A gynaekologia halottjai. 82. l. — *Steinberger Sarolta*: Az orvosnők története. 90. l. — *Irodalomszemle*: I. Könyvismertetés. 93. l. — II. Lapszemle. 93. l. — III. Bibliographia. 95. l. — Congressus. 96. l. — Vegyesek. 96. l.

Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról. (Igazgató Kézmárszky Tivadar dr. egyetemi ny. r. tanár.)

Az ikerterhességről.

Irta: *Frenreisz Ferencz* dr.

Az egyet. I. számú női klinikáról dr. Brém számolt be azon ikerterhességekről, melyek 1869. évi októbertől 1887. július 19-ig észleltek. 10,000 szülés közt 127 iker és három hármas szülés fordult elő. 1887. szeptember 1-től 1900. december 31-ig a klinikán lefolyt újabb 14,647 szülés közt 156 iker és három hármas szülés volt. Ezen születeket összegezve, összesen 24,647 szülésre eső 283 jól észlelt ikerszüléssel tágabb körű statisztikai adatokra támaszkodhatunk s egyes vitás kérdések megvilágítására bővebb adatokkal rendelkezünk.

Ezen 24,647 szülést véve alapul, nálunk általában véve 87 egyes szülésre esik egy ikerszülés, 4107 egyes szülésre pedig egy hármas. A születek 1·14%-át képezik tehát a többes születek.

Más nemzeteknél az egyes születekhez viszonyítva majd ritkábbak, majd pedig gyakoribbak az ikerszülések. Ritkábbak például Franciaországban, hol Dejevany nagy, 985,920 szülést tárgyaló statisztikája és munkája szerint 102 szülésre esik csupán egy iker.

Lauritzen Kopenhágában 44,294 szülés közül 677 ikret talált; (65:1).

Úgy látszik, hogy oly nemzeteknél, hol általában véve a nők termékenysége kisebb fokú, az ikerszülések is ritkábbak.

A mi az ikermagzatok nemét illeti, erre nézve a szerzők nem egyeznek meg. Nagy részük több fiút talált, mint leányt, mások ismét a leányok nagyobb számát észlelték.

Brém 252 ikermagzat közt 133 fiút és 119 leányt talált. Az általunk összeállított adatok szerint 308 ikermagzat közt 140 fiú és 168 leány van. Négy esetben a genus nem volt meghatározható. Átlag tehát 100 fiúra esik 120 leány.

Az I. sz. női klinikán eddig született összes 560 ikermagzat közt nemre nézve volt 273 fiú és 287 leány, úgy hogy általában véve 100 fiúra esik 105 leány.

Az ikerpárok nemét illetőleg 154 ikerszülés között volt:

48 esetben 2 fiú (= 31·16%);

60 esetben 2 leány (= 38·95%);

46 esetben 1 fiú s 1 leány (= 29·87%);

A Brém által közölt esetek közt volt:

43 esetben 2 fiú (= 34·13%);

36 esetben 2 leány (= 28·57%);

47 esetben 1 fiú s 1 leány (= 37·3%).

Brém adatai *Kleinwächter* adataival egybevágóan arról tanuskodnak, hogy 1 fiú és 1 leány leggyakrabban, 2 leány pedig legritkábban fordul elő.

Ezzel szemben a mi adataink a mellett szólnak, hogy aránylag leggyakrabban van 2 leány s legritkábban 1 fiú s 1 leány. Tehát éppen ellenkezője az előbbi észleletnek.

Összegezve azonban a két kimutatást, a következőket találtuk:

91 esetben 2 fiú (= 32·50%);

96 esetben 2 leány (= 34·28%);

93 esetben 1 fiú s 1 leány (= 33·21%).

Az ikermagzatok, továbbá az ikerpárok nemét illetőleg összegezett kimutatásunk azt bizonyítja, hogy azon nagyobb eltérések, melyeket egyes szerzők találnak e tárgyakat illetőleg, csupán az esetek csekélyebb száma miatt állanak elő.

Ugyazólván szabálynak felállíthatjuk, hogy az ikermagzatok közül csekély ingadozással fiú annyiszor születik, mint leány; az ikerpárok közül pedig szintén 2 fiú, 2 leány, 1 fiú s 1 leány körülbelül hasonló számban születnek.

Az anyák kora és az ikerterhességek száma közötti viszonyt és összefüggést a következő táblázatban tekinthetjük át:

Kor	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Összesen
15—20	17	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20
21—25	26	22	3	1	1	1	—	—	—	—	—	—	54
26—30	9	21	15	6	3	2	—	—	—	—	—	—	56
31—35	1	2	2	3	—	1	—	1	1	—	1	—	12
36—40	4	—	—	2	2	—	2	1	—	—	—	—	11
41—45	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3
	58	49	20	12	7	4	2	2	1	—	1	—	156

E táblázatból kitűnik, hogy 20-tól 30 éves korig legtöbb az ikreket szülő nő. Így találta ezt Brém is a klinikán régebben lefolyt ikerszüléseknél, úgyszintén más szerzők is.

A klinikán eddig észlelt 283 ikerszülésközött összesen volt 89 primipara (31·44%) és 194 (68·55%) multipara.

Primiparák tehát közel egy harmadát, multiparák pedig több mint kétharmadát képezték az ikerszülőknek.

Kleinwächter szerint primiparák 45·9%, multiparák 54·10%-ban fordulnak elő.

Az ikerterhességek okát keresve, a pete függelékének egymáshoz való viszonyát kell kutatnunk.

Az újabb vizsgálatok az egy és két petéből származó ikrekről eddigéle nem is ismert körülményeket derítették fel s ha az ikerterhességet nem is nevezhetjük éppen anomáliának, a hogyan *Schultze* tette, azonban az egy petéből származó ikreket *Rumpe* szerint annak kell hogy tartssuk, elüti fejlődési, életi viszonyaiknál fogva.

Ismeretes, hogy ikrek egy vagy két petéből származhatnak. Egy petében lehet több csirahólyag vagy pedig egy csira oszlik fel többre.

Ha több petéből származnak a többes születek, úgy ezen peték származhatnak egy folliculusból vagy pedig minden egyes petének meg volt a maga folliculusa. Több petét tartalmazó folliculusok különösen fiatal egyéneknél fordulnak elő. Ezen folliculusok később lassankint több részre oszlatnak egyes kötőszöveti sövetek által, míg a felnőtt korban azután minden egyes pete a saját folliculusában szokott feküdni; másfelől pedig ezen kötőszövetburjánzás maguknak a folliculusoknak számát csökkenti egyszerű atrophia következtében. Csökken tehát az embernél a többes születek lehetősége, mert egy

folliculusban csakis egy pete szokott lenni a nő ivarképes korában, másrészt a folliculusok száma is kevesebb.

Azon multipara állatoknál, hol a peték ezen az embernél végbemenni szokott physiologiai számbeli csökkenése be nem következik, megmarad a többes szülések lehetősége.

A kötőszövet és peték viszonya egymáshoz azonban bizonyos esetekben az embernél is fennmaradhat, a peték nagy számmal lehetnek jelen a kötőszövet rovására, az atavismus egy jelenségeként s ilyenkor meg van adva a lehetősége annak, hogy a nagy számban levő peték közül esetleg több pete válván szabaddá, egyszerre több is termékenyíttessék.

Ikereket szülő nők általában véve is igen termékenyek s ez is a peték nagy száma mellett szólna, mely körülményt használtuk fel arra, hogy embernél a többes szüléseket magyarázzuk.

Hellin a nagyfokú termékenységet és az ikerterhességet éppen ezért egy ugyanazon tünemény különböző alakjaiként tünteti fel.

Sokkal ritkábban fordul elő azon körülmény, hogy egy petéből származzék többes terhesség.

Az egy és két petéből származó ikerterhességek viszonya Ahlfeld szerint olyan mint 1:8:15; Späth szerint 1:17.

A mi adataink szerint a kétféle ikerterhesség úgy viszonylik egymáshoz mint 1:3:7.

Nálunk tehát az egy petéből származó ikerterhesség aránylag gyakrabban fordul elő.

Az egy és két petéből származó ikermagzatok életképességével, életviszonyaival összehasonlítólóg már több szerző foglalkozott.

Dejevany említi munkájában, hogy a két petéből származó ikreknél nagyobb az életképesség, mint egy petéből származottaknál.

Újabban Rumpe foglalkozott behatóan az egy és két petéből származó ikerterhességekkel. Számos különbséget sorol fel az egy és két petéből származó ikerterhesség közt, melyek részben az anya korviszonyait és szüleiének számát, részben a magzatok fekvési, életi, életképességi viszonyait tárgyalják összehasonlítólóg a kétféle származás alapján. Rumpe állítása szerint két petéből eredő ikrek különösen középkorú anyáktól születnek, addig egy petéből származó bármely korú anyáktól egyformán s talán inkább fiatal és idősebbektől, 25 év előtt és 35 év után. Egy másik észlelete Rumpenak továbbá az,

hogy két petéből eredő ikrek különösen többször szülőknél, egy petéből eredők először és többször szülőknél egyforma számban fordulnak elő.

Ezen irányokban tett vizsgálódásaink részben megegyeznek, részben eltérnek Rumpe eredményeitől.

Két petéből eredő ikrek nálunk is különösen középkorú anyáktól származnak, 21—30 évig, illetve 25—30 évig. Egy detéből származottak 15—20 éves korú anyáknál gyakoriabbak aránylag.

Ezen viszony megvilágítására szolgáljon a következő táblázat:

21—30 évig kétpetejű multipara volt	63
15—20 " " " " " " " " " " " "	9
21—30 " " " " " " " " " " " "	14
15—20 " " " " " " " " " " " "	6

A viszony tehát 15 és 20 év közti kétpetejű multiparák és 21—30 év köztiek közt olyan mint 1:7; addig hasonló korviszonyoknál egypetejű multiparáknál 1:2:3.

Idősebb ikerszülőknél nem találtuk gyakrabban az egy petéből származó ikerterhességet.

Azon másik különbség, mit Rumpe az egy és két petéből származó ikerszülőknél talált, az ikerszülőknél szüleiének számára vonatkozik. Két petéből eredő ikrek különösen többször szülőknél fordulnak elő, addig egy petéből származók először és többször szülőknél egyforma számban.

A mi vizsgálataink hasonló eredményeket mutatnak. Két petéből származó ikrek 37,8%-ban származnak primiparáktól, 62,2%-ban pedig multiparáktól, míg egy petéből származók 45,8%-ban születnek először szülőktől, 54,2%-ban pedig multiparáktól.

Tekintve azonban, hogy két petéből eredő ikrek főleg idősebb anyáktól születnek, hol valószínűbb a multiparaság, míg az egy petéből származottak inkább fiatal egyénéktől születnek, hol meg a primiparaság valószínűbb, így ezen fennjelzett eltérések nem bírnak fontossággal.

Az anyák korát azonban, mint láttuk, már inkább vehetjük oly körülménynek, mely az egy petéből származó ikerszülőknél szerepel.

Grafikailag az anya kora és az egy- meg kétpetejű ikerterhességek közti viszonyt következőleg tüntethetjük fel:

Két petéből származó ikrek főleg tehát 21 és 30 év

A gynaekologia halottjai.

Schwarz Frigyes †.

1848—1902.

Szakmánk hazai művelői közül ismét elvesztettünk egyet s pedig nem a legkisebbek közül valót!

Schwarz Frigyes, a pécsi közkórház főorvosa, a kinek neve nemcsak működése helyén és egész hazájában, hanem irodalmi munkálkodása révén a külföld szakemberei előtt is ismert, s pedig előnyösen ismert volt, e napokban halt meg 54 éves korában, mintán már egy év óta, egy akkor elszennvedett agyszélhűdés következtében súlyos betegen, testileg és szellemileg teljesen letörve feküdt pécsi birtokán s nem gyönyörködhetett többé annak a megvalósulásában, a miért ő egész férféletén át küzdött s aminek létesülhetésének útját ő egyengette: a pécsi bábaiskola felállításában. Szorgalmas, derék, kötelességtudó és a neki jutott helyet teljesen betöltő kartársat siratunk az elhunytban, a ki komoly, előzékeny modorával is mindnyájunk rokonszenvét és szeretetét elnyerte. Áldás legyen emlékének!

Schwarz Frigyes született 1848-ban Csurgón, Somogy megyében, a hol atyja, ki azonban már két évvel később Pécsre költözött, mint községi orvos működött.

Gymnasiumi tanulmányait Pécsen; az egyetemieket Grácban, Párisban és Bécsben végezte, és az utóbbi helyen nyerte is el 1872-ben orvos-sebész tudori és szemész- és szülésmesteri okleveleit.

1874-ben Pécsen telepedvén le, mint gyakorló orvos, nem sokára rá mint tb. főorvos foglalkozott az itteni közkórházban;

az 1879-ben történt reorganisatio alkalmából pedig Perczel Miklós azidőbeni főispán által a kórház belgyógyászati és szemészeti osztályának osztályorvosává neveztetett ki, mely minőségében működött is mindvégig.

Mint bátor, ügyes és szerencsés műtő, csakhamar messze terjedő híre és praxisra tett szert, különösen a szüléset és nőgyógyászat terén.

Legnagyobb ambícióját és legnagyobb szorgalmát azonban a bábaképzésre fordította; a falusi bábák kitanítása érdekében a Közegészségi Kalauzban, Orvosi Hetilapban, Gyógyászatban és a helyi lapokban több cikket bocsátott közre és több röpiratot is írt, és a midőn 1889-ben Baranya vármegye törvényhatósága a falusi czédulás bábák kitanítása czéljából rendszeres bábacursusokat létesített, és a pécsi közkórház igazgatója az ügy nagy fontosságára való tekintetből a kórház összes, évente mintegy 80-ra rúgó szülei esetét és a szükséges tanhelyiségeket is nagy-lelkűen e czélra felhasználatni engedte, Schwarz Frigyes lett a bábák elméleti és gyakorlati kitanításával, a szükséges cursusok tartásával megbízva.

Ezen feladatnak szentelte is legtöbb idejét és az ő fáradhatatlan szorgalommal, kitartással és nagy paedagogiai képességgel teljesített működésének köszönhető, hogy Baranya vármegyének mintegy 300 oly kisebb falusi községe, melyek diploma bábát tartani nem képesek, mégis megfelelő, elég ügyes és tisztaságra és disciplinára szoktatott ú. n. czédulás bábával van ellátva.

Ezen bábái számára adott is ki évenként egy szülésetnői naptárt, melyben a bábák teendői stb. voltak recapitulálva, továbbá magyar és német nyelven szüléseti tankönyvet is. E mellett

közt fordulnak elő. Egy petéből eredők 21 és 30 év közt szintén gyakoribbak, azonban tekintve azon feltűnő különbséget, mely a két petéből származó 15—20- és 21—25-dik évig észlelt születek közt van, mondhatjuk, hogy az egy petéből származó ikerk relative gyakrabban születnek fiatalabb (15—20 éves) anyáktól.

Az egy és két petéből származó magzatok Rumpe szerint szintén sok tekintetben különböznek egymástól.

Két petéből származó ikerk közt különösen fiúk születésének nagyobb számmal. Egy petéből származó ikerk állítólag gyengébb fejlettségűek, különösen az egy placentából való hiányos táplálkozás folytán; ezen magzatoknál nagyobb a súlykülönbség, úgyszintén ezeknél találhatók egymáshoz viszonyítva a legnagyobb hosszkülönbségek is.

Egy petéből származó ikerknél továbbá Rumpe szerint a súlyosabb magzat születnek először.

Vizsgálatai kiterjednek a fekvésekre is. Egypetjűeknél fejfekvést lényegesen gyakrabban talált, mint két petéből származottaknál; harántfekvések $\frac{1}{2}$ -szer oly gyakoriak egy petéből származottaknál.

A magzat életi viszonyait véve tekintetbe, kora és éretlen magzatok sokkal többször fordulnak elő egy petéből származó ikerknél; a magzatok intrauterin elhalása egy petéből származó ikerknél háromszor oly gyakori, mint két petéből származóknál.

Ezen szempontokból vizsgálva az I. sz. női klinikán előfordult egy és két petéből származó ikermagzatokat részben hasonló, részben azonban eltérő eredményeket találtunk.

A magzatok nemét véve első sorban tekintetbe, mi a fiúk túlnyomó számát nem találtuk. Ellenkezőleg a leányok voltak mind az egy, mind a két petéből származott ikermagzatok közt nagyobb számmal.

Egy petéből származó ikermagzatok a mi vizsgálataink szerint is általában gyengébbek.

Két petéből származó érett ikermagzatok súlya középértékben 2494 gm.; gy petéből eredőké csupán 2195 gm.

Rumpe által az egy petéből származó ikermagzatoknál észlelt nagy súlykülönbségeket, úgyszintén legnagyobb hosszkülönbségeket a mi adatainkkal nem igazolhatjuk. Nálunk éppen a két petéből származó ikerknél voltak nagyobb súlykülönbségek (átlag 320 gm.), míg az egy petéből származottaknál (átlag 223 gm.) kisebbek.

A hosszkülönbségek az egy petéből származó ikermagza-

toknál tényleg nálunk is nagyobbak voltak ugyan, de az eltérés lényegtelen. Két petéből származottaknál 2 cm.; egy petéből származottaknál 2.5 cm. volt az átlagos hosszkülönbség.

Hogy továbbá egy petéből származó ikermagzatok közül a súlyosabb magzat születnek először, azt sem találtuk; mind az egy, mind a két petéből származottaknál a súlyosabb körülbelül csekély különbséggel ugyanannyiszor születik először, mint a könnyebb magzat.

Egy petéből származó ikermagzatoknál fejfekvéseket mi is gyakrabban találtunk (66%) mint két petéből származó ikerknél 53%.

Harántfekvésben levő magzatot egy petéből származó ikerknél nem találtunk. Két petéből származó ikermagzat közül (97 szülés) a második magzat 10 esetben volt harántfekvésben.

A mi a magzatok fejlettségi és életi viszonyait illeti, lényeges különbségek voltak az egy petéből és a két petéből származott ikermagzatok között.

Kora és éretlen magzatok két petéből származó ikerk közül 21.1%-ban fordultak elő.

Egy petéből származó ikermagzatok közül ellenben 54.1% volt kora és éretlen.

Intrauterin elhalt két petéből származó ikerk közül a magzatok 7.7%-a, az egy petéből származottak 33.3%-a.

Összegezve észleleteinket a két és egy petéből származó ikerkről, bizonyos összefüggést találtunk mind az anya, mind a magzatok részéről.

Az ikerszülőnőnél a korban találtunk bizonyos rendszert, a mennyiben fiatalabb anyáktól 15—20 évig relative nagyobb számban születnek egy petéből származó ikerk mint idősebb anyáktól.

Az egy petéből származó ikerterhességek száma nincsen az anya korviszonyaival oly növekedő egyenes arányban, mint a két petéből származott ikerterhességeknél.

A mi a magzatokat illeti, Rumpe eredményeihez hasonlóan a fejfekvéseknek nagyobb számát, harántfekvéseket pedig általában nem találtunk egy petéből származó ikerterhességeknél.

Ennek oka mindenesetre abban rejlik, hogy egy chorionban lévén a két magzat, szabadabb ezek mozgása a nagyobb mennyiségű magzatvízben. Az amnion oly tágulékony és mozgékony, hogy mint rekesz a két ikermagzat között számításba alig jöhet.

számos szülészeti és nőgyógyászati, részben az Orvosi Hetilapban és Gyógyászatban, részben pedig a Centralblatt für Gynaekologieban közlött munkálatokkal gazdagította a szakirodalmat, különösen a méhenkívüli terhességről, valamint a császármetszéseiről és symphyseotomiáiról irt közleményei keltettek általánosabb figyelmet. Az orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésein többször vett részt és utoljára is a szabadkai gyűlésen tartott egy a bábák kiképzését tárgyaló előadást.

Mindenkor a diplomás bábáknak is ismétlő cursusokra való köteleztetését szorgalmazta és utánjárásának sikerült is, hogy legalább Pécsen (a cédulás bábáknak) ily ismétlő cursusokat tarthattak.

Porro Edoardo †.

1842—1902.

Mult hó 18-dikán halt meg Milanóban alig 60 éves korában az újkori olasz szülésznek legkiválóbbja, leghíresebbje, a kinek neve a róla elnevezett műtéttel, a Porro-féle császármetszéssel kapcsolatban minden időkben élni fog a szülészeti történetében. Porro Edoardo született 1842. szeptember 17-dikén Padnában; mint előkelő milánói család sarja gondos nevelésben részesült, orvosi tanulmányait Paviában végezte, a hol 1865-ben orvosdoktorrá lett; 1868-ig a milánói Osped. maggiore assistense volt s mint ilyet a bábák tanításával bízták meg; 1875-ben pedig a pavai egyetem szülészettanárává nevezték ki. E tanszéket csak 8 év mulva eszélte fel a milánóival, a hol élete végeig működött. Nevét több szülészeti és embryologiai dolgozaton kívül külö-

nösen a később róla elnevezett császármetszési eljárással s az erről 1876-ban megjelent munkájával: „Dell' amputazione utero-ovarica come complemento del taglio cesareo“ tette ismertté. Az utolsó években keveset hallottak róla; operálás közben szerzett lues, majd pedig idült veselob okozták magába zárkózottságát. A Porro-féle műtétnak mult évben Olaszországban ünnepezték 25. évfordulóját ismét feltalálójára irányította a figyelmet.

A császármetszés Porro idejéig tudvalevőleg oly rossz gyógyulási eredményt adott (50—100% mortalitás), hogy a szülészek még klinikákon is csak elvétve mertek olyat végezni. Ekkor Porro a véletlen folytán egy oly császármetszési eljárás birtokába jutott, a melynek jelentősége különösen abban nyilvánult, hogy a műtők ismét bátrabban viselkedhettek a császármetszéssel szemben, s az antisepsis és asepsis védelme alatt a régi ú. n. classikus császármetszés is visszanyerte polgárjogát az operatív szülészeten. A véletlen, a mely Porro-t arra bírta, hogy a császármetszésnél a méhet is eltávolítsa, illetőleg csonkolja, abban állott, hogy egy rachitises medencze miatt végzett császármetszés alkalmával Porro a nagy vérzést nem volt képes csillapítani s ezért a méh tövét és az adnexumokat sodronycraseurbe fogta; ezen eszköz levételének minden kísérleténél azután a vérzés újból megindult, de minthogy esetleges nekrosis miatt az ecraseur rajtahagyható sem volt, Porro-nak az az ingeniosus gondolata támadt, hogy a méhet csonkolja. A beteg meggyógyult. Miután az eset közlése más műtöket is arra bírta, hogy az eljárást megkísértsék s ez nem járt nagyobb halálozással, mint 50%, e műtéti eljárás mindjobban elterjedt. Különösen Inzani, Hegar, Späth, Braun, Chiara közöltek ily eseteket s Godson 1884-ben már 137-ről referálhatott.

A másik Rumpe vizsgálódásaival egybevágó észlelet a magzatok életi és fejlettségi viszonyaira vonatkozik.

Láttuk, hogy az egy petéből származó ikrek általában véve fejletlenebbek; ezen magzatok $\frac{1}{3}$ -a hal el még az intrauterin életben, $\frac{1}{2}$ pedig az élveszületetteknek éretlen és kora.

A fejlődési visszamaradottság ezen nagy foka és az intrauterin elhalás gyakorisága az egy petéből származó ikermagzatoknál a hiányos táplálkozási viszonyokban keresendő.

Két magzatnak csupán egy közös placentája lévén, továbbá azon kisebb terület, melyen a placenta inserálódik a méhen, már részben megmagyarázza a hiányos fejlődést.

Tekintetbe kell vennünk azonban azon circulatiós viszonyokat is, melyek a két magzat vérkörében előfordulnak.

Az anastomosisok, továbbá azon közös placentaris részlet, melyet Schatz Zottentransfusionsbezirk-nek nevez, adott alkalomkor egyik vagy másik vérkörben oly pangásokat hozhatnak létre, melyek nemcsak könnyebb táplálkozási zavarokat, hanem a magzatok egyikének és másikának elhalását is maguk után vonhatják.

Az ikerterhességek létrejöttét, az egy és két petéből származó ikrek közti eltéréseket vázolván, áttérünk most az ikerterhességnek terhesség alatti, illetve szülés előtti symptomáinak tárgyalására, annak diagnostikájára részben az anyán észlelhető jelek, részben pedig a magzatok életjelenségei, illetve physikai tulajdonságaik alapján.

A mily könnyű az ikerterhesség felismerése kedvező körülmények között, épp oly nehézségekbe ütközhetik az úgy, hogy sok esetben, sőt az esetek nagy részében az fel nem ismerhető.

Kedvező körülményeknek nevezhetjük a hasfalak vékonyságát, a méh petyhüdttségét; ily körülmények közt könnyebben kitapinthatjuk a magzatrészeket, mert a palpacio az, mely az ikerterhesség diagnostikájában fő segítségünk. Ha ez meg van nehezítve, vagy a hasfalak vastagsága vagy oedema, vagy zsírlakódás következtében, vagy pedig a méhnek feszsége által, pl. sok magzatviz jelenlétében; ilyen esetekben az ikerterhesség felismerése sokszor lehetetlen.

A felismert ikerterhességek túlnyomó részét már a palpacioval diagnostizáljuk.

A palpationak a gyakorlatban csupán kiegészítő része az auscultatio, az előbbinek mintegy ellenőrzője.

Azon 39 ikerterhesség közül is, melyek a klinikán diagnostizáltak, 32 esetben a palpacioval egyedül már észlelhető voltunk.

Egyedül a szívhanggócok vizsgálata még sokkal ritkábban vezet az ikerterhesség felismerésére (39 eset közül csupán 6 ízben); s ezen módszer csupán azon esetben mondható teljesen biztosnak, ha egyszerre két észlelő hallgatódzik s ismételtelen különbséget találnak a magzati szívhangok szaporaságában.

A palpaciót az ikerterhességek felismerésére részben mint tisztán külső vizsgálatot, részben a külső vizsgálatot összekötve a belső vizsgálattal, részben mint tisztán belső vizsgálatot alkalmazzuk.

Eseteink közül 31 ikerterhességet ismertünk fel tisztán a külső vizsgálat, a tapintás segítségével. Több mint két nagy részt találtunk 17 esetben, két fejet hét esetben, több helyen apró részeket öt esetben, két oldalon a hátnak megfelelő nagy részt három esetben.

Egy esetben a belső vizsgálat segített az ikerterhesség megállapítására; a méhszájban négy láb volt tapintható.

Gyakran megesik, hogy két egyforma nagy részt tapintunk például a fundus uteriben oly közel egymás mellett, a mi kizárja azt, hogy ezen két nagy rész egy magzathoz tartozzék.

Ritkábban megesik, hogy a véletlen vezet reá az ikerterhesség felismerésére. Így például, ha a méhszájban két burkot tapintunk barázda által elválasztva, vagy fej mellett lábakat, máskor lötyögő fejet találunk s e mellett szívhangokat hallunk; lötyögő fejcsontok mellett lüktető köldökzsinórt stb.

Az I. sz. női klinikán eddigelé lefolyt 283 ikerszülés közül 73 diagnostizáltak. A felismert ikerterhességek tehát 25.8% -ot tesznek ki.

Az ikerterhességeknél régóta ismeretes azon körülmény, hogy a magzatok igen gyakran idő előtt születnek. Egyik részük éretlen, másik részük mint koraszülöttek.

A 156 ikerszülönő közül először szülő volt 58, többször szülő pedig 98.

Az előszörszülőknek 43.11% -a, a többszörszülőknek 22.4% -a szült éretlen, illetve kora magzatokat.

Az előszörszülők tehát majdnem kétszer oly gyakran szülnék éretlen és kora magzatokat, mint a többször szülők.

Az ikerszülések időtartamát illetőleg Brém adataihoz közel hasonló eredményeket találtunk.

A táulás átlagos időszaka rövidebb mint egyes szüléseknél, a kitolási időszak, tekintve azt, hogy két kitolási időszak van jelen, hosszabb, mint egyes szüléseknél.

Később belátták ugyan, hogy ezen aránylag kedvező eredmények nem csak a műteti eljárás előnyére irandók, hanem hogy inkább a javult antisepsis és asepsis, a műtök nagyobb dexteritása stb. lényegesen befolyásolják az eredményt, s különösen Kehrer, Sänger, Leopold és Fritsch ajánlatára a Porro-műtét helyett ismét a régi, conservatív császármetszéshez tértek vissza, de azért megmaradt a Porro-féle eljárásnak valószínűleg mindenkorra a maga létjogosultsága is bizonyos, határozott javalatok alapján, mint inficiált nő, osteomalaciánál, myománál stb. végzendő császármetszés eseteiben.

Polaillon Joseph François †.

1836—1902.

A francia sebészek egyik kiválóbbja, a ki különösen rendkívül nagy irodalmi munkálkodásával vívta ki magának kartársainak elismerését, s a ki, mint sok más francia sebész az operatív gynaekologia terén is jó hírnévnek örvendett, Polaillon e napokban halt meg Párisban. Polaillon született 1836. február 17-dikén Lyonban, a hol orvosi tanulmányait is végezve, 1857-ben kórházi internista lett; majd Párisban folytatta tanulmányait s 1863-ban prosector, 1864-ben tanársegéd, 1865-ben doktor lett, majd 1866-ban magántanárrá képesítették az anatómiából és physiologiából. 1870-ben „kórházi sebész”, 1873—1878-ig a Maternité sebésze, majd a Pitié és végül a Hôtel-Dieu sebész-főorvosa lett. Mint lelkiismeretes és ügyes sebész s szerény, szorgalmas, tudós ember általános elismerésben részesült. Nemrég 20 évi (1879—1899) ily működésének eredményeit három nagy kötetben tette közzé,

a melyek közül bennünket különösen a „Maladies des femmes. Paris, O. Doin, 1901.” cím alatt külön is megjelent kötet érdekel. Egyéb irodalmi működése több száz, különböző folyóiratokban, különösen a Bulletins de l'Académie de Médecine-ben megjelent dolgozatban állott, a melyek jó része a gynaekológiára s pedig különösen a méhsebészetre vonatkoztak.

Eastman Joseph †.

1842—1902.

Eastman, a gynaekologia és hassebész tanára Indianapolisban (Indiana) folyó évi június 5-dikén halt meg 60 éves korában ugyanott. Orvosi tanulmányait a Georgetown Medical College-ben és a Bellevue Hospital Medical College-ben végezte s előbb mint katonasebész majd mint orvostanár működött. Irodalmilag is működött s pedig különösen a hassebészetre körébe vágó közleményekkel. Működése helyén előkelő társadalmi állást vívott ki magának.

Jelks James Thomas †.

1849—1902.

Jelks, Hot Spring (Arkansas) egyik legelőkelőbb orvosa, a Barnes Medical College-ben (St. Louis) 1892 óta a gynaekologia és syphilologia tanára folyó évi június 24-dikén halt meg hirtelen 53 éves korában. Számos tudományos testület tagja és sok szakirodalmi közlemény szerzője volt.

Temesváry.

A szülés egész tartama átlag hosszabb az ikerszüléseknél, mint egyes szüléseknél. Egyes szüléseknél 15 óra 52 perc primiparakuál; ikerszüléseknél, primiparakuál 20 óra 20 perc. Egyes szüléseknél, multiparakuál 11 óra 8 perc, ikerszülés-knél, multiparakuál 12 óra.

A magzatok fekvéseit véve tekintetbe, az egyes fekvések gyakoriságát a klinikán eddig született 538 magzat után állapítottuk meg.

Ezen 538 magzat közül fejképvésben született 337 (62·63%), medenczefekvésben 177 (32·89%), harántfekvésben pedig 24 (4·46%).

337 fejképvésű magzat közül koponyafekvésben született 307, fejtetőfekvésben 25, arczfekvésben 2, homlokképvésben 3 magzat.

Mindkét magzat egyenes fekvésben született 245 esetben (91·07%), egyik egyenes, másik harántfekvésben 24 esetben (8·92%).

Mindkét magzat harántfekvése egyszer sem észleltetett.

Az egyes magzatok fekvésére nézve a következő táblázat nyújt áttekintést:

	Spiegelberg	
a) fejképvés, b) fejképvés	113 = 42%	49·1%
a) medenczefekvés, b) medenczefekvés	39 = 14·49%	8·6%
a) fejképvés, b) medenczefekvés	64 = 24·90%	} 31·7%
a) medenczefekvés, b) fejképvés	26 = 9·66%	
a) fejképvés, b) harántfekvés	17 = 6·31%	} 6·18%
a) harántfekvés, b) fejképvés	—	
a) medenczefekvés, b) harántfekvés	7 = 2·6%	} 4·04%
a) harántfekvés, b) medenczefekvés	—	
a) harántfekvés, b) harántfekvés	—	0·35%

Naegele, Smellie, Kleinwächter állításával szemben, miszerint a súlyosabb magzat születnék meg először, Mendével és Brémmel együtt azon felfogáshoz csatlakozunk vizsgálódásaink alapján, hogy a súlyosabb magzat ép oly gyakran születik meg először, mint a könnyebb.

Az 1887. szeptember 1-től 1900. december 31-dikéig lefolyt 156 ikerszülés között rendszeren lefolyt 96 ikerszülés (61·5%); beavatkozást igényelt, nem számítva a burokrepesztéseket 60 szülés, azaz 38·4%. Ezen viszony lényegesen eltér a Brém által ismertetett viszonytól, a mennyiben ott beavatkozást nem igénylő szülések 74·8%-kal szerepelnek, a beavatkozás nélküliek pedig 25·19%-kal.

Egy művileg befejezett szülésre esik tehát a mi eseteinknél 1·6 rendes lefolyású, Brém szerint 2·96; Reuss szerint 3·3; a beavatkozások ezen többletét nálunk a műtétszámba menő expressiók gyakoribb igénybevétele magyarázza meg.

A műtétek közt voltak:

a) 10 szülésnél az I. magzat művileg, a II. önként született meg és pedig: egyszer fogó (mély harántállásnál), hat-szor extractio, kétszer expressio farkfekvésnél, egyszer expressio fejképvésnél;

b) 25 szülésnél az I. magzat önként, a II. művileg: s pedig nyolcz esetben extractio, öt esetben expressio farkfekvésnél, egy esetben expressio fejképvésnél (köldökszinór előesésnél), hat esetben fordítás és extractio (harántfekvésnél), egy esetben decapitatio, egy esetben abortus befejezés, két esetben külső fordítás extractio, egy esetben láblehozatal és extractio a placenta időelőtti leválása miatt;

c) 24 esetben mindkét magzat művileg született meg: egy esetben Accouchement forcé (eklampsia), 10 esetben mindkét magzathoz extractio, két esetben I-nél extractio, II-nél expressio fejképvésnél vérzés, vizeletben sok fehérje, három esetben I. és II. magzathoz expressio farkfekvésnél, egy esetben I-nél extractio, II-nél expressio farkfekvésnél, két esetben I-nél és II-nél expressio fejképvésnél, igen ritka fájások és rendetlen szivhangok miatt, egy esetben I-nél extractio, II-nél külső fogásokkal fordítás, extractio, egy esetben I-nél extractio, II-nél belső fordítás extractio, egy esetben I-nél expressio farkfekvésnél, II-nél külső fogásokkal harántból fejfordítás. egy esetben I-nél fogó, II-nél fordítás és extractio (eklampsia), egy esetben I-nél fogó, II-nél fejről hátrafordítás (eklampsia).

Végül egy esetben a lepényi időszak alatt fellépett nagyfokú vérzés miatt a lepényt művileg kellett leválasztani.

A két magzat születése közötti idő 153 eset alapján a következőleg oszlik meg:

0—15 perczig	91 eset
16—30 "	29 "
31—45 "	14 "
46 percz—1 óra	8 "
1—1½ óra	5 "
1½—2 "	— "
2 óra 43 percz	1 "
2 " 50 "	1 "
4 " 10 "	1 "
4 " 18 "	1 "
20 " 55 "	1 "
27 " 15 "	1 "

Egy órán belüli bekövetkezett tehát a második magzat megszületése 142 esetben (92·81%), 1—6 óra között kilencz esetben (5·88%), hat órán túl két esetben (1·3%).

Ha különválasztjuk a természetesen lefolyt szüléseket a művi beavatkozást igénylőktől, akkor egy órán belüli természetes módon szült . 87 szülő 92·5%, egy órától hat óráig 7 " 7·5%, hat órán túl — — —.

Harminczöt esetben az egyik magzat művileg, a másik spontán született meg és pedig a szülések közti időt tekintve:

11 esetben ¼ óra telt el	} I. művileg, II. spontán	7 eset
		I. spontán, II. művileg
9 esetben ½ óra	} I. művileg, II. spontán	2 "
		I. spontán, II. művileg
11 esetben 1 ó. I. spontán, II. művileg		11 "
1 " 2 ó. I. spontán, II. művileg		1 "
1 " 4 ó. 18 p. I. művileg, II. spontán		1 "
1 " 20 ó. 55 p. I. spontán, II. művileg		1 "
1 " 27 ó. 15 p. I. spontán, II. művileg		1 "

80%-ban egy órán belüli fejeztetett be a szülés, átlagos idő 2 óra 4 percz.

Huszonegy esetben mindkét magzat világrahozatala művileg történt. A két magzat születése közötti idő átlaga itt 16 percz.

Az ikermagzatok születése közötti idő még sokkal nagyobb is lehet, mint a mi eseteink néhányánál. Így a II. magzat Parrot által közölt egy esetben 36 óra mulva született meg minden complicatio nélkül, úgy az anyát, mint magzatot tekintve. A két magzat születése közötti idő ezen nagyfokú elnyúlásának okát ezen esetben Parrot abban látja, hogy a szülés az I. ikernél már elhúzódott, a szülő nagy fokban kimerült, másrészt pedig a méh, a II. magzat hydramniosa folytán nagy fokban ki volt tágulva. Sőt ezen idő a szülések közt még tovább tartott volna, ha a szülést be nem fejezik és a magzatot nem extrahálják.

Egy másik ilyen hosszabb intervallumról újabban Bizot tesz említést, hol nem kevesebb mint 11 nap telt el az I. és II. magzat megszületése között.

Az első magzat megszületése után követendő irányelveket a természetesen lefolyt ikerszülések megfigyeléséből alkothatjuk meg magunknak.

Ismeretes, hogy egyes szülések inkább a cselekvés mellett vannak, például Kleinwächter, mások ismét várakozó álláspontra helyezkednek. Az I. női klinikán azon elv szerint indulunk, miszerint csak akkor avatkozunk be a szülés természetes lefolyásába, ha azt akár az anya, akár a magzat érdeke megkívánja. Tesszük pedig ezen beavatkozást úgy, hogy lehetőleg a méh üregébe való behatolást elkerüljük az infectio veszélye miatt.

Az I. magzat megszületése után a méh tevékenységében rövid időre szünet áll be. Ez alatt az idő alatt belső és külső vizsgálattal a II. magzat fekvését, tartását vizsgáljuk meg. Rendellenes fekvés esetén, mint fenn láttuk, a harántfekvés gyakori, a II. magzattal épp úgy járunk el, mint egyes magzatoknál; mielőtt azonban a méh üregében végzendő műtetre határoznánk el magunkat, ki kell használnunk azokat

a természet által nyújtott, kedvező körülményeket, melyek részint a méh rendkívül petyhüdségében, részben pedig a magzatnak nagyfokú mozgathatóságában állanak.

Meg kell tehát kísérelnünk elsősorban a hibás fekvéseket külső műfogásokkal megjavítani, a mi gyakran sikerül is a fenn említett kedvező körülményeknél fogva. A II. magzat hibás fekvése ferde és harántfekvés. A hibás tartások, (arez, homlok) ikerszüléseknél nem bírnak fontossággal a magzatok csekélyebb fejlettsége miatt.

A haránt- és ferde fekvésben levő ikermagzatok külső műfogásokkal való fordítását Brotin ajánlja különösen szintén azon szempontból, hogy a belső fordítás általi infectio veszedelme csökkentessék.

Brotin 37 eset közül tizenkétszer találta a II. magzatot harántfekvésben. Két esetben koraszülés volt jelen, hol a magzatok evolutio spontaneában születtek meg. A többi tíz eset közül hatszor végzett külső fordítást, négyszer fejre, kétszer farra, háromszor belső fordítást, egyszer kombinált fordítást.

Az egyetemi I. női klinikán 145 ikerszülés között 17 esetben volt a II. magzat harántfekvésben.

Ezek közül belsőleg fordított nyolez, külső műfogásokkal négy; három magzat harántfekvésből farra, egy magzat harántból fejre. Ha a II. harántfekvésben levő magzatnak külső műfogásokkal való fordítási kísérlete esetleg nem sikerülne, még mindig elég időnk van arra, hogy a belső fordítást végezzük.

Az eset azon túlnyomó számában azonban, hol a II. magzat rendes fekvésű, várakozó álláspontot foglalunk el, nem mulasztva el azonban sem az anya, sem a magzat megfigyelését. Figyelnünk kell ezen intervallumban különösen arra, vajjon az anya nem kezd-e vérezni, másodsorban a magzat szívhangjait kell többször meghallgatnunk; megtörténhetik, hogy a placenták időelőtti leválása következik be, a mi úgy az anyára, a vérzés miatt, mint a magzatra, az intrauterin fuladás miatt, nagy veszedelemmel jár. Mindkét körülmény a szülés befejezését teszi indokoltá.

156 ikerszülés közt három esetben volt az anya ezen szülésközi időszakban a placenta korai leválása után fellépett súlyos vérzés miatt életveszélyben.

Mindhárom esetben a szülés befejeztetett. Egy esetben a medenczevégű fekvésben levő magzatnál láblehozatal után extractioval, a második esetben pedig expressioval fejeztük be a szülést fejképvéses magzatnál. A harmadik esetben a fejképvésben levő magzat előtt burkot repesztettünk, mire a fej hirtelen leszállott, a vérzés szűnt s a magzat spontán hamarosan meg is született. A magzat érdekében négy ízben avatkoztunk be a szívhangok arythmiája miatt. Mind a négy esetben expressiót alkalmaztunk. Hol ily, a szülés befejezését indokoló körülmények nem forognak fenn, ott a II. magzat születését teljesen a természetes lefolyásra bizzuk. Külső vizsgálattal meghatározzuk a II. magzat fekvését, állását; ha a külső vizsgálattal czélt nem érünk, csak ez esetben végzünk belső vizsgálatot is. Ennek végzésénél azonban ügyelnünk kell arra, hogy a burkokat lehetőleg meg ne repeszszük.

Tudjuk ugyan, hogy a II. magzat burkának, illetve burkainak még nincs szerepe oly értelemben, mint az I. magzatnál. A méhszáj kitágítását részben elősegítvén, annak kitágulása után a burok szerepe megszűnik s csupán a szülést késlelteti. Ikerszüléseknél a II. magzat megszületése előtt a buroknak tehát nem jut szerep a fenti értelemben; azonban szerepe jut azon tulajdonságának, hogy a II. magzat megszületését késlelteti; ezen késedelemre pedig, illetve ezen pihenőre az előbb úgy is nagy fokban kitágított méhnek nagy szüksége van. Ezen szünet alatt adaptálódik a méh a II. magzathoz; egyes contractiókkal és lassú retractionnal a II. magzathoz alkalmazkodik. Ikerszüléseknél ezen közti időt egyes szüléseknél a placentaris időszakhoz lehetne hasonlítani, mikor is a méh lassanként a placenta nagyságáig contrahálódná megtörténik a placenta megszületése, illetve ikerszüléseknél hasonlóan a II. magzaté. Sőt hasonlatunk még következményeiben is egyezik. A II. magzatnak az I. magzat után való gyors megszületése, éppen úgy, mint a placenta időelőtti eltávolítása, pl. a

Credé-féle eljárás hibás alkalmazásánál igen gyakran vezet a méh atóniájához. Atoniás vérzést pedig, ha csak lehet, éppen ikerszüléseknél, hol úgy is nagy hajlam van rá, kell elkerülnünk, mert a vérzés megszüntetése, a méh elernyedte volta miatt a nagy kitágítás következményeként, sokkal nagyobb nehézségekbe ütközik, mint egyes szüléseknél.

Ha végig figyeljük azon ikerszüléseket, hol az I. magzat születése után a burok önként repedt s azután a II. magzat szintén önként született meg, úgy meggyőződhetünk arról, hogy a burkok állítják meg a méhet egy időre tevékenységében, azoknak megrepedése után pedig a II. magzat újabb fájások kiváltása által csakhamar meg szokott születni. 43 oly esetünk van, hol a II. burok spontán megrepedésének ideje ismeretes és úgy az I. mint a II. magzat természetes módon született meg. Az I. magzat megszületése után a II. burok középszámítással 22 perc elteltével repedt meg önként; ezen spontán burokrepedést pedig szintén középszámításban 7 perc múlva követte a II. magzat megszületése.

A beavatkozás nélkül lefolyt esetek mutatják meg így a követendő eljárást.

Az I. magzat megszületése után, midőn semmi beavatkozás sincs indokolva, legalább $\frac{1}{2}$ órát várunk kell. Ha ezen idő alatt a burkok meg nem repednek, úgy két eshetőség előtt állunk, vagy szivósak a burkok vagy pedig a méh izomereje igen ki van merülve s a fájások nem elegendők a burkok megrepesztésére, ezen esetekben, tudván azt, hogy a II. magzat burkainak megrepesztésével legtöbbször elősegítjük annak gyorsabb megszületését, repeszszük meg a burkokat s így közvetve hassunk rá a szülés teljes befejezésére.

A burkok megrepesztése az I. magzat megszületése után egy félórával, mint a szülés befejezésének legenyhébb elősegítő módja indokolt már az anyára való tekintetből is, hogy hosszas vajudását megrövidítsük; de indokolt a burokrepesztés azért is, mert megfigyeléseink azt mutatják, hogy a $\frac{1}{2}$ óránál hosszabban tartó szülés közötti időt, éppen úgy, mint a nagyon rövidet, igen gyakran követi atóniás vérzés az ikerszülés befejeztével.

Hogy pedig egyedül a burkok azok, melyek nemcsak rövidebb intervallumoknál, hanem $\frac{1}{2}$ órán túl tartó, hosszabb időközöknél is késleltetőleg hatnak a II. magzat megszületésére, azt abból láthatjuk legjobban bebizonyítottan, hogy ezen hosszú intervallumoknál is a burkok repedését, illetve repesztését rövid idő alatt követi a II. magzat megszületése. Fél óránál nagyobb időköz telt el a két ikermagzat megszületése között 32 esetben. Ezek közül hat esetben fordító műtét végeztetett, a többi 26 eset közül 17 esetben találunk a burokrepedésekről, illetve repesztésekről pontos feljegyzéseket. Ezen eseteknél, hol az intervallumok mind meghaladják a $\frac{1}{2}$ órát a burkok repedése, illetve repesztése után átlag hat perc lefolyása alatt már bekövetkezett a II. magzat megszületése.

Hogy pedig a hosszú intervallumok, mint fent említettük, igen gyakran vezetnek atóniás vérzéshez, azt is az egyes adatokkal bizonyíthatjuk legjobban.

153 eset közül összesen 17 esetben volt atóniás vérzés. 32 esetben volt a két szülés közötti idő több egy félóránál. Azon 17 atóniás vérzés közül pedig nyolez adata a 32 félóránál hosszabb közti idejű szülésekre esik.

Mig tehát 121 félóránál rövidebb közti idejű ikerszülésre esik csak kilencz (7.4%) atóniás vérzés, addig 32 félóránál közti idejűekre nyolez (25%).

Ezen összehasonlításból kitűnik, hogy a $\frac{1}{2}$ óránál tovább elhúzódó közti idő atonia kifejlődésére kell, hogy befolyással legyen.

Áttérünk ezek után az ikerszüléseknél előforduló más rendellenességekre (végtagelöses, köldökzsinórelöses, stb.)

Farfekvés volt 104 magzatnál, ezek közül önként született 49, művi beavatkozással pedig 55 s pedig 40 extractio, 15 pedig expressio segítségével. Brém kimutatásában a 73 farfekvéses magzat közül spontán született 47, művi beavatkozással pedig 26: 22 extractio, 4 expressio. Látjuk ezekből, hogy aránylag az expressiót gyakrabban alkalmaztuk, mint azelőtt. Az expressiót farfekvéséknél minden ártalom nélkül igény be-

vehetjük s az úgy is erélytelen fájások mondhatni természetes módon való támogatása, az igen kimerült méhizomzat munkájának megkönnyítése s így a farfekvések hosszabb elhúzódásának meggátolása a kellő eredménnyel is járt az alábbi táblázat szerint, mely a farfekvésű ikermagzatok életi viszonyait tünteti fel.

	Macerált	Halott	Meghalt	8 napnál tovább élt	Összesen
Éretlen ...	1	4	13	—	18 (17·30%)
Kora ...	1	—	6	5	12 (11·53%)
Érett ...	8	3	4	59	74 (71·50%)
	10 9·61%	7 6·73%	23 22·11%	64 61·53%	104

104 farfekvésű magzat közül nyolcz napnál tovább élt, vagyis elhagyta a klinikát 64 (61·53%); ha pedig a maceráltakat leszámítjuk, akkor 67·36%. 86 életképes farfekvésben született ikermagzat közül szülés alatt elhalt három, azaz 3·4%; egyes szüléseknél ezen magzatoknak 20·21%-a hal el.

A nyolcz napnál tovább élők száma mint láttuk 61·53%.

A szülés alatt elhalt magzatok száma perzentekben Brém kimutatásában 9·23%, tehát jóval meghaladja a mi adatainkat; ugyancsak a nyolcz napnál tovább élők csak 45·20%-ot képeznek Brém adatai szerint, míg a mi eseteinkben 61·53%-ot.

Mindkét irányban tehát a mortalitás sokkal nagyobb a farfekvésű ikermagzatok közt a régebbi kimutatás szerint.

A két lényeges különbség okát tisztán az expressiók gyakoribb alkalmazásának eredményeként magyarázhatjuk.

Ily módon meggátoljuk a farfekvésű hosszabb elhúzódását s ezzel együtt a magzatok esetleg bekövetkező asphyxiáját.

Azon 17 harántfekvésről, melyek a 156 ikerszülés közt előfordultak, már szólottunk. 13 esetben műtét volt szükséges.

Három esetben evolutio spontaneában született meg a harántfekvésű magzat. Két ízben a II. magzat, egyszer az I. magzat. Ezek közül két esetben a magzatok érettek voltak, egy esetben éretlenek; ez utóbbiaknál született meg evolutio spontaneában az I. magzat.

Egy esetben pedig a harántfekvésben levő II. éretlen ikermagzat conduplicato corpore született meg.

Az evolutio spontaneában született érett ikermagzatok közül az egyik ikerszülésnél az I. magzat 2700 gm., a II. magzat 1800 gm. súlyú volt. A két magzat megszületése közötti idő 9 perc. A szülő nő először szülő volt. Az evolutio spontaneában megszületett II. magzat azonban a negyedik napon a szülés után elhalt.

A másik esetben a szülő nő másodszor szülő volt; az I. magzat súlya 2200 gm., a II. magzat súlya 1940 gm. A két magzat születése közötti idő 15 perc volt. Az evolutio spontaneában megszületett II. magzat ez esetben életben maradt. Drappier közöl egy hasonló esetet, hol a II. magzat szintén evolutio spontaneában született meg, súlya 1930 gm. volt s hasonlóképpen életben maradt.

Kézleléses egy ízben fordult elő, könnyen visszahelyeztetett.

Köldökzinórelőesés 4 esetben következett be, egyszer a fej mellett, háromszor a far mellett, ez utóbbi esetek közül egyszer sikerült a repositio.

Három esetben a szülés műveleg fejeztetett be. A farfekvésű magzatnál expressiót, a medencevégű fekvéseknél pedig extractiót alkalmaztunk. Mind a 4 esetben a magzatok élve maradtak.

Placenta praevia 156 ikerszülés között nem fordult elő. Eklampsiája volt öt szülőnek. Egy esetben accouchement forcé végeztetett, a szülőnő azonban 55 perczel a szülés után elhalt.

Brém eseteivel együtt összesen 283 ikerszülésből indulván ki, eklampsiá 2·83%-ában fordul elő ikerszülésnél; míg egyes szüléseknél 0·27%-ban.

Régen ismeretes, hogy atoniás vérzések ikerszülésnél igen gyakoriak.

Brém által közölt esetek s az újabb 156 közt előforduló idevágó esetek kapcsán általában véve vérzés ikerszüléseknél 13·4%-ban fordul elő.

Az atoniás vérzések oka a méh hiányos összehúzódása mely körülmény különösen a méh bennének gyors kiürítése és a méh nagyfokú kitágultsága után áll elő.

Ikerterhességeknél mindkét körülmény gyakran előfordul s az atoniás vérzések tényleg igen gyakoriak is az egyes szülésekhez viszonyítva.

Hogy egyes szülések ezen atoniák bekövetkezésének lehetőségét mennyire szemmel tartják, kitűnik Pajot ajánlatából, ki prophylactice ergotint rendel.

Azon 17 atoniás vérzésnél, mely a klinikán 1887. szeptember 1. óta észlelt ikerszüléseknél előfordult, figyelemmel voltunk az I. és II. magzat megszületése közötti idő tartamára s azt találtuk, hogy részben igen rövid, néhány percznyi, részben pedig túlhosszúak voltak ezen időközök.

Fentebb már kifejtettük, hogy $\frac{1}{2}$ óránál tovább tartó időközöknél mily nagy számmal fordulnak elő atoniás vérzések.

Néhány szóval foglalkoznunk kell még az ikermagzatok fejlettségével, életi viszonyaival.

Primiparák által szült ikermagzatok átlagos hossza adataink szerint 45·02 cm., súlya 2317 gramm; multiparák magzatjai fejlettebbek, átlagos hossz 45·54 cm., súly 2471 gramm; először és többször szülők magzatjainak átlagos hossza 45·28 cm., súlya 2394 gramm.

A magzatok életi viszonyainak könnyebb áttekintésére táblázatot állítottunk össze:

	Macerált	Halva született	Meghalt	8 napnál tovább élt	Összesen
Éretlen ...	6	16	22	—	44 (14·10%)
Kora ...	1	1	20	32	54 (17·30%)
Érett ...	13	3	5	193	214 (68·58%)
	20 6·41%	20 6·41%	47 15·06%	225 72·11	312

Ikerszüléseknél részben a satnya fejlődés, részben azért, mert a szülések nagy száma idő előtt következik be, a magzatok halálózása nagyfokú.

Kézmárszky tanár szerint az egyes szüléseknél az élve született magzatok közül meghal 5·71%; Brém idevágó adatai szerint ikreknél a halálózás 26·77%-ot tesz ki. A mi észleleteink alapján a halálózás ikermagzatoknál 15·06%.

Ezen halálózási perzent magában foglalja az élve születettek közti halálózást (éretlen, kora és érett magzatok). Az éretlen magzatok ikerszüléseknél 14·10%-ban fordulnak elő; ezen éretlen magzatok természetesen lényegesen rosszabbítják a halálózási arányt.

Az élve született magzatok halálózási perzentje Brémnél sokkal magasabb (26·77%), mint nálunk (15·06%).

A különbség oka a koraszülöttek halálózási viszonyaiban lelhető fel. Míg t. i. Brém szerint 31 élve született kora magzat közül meghalt 27, vagyis 87·09%, 8 napnál tovább élt négy, vagyis 12·9%, addig a mi adataink szerint 52 koraszülött közül meghalt nyolcz napon belül 20 (38·46%); nyolcz napnál tovább élt 32 (61·53%); a kora magzatok kisebb halandósága a kora magzatok újabb célirányosabb ápolásának köszönhető. 312 ikermagzat közül élve született 272 (87·17%) (abortusokat, maceráltakat beleszámítva); Brém: 88·18%, Reuss: 89·76%; ezek közül önként született 192 (70·58%), (Brém: 86·16%); (Reuss: 86·80%); műveleg 80 = 29·41%, (Brém 13·84, Reuss 13·20).

Halva született 312 ikermagzat közül 40 (12·82%), Brém 11·8%, Reuss 10·24%; ezek közül önként 34 (85%), (Brém 76·66%, Reuss 71·4%), műveleg pedig 6 (25%), (Brém:

Reuss: 28·6%, 272 élve született ikermagzat közül azon belül elhalt 47 (17·27%), (Brém 30·35%, Reuss pedig a 192 önként született közül 40 (20·83%), 57%, Reuss: 12%, a 80 művileg született közül pedig %, Brém: 29%, Reuss: 44%.

életképes magzat közül élve született 250 (93·28%), Brém: 91·12%, halva született 18 (6·71%), Brém: 8·87%.

A 250 élve született közül elbocsátott 225 (90%), Brém: 80%, nyolcz napon belül elhalt 25 = 10%, Brém: 20%; 52 élve született kora magzat közül meghalt 20 (38·46%), Brém: 87·1%.

A gyermekágy lefolyását a következő táblázatból tekinthetjük át:

Szülések száma	Gyermekágy				Halálozás			
	láztalan		lázás		összesen		sepsis	
	szám	%	szám	%	szám	%	szám	%
96 rendes	90	93·75	6	6·25	1	1·04	1	1·04
60 művi	51	85·0	9	15	1	1·66	—	—
	141	90·38	15	9·61	2	1·28	1	0·64

Rendes lefolyású ikerszülések után a gyermekágy láztalan volt 93·75%-ban, (Brém 73·68%), művi beavatkozással történt szülések után a gyermekágy 85%-ban folyt le láztalanul. (Brém: 45·16%.)

Rendes ikerszülések után elhalt az anyák 1·04%-a; művi beavatkozás után 1·66%-a. Sepsis egy esetben fordult elő, még pedig egy rendes lefolyású ikerszülés után; a művi beavatkozást igénylők között nem fordult elő. Összes sepsis 0·64%.

Brém kimutatásában rendes lefolyású szülések után meghalt az anyák 2·1%; művi beavatkozás után 12·5%. Az összes sepsis 3·93%.

A gyermekágy lefolyásáról feljegyzett adataink szerint 1887 óta lényegesen javult idevágó statistikánk, az azelőttihez képest. A lázas gyermekágyak, a sepsisben elhaltak száma a régebbi viszonyokhoz képest elenyészően csekély.

Mindezekből, de különösen a gyermekágy lefolyásából azon következtetéseket vonhatjuk le, hogy az ikerszülések, bármennyire is hangoztatják egyesek azok veszedelmes voltát, úgy az anyára, mint a magzatra nézve, a szülések szakszerű vezetésével, a beavatkozás céltudatos és helyén való megválasztásával még sem rejtenek magukban annyi veszélyt a szülönőre nézve.

Már a magzatokra nézve a viszonyok másképp alakulnak.

A szülés gyakori időelőtti bekövetkezése és a magzatok veleszületett fejletlensége könnyen megmagyarázza azon mortalitás-többletet, mely ikerszületetteknél található.

*

Végül említést kell tennünk azon *hármasszülésekről*, melyek az I. sz. női klinikán 1869-től 1900-ig terjedő időközben előfordultak. Összesen hat ily szülés észleltetett 24,647 szülés közt s így 4107 egyes szülésre esik egy hármasszülés.

Veit szerint az arány olyan, mint 1: 7910. Churchill szerint Angliában az arány 1:4473, Németországban 1:7135, Franciaországban 1:6195.

A hármasszületésnél éppen úgy mint a kettősöknél, a pete függelékeiből következtethetünk származásukra.

Az esetek egy részénél három placentát találunk külön chorion, külön amnionnal. Ilyenkor minden egyes magzat külön-külön petéből fejlődött. Az esetek másik részében két külön placentát.

Ilyenkor az egyik magzat külön chorionban és amnióban van, míg a másik két magzat vagy két chorionnal és

amnionnal vagy pedig közös chorionnal és amnionnal rendelkezik, a szerint, a mint ezen két utóbbi magzat két petéből vagy egy petéből származott.

A két magzatnak megfelelő placenta jóval nagyobb, mint az egyes magzatnak megfelelő.

A harmadik eshetőség az, midőn csak egy placenta van jelen. Ha nincs rajta szétválasztó barázda, úgy mindhárom magzat egy üregben fekszik, egy petéből származott, lehetnek azonban a placentán elválasztó barázdák is. Így ha egy barázdát találunk rajta, akkor ugyanazon jelenséggel állunk szemben, mintha két placenta volna. Ilyenkor két üreg van a magzatok részére; az egyik üreg két magzat számára közös a másik üreg pedig a harmadik magzatot egyedül foglalja magába.

Lehetséges az is, hogy a közös placentán két barázda van jelen; ilyenkor minden egyes magzatnak megvan a külön chorionja és amniója, éppen úgy, mintha minden magzatnak különálló placentája volna.

A hármasszülések leggyakrabban két petéből származnak, úgy hogy egyik petéből egy magzat, a másik petéből pedig vagy a csir kettőszlása vagy kettős esirhólyag jelenléte által fejlődik a másik két magzat.

Az I. sz. női klinikán észlelt hat hármasszülés közül öt esetben a petefüggelékek pontos leírásából látjuk, hogy négy hármasszületés két-két petéből származott, egy hármasszületés három petéből.

Két esetben a placenta közös volt egy elválasztó barázdával, két esetben két placentát találtunk, egy esetben pedig három külön placentát.

A mi a hármasszületés nemét illeti, azt látjuk, hogy azok inkább különeműek mint egyneműek.

Többször találni három fiút, mint három leányt és ugyan csak többször két fiút és egy leányt, mint két leányt egy fiút. 1689 hármasszületés közt Veit szerint volt.

Egynemű	768	{ 3 fiú 409 esetben 3 leány 459 „
Különemű 921		{ 2 fiú } 501. 1 leány } { 2 leány } 420. 1 fiú }

Az I. sz. női klinikán észlelt hat hármasszületés közül négy izben volt két fiú, egy leány, egy izben két leány és egy fiú, egy izben pedig három leány.

A többes terhességek felismerése, mint láttuk már az ikerterhességnél is, nagy nehézségekbe ütközik.

Míg ez utóbbiaknak 25%-a ismertetett fel a klinikán, addig a hármasszületés közül egyszer állapított meg a többes terhesség s ezen esetben is ikerterhességet tételeztünk fel.

Számos hármasszületés leírásából tapasztaljuk, hogy az I. iker megszületése után is csak kivételesen ismerhető fel az, miszerint a méhben még két magzat foglal helyet, úgyannyira, hogy rendszeren csak a II. magzat megszületése után végzett vizsgálattal leszünk bizonyosakká a hármasszületés felől.

Az I. sz. női klinikán egy esetben, hol már ikerterhességet találtunk, az I. magzat megszületése után a méhben még két fejletlen tapintottunk, s így a hármasszületés nyilvánvaló lett.

Naegele szintén az I. magzat megszületése után egy esetben a másik két magzat jelenlétét a szívhangok segélyével ismerte fel.

Azon egyes szerzők által többször említett jelenség, hogy hármasszületésnél a has kerülete szerfelett nagy, az alsó végtagok és szeméremtáj feletti részek nagyfokú oedemat mutatnak, nem mondható jellegzetesnek. Előfordulnak e tünetek ikerterhességnél, hydramniosnál, nagy magzatnál is.

A tapintás a legjobb segédeszközünk, mint azt már az ikerterhességnél is láttuk, a többes terhességek felismerésében.

Pinard külső tapintás által volt képes egy esetben a

terhesség 5-dik hónapjában levő hármast felismerni, három fejet találva.

A szívhangokból, három punctum maximumot észlelve, Bousset és Dunalnak sikerült egy-egy esetben a hármásokat meg a terhesség alatt felismerni.

Az anya korát és a terhességek számát vonatkoztatva a hármast terheségekre, Mirabeau arra az eredményre jutott, hogy hármások leggyakrabban 30—34 éves korú anyáktól születnek. Magasabb korban gyakoriabbak mint az ikerterhességek. Ugyancsak a legtöbb hármast többször szülőknek származik; a szülések számának szaporodása fokozza a hajlamot a hármast terheségre.

Az I. sz. női klinikán észlelt hat eset közül 30 éven túl volt négy hármast szülő nő; kettő pedig 30 év alatt; az egyik 24, a másik pedig 27 éves volt.

A hat szülő közül csupán egy volt először szülő, a többiek többször szülők és pedig három harmadszor szülő, egy ötödször és egy tizedszer szülő.

Már az ikerszüléseknél láttuk, hogy mennyire veszélyeztetett a magzatok élete a csekélyebb fejlettség vagy a szülés időelőtti bekövetkezése által; ugyanez áll, csak hogy fokozott mértékben a hármásoknál is.

Puech szerint a hármások csak nagy ritkán érik el a terhesség normális végét. Rendesen koraszülések következnek be, a 7-dik vagy 8-dik hónapban. Primiparáknál gyakori az abortus.

Gyakori azon eset, midőn a magzatok egyike már a terhesség alatt elhal. Ilyenkor ezen elhalt magzat vagy még a terhesség tartama alatt megszületik, vagy pedig a terhesség végeig a méhben marad, hogy azután a másik két magzattal egyszerre szülessék meg.

Az I. sz. női klinikán észlelt hat hármast életei viszonyait a következő táblázatban tekinthetjük át:

	Macerált	Halva született	Meghalt	8 napnál tovább élt	Összesen
Éretlen ...	1	1	4	—	6
Kora ...	—	—	—	—	—
Érett ...	—	—	1	11	12
Összesen ...	1	1	5	11	18

A klinikáról eltávozva az anyák, a magzatok további sorsáról keveset tudni.

Tarnier Párisban négy hármast testvérrel tesz említést, kik életben maradtak s felnőttek.

Kézmárczky tanár Budapesten szintén ismer egy családot, hol hármast szülés történt. Mindhárom magzat leány volt, kik életben maradtak s felnőttek.

Az újabban észlelt három hármast terhesség részletezve a következő volt:

1. 36 éves VP. 1892. december 24-én délelőtt 11 óra 28 perczkor vétetett fel a női klinikára. Fájásai aznap reggel 7 órakor kezdődtek. A belső vizsgálat a hüvelyboltozatot üresnek, portiót eltüntetnek, méhszájat 3 ujjnyinál találta. Magzatrészeket tapintani nem lehetett. Ugyanaznap délután 21 perczkor közvetlen burokrepedés után született meg egy magzat II. egyszerű farfekvésben, ezt követte 44 percz múlva egy második szintén II. egyszerű farfekvésben, majd ismét egy percz lefolyta után egy harmadik magzat I. koponyafekvésben. a) Magzat leány, élő, 35 cm., 940 gm. súlyú; b) magzat leány, élő, 35 cm., 970 gm. súlyú; c) magzat leány, élő, 36 cm., 800 gm. súlyllyal. a) Magzat 5 napig, b) egy napig, c) két napig élt. a) és c) magzattal közös lepénye és chorionja volt; a placenta súlya 750 gm.; b) magzat külön lepénnyel és

burkokkal. c) magzat köldökzsinórja velamentosus tapadású. Anya 9-dik napon felkel.

2. 24 éves először szülő. Fájásai 1901. január 3-án délelőtt 30 perczkor indultak meg. Burokrepedés aznap délután 4 óra 20 perczkor. A méhszáj burokrepéskor eltűnt. Január 3-án délután 4 óra 56 perczkor születik meg egy magzat I. koponyafekvésben; az első magzat megszületése után az uterusban még egy második magzattal találunk. A szeméremrésben csakhamar megjelenő burok megreped s közvetlen erre megszületik a II. magzat II. koponyafekvésben, délután 5 óra 6 perczkor. Ekkor derült ki, hogy az uterusban még egy harmadik magzat is van I. koponyafekvésben, fej már mélyen az üregben, burkok épek. A következő fájásnál megrepednek a burkok, mire a III. magzat is hamarosan megszületik délután 5 óra 12 perczkor. A III. magzattal együtt megszületik a két lepény is. A méh jól contractálódik. Vérzés nincsen.

a) magzat élő, leány, 44 cm. hosszú, 1765 gm. súlyú; b) magzat fiú, élő, 44.5 cm., 1795 gm., c) magzat élő, fiú, 42 cm. és 1550 gm. súlyllyal.

a) lepény súlya 385 gm., b) és c) lepénye 625 gm. A II. és III. magzattal közös placentája és chorionja volt.

Anya 9-dik napon felkelt. Magzatok életben maradtak.

3. 37 éves, tizedszer szülő, 1901. február 25-én délelőtt 11 órakor vétetett fel az I. sz. női klinikára.

Haskerület 118 cm. A méhben a tapintás segélyével két magzat találtatott. Szívhangok punctum maximuma két külön egymástól távolabb fekvő helyen észleltetett.

A szülőfájások február 27-én délelőtt 12 órakor indultak meg.

Február 27-én délután 2 óra 25 perczkor megrepszettvén a burkok, délután 4 óra 45 perczkor született meg az I. magzat egy fájásra, a nő hanyattfekvésében gátvédelem nélkül. Az ezután megejtett külső vizsgálatnál a méhben két fej volt tapintható, egyik a köldök körül, másik a fundusban jobbra, ugyancsak két külön szívhangócztól észlelve, megállapítottatott a hármast terhesség.

A II. magzat, burkainak megrepszettése után, extractio és expressio segélyével születik meg délután 5 órakor.

Egy negyedórai várakozás után a harmadik magzattal burkai szintén megrepszettvén, hasonlóan extractio és expressio alkalmaztatott a farfekvéses magzattal.

A lepények megszületése után mérsékelt atoniás vérzés, mely 2 Pravaz ergotinra és forró öblítésekkel megszűnik.

A magzatok közül a) leány, 47.5 cm., 2655 gm.; b) fiú, 47.5 cm., 2465 gm.; c) fiú, 48.5 cm., 2660 gm. Mindhárom élők.

a) lepény súlya 560 gm., b) és c) lepény súlya 975 gm. Mindhárom magzattal külön placentája volt, csak hogy b) és c) placentája összenőtt, az összenövés helyén azonban két chorion és két amnion találtatott.

A gyermekágy 15-dik napján az anya felkel. A magzatok életben maradtak.

Források: Kézmárczky: Klinische Mittheilungen. Stuttgart, 1884. Kleinwächter: Die Lehre von den Zwillingen. Prag, 1871. Reuss: Archiv f. Gyn. Bd. IV. Ahlfeld: Arch. f. Gyn. Bd. VII., Bd. IX., Bd. XI. Brém: Az ikerterhességről. Orvosi Hetilap 1890. Hellin: Die Ursache der Multiparität. München, 1895. Mirabeau: Über Drillingsgeburten. Arbeiten aus der Univ. Frauen Klinik zu München 1894. Ohlshausen und Veit: Lehrbuch der Geburtshilfe. 1899. Ahlfeld: Zur Diagnose der Zwilling-Schwangerschaft. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXV. Parrot: Über Geburten von Zwillingen in ungewöhnlich langen Zwischenräumen. Münch. Med. Wochenschr. No. 3. Dejeany: Zur Statistik der Zwilling-Schwangerschaft in Frankreich. Rev. intern. de med. et de chir. No. 10. Bizot: Zwillinggeburt mit 11 Tagen Zwischenzeit. Lyon med. 1897. Auvard: Arch. de tocol. Paris, 1888. Davies: British med. J. London, 1889. Auvard: Arch. de tocol. Paris, 1890. Brosin: Centralblatt für Gynäk. Leipzig, 1890. Pajot: Annal. de gynéc. XXXV. Lauritzen: Om Svangerskab og Fødsel ved Tvillinge. Kjöbenhavn, 1891. Schauta: Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. 1898. Tarnier: Traité de l'art des accouchements 1888. Ribemont-Dessaigne-Lepage: Précis d'Obstétrique 1896.

Az orvosnők története.

Lipinska Mélanie dr., „Histoire des Femmes Médecins depuis l'anti-
quité jusque'à nos jours“ (Paris 1900) cz. munkája után

irta: *Steinberger Sarolta* dr.¹

(Folytatás.)

Újkor.

A középkor, az előítéletek, a sötétség, s a barbarizmus korszaka sokkal türelmesebb volt az orvosnőkkel szemben mint az újkor. Az újkorban azok, kik a régiek tudományos működéseit folytatták, gyakran ellenséges indulattal viselkedtek a szellemi dolgokkal foglalkozó nők iránt, vagy legalább is igyekeztek őket nevetségessé tenni. E változás oka az egyes országokban különböző; általában azonban az egyetemek harca és a szakconcurrentiát illetőleg a kormányok részéről a férfiaknak biztosított protectio voltak a főindokok. Bár mint legyen is, tény az, hogy a XVI. századtól kezdve, mindig kevesebb lesz az orvosnők száma. Egy ország tesz csupán kivételt e tekintetben, Olaszország.

Olaszország.

Olaszország intellectuális története közvetlenül az ókorhoz fűződik és egészen a XIX. századig ő áll a civilisatio élén. Mint ismeretes, Salerno több századon át központja volt az olasz kultúrának; majd a XIV. és XV. században, mikor e város hanyatlani kezd, magas fokot érnek el a civilisatio terén Pisa, Firenze, Genua, Velence és a Lombardia városai. Egyáltalában a XVIII. századtól kezdve az olasz emancipatio óriási gyorsasággal halad előre. Nem is beszélve arról, hogy Dante tolla alatt az olasz nyelv lesz a legelső befejezett élő nyelv, sem arról, hogy művészei mily remek dolgokat alkottak már ez időkben az építészet, festészet terén, csak azt említjük meg, hogy egyetemeket alapítottak Bolognában, Nápolyban, Páduában s Rómában. S miután a haladás az ókori görög-római civilisatio folytatása, az olasz nő szereplését úgy a rómaiak, mint a salernóiak utódai csak természetesen találhatták.

Burckhardt mondja, az olasz renaissance civilisatiojáról irt munkájában, hogy a nők nevelése a felsőbb körökben teljesen egyenlő volt a férfiakéval.

Ilyen kedvező körülmények között nem meglepő, hogy a XIII. és XIV. században Itáliában nagy az orvosnők száma. Velencében Cecchetti szerint a nők úgy orvosi, mint sebészi gyakorlatot űzhettek. A XIV. század elején itt egy *Beatrix* nevű nőről, *Gherardo di Candia* özvegyéről, ennek orvosi tanácsairól és szolgálatairól van szó. Ugyancsak ez időkben *Sconetta* van jelezve Turinból, kit „medica“ megszólítással illettek. E század dokumentumaiban — nápolyi archívumok őrzik — Renzi több diplomára akadt, melyek a sebészet gyakorlására jogosítják a nőket. Ilyen sebészek: *Thomasia de Matteo* és *Incarinata Mária* Nápolyból.

Targioni Tozzeti olasz történetíró, Firenze históriájáról szólva, megemlíti, hogy gyakran találkozni orvosnők neveivel, kik az előjáróság engedelmével űzték orvosi és sebészi gyakorlatukat. Így a héber Dániel felesége, *Antonina*. Magliobecchi könyvtárának receptkézirat-gyűjteményében több rendelés van *Caterina* medicától; egy XV-ik századbeli codexben pedig a pestis idejében működő *Jacope* nevű medicáról olvashatni. Firenze alaptörvényei nemcsak hogy megerősítik ezen állításokat, hanem még több orvosnőről is tesznek említést.

Rómában IV. Sixtus pápa edictuma elismeri a római orvosok által hozott ama törvényt, mely szerint: „sem férfi, sem nő, akár keresztény, akár zsidó, ha nem mester az orvostudományban, ne merészelje kezelni az emberi testet, sem mint orvos, sem pedig mint sebész“. Ez azt bizonyítja, hogy a nők praktizálhattak, ha orvosokká voltak avatva.

A bolognai egyetemnek egy egész sorozat nő professora volt. A XIII. században *Dolla* a jogból tartott előadásokat; a XIV. században két testvér, *Andréa Bettina* és *Novella* a jog törvényeit adták elő. Novella idejének egyik leghíresebb asszonya volt, ki nemcsak jogi, hanem philosophiai ismeretekkel is birt. A renaissance idejében pedig *Brechi Dorothea* a moral-philosophia

és a praktikus orvostudomány tanára volt. Hilarion de Coste róla sok elismeréssel beszél és elmondja, hogy messziről jöttek el az emberek előadásaira és csodálták ama tehetségét, melylyel annyi embert képes volt philosophiára tanítani. Mazzeti szerint, ő apját mint orvost, nem egyszer helyettesítette és így valószínűleg a practikus orvostudományból is tartott előadást. E nézetben van különben Leyden, berlini professor is.

A renaissance idejében főleg a literatúrát s classikus tudományokat művelték és innen van, hogy e korszakban még Olaszországban is kevés az orvosnő. Tiraquellus *Margarittát* említi, ki a Salernóban elsajátított orvosi ügyessége révén Nápolyban jó hírnévnek örvendett s ki többek között László királyt is kezelte.

Később azonban, a XVIII. században, mikor a természet-tudományok és ezzel együtt az orvostudomány művelése is nagyobb lendületet vett, számos olasz nővel találkozunk, kik orvostudományt foglalkoznak. Leghíresebb köztük az 1716-ban Bolognában született *Manzolini Anna*, leánynevén *Morandi*. Manzolini festő értve az anatómiát, XIV. Benedek pápa anatómiai muzeuma számára praeparatumokat készített. E művészetbe feleségét is beavatta és a szép, intelligens nő nagy buzgalommal tanulta meg az anatómiát és bonézolt hullákat. Munkáiban olyan anatómiai ismereteknek adja bizonyítékát, milyenekkel legnagyobb anatomusaink is alig dicsekedhetnek. Férje halála után segédtanárrá nevezték ki a bolognai egyetemen; 1758-ban a Clémentina-akadémia, 1760-ban a folignoi irodalmi társaság s 1761-ben a firenzei rajz-akadémia tagja lett. Végül anatómiai tanszéket kapott a tanácstól s megengedték neki, hogy előadását akár lakásán is megtarthassa. Hire bejárta egész Európát. Milano, London, Pétervár meghívták őt egyetemeikre vagy akadémiajukra. E meghívásokat azonban mind visszautasította, mert ő csak hazájáért kívánt dolgozni. 1774-ben halt meg. Az egyetem anatómiai muzeuma számára megvette összes készítményeit és 1874-ben szobrot emelt neki a bolognai pantheonban. Neki köszönheti az anatómia a musculus obliquus tapadásának felfedezését a szemén. A XVIII. században még 5 más nőnek volt tanszéke a bolognai egyetem különböző fakultásain. Manzolini Anna példája sok nőt buzdított az orvosi tudomány tanulmányozására.

Firenzében *Petracini Mária* 1780-ban kapott doktori címet, leánya *Perretti Zaffire* pedig 1800-ban lett doktorra; ez utóbbi Anconában mint igazgató szerezte az egész környék bábái felett.

Az olasz nők sorozata méltóan végződik *Dalle Donna Máriaival*, ki 1777-ben született. Nagy intelligenciája hozzátartozóit arra indította, hogy Bolognába küldjék, hol ő latin nyelvvel, philosophiával, matematikával, physikával, sebészettel és orvosi tudományokkal foglalkozott. A doctressa címet 1799-ben kapta meg a philosophia és orvostudományból, mely utóbbi gyakorlatára engedélyt is nyert. Tudományos érdemeinek elismerésül 1801-ben a bábaiskola vezetésével lett megbízva. Napoleon 1802-ben Bolognán átutazva, hírét vette e nőnek s érdemeit méltányolni akarva, a tudós Laterzani ajánlatára, szülészeti tanszéket állított fel neki, melyet *Dalle Donna Mária* haláláig, 1842-ig, nagy tudománytal s kiváló ékesszólással töltött be.

Ilyen fényes eredményeket értek el az orvosnők Itáliában, nagyban hozzájárulva az orvostudomány haladásához, kezdve a középkortól egész napjainkig.

Spanyolország.

Olaszország után a XV. és XVI. században Spanyolország játszotta a legnagyobb szerepet.

Itt a renaissance óta egész a XVII. század első negyedéig a minden irányú, kiváló talentumoknak oly nagy a száma, hogy egyetlen nemzet sem hasonlítható vele össze. Spanyolország ebbeli nagyságát a castiliai Izabella tapasztalatának s intelligenciájának köszönheti. Ő a megalapítója a spanyol uralomnak s országának legképzettebb hölgye.

De már Izabella előtt is voltak nők, kik előszeretettel a tudományok szentelték idejüket. Így *Dona Beatrix Galindo*, a salamankai egyetemen, a latin nyelv és philosophia tanára; ő oktatta latinra a királynőt is. A királyi példa nagyban fejlesztette a kiképzés iránti izlést s a XVIII. századig sok nő tüntette ki magát az irodalom és tudományok terén.

Mindenekelőtt *Corduai Losa Izabellát* kell említenünk, ki

¹ L. Gynaecologia 2. sz.

a latin, héber, görög nyelvekben szerzett jártasságot s a theologiából doktori címet nyert. Vagy *Françoise, Sebrik Antónia* leánya, ki egy időben apját helyettesítette az alcalai egyetem tanszékén. Azután a toledói *Sigea Aloysia*, a latin, görög, héber, arabs és syriai nyelvek alapos ismerője.

De hogy az orvostudomány határán belül maradjunk, *Chinchon* grófnőről kell szólnunk, kinek a therapiában a chinin használatát és ismertetését köszönjük. Ő mint a perui vice-herceg felesége, 1638-ban makacs lázban szenvedett, mely csak a környékbeli indiánok által használt fa háncsának bevétele után szűnt. A grófnő 1640-ben Európába visszatérve, terjesztette ezt az orvosságot s a Toge partján lakó nagy számú beteget gyógyított ki vele; majd Lugo kardinálissal ismertetette meg receptjét, ki azt 1649-ben Rómába vitte. Használata azután a „grófnő kéreg“ czímen gyorsan terjedt el Európában; később „perui kéreg“ néven szerepelt; majd „quina“ nevet kapott; a Jezsuiták „jezsuiták porá“-nak nevezték el. Linné óta azonban e fontos szolgálatot tett nő emlékére „Chinchona“ elnevezést adták neki.

Képzettsége által szintén helyet érdemel az orvostudomány történetében *Sabuco Oliva*, kiben a spanyolok természetfölötti lényt látnak. *Sabuco Oliva* könyvét 1728-ban *Martinez Martin* új kiadásban közölte következő czímmel: „új philosophia a régi nagy philosophusok előtt ismeretlen ember természetéről, mely megjavítja az életet és az emberi egészséget“. E munkában szerző elégedetlenségét fejezi ki az orvosok, legisták s politikusokkal szemben s hangsúlyozza, hogy ő könyvét mindenki számára írta ama kívánsággal, hogy azt mindenki olvassa és megértse. Sok könnyedséggel és itt-ott egyszerűségében teli bájjal van írva e munka. Nyelvezete szép, erős, értelmes. Az első rész a legjelentékenyebb, ebben szó esik az önismertetésről, emberi természetről, valamint a legvégső korig tartó boldog megélhetés feltételeiről. Azután politikai és szociális reformok kísérleteivel foglalkozik; végül recipéket közöl az egészségre vonatkozólag. Ő három léleknek a létezését veszi fel, ú. m.: a vegetatio, érző s gondolkodót. Az első a növényben, az első és másodikat az állatban, mindhármát pedig az emberben ismeri fel. Szerinte az agyban székelő gondolkodó lélek és ennek tehetségei adják meg az embernek a szomorú privilegiumot a fájdalom áldatlan effectusainak érzésére. Az ember az egyedüli lény, ki szenved a jelenért, bánkódik a múlt után s nyugtalanodik a jövő miatt. Innen a sok betegség s gyors halál, mert a gond ül s a képzelődés a legveszélyesebb bajokat okozhatja. Ő nem osztotta az empirikus orvosok elítélését ama therapeutikus methodussal szemben, melyet *Antiphon* szónok létesített, kinek ugyanis az a sajátságos ideája támadt, hogy morális betegek számára vigasztaló irodát nyisson Korinthusban. *Sabuco Oliva* szerint az élet és egészség fenntartója az öröm, míg a betegséget, halált az unalom s gond okozzák. Az öröm életet, a gond öl. Az innervatio rendellenességeit súlyosabbaknak tartja a táplálkozásból eredő bajoknál. A pestist, contagiosus vagy infectiousus bántalomnak itéli, mert a levegő egyik elősegítő tényezője és azért azt hiszi, hogy légzés, szaglás által jut az individuumba és ezt az agy csakhamar megérzi functiójában. Mérgezésnek tartja, mely ellen a legenergiusabban antidotumok útján kell küzdeni. *Guardia* erre megjegyzi, hogy ebben egy genialis előrelátást találhatnánk, miután csak nemrég ismeretes, hogy a mérgek hatása direct és közvetlen az idegrendszerre. *Sabuco* asszony kortársainál sokkal többet tudott az epidemia aetiologiája és pathologiája felől. Ő azt is ismerte, hogy az epidemiák a nap járását követik, t. i. keletről mennek nyugat felé. Azután a mérgekről beszél s azt állítja, hogy csak akkor van hatásuk, ha az agyat is megtámadták, azért egy mérges harapás következményeit a megharapott rész kiirtásával vagy lekötésével meg lehet akadályozni. *Gyanus* vagy romlott ételek élvezése után hánytatót ajánl. Majd a zene jóttevő hatását dicséri, hosszan tárgyalva a zaj befolyását az agyra. Szerinte az agy az érzések központja és ha a test egy része szenved, titkos követekeket küld szellemek és nedvek alakjában, melyek megduzzasztják és fájdalmassá teszik a beteg részt, elannyira, hogy halál állhat be. Elővigyázatképen tehát ligaturát ajánl feltenni a fájdalmas helyre, hogy a nedvek útját elvágja. Ez elég különös theoriája a gyuladás és fluxiónak. Munkájának több pontja bizonyítja, hogy az idegek systemájának

anatómiáját ismerte. A mi főleg megemlítésre érdemes, az az a fontosság, melyet ő az agy és gerinczagy barkainak tulajdonított.

Szóval az „új philosophia“ czélja az volt, hogy az orvostudomány újjáalakítását előkészítse az emberről alkotott ismeretek radikális reformatiója útján. Meg kellett hát kezdenie ama görög orvosi tudomány impozáns épületének lerombolását, melyet *Hipocrates* kezdeményezett, alexandriaiak folytattak, *Galenus* befejezett, arabok öriztek s melyet az orvosok egész legiója a classikus és orthodox traditiók babonás tekintélyével, mint egy templomot látogatott. Merész vállalkozás volt, mert a lerombolás több bátorságot és energiát követelt, mint maga az építés munkája. Ime egy orvosnő diploma nélkül, ki tudós, szellemes és ékesszóló.

Francia nők orvosi tanulmányai a XVI. századtól a XVIII. századig.

A párisi facultás hosszú küzdelem után győzedelmeskedett az orvosnők felett és kiűzte őket *Aesculap* templomából. A XVI. században nem volt nő Franciaországban, ki orvosi tudománnyal foglalkozott volna. Csupán mint sebésznők szerepeltek még néhányan, kik a facultástól függetlenül a sebészek testületéhez tartoztak. De csakhamar megszűntek ezek is létezni. Testületük ugyanis elkeseredett háborút kezdett a facultással, minek eredménye az lett azután, hogy az orvosokkal eddig egyenrangban volt sebészek a mesterség rangjára lettek degradálva. S miután tevékenységüket korlátozták, sok sebész rossz szemmel nézte női collegáját; testületük különben is a facultás alá vetve, elvesztette befolyását a női collegákra; hozzájárult ehhez a királyok által kiadott, a nőket még a sebészet gyakorlásától is eltiltó edictum, hogy megkezdődjék a nők lealacsonyítása Franciaországban, teljes bukásukat azután a renaissance idejében érték meg. Ebben a korszakban tehát francia orvosnő vagy sebésznő nem akadt.

A XVII. században Franciaországban a nők nevelését illetőleg teljes decadentia állott be, s így az érdeklődés a tudomány iránt meglehetősen csökkent; változás e téren csak a XVIII. században állott be, mikor is a nők engedélyt kaptak collegiumok látogatására. Ez időben sok a dilettáns a tudományok terén, de van ki komolyan fogja fel tanulmányait. Mert csak nem nevezhető dilettánsnak pl. *Lezardière* k. a., ki a francia monarchia politikai törvényeinek theoriáját állította össze; ép így nem *Chatelet* asszony, ki astronomiai és matematikai művek szerzője; valamint *Bihéron* k. a.-t, vagy *Arconville* asszonyt sem illetheti meg e jelzés.

Már a XVII. század vége felé jelent meg nőktől pár orvosi munka. Ilyen a *Fouquet* asszony könyve, a kiválasztott, kitapasztalt, könnyű házi szerekéről.

A XVIII. században *Madame de Staël Delaunay* úgy van ismerve, mint a ki legjobban tudja Franciaországban az anatómiát. Ugyancsak kivált anatómiai ismeretei révén *Bihéron* k. a. is, ki a mellett mesterien hű anatómiai preparatumokat készített. Vagy *Madame Geneviève Charlotte d'Arconville*, ki anatómia, história, chemia, physika, természettudományok és orvosi tudománnyal foglalkozott. Legjelesebb munkájának címe: „Kísérlet a romlás históriájának szolgálatában“, melyben a rothadást tanulmányozza az állati anyagban magára hagyva, majd ugyanazokat az anyagokat vízben. Kísérleteinek egy egész sorozatát említi, a hús több napi megőrzését illetőleg. *Mme Arconville* munkája egyike a legjelentékenyebbeknek, melyeket nők az orvosi tudomány terén írtak.

Még *Mme Necker*-ről, a francia kórházak reformátoráról kell szólnunk. Ő kísérletképen 1789-ben kis kórházat épített, hogy itt reformjait applikálhassa. Azonkívül Franciaországnak a forradalom előtti kórházait ismerteti egy munkában és rámutat ama borzalmas állapotokra, mikor több beteget halmoztak fel egy ágyban, rossz levegőben.

Könyvében: „*Hospice de Charité*, institution, règles et usages de cette maison“ beszámol kísérleteiről, melyeket eredmény koronázott. Kórházában főgondot a tisztaságra, jó levegőre s jó ápolásra fektette.

Orvosnők Svájcban, Németországban és Angliában a XVI. századtól a XVIII.-ig.

A német orvosnők története hasonlít egy kevésbé a francia orvosnőkéhez, a mennyiben a német orvosnők is eltűnnek az új-

korban. A XVI. és XVII. század rettenetes háborúi jelentékenyen alászállították Németország intellectuális niveauját és ez gyakorolható ily szomorú befolyást a német nők törekvésére. A XVI. század második felében mégis akadtak német nők, kik orvosi gyakorlatot űztek. Így pl. Baselben *Brunfels Ottó* özvegye, mint orvos nagy hírnévnek örvendett. Azonkívül voltak nők, még hozzá a legmagasabb körökből, kik privát passzióból tanulmányozták az orvostudományt. Így *Anna Sophia* királyi hercegné, ki Weisse és Heinemann szerint nagy ismeretekkel bírt úgy a nyelvek, mint a természettudományok terén, főleg azonban a botanikához értett. Kertjében orvosi növényeket termesztett s azokból orvos-ságokat készített szegény betegek számára; majd Drezdában kintűnő patikát nyitott, mely még 1830-ban is fennállott. Vagy *Troppau* és *Jägerndorf* hercegnője *Eleonora Maria-Rozália*, ki 1600-ban vénygyűjteményt állított össze majdnem valamennyi betegség ellen. E könyv, mely egyszersmind diatával s a betegek táplálkozásával is foglalkozik, nagy eredményt ért el s több ízben lett nyomtatva.

A német historikusok és bibliographusok még sok orvosi ismeretekkel bíró nőt említenek. Többek között *Harless Erzsébet Margit*-ot Keil-ből. E nő jártas volt a chemiában, főleg azonban az orvosi tudományban elannyira, hogy a szülészetből kis kézikönyvet hagyott hátra. Aztán *Sybille Margit* van dicsérve, mint poeta, theologus s buzgó orvos.

A mint látjuk, csak a hivatásos orvosnők tűntek el Bernben, hol németek laktak a XVII. században, egy hölgygel találkozunk, ki értett a sebészet és az orvosi tudományhoz. Ez a nő *Hilden Mária*, a híres *Hilden* sebész felesége. Férje tanította meg a szülészeti művészetre, ki munkáiban dicsőhimnuszokat zeng felesége ügyességéről, melylyel távollétében a sebészi operációkat csinálta. Ismeretes az a szerencsés ideája, melylyel mágnestűt alkalmazott a szemben lévő acélszálka kihúzására. Egy esetben pedig, midőn férje már sectio caesareát akart csinálni, meleg zsákburogatásokkal váltott ki uterus contractiókat s azután lassanként kihúzta a magzatot.

Majdnem 100 évvel később 1715-ben született *Leporin*, férjezett *Eisleben Dorottya*, *Quedlinburgban*, a ki már mint gyermek élénk érdeklődéssel vett részt azokon az előadásokon, melyeket orvosapja, fivérének tartott. Később nagy szorgalommal tanulmányozott orvosi könyveket. *Stahl*, *Hoffmann*, *Boerhave*, *Werlhof*, *Alberti*, *Jaukert* és *Heister* munkáit. *Leporin* k. a. már igen kiterjedt orvosi ismeretekkel bírt, midőn Nagy Frigyes király tudomást szerezve képzettségéről, megengedte neki, hogy a hallei egyetemre beiratkozassék s hogy ott orvosi vizsgáit letehesse. Ez engedelmet azonban sokáig nem vehette igénybe, mert előbb beteges apjának segédkezett, őt helyettesítve koronkint, majd 1742-ben férjhez menve, *Eislebenhez*, annak első házasságából származott négy gyermekének kellett szentelni minden idejét. Csak férje halála után láthatott neki komolyabban az orvosi tudomány művelésének s 1754-ben doctorrá avatása nagy ünnepek között ment végbe, mely alkalomból elhalmozták őt minden oldalról szerenese kivánatokkal úgy versben, mint prózában. 1762-ben halt meg.

Angliában a renaissance VIII. Henrik kegye által biztosítva elég mélyen befolyt a nők nevelésére a magasabb körökben, úgy hogy *Erasmus* dicsérte a nők nyelv- és irodalmi ismereteit, valamint nevelésüket. De már V. Henrik egy törvénye börtönnel való fenyegetés mellett tiltotta meg a nőknek az orvosi gyakorlat üzését. Kivételeket azonban itt is tettek. Pl. *Halkett Anna* (1622–1679) skót nemes leány a szegényeken óhajtván segíteni, már kora ifjúságában foglalkozott orvostudománygyal és sebészzel s rövid idő alatt oly általános bizalom vette őt körül, hogy a betegek minden oldalról sereglettek feléje. Majd a dunbari csata után a sebesülteket részesítette orvosi segítségben. Ezért a hazafias cselekedeteért s ügyességeért a király köszönetet is szavazott neki.

Körülbelül ebben az időben közölte *Kent Erzsébet* angol nyelven: „Kézirat, az orvostudomány és sebészet válogatott, ritka titkairól“ című munkáját, melyet igen kedvezően fogadtak.

A XVIII. század első felében *Bowler Catharina*-ról hallunk, ki mint sebész felesége igen kiterjedt ismeretekkel bírt s főleg a herniák kezelésében tűnt ki; hydrocele gyógyításával is foglalkozott. Ugyanez időben *Stephens Jeanne* k. a. a kövek ellen

ismert orvosságot, melynek titkát az angol parlamentnek 5000 fontért adta el 1740-ben. *Hales* kísérletei útján rájött, hogy *Stephens* k. a. gyógyszerében oltatlan mész és szappan a kövek feloldói. Még Franciaországban is nagy érdeklődést keltett az angol nő ez orvossága.

Lady Montague tette meg magát ismertté a keletről behozott himlőoltás által, melynek hatásában eleinte kételkedtek ugyan az angol orvosok, de *Lady Montague* annyi meggyőződéssel publikálta e módszert, hogy kísérletképen őt halálra ítélt gonosztevőt oltottak be vele. S miután állítása fényesen beigazolódott, ismételték az oltást az árvaház kórházának gyermekein. Ugyanez évben még Amerikába is eljutott a himlőoltás híre, három év múlva pedig Németországban s Oroszországban lett ismeretes s rögre *Coste* Franciaországba is bevitte. *Madame Montague* kiérdemelt dicsősége elismerést nyert ez által s honfitársai nem is késtek őt egész életén át hódolattal halmozni.

Egy lengyel orvosnő a XVIII. században.

A XVIII. században egy másik országban is találkozunk orvosnővel, még pedig Lengyelországban. Lássuk azonban mindenképp a lengyel nő helyzetét. A nőt itt minden időben tisztelik. A háborúk és nyilvános élet gyakran távol tartották a férjeket a családi tűzhelytől és azért a javak vezetése csaknem kizárólag a nők kezében volt; e körülménynek köszönheti Lengyelország a bátor és energikus nő típusát.

Sobieski János király, Bécs védője, így nyilatkozik anyjáról: „Anyámnak nem asszonyi, hanem férfi szíve volt.“ Egész spártai módon nevelte fiait és oltotta beléjük a legelkeseredettebb hazaszeretett. Vagy *Jablonowska Anna* hercegné, ki kórházakat alapított, iskolákat, könyvtárakat nyitott s több könyvet írt a lengyel paraszt helyzetéről, valamint gazdasági és szellemi niveauja emelésének módjairól. Már e kevés példából is látható, hogy a lengyel nők tudták alkalmazni a tudományt, mit ők nagyon szívesen sajátítottak is el.

Kubala lengyel történetíró szerint a XVIII. században főleg nők tudtak a pestis ellen eredményesen küzdeni.

Már 1652-ben, a fekete halál invasiojakor alkalmazták az előkelő s középosztály asszonyai az ez idők antisepsisét: tisztították a levegőt camphorral, eczettel, illatszerrel s tömjénnel. Az első symptomák kezdeténél erélyes purgatiót csináltak. Az orvosnőknek czimzettek mindegyike bírt házi patikával, s miután a nők főfoglalkozása a betegápolás volt, az általuk üzött orvosi gyakorlat sem keltett nagyobb feltűnést.

Mme Halpir autobiographiájának kéziratát *Glatman* lengyel történetíró fedezte fel, e szerint ez az orvosnő *Lithvániában* született és mint *Halpir* *Jakab* német szemész felesége, részt vett a szemészeti műtéteknél s csakhamar el is sajátította az egész tudományt. Ügyessége annyira közismertté lett, hogy a nép tömegesen járult eléje orvosi tanácsaiért.

Egy pár sikeres kúrája *Konstantinápolyban* nagy nevet és dicsőséget szerzett neki és midőn *Hakim* pasa hét év óta vak szolgálójának visszaadta látását, megkapta a doktori czímet.

Dicsőségének közepette lett beteggé *Halpirné* s férje meg-unva a hosszas gyengélkedést, részben azonban irigykedve felesége jó hírnevére, faképnél hagyta beteg nejét és két éves leánykáját, miután pénzét magához vette. Így elhagyatva és kifosztva a fiatal lengyel nő, elhatározta, hogy visszatér hazájába, de pénze kifogyván, csak *Drinápolyig* juthatott el, hol tovautazása költségeinek megszerzése végett kénytelen volt orvosi működéshez látni. Majd a *Balkánon* keresztül *Sophia* felé vette útját, hol mint *Hiupra Uta* pasa udvari orvosa, fényes dotatióban részesült.

A törököknek az osztrákokkal való háboruszkodása idején a törökök kegyetlenségétől megundorodva, odahagyta *Sophiát*, hogy Lengyelországba térjen vissza. Utközben *Vidinben* *Rákóczi* *József* herceg, kit tüdőbántalomtól gyógyított ki, szerelmessé lett beléje s annyira üldözte érzelmeivel, hogy kénytelen volt előle *Ruscsukba* menekülni. *Halpirné* ugyanis, nem lévén egyenlő rangban a herceggel, tudta, hogy ez nem teheti őt feleségévé; szerelmének csak futó tárgya pedig nem kívánt lenni. *Rákóczi* felbőszülve menekülésén, kémnek jelentette fel az orvosnőt a török hatalmak előtt. E súlyos vád természetesen halálos ítéletet vont maga után, mielőtt azonban ezt végrehajthatták volna rajta, egy

nagy úr engedelemért folyamodott, hogy súlyosan beteg fiához hívassa. Itt aztán Halpirné ápolás közben előadta siralmas odysseáját s kifejezte gyanúját az iránt, hogy csak Rákóczi lehetett az, ki őt így bevádolta. Szavainak hitelt adtak és a főúr pártfogásába vette. Időközben Rákóczi lelkiismeretfurdalástól gyötörve, irt Rustesuk előjáróságának, hogy tévedett s hogy Halpirné minden gyanún felül áll. A fiatal török gyógyulása után végre Lengyelország felé folytathatta útját Halpirné. De élete még további lefolyásában is igen mozgalmas, nagyon változatos. Újból férjhez megy; majd egy ideig a csárné orvosa; férjétől utóbb elválva Németországba, innen Bécsbe utazik s itt mint a török követ orvosa, általános elismerést arat. Honvágya majd ismét visszahozza Lengyelországba, hol még 15 éven át praktizál. Leányának férjhez adása után Konstantinápolyba utazott, hol a szultán háremének orvosa. Életrajza itt, 40 éves korában, 1760-ban végződik. További sorsa ismeretlen. Élete minden esetre díszére vált az orvosnőknek.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Krönig B. Ueber die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik und Therapie in der Gynäkologie. Leipzig, Georg Thieme 1902. 102. l.

Az orvosi tudománynak immár szinte túlságba menő specializálása mindinkább kívánatosá teszi, hogy különböző szakmák együttesen is tanulmányoztassanak, azoknak egymásra gyakorolt kölcsönhatása, valamint az úgynevezett határterületek behatóbb vizsgálat tárgyává tészenek s pedig vagy a különböző szakmák egy-egy művelőjének együttműködése által vagy oly szakférfiú tanulmányai alapján, a ki különböző szakmában szerzett magának jártasságot. A szülészeti és gynaekologia terén különösen Müller Péter adta meg alapvető, bár compilatorius jellegű munkáját: Ueber die Erkrankungen des weiblichen Körpers, a lökést, a mely azután újabb és újabb ilyenemű közlemények irására birt számos, különösen német tudóst. Különösen az idegbajok és a női betegségek közti összefüggés volt az, a mely már régebb idők óta képezte többé-kevésbé beható tanulmányok tárgyát, hisz jól emlékezhetünk még mindannyian azokra az időkre, a mikor, bár mint most már nyilvánvaló lett, teljesen jogtalanul, a hysteriát számos gynaekologiai tankönyv mint női bajt külön fejezetben tárgyalta.

Különösen Scanzoni, Schultze, Hegar, Freund, Möbius, Windscheid érdeme, hogy a két szakma kölcsönhatásának mibenléte mindinkább világossá lesz előttünk, ám bator tagadhatatlan, hogy még Krönig előttünk fekvő tanulmánya után sem mondható a kérdés teljesen tisztázottnak.

Krönig, a ki régebb idő óta figyelemmel kíséri nőbetegeinek ideges természetű panaszait is, azt találta, hogy a legtöbb esetben nincs semmi oki összefüggés a női baj és az idegbajok, különösen a hysteria és a neurasthenia között, a mely két utóbbi betegséget különben szerző, nézetem szerint, a mely úgy hiszem a neuropathologusok nézetével találkozni fog, nem választ el eléggé egymástól, hanem szerinte a legtöbb esetben csak annyiban áll az összefüggés, hogy ideges nőknek a nemi szervekre vonatkozó panaszai is ideges eredetűek. Ő ezért élesen elítéli azt az egy időben nagyon divott szokást, a mely szerint idegbajokat castratioval vagy más gynaekologiai beavatkozással akartak meggyógyítani. A nem kevés esetben ily módon elért eredmények, a melyekhez K. is néhány casuistikai adalékot szolgáltat, inkább suggestión alapultak, a mely pedig a legtöbb esetben könnyebb szerrel, hogy úgy mondjam „olcsóbban“ is lett volna elérhető.

Szerző szerint a nők idegbajai számos sensibilitási zavart okoznak a különben egészen rendes nemi szervek körében, de okoznak azok vasomotoros és trophikus zavarokat is anatómiailag ugyancsak egészen rendes nemi szervekben, melyek különösen a hószám rendellenességeiben nyilvánulnak; végül pedig egy harmadik csoportban a nemi szervek rendellenességei csak egyszerűen coincídálnak általános idegzavarokkal, vagy pedig ugyanazon alapok idézik mindkettőt elő, a melynek keletkezése az alkalmat sok esetben a nő nemi életének különböző phasisaiban (terhesség, gyermekágy stb.) érvényre jutó közös károsan ható tényező képezi. Minden egyes csoportban számos példával világítja meg felvételét s különösen erőlyesen tiltakozik az ellen, hogy endometritist, erosiót, cervixrepedéseket, a petefészek kicsesztés elfajulását, a méh mozgatható retroflexio-versióit stb. különböző ideges tünetek és idegbajok előidéző okaiul felvegyünk.

A therapia is szerinte ezen gondolatmenetnek megfelelőleg különösen általános legyen és az egész idegrendszer javítását célozza s itt ő a roboráló diéta, a hydropathiai procedurákra, a massagera és villamosságra különös súlyt helyez, míg a gyógyszeres kezelést, különösen a narcoticumok rendelését lehetőleg korlátozandónak tartja. A női bajok gyógyítása is csak ezek szempontjából, nem pedig az ideges tünetekre való tekintetből történjék.

K. könyve, bár nem meríti ki teljesen a kérdést, megérdemli, hogy azt minden nőorvos és idegorvos áttanulmányozza, a mit az élvezhető előadási módor, a világos és előkelő stílus, a mely szerzőnek

különbö is kiváló tulajdonsága, lényegesen megkönnyít. A kérdéssel behatóbban foglalkozni szándékozóknak a munka végére tett meglehetősen kimerítő irodalom jó szolgálatokat fog tenni. *Temesváry.*

Hofmeier M.: Die Grundsätze der modernen Behandlung der Fibromyome des Uterus. Würzburger Abhandlungen, II. Band, 10. Heft. — Würzburg, A. Stuber's Verlag, (C. Kabitzsch) 1902.

„A méh fibromyómája jóindulatú megbetegedés, mely alig vezethet halálra és melynek növekedése a klimax beálltával megszűnik.“ Ez volt mintegy 25 év előtt az általános felfogás, a melynek alapján az akkori orvostudomány a radikális beavatkozásokat perhorreskálva, egyedül az expectativ és palliativ kezelést tartotta megengedhetőnek. H. e. füzetében kifejti, hogy az — anatómiai értelemben kétségtelenül jóindulatú — myoma, eltekintve az igen ritka direkt elvérzési halál esélyétől, (H. egy ily esetet látott) mily sok és különféleképen veszélyeztetési viselőjének életét. A folytonos vérvesztések nyomán fejlődő chronikus anaemia a szívizomzat consecutiv elfajulásával, a daganatban fellépő cysta-képződés, nekrosis, genyes vagy egyes elfolyósodás, elmeszesedés, a mely edénysérülésre vezethet, a daganat átalakulása a feltétlenül rosszindulatú sarcomává, rohamosabb növekedésnek induló tumor mechanikus behatása a környezetre, a mely esetleg életfontos szervek működését is akadályozhatja; mind oly eshetőségek, melyek bármilyike minden különösebb ok nélkül, bármikor, még a klimax után is, képes a méhmyómában szenvedőt közvetlen életveszélybe sodorni. Ehhez járul még szegénysorsú betegeknek azon körülmény, hogy a myómával járó gyakori betegeskedés a munkánót élete fenntartására szükséges állandó munkára alkalmatlanná teszi, éhségbe, nyomorba dönti.

H.-nak, az általa észlelt 578, és (curettaget be nem számítva) megoperált 379 myoma-esetről összeállított statistikája hasfűri myoma-műtéteknél 7.1%, hüvelyi úton végzeteknél 3.2% halandóságot tüntet fel. Ezek alapján H. elvként állítja fel, hogy „minden nőt, kinél egyáltalán komolyabb myomatünetek felléptek, minden eszközzel műtetre kell szorítanunk, a míg az hüvelyi úton lehetségesnek látszik.“ Ha a daganat nagysága és elhelyeződése folytán a hüvelyi út lehetetlen, kissé nehezebben szánya magát a műtetre, és ha lehet, ez iránt csak 1/2—1 évi megfigyelés után határoz. Laparotomia esetén nehezebb enucleatiok helyett szivesebben végzi a supravaginalis amputatúti retroperitonealis esonkkeléssel, mert az enucleatio veszélyesebb, új góczok fejlődésének lehetőségét nem zárja ki és a megtartott méh gyakran oly sérüléseket szenvedett, hogy az conceptio és a terhesség kiviselése szempontjából számításba alig jöhet.

A palliativ kezelést (curettagé, ergotin- és fürdőkúra) csak olyanoknál tartja helyén valónak, a kik állandó orvosi ellenőrzés alatt lehetnek, hogy a később netalán szükségessé váló beavatkozás esetén az előnyösebb vaginalis műtét időpontja el ne mulasztassék.

Befejezésül a myomás méh terhességének 33 régebben és 11 újabban észlelt esetét közli. A lefolyás a daganat nagyságától és elhelyezkedésétől függ; 88%-ban spontan szülés következett be rendes időre.

H. füzete, melyet tabelláris áttekintések és rövid kórrajzok élénkitenek, bizonyára élvezetes olvasmányt képez, bár — úgy gondolom — hazánkban H. igen radikális therapeutikai elvei alig fognak követőkre találni. *Adler Oszkár dr.*

II. Lapszemle.

Szülészet.

Heikel O.: Neue Beobachtungen wiederholter Tubenschwangerschaft bei derselben Frau. (Mittheil. aus der Gyn. Klin. d. Prof. Engström Helsingfors IV. k. 1. f.) Az irodalomban 82 eset ismeretes. A második tubaris terhesség az elsőt igen rövid időre követte (2—5 hónap). Engström klinikáján relative gyakran észleltetett. Az ép tubának prophylacticus lekötését, vagy exirpációját ajánlották az ismételt tubaris terhesség megakadályozására, azonban ez az álláspont nem tartható fenn. Küstner és Engström a belső genitáliák plasticájától láttak eredményt, a mennyiben a tubaris terhesség helyett másodsor normalis terhesség lépett fel. *Pfeifer.*

Lumpe R.: Ein Beitrag zur Casuistik der Eierstocks-Schwangerschaft. (Monatsschrift für Geb. u. Gynäk. 1902 XV. k. 1. f.) Harminezhárom éves asszonynál a menstruatio először körülbelül egy év előtt maradt ki; az első három hónapban még gyengén jelentkezett. Erős vomitus gravidarum a terhesség elején. A negyedik hónapban hirtelen elájult, erős hasi fájdalmak léptek fel; 14 nappal ezután határozottan gyermekmozgásokat érzett, melyek a 6-dik hónapban megszűntek; ezen idő óta folyton lázas volt. A vizsgálat az erősen lesaványodott asszonyon megállapította, hogy a has kerülete a köldök felett 135 cm., e helyütt tympanitises a kopogtatási hang, fluctuatio; kifejezett terhességi hegek, pigmentatio; foetalis részek nem tapinthatók. Laparotomiával egy tömör, két liter evet és sok gázt (tympantia) tartalmazó cystát távolítottak el; a cystában egy 53 cm. hosszú és 2870 gm. súlyú foetus volt, a cysta felületéről a placentát könnyen le lehetett választani. A bal tuba össze volt növe a daganattal, a lig. ovarii propr. közvetlen átment a tumorra, az ezoldali ovarium hiányzott. A jobb adnexumok épek. A daganat az előrehaladt rothadás miatt szövettani vizsgálatra alkalmatlan volt. *Szili Sándor.*

Everke K.: Ueber den Kaiserschnitt. (Monatsschr. f. Geb. und Gynaek. XIV. 1901. 5. f.) E. (Bochum) a német természetvizsgálók és orvosok Hamburgban megtartott 73-dik vándorgyűlésén az elmúlt három év alatt végzett 29 eszázarmetszésről számol be, melyek közül 21 gyógyult, 8 meghalt.

Statisztika szempontjából szerinte csak 23 eset két halálesettel s így 8% mortalitással jön számításba. (3 eklampsiát, 1 tüdőgyuladást, 1 előzőleg fennállott sepsist s 1 ruptura uterit levon.) A kitűnő eredményt sepsis szempontjából (5% mortalitas) a hüvely erélyes desinfectiojának tulajdonítja.

Az újszülöttekre nézve az eredmény a lehető legjobb: 25 élve jött a világra, 4 már a mütét előtt elhalt. (1 köldökzsinórelésés, 2 eklampsia, 1 ruptura uterinél.)

21 esetben a szűk medence adta az indicatiót. Véleménye szerint manapság jól vezetett intézetben élő magzatot nem perforálunk. Tévesnek tartja ama felfogást, hogy intézetben kívül vizsgált nőknél császármetszést ne végezzünk, mert ha már egyszer az infectio megtörtént, bármily más módon fejezzük is be a szülést, a gyermekágyi megbetegedés nem marad el; s még inkább a perforatio után, mely a szülőcsatorna oly zűzódásaival s sérüléseivel jár, hogy ezek helyi infectioja könnyen általánossá válhatik. A császármetszésnél csak egy élesszélű sebet ejtünk s minden attól függ, hogy egy pontos, szerző saját varrási módszerével a méhűrtől teljesen elzárjuk.

Szerző eddigi eklampsia miatt hét esetben végzett császármetszést. Két anya gyógyult, 5 az eklampsiában meghalt, 5 élő magzatot sikerült a világra hoznia; 2 már a mütét előtt meghalt. Tapasztalatai alapján a császármetszést az eklampsia legsúlyosabb eseteiben, midőn a szülés per vias naturales be nem fejezhető, jogosultnak tartja; mert a méh kiürítése után az esetek 90%-ban megszűnnek a rohamok.

A 29 közül 24 esetben conservativ császármetszést végzett, 4-szer Porrot (2-szer intra-, 2-szer extraperitonealis csonkkezeléssel), egy ízben pedig totalexstirpaciót (osteomalaciánál). Négy conservativ császármetszésnél sterilizálás végett a tubákat alakította és átégette.

A mi a metszést illeti, három eset kivételével a méhűrt mellő hasmetszéssel nyitotta meg. A haránt-fundusmetszés egyetlen előnye, hogy a magzat könnyebben kifejthető; a metszés ép oly gyakran éri a lepényt, mint mellő hosszsmetszésnél; utóbbinál kellő assistentia mellett a vérzés sem nagyobb. Hátránya, hogy a méh fala a funduson a legvékonyabb s így a leggyengébb lesz; másrészt pedig a méh hege gyakran nő össze a szomszédos szervekkel. Mellő hosszsmetszésnél ily összenövésnek semminemű következményekkel nem járnak a nő későbbi állapotára nézve; míg ha a fundus sebe a szomszédos szervekkel (belek, cseplesz) nő össze, akkor ezek vongálásával később fájdalmak, nehézségek lépnek fel; ha a has sebével nő össze, rendellenes ventrofixatio jön létre, a mi a későbbi esetleges szülésekre nézve nem mindegy. Hosszsmetszésnél a méhszél esetleges gyengései a has sebében át kiürülhetnek; a haránt fundusmetszésnél azo. ban a hasűrbe vagy a belekbe törhetnek át.

A constrictio helyett a segéd kézzel a lig. latumok bázisát összenyomta. Az összes esetekben akkor operált, midőn már jó szülőtevékenység volt jelen; s minden esetben a méh kiürítése után jodoformgaze-tampont helyezt a méhűrbe, melyre a méh jól reáhúzódott. Atonia uteri egy esetben sem lépett fel. A tampon 1—2 nap mulva spontán kilökődik per vaginam vagy könnyen eltávolíttatik.

A méh falát akként varrja, hogy egy sorozat a méhűr felé csomózott, a deciduán s a muscularis legbelső rétegén áthatoló varrattal a méhűr felé, majd mély seroso-muscularis s felületen serosa-varratokkal a hasűr felé zárja a sebet. Szerinte e varrási módszer fölőnye az, hogy a gyakran inficiált méhűrt teljesen elzárja s így a méhűr esetleg szennyes tartalma nem jut a hasűrbe vezető fonalakra; másrészt meg erőteljes heg képződésére vezet. A varrásra mindig juniperusolaj-catgutot használ.

Tapasztalatai alapján a következő tételket állítja fel:

1. Az élő magzat perforatioja csaknem teljesen elvetendő. A jelenlegi jó közlekedési viszonyok mellett csaknem mindig elérhető egy megfelelő intézet (a bábaképezdek felállítására óta nálunk is. Ref.), a hol kedvező feltételek mellett a császármetszés elvégezhető. A prognosiss quoad vitam az anyára nézve, legalább is oly jó sectio caesareánál, mint a perforationál. A későbbi állapot sectio után jobb, mint ha a szülést más módon fejezzük be (perforatio, symphyseotomia), tekintetbe véve a lágy szülőútnak gyakran ki nem kerülhető sérüléseit (gátrepedés, sipoly stb.).

2. Előző belső vizsgálat nem képez contraindiciót. Erélyes desinfectioval a fertőző csírákat eltávolíthatjuk. A vaginalis mütéteknél több kapu nyílik meg a sepsis számára, mint a sectionál.

3. Általános infectio elkerülése s erőteljes méhheg nyérése végett saját varrási módszerét ajánlja.

4. Elülső hosszsmetszés a többi metszési módszerek fölő helyezendő.

5. Nagyobb vérvesztés és atonia uteri elkerülése végett ajánlatos csak a szülőfájások megindulása után operálni s a magzat és lepény eltávolítása után a méhűrbe jodoformgaze-tampont helyezni.

6. Indicált a sectio caesarea még bizonyos körülmények között eklampsia súlyos eseteiben az anya és magzat megmentése végett.

Pauz Sándor.

Bidone: Császármetszés a méhnyak syphiliticus stenosisa miatt. (Med. Ges. f. Geb. und Gyn. Monatschrift für Geb. und Gyn. 1900. XI. k.) Bidone esetében egy 6—7 hónapban levő terhes nőről volt szó elhalt foetusal. A szülés befejezése per vias naturales czélzó sikertelen leték után, miután a porckemény méhnyak tágitása nem sikerült és láz lépett fel, sectio caesareát végzett duplex oophorectomiával. (Ref. Arch. f. Dermat. u. Syphilis [IX. 3 f.] után.) Weisz Ferencz.

Pick L. Über Hyperemesis gravidarum. (Samml. klin. Vortr. No. 325/326.) Szerző előrebocsátva a hyperemesis gravidarum okairól szóló theoriákat és a különböző oldalról a bánalom leküzdésére ajánlott gyógyeljárásokat, 22 esetet közöl, melyet Schauta klinikáján 1892—1900-ig kezeltek. Ezen esetek áttekintése alapján oda concludál,

hogy a terhesek csillapíthatatlan (vagy szerinte helyesebben túlságos — übermässig —) hányásának aetiologiája nem egységes. Gyakran hysteria, vagy a terhesség következtében fokozott reflexingerékenység a megbetegedés alapja; néha a genitáliák vagy a pete rendellenességei (deviatio, cervixrepedések, pyosalpinx, hydramnios stb.) idézik elő a hyperemesisit.

A kezelés lehetőleg conservativ volt; állandó, nyugodt hanyattfekvés az ágyban, székrendezés, tej evőkanalanként nyújtva — esetleg jégbe hűtve — orexinum basicum (0.3 gm. 2—3-szor napjában); súlyosabb esetekben még a portio füröztetése 10% lapissoldatban (suggestiv hatás) voltak a rendszerint czélhoz vezető eljárások. Egy retroflexio-okozta hyperemesis esetben a méh repositioja és pessarium alkalmazása rögtöni gyógyulásra vezetett. A terhesség megszakítása csak két esetben vált szükségessé. A 22 eset közül két letalis kimenetelű volt: az egyik (localis beavatkozás nélkül kezelt) esetben a sectio deciduitis (sic!) purulentát és septicaemiát konstatait; a másikban a beteg egyidejűleg súlyos tertiarer luesben szenvedett, melynek következtében az, bár a hányás a művi vetelés után elmaradt, elhalt.

Látható tehát, hogy a gyógyulás még súlyos esetekben is többnyire elérhető a terhesség megszakítása nélkül s ezért P. az abortus artificialist csak minden más eljárás sikertelensége esetén, mint ultimium refugiumot tartja megengedhetőnek.

Adler Oszkár.

Gynaekologia

Theilhaber A.: Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. (Graefe's Samml. zwangl. Abhandl. IV. k. 6. f.) Kétségtelen, hogy bizonyos idegbántalmak a női genitáliákban zavarokat (leggyakrabban amenorrhoeát) idézhetnek elő; viszont a genitáliák abnormitásai az idegrendszer megbetegedését is létrehozhatják. T. czikkében főleg azt iparkodik bizonyítani, hogy az idegrendszernek ezen megbetegedései rendszeren az anaemia (metrorrhagia, placenta praevia kapcsán), autointoxicatio (hyperemesis gravidarum), lelki izgalom (a betegségtől vagy mütétől való félelem) vagy medencebéli idegtörzsek compressioja következtében, esetleg lobfolyamatoknak valamely idegre való áterjedése folytán fejlődnek a genitális bántalmakból; a reflexneurosis tagadja. A mások által a méh helyzetváltozásával reflex alapján oki összefüggésbe hozott neurosisokat a genitáliától függetleneknek tarja; megjegygyolnak ezek a deviatio további fennállása daczára, például simulált operativ beavatkozások suggestiv hatása alatt; máskor az ideges tünetek a retrofectált méh repositioja és sikeres retentioja daczára sem szűnnek meg.

Adler Oszkár.

Pincus L.: Zur Praxis der „Belastungslagerung“. (Samml. klin. Vortr. 332. sz.) Támaszkodva régebbi tárgyra vonatkozó közleményeire újabb tapasztalatai alapján általános használatra ajánlja P. a megterhelő elhelyezés módszerét. Az eljárás egyik tényezője a planum inclinatum, melynek alkalmazása a medencebéli venákban és nyirokutakban a keringést megkönnyíti. A planum inclinatummal megterhelés nélkül is lehet alkalmas esetekben jó eredményeket elérni. A másik tényezője a methodusnak a megterhelés és pedig egyrészt a has, másrészt a hüvely fölől, mindenkor a planum inclinatum alkalmazása mellett. Magasan, a medencebemenet síkjában vagy felette ülő lobfolyamatoknál a has megterhelése a tulajdonképeni agens, a hüvely megterhelése pedig csak a beteg szervek immobilizálására szolgál, adjuvánsként hat. Ily esetekben a hasra serétzacsokot vagy nedves agyagot alkalmaz (2—5 kg. súlyban), míg a hüvely fölől a légkolpeurynt heit vagy a columnisatiót is elégségesnek tartja. Mélyen ülő, főleg parametritiszes exsudatumok esetében a fő a hüvely megterhelése, rendszerint serétzacsok vagy Schauta ajánlata óta még helyesebben higany-kolpeurynter (esetleg higanylég-kolpeurynter) segítségével; az ellennyomást a has fölől, esetleg egy rugalmas haskötő gyakorolhatja. E kezelést hathatósan támogatják a Stratz-féle forró öblítések.

A lobos bántalmakon kívül indikált ez eljárás még retroflexiók (főleg a terhes méh retroflexiójának) reponálására és diagnostikus czéllokra, a mennyiben a megterhelés hasfalak elernyedése folytán az áttapintás ép oly könnyű lesz, mint narcosisban.

A megterhelő elhelyezés gondos ellenőrzést, főleg pontos hőmérést igényel. A fájdalmak fokozódása és különösen láz fellépése az eljárást contraindikálják és jelzik, hogy valahol a medencebéli geny-gőczok vannak, a melyek esetleg sebészi kezelésre szorulnak.

Chronikus izzadányok ez eljárással ambulanter is kezelhetők és lehetőleg úgy is kezelendők. Ambulans kezelésnél azonban csaknem nélkülözhetetlen a higanylég-kolpeurynter. (Ennek ismertetését a Gynaekologia 1. számában adtuk.)

Adler Oszkár.

Bouilly G. De l'hystérectomie pour fibromes; statistique personnelle. (Quatorzième Congrès de Chirurgie.) B. csak akkor operál, ha a fibroma nagysága, gyors növekedése, vérzések, fájdalmak, nyomási tünetek indikálják a mütétet. 1899. októbertől 1901. júliusig 116 hysterectomiát végzett fibroma miatt: 94 esetben abdominalis és 22 esetben vaginalis úton. Az abdominalis hysterectomiák esetében lehetőleg supravaginalis operatiót végez. Az említett 94 eset közül is csak négy esetben, a midőn szoros indicatio volt reá, végezte a totalis hysterectomiát (egy esetben carcinoma portionis és fibroma corporisnál, és három esetben, midőn a fibroma a cervix üregét is kifejtette). Hogyha akár az adnexumok részéről inficiáltatott a peritoneum, akár a mütét hosszú, a rendszerint komplikáltabb volt, avagy ha nem tudott mindent peritoneummal befedni, a Douglasba vastag kaucsuk draint tett, melyet a hasseb legalsó pontján vezetett ki és 48 óráig hagyott benn. Vaginalis mütétet csak

kis fibromák esetében, a melyek mélyen fekszenek és a vaginán át könnyen kihozhatók, végez. A 91 abdominalis úton műtettek közül meghalt 5 (5·3%), a 22 vaginalisan operált közül meghalt 1 (4·5%).

Pozsonyi Jenő.

Thorn W. Über vaginale Myomotomien und das Verhältniss der Enucleation zur Totalexstirpation. (Centralblatt für Gyn. 1902. 11. sz.) Thorn Martinnal és Olshausennel egyetértőleg az enucleatiót az extirpáció fölébe részesítette. Nézete azonban megváltozott, mert a gyógyulás enucleatióval nem biztos. Lehet, hogy egyes góczok a műtét alatt jól kitapinthatók s így felismerhetők nem voltak, ezek pedig újabb növekedésre adhatnak okot, továbbá a technikailag is könnyebb extirpationál kevesebb a vérvesztés és kisebb a fertőzés veszélye. A munkás osztályhoz tartozó betegeknek ezért inkább a biztos sikert ígérő totalexstirpációt ajánlja.

Fleischmann.

Martin A.: Sollen Myome vaginal oder abdominal angegriffen werden? (Centralblatt f. Gyn. 1902. 14. sz.) Szerző a vaginalis műtét híve. Az abdominalis műtétet indokolta teszük előrement gyuladások, localisált fájdalmak, összenövés a medenczébeni szervekkel stb. Mélyen a medenczében ülő vagy a lig. latum lemezei közé terjedő daganatoknál különösen ajánlatos a vaginalis út. A Schuchart-féle hüvelygát-metszés szerzőnek jó szolgálatot tett.

Fleischmann.

Seeligmann L.: Vaginale, durch Morcellement bewirkte Exstirpation eines kindskopfgrossen submukösen Uterusmyoms bei bestehender Gravidität. (Centralblatt für Gyn. 1902. 21. sz.) S. egy 34 éves V.P. nőnél a mensis nyolcz heti kimaradása után erős vérzések és fájások közepette vitalis indicióból egy gyermekfejnyi submucosus uterus momát távolít el (morcellement), s habár a méh üregét 5 napig jodoform gaze-val tamponálja, mégis a sejtett graviditas tovább folyik és rendes időben szüléssel végződik.

Fleischmann.

Machenhauer: Über Vaginalmyom. (Centralblatt f. Gyn. 1902. 21. sz.) Szerző egy 42 éves M.P. nőnél a hüvely hátsó felső falából egy férfőkölyni tumort távolított el, mely göcső alatt tiszta myomának bizonyult.

Fleischmann.

Amann J. A. jr. Totale Inversion des Uterus. (Monatsschrift f. Geb. u. Gynäk. XV. k. 1 f.) Az eset főleg azért érdekes, mert a cervix is teljes inversiót szenvedett, egy submucosus myomának a hátsó hüvelyfalba történt implantatiója mellett. 41 éves asszonyról van szó, kinél két szülés ment előre; egy év előtt az uterus teljesen prolabált, a repositiót maga az asszony végezte; 14 nappal ezelőtt újra előesett és erős vérzések, lázok léptek fel. Szerző vagina előtt fekvő tumort extirpálta, mely egy vagina falával összetapadt submucosus myomából és a teljesen kifordult uterusból állott. Szerző az esetet úgy magyarázza, hogy a myoma, mely az uterus inversióját okozta, a vaginában sokáig fekvő, annak falával összenőtt, midőn pedig prolabált, történt csak a cervix inversiója.

Szili Sándor.

E. Wertheim: Kurzer Bericht über eine 3. Serie von 30 Uterus Krebsoperationen. (Centralblatt für Gyn. 1902. 10. sz.) W. újabb 30 műtétről számol be. A mortalitása ismét javult, csupán három esetet (embolia art. pulmonalis, shok és peritonitis következtében) vesztett. Az operabilitás az előző sorozatokhoz képest 29·2%-ról, illetőleg 40%-ról 52·9%-ra javult. Több esetben az inoperabilitás csupán a has feltárással lett bizonyossá. A környi nyirokmirigyeket 22 esetben távolította el és ezek göcsői vizsgálatnál 36·6%-ban carcinomásnak bizonyultak. A környi nyirokmirigyek eltávolítása véleménye szerint növeli a teljesen gyógyultak számát, e mellett bizonyítanak ily 2-3 éves recidivmentes esetei.

Fleischmann.

M. Dützmann: Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei eitrigen Processen im Genitalapparat der Frau — ein diagnostisches Hilfsmittel in der Gynäkologie. (Centralblatt f. Gyn. 1902. 14. sz.) 40 esete alapján szerző állítja, hogy a fehér vérszettek feltűnő szaporodásuk által még a legkisebb genyretentio is kimutatható. Ezen Curschmann által inaugurált s a féregnyújtvány betegségeinél geny jelenlétét mutató oly fontos diagnosticus segédeszköz, megbízhatósága folytán szerző nagyjértékűnek s a női betegségek differentialdiagnostikájában néha nélkülözhetetlennek tartja.

Fleischmann.

Donati C.: Kasuistische Beiträge zum Scheidendefekt. (Centralblatt für Gyn. 1902. 8. sz.) D. két esete ama fejlődési rendellenességek közé sorolandó, midőn rövidesen a Müller testek egybeolvadása után fejlődési gátlás történik, miáltal nemcsak a prosimalis, de a distalis (vaginalis) szakaszban is fellépő atrophia útján létrejön amaz állapot, mely uterus rudimentarius cum defectu vaginae név alatt ismeretes. Az egyik esetben az uterus teljesen hiányzik, rectum és húgyhólyag között még kötőszöveti septum sem található, a hólyag közvetlen a végbél felett fekszik. Az urethra, habár a vizsgáló ujj számára átjárható (előrement cohabitatio kísérletek) mégis teljes continencia urinae van jelen. Ez utóbbi magyarázatára D. felveszi, hogy talán a sphincter rostok lassú hypertrophiájuk által az izom az erős tágulékonyt ki egyenlítik, egy vikarius functiót végeznek. Ez esetben nem történt műtét, míg a másik esetben, melyben a vagina defectus mellett egy rendes nagyságú retrosinistroponált uterus találtatott, a benyomható vestibulum felhasználásával műtét útján vaginalis cső képeztetett.

Fleischmann.

Alterthum E.: Zur Pathologie und Diagnose der Cervix tuberculose. (Centralblatt für Gyn. 1902. évi 8. sz.) Szerző leírta esetében a tátony méhszájban egy a cervix hátsó falából kiinduló könnyen vérző borsónyi polypusnövődék volt jelen. Az excidált carcinomárganus részlet göcsővi vizsgálata azonban a cervix nyálkahártya tuberculosisára szerző szerint jellegző elváltozásokat mutatta. Szerzőnek sikerült a metszetekben is bacillusokat kimutatni.

Fleischmann.

III. Bibliographia.

Alicke Ph. Sarcoma uteri. Diss. Leipzig, 1900. — *Alter W.* Zur Pathologie u. Therapie der Querlage. Breslau, 1902. — *Barrère A. E.* Des tumeurs malignes du vagin chez les enfants. Bord., 1902. — *Beaucaup.* Die Pflege der Wöchnerin. 4. Aufl. Bonn, 1902. — *Below E.* Der Eileiter als Aufsauger von perimetritischen, peritonitischen u. paranephritischen Ergüssen. Berlin, 1902. — *Bennecke A.* Beitrag zur Kenntniss der Parovarialeystoma. Gött., 1902. — *Bieckhardt J.* Ein Fall von einseitiger Polyhydramnie bei einseitigen Zwillingen. Diss. Giessen, 1901. — *Bieberstein Fr.* Beitrag zur vaginalen Entfernung der Uterusmyome. Breslau, 1902. — *Biermer M.* Über Harnleitercompression bei Eklampsie. Leipzig, 1902. — *Bösch W.* Über die manuelle Placentarlösung. Breslau, 1902. — *Breitung C.* Über Blasenmole u. malignes Deciduum. Diss. Leipzig, 1900. — *Bründieck A.* Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt für Mutter u. Kind bei inären Krankheiten der Mutter. Diss. Giessen, 1900. — *Brühl, Marie.* Die Natur der Frau u. Professor Runge Erwiderung auf „Runge, das Weib.“ Leipzig, 1902. — *Clado.* Diagnostic gynecologique. Organes génitaux et mamelles. Paris, 1902. — *Doerry C.* Nierenaffectionen bei Sublimatvergiftungen. Diss. Leipzig, 1900. — *Dohrn R.* Ueber die gesetzliche Verantwortlichkeit der Arztes bei geburtshilflichen Operationen. Leipzig, 1902. — *Drygas A.* Über Pneumonie im Puerperium. Diss. Giessen, 1900. — *Dunème L.* Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein chez les mères nourrices de la classe ouvrière à Paris. Paris, 1902. — *Faelmaich B.* Beitrag zur Kenntniss der typischen Bauchdeckenfibrome. Diss. Breslau, 1901. — *De Félice J.* De l'accouchement rapide dans l'éclampsie. Paris, 1902. — *Fischer A.* Über den Wert der Symphyseotomie in der geburtshilflichen Praxis. Diss. Giessen, 1900. — *Fleischer F.* Über Beckenfracturen. Diss. Leipzig, 1900. — *Frankenstein J.* Die Häufigkeit, die Indikationen u. Resultate der Zangenentbindungen an der Leipziger Universitäts-Frauenklinik vom Jahre 1887-1899. Diss. Leipzig, 1901. — *Fritsch H.* Die Krankheiten der Frauen. 10. Aufl. Leipzig, Hürzel. — *Fruhholz.* De la blennorrhagie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité. Paris, 1902. — *Gosselin R.* Du traitement médical des métrites et salpingites. Paris, 1902. — *Guttwein V.* Ueber die Symptomatologie der Retroflexio uteri. Greifsw., 1902. — *Huckel W.* Die Bauchnath. Diss. Erlangen, 1901. — *Haferland R.* Ueber die Dermoides des Beckenbindegewebes. Diss. Leipzig, 1901. — *Haupt R.* Drei Fälle von Echinococcusgeschwulst im weibl. Becken. Halle, 1902. — *Hennicke H.* Ueber einen Fall von Sarcoma uteri mit ausgedehnter sarcomat. Thrombose der Venae uterinae u. der Vena spermatica. Halle, 1902. — *Heuse K.* Der stand der Operationen des Gebärmutterkrebses. Berlin, 1902. — *Heydenreich W.* Einige Erfahrungen über die Totalexstirpation des Uterus nach dem Doederlein'schen Verfahren. Diss. Leipzig, 1901. — *Hirt L.* Zur Kenntniss der Zwillingsschwangerschaft. Breslau, 1902. — *Hofmeister M.* Die Grundsätze der modernen Behandlung der Fibromyome des Uterus. Würzburg, 1902. — *Hohlfeld A.* Ueber das Myoma uteri u. seine sarcomatöse Degeneration. Diss. Leipzig, 1900. — *Houpert P. M.* Kystes épidermiques du frein de la langue chez le nouveau-né. Bordeaux, 1901. — *Jewett C.* Essentials of obstetrics. 2. ed. London, Hirschfeld. — *Johansen, Anne.* Les hémorragies utérines au début de la blennorrhagie. Paris, 1902. — *Kalabin J.* Ueber die Aetiologie u. Behandlung der postpuerperalen Erkrankungen. Leipzig, 1902. — *Kivi L.* Entwicklung der Indikationen u. Operationsverfahren bei Retroversio-flexio uteri. Diss. Leipzig, 1900. — *Klemm K.* Ueber die verschiedenen Methoden der Hände-Desinfection. Diss. Leipzig, 1900. — *Kohrt G.* Ueber die Geburt bei engem Becken nach dem Material der Tübinger Univers.-Frauenklinik. Tübingen, 1902. — *Krönig B.* Ueber die Bedeutung der functionellen Nervenkrankheiten für die Diagnostik u. Therapie in der Gynaekologie. Leipzig, Thieme. — *Lachs J.* Die Gynaecologie des Soranus v. Ephesus. Leipzig, 1902. — *Lampe R.* Prognose der Endometritis puerperalis gonorrhoeica, septica, saprica. Diss. Leipzig, 1901. — *Legnen F. et Labadio-Lagrange.* Traité médico-chirurgical de gynécologie. 2. ed. Paris. Alcan. — *Leopold G. u. P. Zweifel.* Lehrbuch für Hebammen. 7. Aufl. Leipzig, 1902. — *Le Rouzic L.* Hématométrie unilatérale dans un utérus bicorne avec vagin simple. Paris, 1902. — *Loewenstein H.* Klinisch-statistische Beiträge zur Puerperalfieberfrage. Breslau, 1902. — *Nordalm W.* Die Zwillingengeburt der Leipziger Klinik u. Poliklinik 1887-1900. einschl. Leipzig, 1902. — *Peters K.* Die operative Behandlung der Retroflexio uteri, mit besond. Berücksichtigung der Alexander-Adam'schen Operation. Dresden, Tamme. — *Pfister M.* Ueber die reflectorischen Beziehungen zwischen Mammae und Genitalia muliebria. Diss. Heidelberg, 1902. — *Philippe L.* Épauchements séreux pelvi-peritoneaux au cours des infections utéro-annexielles et post opératoires. Paris, 1902. — *Ploss H.* Das Weib in der Natur-Völkerkunde. 7. Aufl. Leipzig, 1902. — *Poisson J.* Le curetage vésical par l'urèthre dans les cystites chroniques, douloureuses, rebelles chez la femme. Paris, 1902. — *Quiot D.* Des inclusions fœtales de la région Sacro-coccygienne. Montp., 1902. — *Rimann H.* Die Endotheliome des Utero-vaginal Schlauches Erwachsener. Breslau, 1902. — *Rost G.* Ein Beitrag zu den Vaginaleysten. Kiel, 1902. — *Santomauro S.* Forcipe e rivolgimento nei vizi pelvici. Padova. — *Sauvage C.* L'anatomie pathologique et du traitement des ruptures utériques pendant le travail. (These.) Paris, Steinheil. — *Sauvatre F.* Étude physico-chimique du beurre de femme et son identification avec la beurre de vache. Bordeaux, 1901. — *Silbermann E.* Die Einleitung der Frühgeburt mittels Hysteurysel. Breslau, 1902. — *Skormin B.* Ueber die verschiedenen formen des Icterus im Säuglingsalter. Diss. Berlin, 1902. — *Strohéker H.* Les fibromes du ligament large. Paris, 1902. — *Swett J. E.* Die Mischgeschwülste am unteren Ende des Urogenitalapparates der Kinder. Diss. Giessen, 1901.

— *Switerski B.* Beiträge zur Eklampsie-Frage. Diss. Giessen, 1900. — *Tamme K.* Die operative Behandlung der Retroflexio uteri mit besond. Berücksichtigung der Alexander-Adam'schen Operation. Dresden, 1902. — *Tardien A.* Étude médico-légale sur l'avortement. 6. ed. Paris, 1902. — *Tesson R.* Le cancer primitif du corps utérin. Paris, 1902. — *Thorn W.* Die Stellung der manuellen Umwandlung in der Therapie der Gesichtsu. Stirnlagen. Leipzig, 1902. — *Weinberg W.* Beiträge zur Physiologie u. Pathologie der Mehrlingsgeburten beim Menschen. Bonn, 1901. — *Wille O.* Nervenleiden u. Frauenleiden. Stuttgart, 1902. — *Zschommler O. u. B. Baumann.* Frauenleiden u. deren Behandlung durch die Naturheilkunde. Leipzig, 1902.

Congressus.

A IV. (római) nemzetközi gynaekologiai és szülészeti congressura már eddig körülbelül 300 résztvevő jelentkezett. La Torre tanár (Róma) a congressus magyar résztvevőit személyesen hívta meg *Salsomaggiore* fürdőtulajdonosai és orvosi kara nevében, az ezen fürdőhelyen szeptember 11-dikén és 12-dikén tartandó ünnepekhez. A rendező bizottság a résztvevőknek ingyen vasúti jegyet szolgáltat Anconától, illetőleg Bolognából és vissza, valamint két napi teljes ingyenes ellátást. A meghívás tulajdonképeni oka a nemrég elhunyt nagy olasz szülész, Porro szobrának leleplezése, a mit minél nagyobb számú szakember jelenlétében szeretnének eszközölni.

A congressus tudományos működése is igen intenzívnek ígérkezik, a mire a már eddig bejelentett nagyszámú előadásból és bemutatóból következtethetünk. Ezek a következők:

Eddig a következő előadásokat jelentették be:

Truzzi (Padua): 1. A szülés megindítása a conservativ császármetszés előkészítésére. 2. Néhány az osteomalacia kísérleti előidézésére vonatkozó vizsgálat. — *Bossi* (Genova): 1. Ergographiai kísérletek a szülést és gynaekologia mezején. 2. A szülést és gynaekologia modern tanításáról. — *Sellheim* (Freiburg): A genitális tuberculosos diagnózisáról és gyógyításáról. — *Mauclair* (Páris): 1. A méhrák gyógyítása a hasi méhkiirtás segítségével. 2. A genitális-medencebeli tuberculosos gyógyítása egyszerű hasmetszéssel. 3. Recidiváló méhmögötti haematoceléknek váltakozása terhességekkel. — *Pinna-Pintor* (Turin): Új hüvely-, méhpessarium. — *Laerstein* (Berlin): A szülés utáni vérzésék új csillapítási módja. — *Vanotti* (Szt.-Pétervár): A műtevisi tér megvilágítása (ventroskopia). — *D'Erchia* (Bari): Adalék a terhes és szülő méh ismeretéhez. — *Merletti* (Padua): 1. Az urobilinuria a szülészetben. 2. Kísérleti vizsgálatok a thyreoid-parathyreoidmirigy viszonya a terhességben. — *Spinelli* (Napoli): 1. Adalék a méhnyomák sebészetehez (hysterectomia 100 esete). 2. Histologiai adalék a petefészekrákhoz. 3. Anatómiai-histologiai és klinikai adalék a tubaterhességhez. — *Nigritoli* (Ravenna): A hüvelyi hysterectomiáról. — *Sacchi* (Cremona): A nemi szervek fejlődési rendellenességéről. — *Pincus* (Danzig): 1. Az atmocausis a purperalis streptococcus endometritis gyógyításában. 2. Az atmocausis és nestrocousis összehasonlítása a méh kikaparásával. 3. Tudományos elvek az idült medencebeli izzadányok ambulans gyógyításánál. — *Sinclair* (Manchester): Tárgy fentartva. — *Ferrari* (Alessandria): 1. A laparotomia utáni halálozás néhány ritkább okáról. 2. A méh rögzítése varrat nélkül. — *Simone* (Oppido Mamertina): Az influenza befolyása az anyaság három nagy időszakára. — *Ricci A. Parmenile* (Nápoly): 1. A petefészek terotomái és dermoidjei. 2. A vérerfalzat elsődleges megbetegedésétől feltételezett metrorrhagia. — *Campione* (Bari): Az appendicitis összefüggése a nő nemi szerveivel. — *Grillo* (Turin): A tuba adenomiának eredetéről. — *Grillo és Herlitzka* (Turin): 1. Vizsgálatok a sima izomszövet újképleteinek histogenesist illetőleg. 2. A nemi szervek alképleteire vonatkozó készítmények bemutatása. — *Herlitzka* (Turin): Kísérleti adalék a petefészek cystás és papillás képződéseinek tanához. — *Theilhaber* (München): Az idegesség befolyása menorrhagiák és fehérfolyás keletkezésére. — *Villa* (Milano): A fogó alkalmazásáról a milanoi Guardia Ostetrica gyakorlatában. — *Ghezzi* (Milano): Méhenküvi terhesség a VI. hónapban; hasmetszés; gyógyulás. — *La Torre* (Róma): Az alkohol befolyása a magzat fejlődésére. — *Chaleix* (Bordeaux): 1. Művi koraszülés csillapíthatatlan hányásnál. 2. A tiszta anoplakú methylenkék használata a gynaekologia-ban. 3. A méhnyak anaplaktikai amputatioja; későbbi terhességek és sérülések. — *Caruso* (Nápoly): A hüvely és méh nyálkás hártájának toxin- és antitoxinfelzívó képessége a purperium alatt és azon kívül. — *Michelli* (Cittadella): Adalék a hátrahajolt méh operativ gyógyításához új módok segítségével. — *Henrotay* (Antwerpen): Az elsődleges amenorrhoea-gyógyítás vasas hypodermoklysisekkel. — *Faure* (Páris): 1. A méh toxalextriptioja gyermekágyi fertőzés miatt. 2. A medencebeli gyuladások sebészeti gyógyítása. 3. A subtotalis méhkiirtás technika. 4. A méhrák gyógyítása teljes méhkiirtással. — *De Paoli* (Perugia): A ligamenta rotunda cystáiról. — *Mendes de Lepu* (Amsterdam): A dysmenorrhoea pathogenesisééről és gyógyításáról. — *Curatulo* (Róma): 1. A fényvel való gyógyítás a szülészetben és gynaekologia-ban. 2. A hüvely fecskendezése természetes ásványvizsek, különösen Salsomaggiore sós-kénos vizének gőzével. — *Köhegyi* (Szeged): Művi koraszülés tuberculosos eseteiben. — *Taszkai* (Budapest): A művi koraszülés jevalatai hyperemesis és szívbajok eseteiben. — *Lévai* (Dunaföldvár): A gyermekágyi fertőzés kór- és gyógytanához. — *Amann* (München): A rákos méh transperitoneumos kiirtása a mirigyekkel és a medencebeli kötőszóval együtt. — *Pfannenstiel* (Giessen): A méh és hüvely helyzetváltozásainak gyógyításáról. — *Delbet* (Páris): 1. A méhrák gyógyítása. 2. A méhkiirtásnál keletkezett magas recto-vaginalis

sipolyok gyógyítása. — *Lapeyre* (Tours): 1. A méh függelékeinek conservativ mütétei. 2. A méh teljes kiirtása gyermekágyi peritonitis miatt. — *Faugère* (Faux-Dordogne): A colpotomia posterior a gynaekologia-ban. — *Delannay*: 1. A méhrák sebészeti gyógyítása. 2. Abdominalis daganat eltűnésének laparotomia útján való megállapítása.

A német természetvizsgálók és orvosok 74. vándorgyűlését ez idén tudvalevőleg *Karlsbadban* fogják megtartani szeptember 21-dikétől 27-dikéig. A 17. (szülészeti és gynaekologiai) szakosztályban eddig a következő előadásokat jelentették be: *Eisenberg*: Adatok a női betegségek conservativ gyógyításához. — *Frank*: Adalék a myoma operativ gyógyításához a terhesség alatt. — *Fritsch*: A cranioclasioról. — *Krönig*: A vérzésesillapításról gynaekologiai mütéteknél. — *Müller*: 1. A szülés mechanismusához. 2. A művi koraszülés eredményeiről anyára és gyermekre. — *Schenk*: A méhenküvi terhesség gyógyításához. — *Schenk és Austerlitz*: További vizsgálatok a női nemi szervek rugalmas szövetét illetőleg. — *Sperling*: Az alszár úgynevezett méhenbeli törésének aetiologiájához. — *Stolz*: 1. A köldökzsinór csomóiról és ezek véredényeiről. 2. Tubarák bemutatása. — *Winternitz*: 1. A retroflexio uteri gyógyítási módjának választásáról. 2. Új plastikai segéd-eszközök a szülést és gynaekologia tanításában. — *Hittelmann és Lindenthal*: A rendes és kóros méhlepény fejlődéséről. — *Schröder*: Az eklampsiáról. — *Jung*: Az adnexumok és a medencekötszövet genyes megbetegedéseinek gyógyításáról. — *Kumpf*: A Thure-Brandt-féle eljárásról. — *Falk*: A ferdén szülött medence fejlődéséről. — *Veit*: A bolyhoknak a vérkeringésbe való jutására vonatkozó további vizsgálatok. — *Bröse*: A tubaterhesség gyógyításához. — *Schanz*: Az újszülöttek szemgyuladása és a gonococcus (a szemészeti szakosztályban). A tárgy fentartásával bejelentettek még előadásokat: *Chrobak, Fischer, Freund, Halban, Kleinhans, Knapp, Latzko, Hofbauer, Leopold, Nenadovich, Schauta, Sellheim, Posthorn, Amann*.

VEGYESEK.

— A m. kir. vallás- és közoktatásügyi minister megerősítette a budapesti kir. tudomány-egyetem orvosi karának ama felterjesztését, hogy *Tóth István* egyet. magántanár előadási jogosultsága az „elméleti szülészet”-re is kiterjesztessék.

— *Bábaképző-intézet Győrött*. Széll Kálmán miniszterelnök mint belügyminister, leiratban értesítette Győr városát, hogy a bábaképző-intézet felállítására iránti kérelmek teljesítése akadályba nem ütközik. Elismerését fejezi ki a leiratban a belügyminister azért, hogy a város nem zárkózik el némi áldozattól. A tanfolyam tehát már szeptemberben megnyílnak. A belügyi kormány a cursust vezető orvostanár díjazásán kívül még egyéb kedvezményt is biztosít a leiratban.

— Az odesszai új orvosi fakultás szülészeti, gynaekologiai és gyermekorvoslasi tanszékére *Massent*, a katonarvosai akadémia magántanárát, nevezték ki.

— *Sänger*, a prágai egyetem rendes tanára két év óta tartó súlyos idegbaj miatt képtelen tanszékét betölteni. Helyettesítésével *Knapp Ludwig* és *Kleinhans Friedrich*, magántanárokat eddigi assistenseit bízták meg, a kiket egyúttal rendkívüli tanároknak nevezték ki.

— A német gynaekologusok nestora, *Hegar* Alfréd freiburgi tanár, a ki mellett tudvalevőleg *Taufert* tanár is hosszabb ideig mint assistens működött, mostanában ülte meg doctorságának 25-dik évfordulóját, a mi számos tisztelőjének és tanítványának alkalmat adott, hogy szeretett mesterüket, a német gynaekologia büszkeségét, méltó módon megünnepeljék.

— *Rosner Alexander* a krakói egyetem magántanárát s az ottani bábaiskola szülészeti tanárát cz. rendkívüli tanárnak nevezték ki.

— *Gerol S. Recaséns-t*, a madridi egyetemen a szülészeti és gynaekologia tanárának nevezték ki.

— Az első orosz városi minta-szülőintézetet nemrég nyitották meg Moszkvában 30 ágygyal; az intézet építése és berendezése 80,000 rubelbe került.

— *Montio Rina* dr. kisasszony magántanári képesítést nyert a páviai egyetemen, a hol már előbb a nagy arany-éremet kapta kiváló dolgozataiért.

— *Uj gynaekologiai társulat* alakult Nürnbergben „Fränkische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde” név alatt. Évenként négy ülést fognak tartani felváltva Würzburgban, Erlangenben, Nürnbergben és Bambergben. Elnökké *Hofmeier* (Würzburg), alelnökké *Gessner* (Erlangen) és jegyzővé *Flatau* (Nürnberg) választották meg.

— A *magzatelhajtás Svédországban*. *Hedvén* egy dolgozatban, a melyben törvényszéki orvostani szempontból tárgyalja a magzatelhajtást, statistikai adatokat közöl a magzatelhajtásról Svédországban. 1851—1900-ig 1412 ily eset képezte törvényszéki orvosi vizsgálat tárgyát; ezen esetek közül csak 24 nő menekült meg életével. Az esetek száma állandóan nagyobbodik: 1851—1890-ig évenként 3-04 eset került 100,000 lakosra, 1891—1900-ig azonban már 19-01. 1394 nő közül 1262 nem volt férjnél, 86 férjes, 46 pedig özvegy volt. A magzatelhajtásra használt anyagok közt első helyen áll a phosphor; 1271 esetben használták és csak 10 nő maradt életben. 70 esetben fehér arsen használtak, sabinát 15-ben stb.; mechanikai eszközöket csak 8 esetben vettek igénybe. 1901. július 15-dike óta megtiltották a phosphoros gyufák elárúsítását, hogy meggátolják az ijesztő módon terjedő phosphoros magzatelhajtást.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ranschburg Pál: Közlemény a Moravosik E. Emil dr. egyetemi ny. r. tanár igazgatása alatt álló elmekórtani klinikához kapcsolt egyetemi psychophysikai laboratóriumból. Az elménkre egyidejűleg beható homogen és heterogen ingerek hatásáról, tekintettel az illusiok keletkezésére. 592. lap.

Jendrassik Ernő: Adatok öröklődő bántalmak ismeretéhez. 594. lap.

Székely Ágoston: Az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdése. 596. lap.

Fröhlich Jenő: Közlemény a kolozsvári „Ferencz József” m. kir. tudományegyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)

Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez. 598. lap.

Munk Jakab: A dymalnak alkalmazhatóságáról a sebészetben. 599. lap.

Tárca. Genersich Antal: † Virchow Rudolf. 601. lap. — Ónodi: A British medical association 70. évi nagygyűlése Manchesterben. 601. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Dalmady Zoltán: A cytotoxinok. 601. lap.

— *Könyvismertetés. P. Raymund Netzhammer:* Theoprastus Paracelsus. (G y ő r y.)

— *G. Fütterer:* Über die Ätiologie des Carcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Carcinome des Scrotums, der Gallenblase und des Magens. (P i c k e r R e z s ő.)

— *Rüdinger:* Die ambulatorische Behandlung der Beinbrüche. (R. P.) — *Általános kór- és gyógytan. Albeck:* A halál-okokról vékonybélstrangulatio eseteiben. — *Gaertner:* Oxygen intravenosus bevitel. — *Belgyógyászat. Menzer:* A heveny és idült izületi csúsz serumtherápiája. — *Zelenski:* Az extractum fluidum cacti grandiflor. — *Sebészet. Krönlein:* A gyomorrákban szenvedők sorsa műtét nélkül és műtét után. — *Bőrkórtan. Joseph:* A bromocoll — *Winkler:* Az espicarin. — *Kisebb közlemények az orvogyakorlatra. Jessner:* Az epicarin. — *Jessner:* Az europen. — *Folyóiratok átnézete.* 602—604. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Virchow temetése. — Stomatológusok országos egyesülete. — Az Országos Orvos-Szövetség congressusa. — A német orvosok és természetvizsgálók. — Cholera-hírek. — Fürdőink személyforgalma. — Jász-Nagykun-Szolnok vármegye közkórháza. — Hógyes tanár Pasteur-intézete. — Az egyetemi I. sz. női klinika. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Megjelent füzetek. — Elhunyt. — Keleti J. orvos-sebészeti mű- és kötszergyáros. — Pályázatok. Hirdetések. — 604. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Az Országos Orvos-Szövetség Tátra-Füreden — Bihar megyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Moravosik E. Emil dr. egyetemi ny. r. tanár igazgatása alatt álló elmekórtani klinikához kapcsolt egyetemi psychophysikai laboratóriumból.

Az elménkre egyidejűleg beható homogen és heterogen ingerek hatásáról, tekintettel az illusiok keletkezésére.

Irta: *Ranschburg Pál* dr., a laboratórium vezetője.

I.

Ha egyidejűleg vagy rövidesen egymás után külső ingerek többsége hat be elménkre, tudatunkra, azok egymást teljes érvényesülésükben gátolják, a mennyiben tudatunk, miként ismeretes, egy időpontban csak korlátolt számú ingernek megfelelő psychikai parallel folyamatot képes magába foglalni s régebbi, hasonló ingerek nyomaiként megmaradt s most felújuló dispositiókkal egybeolvastva appericipálni, felfogni.

Tapasztalati tény, hogy az ilyen egyidejűleg beható ingerek felfogásbeli tévedésekre — illusiokra — vezetnek, melyek részben az elemek sorrendjének felcserélésében, részben épen az objectiv ingerek keltette új, de homályos érzeteknek a tudatban már meglévő, hasonló, reproductiv elemek által való meghamisításában nyilvánulnak. Ez történik pl., midőn korrekurát olvasva a szókat alkotó betűcsoportokból csak a feltűnőbbeket fogjuk fel élesen, s ezek tudatunkban felkeltvén a megfelelő szó reproductiv képét, mi a korrekurába az ott kihagyott betűket, ékezeteket is — hogy úgy mondjam — belelátjuk, minek folytán a hibák egy részét minden figyelem mellett sem vesszük észre.

E gátlási folyamatot — melynek psychophysiológiai természetéről alig tudunk valamit — tisztábban tanulmányozhatjuk, ha

nem oly ingercsoportokat hagyunk az elmére hatni, melyek egy összefüggő egésznek egymással szorosan kapcsolatos részei — a milyenek pl. az értelmes szókat alkotó betűk —, hanem szerves kapcsolatban nem álló elemekből alkotott ingercsoportok hatásait vizsgáljuk, melyekre a tudatbeli reproductiv elemek kevésbé tudnak assimilálólólag, kiegészítőleg hatni.

Ilyen ingercsoportok gyanánt szerepelhetnek többjegyű számok elemei, melyeket egy összetartozó számként fogunk ugyan fel, de az egyes számjegyek egymástól függetlenek, a számsor egy vagy több elemének ismerete egyáltalán nem vonja maga után a hiányzó elemek ismeretét.

1—4 jegyű számokat $\frac{1}{3}$ másodperc alatt könnyűséggel, simultán fogunk fel. Ötjegyű számsorok ily rövid tartamú expositiójánál már érezzük az elemek gátló, egymás élességét csökkentő hatását, megfeszítettebb figyelemmel kell az ingerek felé fordulnunk. Hatjegyű számsoroknál pedig legtöbbször úgy érezzük, hogy a számsor felfogása összetett, successiv folyamat. Érezzük, hogy az $\frac{1}{3}$ másodperc alatt igenis láttuk valamennyi számjegyet, de e közben csak egy részüket fogtuk fel, másik részük már csak a számsor eltűnté után lép be a figyelem látóterébe. Ez utóbbi számelemek perceptioja kevésbé éles is, s épen ezért ezeket gyakran bizonytalanoknak érezzük, el is tévesztjük.

Miként számos ép és beteg elméjű egyénen a felfogás és emlékezet vizsgálatára szolgáló készülékemmel¹ végzett ily irányú kísérleteimnél kitűnt, az így nyert tévedések — melyeket megállapíthatunk, ha az egyének bemondásait az objectiv ingerekkel összehasonlítjuk — épen nem véletlenek, hanem feltűnő, nagy mértékben állandó törvényszerűségeket mutatnak.

E törvényszerűségeket a „magyar philosophiai társaság köz-

¹ *Ranschburg:* Apparat u. Methode z. Untersuch d. Gedächtn. f. medic. und pädag.-psychologische Zwecke. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, red. v. Wernicke u. Ziehen. X. kötet 311. lap.

leményeiben⁴¹ irtam le s e helyütt csak fontosabbjaikat röviden összegezem.

Hatjegyű számoknál a tévedések rendszerint a számsor egy vagy két elemére vonatkoznak s az esetek több mint 90%-ában a számsorok jobb felében fordulnak elő. Azonban a legszélső jobboldali, tehát 6. számjegy a legritkább esetekben tévesztetik el s a tévedés túlnyomólag a 4-dik vagy még gyakrabban az 5-dik számjegyre lokalizálódik. Az eltévesztés vagy a *hasonlatosság* alapján történik, midőn pl. a 8-as vagy 5-ös helyett 3-ast, 9-es helyett 6-ost vagy 2-st vélünk látni, vagy valamely szomszédos elem lép a homályosan percipiált számjegy helyébe, midőn pl. 274893 helyett 274883-at avagy 274843-at látunk, mely tévedési formát *irradiationak* neveztem, vagy pedig az elemek nem változnak meg lényegileg, csak *helyüket cserélik* fel, midőn pl. 527842 helyett 527482-t látunk, stb. Végül igen gyakran a tévedések kimutathatólag e 3 formának kombinálódásaiból jönnek létre.

Mindezek azonban a felfogásbeli tévedéseknek csak formabeli törvényszerűségei, míg mindezen tévedések közelebbi oka gyanánt egy sajátos, mondhatnám felette meglepő elvet találtam. Kísérleteimet, illetve vizsgálataimat t. i. egyforma nyomású és nagyságú, egyébként azonban teljességgel válogatás nélkül egy statisztikai évkönyvből kivágott s ingerlapjaimra felragasztott hatjegyű számokkal végeztem. Annál inkább feltűnt úgy saját magamnak az önmagamon végzett sok száz kísérlet közben tett, mint pedig intelligens vizsgálataim egyéneimnek ama tapasztalata, hogy bizonyos számsorokat nehezen, másokat könnyebben fogtuk fel. Eleinte pusztán a figyelemnek ingadozásaira gondoltam, később mindinkább feltűnt, hogy bizonyos számsorokat a legtöbb egyén a legtöbb alkalommal eltéveszt, másokat egyikünk sem téveszt el soha, mely körülmény az előbb említett felvételt kizárni engedte. A sűrűn eltévesztett és soha el nem tévesztett számsorok analysiséből azután kitűnt, hogy bizonyos számcombinációk valósággal hajlamosítanak az eltévesztésre, más kombinációk pedig szinte mentesítenek ellene, mindig ugyanazon kísérleti feltételeket supponálva. Az előbbieket, még ha nem is tévesztjük el őket, rendszerint nehezen foghatók fel, a gátoltság illetve bizonytalanság érzetével járnak, az utóbbiakat könnyen, simán, simultán fogjuk fel. Az előbbieket könnyebbség okáért *terhelt*, az utóbbiakat *immunis* számsoroknak neveztem el, s az elvet, melytől a számsor terhelt vagy immunis volta függ, a következőkben fejezhetem ki: Terhelt az a számsor, melynek elemei részben egymással azonosak vagy egymáshoz hasonlóak; immunis az a számsor, melynek valamennyi eleme egymástól különbözik. Legbiztosabban eltévesztjük azt a számsort melynek jobboldali, főleg 4-dik és 5-dik számjegye — mely elemek a figyelemre legkedvezőtlenebb elhelyeződésűek — egymással azonos. Ezek szerint: *retinánkra egyidejűleg beható homogen optikai ingerek nehezebben jutnak be megfelelő képzetek alakjában a tudatba, mint egyidejű heterogen ingerek, avagy: egyidejűleg az apperceptioba törekvő azonos ingerek egymásra gátlólag hatnak, míg egyidejű heterogen ingerek könnyítik egymás apperceptiáltatását.*

II.

A fennebbieken foglaltam össze röviden a korábbi vizsgálataim közben tapasztalt, részben pedig e tapasztalatok részletes analysiséből dedukált tényeket, melyeket a phil. társ. közlönyében közzétettem. Ámbátor következő vizsgálataim a korábbi tapasztalásokat mind csak megerősítették, éreztem, hogy törvényem, melyet elménk egyik legalapvetőbb s általános érvényességű törvényének tartok, bár kísérleti úton nyert eredményekből jutottam hozzá, mégis csak spekulatív érvényességű, a míg kísérleti ellenpróba alá nem vetem.

Ezért is mult év novemberétől f. é. májusáig újabb kísérleti sorozatba fogtam. Úgy okoskodtam ugyanis, hogy, ha tételeim igaz, akkor mesterségesen összeállított, mind heterogen elemekből álló számsorokat hibátlanul kell, vagy pusztán a kísérleti hibáknak megfelelő számban elhibázva szabad kísérleti egyéneimnek felfogni. Mesterségesen konstruált, részben identikus elemekből álló számsorokat pedig túlnyomólag tévesen kell felfognunk s a tévedéseknek az identikus elemekre kell lokalizálódniok.

Mesterségesen konstruált számsoraimmal vizsgálataimat előbb

² Ranschburg. Felfogásbeli tévedéseink törvényszerűsége. A magy. phil. társ. közleményei. Budapest, 1902. 2. és 3. füzet.

ötjegyű számokkal P. M. és S. G. kartárs urakon és E. L. középiskolai tanár úron, majd hatjegyű számokkal 11 különböző foglalkozású, intelligens, 20—33 éves egyénen végeztem, kiknek vizsgálataim sajátképeni céljáról a vizsgálatok folyama alatt sejtelmök sem volt; mindnyájan azon hitben voltak, hogy számfelfogásukat vizsgálom. A vizsgálatok methodikájából e helyütt csak annyit említek, hogy egy-egy 60 fokozatú ingerkörlepon 20—20 számsor foglal helyet, melyek mindegyikének a fedőlap rése mögött való megjelenése előtt jelzés figyelmeztet a bekövetkezendő ingerre, s hogy az inger eltűntét szünet követi, mely a látott számsor bemondására, ennek, valamint a felfogás közben észlelteknak feljegyzésére szolgál.

Következőkben közlöm kísérleteim egy részét, mely I. alatt felsorolt törvényem értelmében immunisnak, másrészt pedig nagy mértékben terheltnek supponált számsoraimmal 7 kísérleti egyénnél talált eredményeket mutatja. A kísérleti egyének: Dr. M. S. 27 éves, középiskolai tanár, Dr. H. R. 29 éves, klinikai tanársegéd, Dr. R. N. 26 éves ügyvéd, Dr. H. G. 32 éves, törvényszéki bíró, Sch. E. 26 éves, akademiát végzett kereskedő, K. K. 32 éves, festőművész urak és F. E. kereskedelmi tanfolyamot végzett k. a.

A) Heterogen elemekből álló számok. 6-dik ingerlap. Expos. időtartama $\frac{1}{3}$ mp.

Objectiv szám-sorok	Dr. M. S.	Dr. H. K.	F. E.	Dr. R. N.	Dr. H. G.	Sch. E.	K. K.
702156	—	—	—	—	—	—	702156
210864	—	—	—	—	—	210864	—
420675	—	420756	—	—	—	—	—
642108	—	—	—	—	—	—	642180
604981	—	—	—	604891	—	—	—
582160	—	—	—	—	—	—	—
702643	—	—	702634	—	—	702634	—
402156	—	—	—	—	—	—	—
952403	—	—	—	952456	—	952043	952---
220465	220-45	—	220456	—	—	220645	204455
667321	—	667231	—	—	—	—	—
237601	—	—	—	237061	—	—	—
402876	—	—	—	402875	—	—	—
842013	842103	842016	—	842103	840013	—	—
872130	—	—	—	—	—	—	—
120364	—	—	—	—	—	—	—
330672	—	—	—	—	—	—	—
462139	—	—	462193	—	—	—	—
512493	—	—	512498	512043	514493	—	512329
696572	—	—	—	696175	—	—	660572
Hibás sorok összege:	2 (1)	3 (1)	4 (1)	7 (4)	2 (2)	4 (0)	6 (4)

(Az eltévesztett számjegyeket dült szedésben adjuk.)

A táblázatban a helyesen olvasott számsorokat vízszintes vonással jelöltem, s csak a téveseket tüntetem fel.

7 kísérleti egyén tehát összesen 140 hatjegyű számsorból tévesen fogott fel 28 sort, vagyis a téves sorok az összesek 20%-át teszik ki.

Ha a tévedéseket közelebről szemügyre vesszük, azt találjuk, hogy azokat 2 fő csoportra oszthatjuk, úgymint 1. a *transformatiok* csoportjára (pl. 512,493 helyett 512,498, vagy 514,493, vagy 842,013 helyett 842,016), midőn tudniillik valamely számjegy helyett egy más számjegyet véltünk néha teljes határozottsággal, néha bizonytalanul látni, midőn az objectiv ingernek megfelelő érzet a simultán vagy successiv felfogatás közben a tudatban transformálódik; 2. *permutatiok* csoportjára, midőn maguk a percipiált elemek a tudatban nem változnak át más elemekké, hanem csakis sorrendjük változik meg (mint pl. 220,465 helyett 220,645, vagy 220,456, vagy 842,013 helyett 842,103, 667,321 helyett 667,231, 420,675 helyett 420,756, stb).

A két említett csoporthoz járul harmadiknak a tévedéseknek szorosán nem minősíthető *kihagyások* csoportja, midőn is az ingercsoport valamely, illetve több eleme annyira homályosan jut be a tudatba és oly bizonytalan, hogy az egyén azt egyáltalán fel nem ismeri vagy ki nem meri mondani midőn is az elmaradt számjegyet vízszintes vonalkával jelöljük.

A számsor tényleges kvalitatív megváltozásával voltaképen

csak a transformatiok és kihagyások járnak, míg a pusztán tiszta permutatiókkal járó sorok nem is tekintendők tévedéseknek, hanem ezeknél az illusio csak az elemek sorrendjére, nem pedig lényegére vonatkozik.

Ha az összes téves sorok számából a tiszta permutatiók számát levonjuk, megkapjuk az abszolút hibák számát, melyet a közölt táblázatok legalsó rovatában a zárójelbe foglalt szám fejez ki.

Ilyképen az immun számsorban az abszolút hibák száma, hozzávéve ezekhez a kihagyásokkal járó sorokat is, a 140 sorra 13, vagyis 9.2%.

Egészen más viszonyokat mutatnak az 5-dik ingerlappal végzett vizsgálatok, mely lapnak egytől egyik terhelt számsorai a következő rejtett séma szerint készültek:

a b c d e e
f g h i i j
k l m n m o

p q r s s t, stb., vagyis minden számsornak vagy a 3-dik és 5-dik, vagy a 4-dik és 5-dik számjegye azonos.

Az ilyen számokkal végzett kísérleteket illusztrálja a következő táblázat:

B) Részben identikus elemekből álló számsorok. Expos. idő-tartama 1/3 mp.

Objectiv szám-sorok	Dr. M. S.	Dr. H. K.	F. E.	Dr. R. N.	Dr. H. G.	Sch. E.	K. K.
119495	1194-5	119456	1194-5	119425	119465	119945	—
141993	141934	141930	141903	—	—	141933	141393
103739	—	—	103799	—	103729	103799	107379
774886	—	774836	7748-6	774485	774865	774586	—
176468	—	176463	176408	1764--	—	—	—
710332	—	710322	710322	710392	—	710312	—
145957	145997	145597	145597	145497	145937	145-79	—
609337	—	609733	—	609937	609337	609377	—
975254	—	9--524	9725-4	975245	975264	975524	972254
147556	—	147506	147566	—	147536	147566	14756-
663732	—	663722	663752	663734	—	663732	663722
449793	449723	449703	449703	449739	449773	—	449732
411882	—	411832	411802	411822	411832	411832	441882
654012	654902	654012	654--2	—	—	654002	—
960443	—	—	—	—	—	936--4	960043
714998	—	7149-3	714998	714089	714983	714988	714988
128786	—	128756	128776	128726	128726	—	127786
817660	—	817600	817600	—	—	817060	—
278489	278---	278196	274849	278429	278499	227849	278499
610552	—	—	—	—	—	610532	—
Hibás sorok összege	6 (6)	17 (15)	17 (16)	13 (11)	12 (12)	17 (15)	11 (11)

(Az eltévesztett számjegyeket dült szedésben adjuk.)

A téves sorok összege tehát 93, vagyis 66.4%.

Míg az A) alatti 140 sorra eső összesen 28 hibásból 15 pusztán permutatio, addig, a B) alatti 140 sorra eső összesen 93 hibás sorból összesen 7 sorban találunk hiba gyanánt pusztá permutatiót, vagyis az összes abszolút hibák száma e sorozatban 86, azaz 61.4% az A) sorozatnál mutatkozó 9.2%-kal szemben.

Hasonló eredményeket szolgáltatott az ugyanez egyének megejtett ismételt kísérletek, valamint 4 más kísérleti egyénnel végzett kísérletek is. Vagyis kísérleteim a korábbi vizsgálatok elemzéséből levont — s a magyar philos. társulat közleményeiben részletesebben ismertett — tételmet, mely az egyidejű homogen ingerek egymást gátló hatását állítja, 11 vizsgált egyénre kivétel nélkül érvényesnek bizonyították.

A 11 egyénnel végzett összesen 660 sorra vonatkozó idevágó kísérlet következő eredményt adja:

400 heterogen sorból egy vagy több elem transformálódott 43 sorban = 10.7%.

260 részben identikus elemekből álló sorból egy vagy több elem transformálódott 146 sorban = 56.1%.

Mint hogy a kísérletek folyamán kiderült, hogy olyan sorokat, melyekben a hat számjegy egyike 0, az egyének egy része jelentékenyen könnyebben fog fel, s hogy — valószínűleg egyszerű alkatából folyó könnyű felismerhetősége folytán — az 1-es is mint alkatrész megkönnyíti a számsorok hibátlan felfogását, tételmetnek

tiszta bebizonyítására szükségesnek mutatkozott olyan számszlopokkal kísérletezni, melyekben úgy a heterogen, mint a részben identikus elemekből álló számsorok mindegyikében helyet foglal a nulla s a két csoport egyenlő mennyiségű sorában szerepel alkatrészként az 1-es.

Az ilyen számsorokkal végzett kísérletek azt mutatták, hogy a két csoport tévedéseinek mennyileges különbsége nem mindig oly nagy, mint ha e körülményre való tekintet nélkül kísérletezünk. Ez a mondottak után természetes is, a mennyiben az a körülmény, hogy minden sorban 0 foglaltatik, a heterogen soroknak, melyek amúgy is kevés hibát szolgáltatottak, kevésbé szolgál javára, mint a részben identikusoknak, melyek nagy hibaszáma a nyert könnyítés folytán most mecsökkent. Ennek dacára a transformatiok száma e kísérleteknél is 33.3% a homogen soroknál, ellentétben a heterogen sorok 6.6%-nyi hibaszámával.

(Folytatása következik.)

Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez.

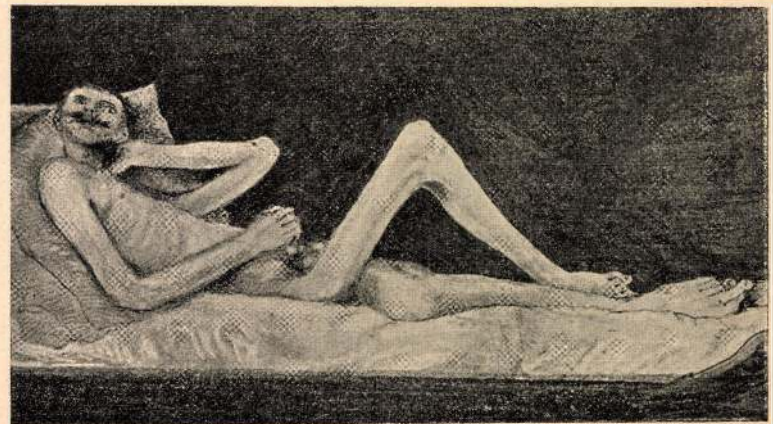
— Harmadik közlemény. —

Irta: Jendrassik Ernő dr. egyetemi ny. rk. tanár.

II. észlelet (4., 5., 6., 7., 8. eset). Sch. Jakab, 36 éves, Sch. Fáni, 25 éves, Sch. Ernő, 21 éves, Sch. Karolin, 18 éves (1902) és egy kis unokatestvér. (Öt eset: izomrövidülés az alsó végtagokon, remegés a felsőkön, nystagmus; az inreflexek fokozottak.)

Ezen négy testvér nagyszüleiről a következőket tudtuk meg: az az atyai nagyszülők 80—81 éves korban aggsági elgyengülésben haltak meg, egyébként egészséges emberek voltak. Az anyai nagyszülők ellenben aránylag fiatal korban, többé meg nem állapítható betegségben haltak meg. A testvérek apja fiatalabb korban ép, egészséges, erőteljes ember volt, később szívbjába esett és 60 éves korában hirtelen meghalt; négy testvére is ép ember volt s hosszú életet éltek. A testvérek anyja hat évvel volt fiatalabb férjénél, jelenleg 59 éves, eléggé erőteljes, épkézláb asszony, csupán kezei és lábai szoktak feltűnően hidegek lenni, sem négy testvérén, sem azok gyermekein hasonló tünetet nem észleltek. Sem a szülők, sem a nagyszülők egymással rokonságban nem voltak. Ezen házaspárnak összesen 12 gyermeke volt, ezek közül három még csecsemőkorban, egy két éves korában, egy pedig 18 éves korban tüdőbajban halt meg, heten élnek: a négy fent nevezetten kívül: Adolf, 32 éves, egészséges, nős, ennek egy 9 éves fia szintén egészséges; Irma, 31 éves, egészséges, öt gyermeke volt, a legidősebb (B. Jenny) hat éves és az utóbbi időben feltűnően nehézkesen kezd járni, inreflexei élénkek; Salamon, 30 éves, nős, egy gyermeke 6 hetes. A mint ezen sorozatból látszik, a legidősebb és a három legfiatalabb gyermek szenved a most leírandó kör alakban, mindnyájukon körülbelül 6—10 éves korban kezdődött a baj. A szülések rendes módon folytak le, a gyermekek az első időben mind testileg, mind szellemileg jól fejlődtek, gyermekbetegségek a családban nem fordultak elő.

1. Jakab (7. ábra) gyermekbetegségekből alig szenvedett. Fogai rendes időben fejlődtek ki, járni és beszélni a rendes időben kezdett. Hat éves korában iskolába adták, ott irni, olvasni és számolni meg-



7. ábra.

tanult, 12 éves korában, a midőn már járása meglehetősen nehézkesé vált, atyja szabóinasnak adta, e mesterséget ugyan még kitanulta, de nemsokára már kezei is ügyetlenekké váltak, járásában botra kellett támaszkodnia, a midőn térdei folyton egymást surolták, úgy hogy ezen dörzsölési felületek kisebesedtek, végre mintegy 10 év előtt állandóan ágyba került, tehetetlensége azonban még ezentúl is fokozódott s felső testrészein állandó remegés is támadt.

Jelenleg az önmagával igen nagy fokban tehetetlen beteg állandóan hanyattfekvő helyzetet foglal el ágyában. Felső testfele csaknem

folytonosan erős és igen szapora lengésű remegésben van; ezen remegés beszéd közben, vagy valamely mozgás megkísérlése alatt erősen fokozódik, teljes nyugalomban, éjjel alvás közben ellenben sokkal enyhébbé válik, állítólag ilyenkor sem szünetel teljesen. A remegés egyes lengéseinek száma percenként 140–170 közt van; de nem egészen szabályos ritmusú s változó fokú; fején a remegés olyan alakú mozgást vált ki, mintha orrcsúcsával folyton az óramutató járásával ellenkező irányú körivet írta le, e közben szeméi mintegy kompenzáló ugrásokat végeznek; a fejen alig szünetel a remegés. A remegés továbbá igen kifejezett a kéztőn és az ujjakon, a melyek ide-oda ingadoznak, a hüvelykujj állandóan mintegy kört ír le, az alkar a pronálás és supinálás közt leng. A remegés jól kivehető egyes vállizmokon is, így a cucullaris, a sternocleidomastoideus, a pectoralis rángásszerű remegést végeznek, ugyanez a lapoczkán is nagyon észrevehető, jóllehet itt az egyes izmok nem figyelhetők meg külön-külön. A törzsökön, a medenczén csak átvitt alakban van remegés, az izomzat ezen helyeken és az alsó végtagokon nyugalomban van. Nyelvén is látható a remegés.

Az egyes testrészeket illetőleg részben *Holländer Adolf* dr. jankováci járásorvos úr szívességéből, részben saját vizsgálataim alapján a következő jelenségeket írhatom le.

A mérsékeltén táplált beteg koponyaalkotása rendes, fején gyér, fekete hajzat van. Arcának beidegzése jó. Lezárt szemhéjai erősen remegnek, e remegés ritmusban nagyon hasonlít a fej remegéséhez. Szemtekéi kisebb fokú, szétterő kancsalításban vannak. Szeméi már a nyugalmi helyzetben is végeznek oldalingást, ha feje is erősebben remeg; oldaltnézéskor, főleg jobbra, igen erős rángásszerű remegés áll be a szemtekén. Bal szemével kissé gyengébben lát, a jobbal egészen jól. Pupillái egyenlők, középtágak, fényre jól reagálnak. Hallása csökkent, az óratetyegést csak a füleire tett órán veszi észre.

Száját tudja bezárni, fogait is tudja mutatni, de nem képes fogsoarait egymástól egy centiméternél távolábbra szétnyitni. Ezen részen csak a nyelv csúcsát tudja kiöltetni. Beszéde igen nehézkes, vontatott, nagyjából megfelel beszédzavara annak, hogy zárt fogsoarok között beszél, e mellett azonban úgy látszik, hogy egyéb beszélő-izmainak működése is lassúbbodott, nehézkes. Beszéd közben remegése tetemesen erősödik, s ilyenkor ajkai is nehezebben mozognak, úgy hogy beszéde még nehezebben érthetővé válik.

Értelmi képességei körülbelül megfelelnek helyzetének: hallása tompult, beszéde nehéz, tehát keveset gyakorolja, olvasni nem tud, mert nem tudja maga elé tartani az írást, s így szűk szobájában folyton hanyattfekvő helyzetben tölti nyomorúsága éveit.

Fejmozgásai is nehézkesek, főleg jobbra, csak lassan és korlátozott mértékben tudja fordítani fejét.

A beteg vállizmai, dacára állandó tértelenségének, még elég erőteljesek, deltaizma, a teresek, a pectoralis, a latissimus igen jól kidomborodnak. Felkarja jelentékenyen soványabb, bár a biceps körvonala itt is elég jól szembeötlő, az alkaron az izmok tömöttebb tapintatúak, a kéztő sovány, a tenyéren és kézhatáron az inak igen erősen kiemelkednek. A beteg fekvő helyzetében két karját maga mellett tartja, könyökizületei félig behajlítva vannak s kezei hasán nyugszanak, kéztői félig feszített, ujjai ellenben kissé hajlított állásban vannak; jobb kezén hüvelykujja tenyerébe szorulva van, s többi ujjai rája borulnak, ezeket csak nehezen lehet kiegyenesíteni, bal kézen a hüvelykujj a második ujj első perczen fekszik, a mutató és kisujj ellenben a 3. és 4. ujjra helyezkednek. Mind ezen helyzet, mind a folytonos remegés élénken emlékeztetnek a Parkinson-betegségre. A felső végtagok mozgási képessége némileg korlátozott; az aktív és passzív mozgási határ a felkar-vállizületekben nem áll távol egymástól. Jobb felkarját folytonos remegés közben elég jól képes feje fölé emelni, de nem teljesen; alkarját behajlítani is tudja, kinyújtani nem egészen, de teljesen kinyújtani passzívan sem lehet. Leghiányosabb az aktív mozgás a kéztőben és az ujjakon; a jobb kéztőizületben egyáltalában nem tudja mozgatni kezét, de némi ellenállás legyőzésével a felhajlítás (feszítés) elég jól sikerül, a lehajlítás ellenben ilyen módon sem lehetséges. Bal karja igen kevésbé jobb, itt a kéztőn és ujjakon némi mozgást még ki tud váltani.

Agyában felülni nem tud, felültetve csakis megtámasztás mellett tud maradni, ekkor gerincoszlopa erősen oldalt hajlik, háti és ágyéki részében domborulatával jobbra néző ívben, úgy hogy ilyenkor főleg jobb gluteusán nyugszik a beteg. Legerősebben hatodik hátsigolyójának megfelelőleg domborodik háta. A gerincoszlop ezen scoliosisa fekvő helyzetben sem egyenesedik ki teljesen.

A legsúlyosabb eltorzulás alsó végtagjait illeti. Ezek állandóan keresztetik egymást, a jobb felül, a bal alul fekszik s az adductorok oly erősen megfeszültek, hogy csak nehézséggel lehet a csontokat ezen keresztetett fekvésből kiszabadítani, de teljesen széjjelválasztani csombjait nem sikerül, magukra hagyva ismét összeugranak. Mindkét alsó végtag aránytalanul lesoványodott, főleg az alszárak (a jobb oldali erősebben); a csontok izületi végei, a lábtőcsontok erősen kidomborodnak. Jobb alsó végtagja kifelé, a bal befelé rotált, ez utóbbi egész hosszában állandóan a lepedőn fekszik, míg a jobb ezomb, rátámaszkodva a balra, a test hossz tengelyéhez mintegy 75° szögletben felhúzott tartásban van. A bal láb öregujja erősen kifelé fordult s a második ujj, a mely feltűnően hosszú, felülről átkarolja s ilyen formán ezen láb állandóan „fügét” mutat. A többi ujjak erősen hajlított helyzetben vannak, a hosszú feszítők izmai erősen feltűnnek. A jobb lábon az ujjak első perze feszített, a többi hajlított helyzetet foglal el. Az öregujj itt is kifelé fordult, de a második fölött marad. A lábtő enyhe pes equinus tartásban van. Bal alsó végtagját a beteg egyáltalában nem tudja mozgatni, a jobbon erőlködéssel némi, éppen észrevehető mozgást tud

eszközölni. A mozgathatóság az egyes izületekben meglehetősen korlátozott, főleg a bokaizületben, de bizonyos határok közt lehetséges.

Az inreflexek mind a térdkalács inán, mind az Achilles-inon, valamint a kar izmain is élénken kiválthatók. Az egyes izmok mechanikailag is jól ingerelhetők. A fáradós ingerlékenység megtartott. A bórreflexek rendesek.

A nemi szervek jól fejlődöttek, a ezombok nagy addukálása miatt a scrotum a ezombokon fekszik. A vizelet kissé gyakoribb s nem ritkán világos és nagyobb mennyiségű vizeletet választanak el veséi. Vizeletében kóros alkatrész nincsen. Széke a székeléssel egybekötött nagy elhelyezési és tisztántartási nehézségek miatt mind ritkábban jelentkezett s jelenleg már szokásává vált, hogy csak minden 3–4 hétben van széke, a megelőző napokon fájdalmakat érez beleiben, hányás fogja el s ekkor erősebb hashajtókat vesz. Étvágya feltűnően jó, de már évek óta etetni kell.

Felfekvése nincsen. Érzése mindenütt teljesen hibátlan, alsó végtagjain a csípés reflexmozgást vált ki.

Végtagjai feltűnően hűvösek, fázékonyak.

2. Páni (8. ábra) állítólag 10 éves korában kezdett hibásan járni, addig rendes fejlődésű leány volt, iskolába járt, s otthon a ház körül is segédkezett volt már. Eleinte még lábujjaira támaszkodva csoszogott, majd lassanként még rosszabb lett járása s már vagy hat éve csak kapaszkodva tud egyik székéről a másikra átmászni, ha erőlteti az ilyen próbát, könnyen elesik.



8. ábra.



9. ábra.

A beteg kissé előregörnyedten ül s fejét is előre nyujtva némileg mereven tartja. Szeméin és fején oldalra tekintéskor kifejezett nystagmus van a vízszintes síkban, erősebben a jobbra nézéskor. Nyugalmi helyzetben a remegés fején csak kiscsök. Kinyújtott felső végtagján is gyakran van remegés.

A jól táplált s egyébként egészséges nő szeméi enyhe szétterő kancsalításban vannak; szemmozgásai, eltekintve a már említett oldalremegéstől, elég jók, bár kissé lassan történnek; pupillái egyenlők, írisze jól reagál. Látása elég jó, de az óra ketyegését a fülétől csak mintegy 15–20 cm-re veszi észre. Arcának beidegzése hibátlan, de fogsoarait nem tudja a rendes fokba szétnyitni, mintegy 1.5 cm-nyi rés a maximum. Beszéde vontatott, nehézkes, hasonlít némileg a paralysis agitansos betegéhez; csökkent és lassúbbodott a mozgási képesség a beszélőizomzatban.

Fejét, főleg jobbra, lassan és nehézkesen fordítja.

Értelmi képességei viszonyainak eléggé megfelelőknek látszanak. A beteg kar- és vállizomzata jól fejlődött s rendes tapintatú, felső végtagjainak mozgása elég szabatos, bár némileg lassúbb. Kezei eltorzulva nincsenek, ujjait tudja egészen kinyújtani, de nyugalmi helyzetben már szívesen fekszik hüvelykujja a mutatóujj első perczenre.

Gerincoszlopa, főleg ágyéki részében, erősebben kidomborodik, megfelelően előredülő testtartásának, e mellett ugyanezen magasságban oldalt is hajlott, domborulatával jobbra néző ívben.

Alsó végtagjai is elég jól tápláltak, alszárainak izomzata a rendesnél tömöttebb tapintatú. Térdei állandóan összeszorított helyzetben vannak s befelé rotálva, ezombjait csak kevésbé tudja egymástól eltávolítani. Alszárjai kissé szétterő helyzetben vannak, lábái a Friedreich-féle láb típusára hasonlítanak, a két öregujj egymás mellett van, első perze feszített, második perze erősen hajlított helyzetben, a többi szintén. Alsó végtagjait térdben nem tudja teljesen kinyújtani, bokaizülete alig mozgatható: aktíven sem lábát, sem lábujjait nem tudja mozgatni. Czombizületében is korlátozott a mozgathatóság, az ileopsoas megrövidülése folytán a beteg czombját teljesen kinyújtani nem képes.

Felállni bír, ekkor erősen előrehajlott testtartásban van, fejét is mereven tartja, térdei hajlottak, lábujjaira támaszkodik; ha kezeivel elégséges támasztékot talál, menni is tud, a midőn lábujjaira lépve, összeszorított czombokkal vonszolja magát odább.

Inreflexei igen élénkek. Vizelet, szék rendes módon mennek végbe, hasmenésre hajlandó. Havi baja 3 hetenként jelentkezik, igen bő. Étvágy igen jó.

Végtagjai nagyon hűvösek, kezei, lábai, ha kissé hűvösebb idő van, kékesvörösek.

3. Ernő (9. 10. ábra.) állítólag már 6 éves korában hibásan mozgatta lábait, iskolába járt s jól tanult, baja azonban lassanként súlyosbodott, eleinte egy, majd két botra kellett támaszkodnia s így is csak igen keservesen járt.

Jelenleg az igen jó izomrajzolatú, egyébként jól fejlett beteg feltűnően lassú mozgású. Elmebeli képességei jóknak látszanak. Szemei kisebb fokú szétértő kancsalításban vannak, balra tekintéskor erős nystagmusba jönnek. Lezárt szemhéjai erősen remegnek. Látása jó, hallása bal fülén kissé csökkent. Fogsortait csak 2-5 centiméterre tudja nyitni, beszéde olyanféle mint testvéreie.

Fejmozgásai jók, de lassan mennek végbe.

Karjait elég jól tudja mozgatni, kezeinek nyugalomban kissé erőltetett tartása van, olyanféle, mint a Parkinson-bajban szenvedőé. Csak ritkán mutatkozik remegés kezein.

Gerincoszlopa, megfelelőleg előrehajlott testtartásának s azon körülménynek, hogy csak egyik lábán áll, kissé domborúbb és oldalt hajlott, ugyanolyan alakban, de kissé enyhébb mértékben, mint testvéreie. Gluteusbarázdái igen rövidek.



10. ábra.



11. ábra.

Alsó végtagjai soványabbak, főleg alszárai. Térdének belső bütykei erősen kiemelkednek. Csak támaszkodva tud megállni, ekkor czombjai erősen egymáshoz fekszenek. Térdei keresztelik egymást: a jobboldali van elül, ez csak lábujjaival érinti a talajt, a test súlyát a bal alsó végtag viseli. Lábai erősen eltorzultak: öregujjai, főleg bal lábán, éles szögletben kifelé fordultak s kissé a második újra ráfeküsznek. Czombjait egymástól csak kevésse tudja távolítani, jobb térdét nem is tudja teljesen kinyújtani, bal lábtőjét és lábujjait épen nem, a jobbat kissé tudja mozgatni.

Járás csak nagy nehézséggel két botra támaszkodva lehetséges, ilyenkor a felső test és medence mozgásának segítségével mellett vonszolja magát előre, s a térdek súrolják egymást, lábai befelé fordulnak, a talajba beleakadnak.

Kezei és lábai még nyáron is hidegek és fázékonyak.

Inreflexei igen élénkek.

Vizelet, szék rendes, étvágy igen jó.

4. Karolin (11. ábra), a legifjabb a testvérek között, rendes módon született, tanult járni, később jó előmenetellel végezte iskoláit, ugyancsak hat éves korában kezdett hibásan lépni, ezen hiba, ép úgy, mint többi testvérein, lassan haladt előre s ma már igen jelentékeny fokúvá vált.

A jól táplált beteg arcizmai jól működnek. Fogsortait látszólag rendes fokban nyitja, ajkai is jól működnek, de beszédén máris feltűnik az az elmosott jelleg, a mely a többi testvérein még kifejezettebb. Szemmozgásai elég szabadok, oldalt nézésekör rángatózó nystag-

mus van jelen, főleg balra tekintésre. Szemeit becsukva szemhéjai lassan remegnek. Látás, látótér, pupillák épek. Hallása jó.

Vállai és felső végtagjai minden irányban jól mozognak, de némi lassubodás ezen műveletekben észrevehető. Remegés kezeiben jelenleg nincsen. Erő kifejtése karjain jó, bal kezének szorító ereje kissé csökkentnek látszik.

Álló helyzetében kissé előredül felső testével, ilyenkor gerincoszlopa domborulatával balra tekintő ívben kissé oldalt hajolt. Bal válla magasabban áll. Testének súlya ezen helyzetben egyenlően oszlik meg két alsó végtagján, térdei egyformán feszítettek. Mindkét térde kissé túlfeszülő (genu recurvatum), de állásban nem. Törzsökét előre, hátra, oldalra mozgatni tudja, de már ezen mozgások bizonyos nehézségekkel járnak. Alsó végtagjait bizonyos határok között elég szabadon mozgatja, ezen határok azonban jelentékenyen megszűkültek. Kinyújtott alsó végtagjait hátrafelé épen nem tudja mozgatni, előre és oldalt is csak igen kis szögletben. Térdét valamivel nagyobb határok közt mozgathatja; bokaizületében ellenben az aktív mozgási képesség nagyon csekély, a passiv is kisebbedett. Lábujjain legfeltűnőbb mindkét öregujjnak erősen kifelé fordulása; lábujjait igen hiányosan tudja mozgatni. Hanyattfekvő helyzetben kifeszített alsó végtagját alig 35°-ra lehet felemelni.

Járása nagyon nehézkes, jóllehet még bot nélkül elég nagy utakat is képes megjárni. Járás közben felső teste előredül, térdei meghajlanak s aztán minden lépésben a két térd egymásba ütközik, mert az egyik térd folyton a másik elé kerül, mi közben a beteg törzsökével az ellenkező oldalra dül. Lábai előre is felső testének előre-hátra döntésével vezet, úgy hogy járása közben lábai csak igen kis mozgást végeznek.

Inreflexei általában igen élénkek, lábtünet is van jelen. Talpreflexe Babinski-típusú.

Vizelet, szék rendes. Étvágy igen jó. Havi baja csak 2-3 havonként jelentkezik s kevés.

Kezei, lábai állandóan hidegek, gyakran kékes-vörösek.

(Folytatása következik.)

Az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdése.

Székeley Ágoston dr. magántanártól.

(Folytatás.)

A collodiumzacskó-módszert, melyet a francziák kiterjedten használnak arra, hogy mikroorganizmusokat bizonyos fajta állatokra nézve fertőző erejűvé tegyenek, s a melynek lényege az, hogy az illető mikroorganizmus dörzsölékét collodiumzacskóba zárva az illető állat hasüregébe viszik hosszabb időre, *Nocard*¹ felhasználta arra, hogy az emberi gümöbacillust a szárnyasok gümöbacillusává átalakítsa. Glycerines burgonyán tenyésztett emberi gümöbacillusok sűrű dörzsölékét collodiumzacskóba zárva tyúkok hasüregébe vitte és legalább 4 hónapig ott hagyta. A hasüregből eltávolítva a zacskót, a benne levő gümöbacillusokból már most mesterséges tenyésztőtalajon olyan tenyészet fejlődött, mely teljesen megfelelt a szárnyasgümöbacillus tenyészetének típusának. A bacillusok virulentiájukat tengerimalacra nézve elvesztették, az a kevés elváltozás pedig, a mely mégis keletkezett, a szárnyasok gümöbacillusával fertőzés után származóhoz hasonlított. Collodiumzacskóban többször ismételt tenyésztés után az emberi gümöbacillusok a tyúkra nézve is fertőzőbbekké váltak, sőt egy esetben kiterjedt gümőkört sikerült tyúknál az ilyen bacillusokkal létrehozni.

Véleményem szerint ezzel a módszerrel — collodiumzacskóba zárt emberi gümöbacillusoknak marha hasüregébe vevése — talán sikerülne az emberi gümöbacillust a marhára nézve erősen fertőzővé tenni s így bizonyítékát adni az emberi és a marhagümöbacillus lényegileg azonos voltának. *Mazyck P. Ravenel*² tényleg végzett is két ilyenemű kísérletet. Az egyikben emberi gümöbacillus-tenyészetet collodiumzacskóba zárva 7 hónapig hagyott egy üsző hasüregében; az ezen idő elteltével kivett collodiumzacskókban csak csekély mérvű szaporodása a bacillusoknak volt észrevehető; a belőlük készített tenyészetek gyorsabban és bővebben nőttek, a bacillusok alakjában, úgyszintén virulentiájában azonban változás nem volt kimutatható. A másik kísérletben 11 hónapig maradtak a collodium-zacskók egy üsző hasüregében; eltávolításukkor bennük a bacillusok tetemesen megsaporodottaknak bizonyultak és a belőlük fejlődött tenyészetek is kifejezett változást mutattak, különösen a növekedést illetőleg, a mely úgy vérsáv, mint glycerines agar-agaron sokkal gyorsabb volt; a bacillusok sokkal egyenletesebben festődtek, általában rövidebbek voltak, noha hosszú alakok is találtak; a velük bőr alul fertőzött

¹ Annales de l'Institut Pasteur, 1898.

² The lancet, 1901. II. 6. és 7. szám.

tengerimalaczkok és házinyulak azonban 4 hónap múlva még éltek; a tejsűrűségű dörzsolékből 4 köbcentimetert egy borjú vérebe fecskendezve, ennél 10 hét múlva a tuberculin-reactio positiv volt. Ezek a kísérletek tehát sem az egyik, sem a másik irányban nem használhatók fel; a második kísérlet eredménye azonban mégis reményt nyújt arra, hogy nagyon hosszú időn át tartva marha hasüregében a zacskókat, avagy a zacskók kivétele után a bennük levő bacillusokat mesterséges tenyésztőtalajon növesztve és ismét collodiumzacskókba zártan újból marha hasüregébe vite s ezt az eljárást néhányszor ismételve, tényleg sikerülni fog az emberi gümöbacillust marhagümöbacillussá alakítani.

* * *

És most térjünk vissza Koch további következtetéseinek ismertetésére és bírálatára. Koch azt mondja, hogy arra a kérdésre, vajjon az ember fogékony-e a marhagümöbacillussal fertőzés iránt, a választ közvetlen vizsgálatok alapján megadni nem lehet, mert emberen való kísérletezés ki van zárva. Közvetett úton azonban megközelíthetjük a válaszadást. Ismeretes ugyanis, hogy a tej és a vaj nagyon gyakran tartalmaz virulens marhagümöbacillusokat; ezen az úton tehát nagyon sok emberbe belejut naponként a marhagümöbacillus, a mely, ha az emberre nézve fertőző volna, nagyon sok embernek, főleg gyermeknek meg kellene betegednie gümőkórban. A legtöbb orvos tényleg állítja is ezt, noha a valóságban Koch szerint nem így áll a dolog. A táplálékkal bevitt gümöbacillus által okozott gümőkórt ugyanis csak akkor vehetünk fel egész biztonsággal, ha a bél betegszik meg legelőször. Ez pedig rendkívül ritka dolog. A berlini Charité-kórházban 5 év alatt csak 10 elsődleges bélgümőkóreset fordult elő. *Baginsky* a „Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinder-Krankenhaus“-ban 933 gümőkór-eset között egyetlen egy olyan bélgümőkór-esetet sem talált, melyben egyidejűleg a hörgőmirigyek és a tüdő is ne lettek volna megbetegedve. *Biedert* 3104 bonczolt gyermekkori gümőkór-eset között csak 16 elsődleges bélgümőkór-esetet tudott kimutatni. Az elsődleges bélgümőkór tehát nagyon ritka bántalom és még a ritkán előforduló esetekre nézve is eldöntendő volna, vajjon nem emberi gümöbacillussal történt-e a fertőzés, mert a rendkívüli mértékben elterjedt emberi gümöbacillusok is bejuthattak ezekben az esetekben valami úton-módon, például a lenyelt szájnnyállal a tápcsatornába. Eddig nem lehetett biztosan eldönteni, vajjon a talált bélgümőkór emberi vagy állati származású-e; most azonban már képesek vagyunk erre, a mennyiben csak ki kell tenyésztenünk az illető esetből a gümöbacillusokat és azután beoltani őket marhába. Noha az a fontos kérdés, vajjon az ember egyáltalában fogékony-e a marhagümöbacillussal fertőzés iránt, Koch szerint még nincsen teljesen eldöntve: mégis már most mondható, hogy ha léteznék is ilyen fogékonyság, az ember fertőzése marhagümöbacillussal csak nagyon ritka lehet. A gümőkóros tehének illetve marhák tejével és húsával történő fertőzés gyakoriságát alig becsülné nagyobbra, mint a gümőkór öröklés útján való átvitelének gyakoriságát és azért nem tartja indokoltnak, hogy a marhagümőkórnak az emberre átvitele szempontjából bármilyen óvintézkedéseket is foganatosítsunk.

Látjuk tehát, hogy a míg Koch egyrészt elég óvatos annak kijelentésében, hogy az embernek a marhagümőkór iránt való fogékonysága vagy fogékotlansága még nincsen eldöntve: addig másrészt néhány sorral később az óvatosságot már teljesen mellőzi, a mikor minden óvintézkedést feleslegesnek tart. Mert ha csak néhány olyan eset volna, a mely biztosan marhagümöbacillussal fertőzésre vezethető vissza, még akkor sem szabadna azon óvintézkedéseket elmulasztani, a melyekkel ezen néhány esetben a fertőzés esetleg megakadályozható lett volna. Koch régebben sokkal óvatosabb volt következtetéseiben. Így a gümőkór aetiológiájáról szóló nagy dolgozatában következőképen nyilatkozik: „És ha az emberek fertőzése gümőkóros állatok útján nem is látszik valami nagyon gyakorinak, mégsem szabad kevésre becsülni. A marha gyöngykórja, a sajtos elváltozások disznók nyirokmirigyében oly gyakori dolog, hogy teljes méltánylást érdemelnek“. „Ha pedig további vizsgálatok alapján az derülne ki, hogy a gümöbacillusok és a gyöngykórt okozó bacillusok között különbség van, a minek folytán kénytelenek volnánk őket ugyan közeli rokonoknak, de különböző fajoknak tartani: még akkor is teljesen indokolva

volna a gyöngykórt okozó bacillusokat a legnagyobb mértékben gyanusáknak tekinteni. Hygienei szempontból mindaddig ugyanazon intézkedéseket kell velük szemben igénybe venni, mint a melyeket a gümöbacillusokkal fertőzés ellen alkalmazunk, a míg nincsen bebizonyítva, hogy az ember minden káros következmény nélkül érintkezésbe hozhatja sebeit gyöngykórbacillusokkal, avagy belélegezheti, illetve behuzamába viheti őket, a nélkül, hogy gümőkórossá válják“.

Koch azon hasonlata is, mely szerint a gümőkóros marhák útján származható fertőzés gyakoriságát nem becsülné nagyobbra, mint a gümőkór öröklés útján való átvitelének gyakoriságát, méltán kihívja a bírálatot. Mert a gümőkór öröklésének kérdése: vajjon magával a gümöbacillussal születik-e a gyermek, avagy csak a gümőkórra hajlamos szervezet hozza magával a világra, még épenséggel nincsen eldöntve; és noha ez utóbbi felvett általánban talán valószínűbbnek is tartják, az első nézet mellett is még elég tekintélyes bűvárok kardoskodnak. Koch hasonlata tehát legfeljebb annyiban találó, hogy kétes dolgot egy másik kétes dologgal állít párhuzamba.

De menjünk tovább. Koch az állítja, hogy a táplálék útján létrejött gümőkóros fertőzést csak akkor vehetünk fel biztonsággal, ha a bél betegszik meg legelőször. Ez az állítás nem felel meg a valóságnak. *Hueppe* is mondja, hogy a táplálékkal bejutó gümöbacillusok egy része már a tonsillákon megakadhat s innen a vér, esetleg nyirok útján a tüdőbe vagy a pleurára juthat, minek következtében az első gümőkóros elváltozások a tüdőben vagy a pleurán fejlődhetnek, a miből azután tévesen azt lehetne következtetni, hogy a fertőzés belézés útján történt. Magának Kochnak kísérletei közül azokban, melyekben disznók táplálékába tüdőgümőkóros egyének köpetét keverte, bélgümőkór egy esetben sem fejlődött, 3 esetben azonban a nyak táján levő nyirokmirigyekben és ezek közül egyben a tüdőben is gümőképződés volt kimutatható. *Ostertag*¹ a berlini vágóhidon a tápcsatorna útján fertőződött ezer meg ezer disznót bonczolt, a bélnyákhártya gümőkórját azonban egy esetben sem találta, a torok- (Kehlgang), nyak- és mesenterialis mirigyeket azonban mindig. Koch azon disznóinál, melyek táplálékába marhagümöbacillusokat kevert s a melyek kifejezett gümőkórban pusztultak el, bélgümőkórról nincsen szó. Végül felemlíthetjük *Baumgarten*-nek² néhány hónappal ezelőtt közölt kísérleteit, a melyek szerint házinyúl húgyhólyagjába fecskendezett gümöbacillusok a tüdősűcsök gümős megbetegedését idézik elő, a fertőző anyag bejuttatásának helyén, a hólyagban pedig elváltozás nem mutatható ki. Legújabbán *Wolff*³ is közölt tengerimalaczkokon és házinyulakon végzett kísérleteket, melyek arra az eredményre vezettek, hogy gümőkóros anyaggal táplálás után gümőkór fejlődhetik, a nélkül, hogy a bélben elváltozást találjanak. Látjuk tehát, hogy a táplálékkal bejutó gümöbacillusok fertőzhetik a szervezetet, a nélkül, hogy a bélben elváltozások létesüljenek; ennek folytán Koch azon állítása, hogy az elsődleges bélgümőkór szerfelett ritkán előfordulásából következtetést vonhatunk a marhagümöbacillusnak emberre nézve esekélyfokú ártalmosságára, nem állhat meg.

Ha tehát a táplálékkal való fertőzést nem csupán akkor lehet felvenni, ha elsődleges bélgümőkórt találunk, akkor elég nagy számmal találunk olyan eseteket, melyek a táplálékkal való gümőkóros fertőzés mellett szólnak. Már *Bollinger* mondta, hogy a gümőkór főleg a szegényebb néposztályok tehéntejjel táplált gyermekeinél a valóságban sokkal gyakrabban fordul elő, mint a hogy általában felveszik, mert az ilyen módon származott gümőkór többnyire a mell- és hasüreg nehezebben hozzáférhető nyirokmirigyekben lokalizálódik. *Heller*⁴ diphtheriában elhalt 714 gyermek bonczolásakor 140 esetben talált gümőkórt, még pedig 43 esetben (30·7%) kizárólag a bélben vagy a mesenterialis mirigyekben. *G. F. Still*⁵ egy londoni gyermekórház gümőkórananyagának 23·4%-ára nézve volt képes nagy valószínűséggel felvenni, hogy a fertőzés a táp-

¹ Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, V. kötet.

² Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 44. szám.

³ Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 32. szám.

⁴ Tuberculose-Commission der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

⁵ British medical journal, 1899. augusztus 19.

esatorna útján történt, míg *Shenann* Edinburghban 28.1%-ot vesz fel.

Kifogásolható Koch azon állítása is, hogy elsődleges bél-gümőkór fenforgása esetén nem lévén kizárható az emberi gümö-bacillussal fertőzés, ezentúl az illető esetből kitenyésztett gümö-bacillusoknak marhára való subcutan átoltása útján szerezhettünk biztos felvilágosítást arról, vajjon emberi vagy marhagümöbacillussal történt-e a fertőzés; mert ha emberi gümöbacillussal történt, akkor a kitenyésztett bacillusokat marha bőre alá fecskendezve, gümőkór nem fog kifejlődni, míg ellenkező esetben kiterjedt gümőkór lesz az eredmény.¹ Eltekintve attól, hogy már Koch kísérletei között is van olyan, melyben emberi gümöbacillussal fertőzött borjában gümőkóros elváltozások jelentkeztek s hogy más szerzők elég sok esetben láttak emberi gümöbacillussal fertőzés után marhában gümőkórt fejlődni: a marhából az emberbe jutott s itt gümőkórt okozott bacillusok az emberi szervezetben már megváltoztathatták sajátosságait, úgy hogy esetleg már nem lesznek képesek marhában gümőkóros elváltozásokat létrehozni. Lehetséges tehát, hogy ha az ilyen eseteket ezentúl Koch ajánlata értelmében fogják vizsgálni és bírálni: valamennyiben a marhára nézve nem igen virulens bacillusokat találván, emberi gümöbacillussal fertőzést fognak felvenni, a mi pedig az imént említettek alapján biztossággal nem következtethető. De különben is *Arloing*² említi, hogy észlelt olyan eseteket, melyekben marhából származó gümőkóros anyának fiatal marhák bőr alatti kötőszövetébe oltása után nem fejlődött általános gümőkór, hanem csak a fertőzés helyén és az ehhez közel fekvő nyirokmirigyekben mutatkoztak gümőkóros elváltozások.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári „Ferencz József“ m. kir. tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)

Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez.

Fröhlich Jenő intézeti gyakornoktól.

(Vége.)

IV. A vizelet mennyiségének viszonya a test felületéhez.

Miután azon viszony, melyben a vizelet mennyisége a testfelület egységértékéhez áll, mindeddig tanulmányozva nem lett, az egyes kísérleti egyéneknek az összes 24 órás vizeletmennyiségekből nyert 24 órás középvezetmennyiséget vonatkozásba hoztam az illető egyéneknek

a) a *Mech*-féle¹ képlet $\left(12.3 \sqrt{S}\right)^2$ és viszont

b) a *Bouchard*-féle³ képlet $\left(2 \frac{S}{H} + \pi H \sqrt{\frac{S}{\pi H}}\right)^4$ szerint kiszámított testfelületi értékével. Ezek alapján kiszámítottam az 1 órára és a *Mech*, illetve *Bouchard* szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére eső vizeletmennyiségeket.

Ezen számok alapján a következő középértékekhez jutunk.

¹ Ide tartozik *Wolff* érdekes esete (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1902. 32. szám). Egy 63 éves egyénben boncolásakor elsődleges bélgümőkórt találtak. Az esetből származó anyaggal beoltottak egy borjút subcutan a nyakon, minekutána tuberculin próba segítségével meggyőződtek arról, hogy az állat gümőkórmentes. A 83. napon leölvén a borjút, rendkívül nagyfokú, gyöngykórra teljesen jellegző elváltozásokat találtak úgy a fertőzés helyén, mint a belső szervekben. Ez az eset tehát Koch felfogása értelmében is egészen határozottan bizonyítja, hogy az ember fertőzése marhagümöbacillussal lehetséges.

² *Revue de la tuberculose*, VIII. kötet. 3. füzet.

³ *Zeitschr. f. Biol.* XV. (1879) 448. lap.

⁴ $\frac{3}{2} \sqrt{S}$

⁵ *La semaine médicale* XVII. évf. (1897) 141. l.

⁶ S = testsúly, H = testhosszúság. A *Bouchard*-féle képlet szerint kiszámított érték férfiakra vonatkozólag 1.57-el, nőkre vonatkozólag 1.44-el szorzandó.

1. Férfiak.

18 egyénnél végzett 124 meghatározás alapján:

Az 1 órára és a *Mech*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére eső középvezetmennyiségek 15.52 cm³ és 40.20 cm³ között ingadoztak. Az összes egyéni középvezetmennyiségekből nyert középérték 28.71 cm³-nek felelt meg.

Az 1 órára és a *Bouchard*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére eső középvezetmennyiségek 17.38 cm³ és 44.13 cm³ között ingadoztak. Az összes egyéni középvezetmennyiségekből nyert középérték 32.11 cm³-nek felelt meg.

2. Nők.

7 egyénnél végzett 37 meghatározás alapján.

Az 1 órára és a *Mech*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére eső középvezetmennyiségek 13.18 cm³ és 26.75 cm³ között ingadoztak. Az összes egyéni középvezetmennyiségekből nyert középérték 22.25 cm³-nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél 26.57 cm³.)

Az 1 órára és a *Bouchard*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére eső középvezetmennyiségek 15.85 cm³ és 32.05 cm³ között ingadoztak. Az összes egyéni középvezetmennyiségekből nyert középérték 26.29 cm³-nek felelt meg. (Az 51 éves nőnél 32.61 cm³.)

3. Fiúgyermekek.

A 4 egyénnél végzett 27 meghatározás révén nyert értékeket az emelkedő kor szerinti sorrendbe foglalva:

1 órára és a *Mech*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére jutott középértékben 15.62, 20.04, 35.24, illetve 28.42 cm³ vizelet.

Az 1 órára és a *Bouchard*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére jutott középértékben 15.87, 20.64, 38.05, illetve 31.66 cm³ vizelet.

4. Az észlelés körébe vont 1 leánygyermeknél.

6 meghatározás alapján:

Az 1 órára és a *Mech*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére jutott középértékben 24.97 cm³ vizelet.

Az 1 órára és a *Bouchard*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére jutott középértékben 20.25 cm³ vizelet.

* * *

Az általam feldolgozott adatok alapján tehát férfiaknál a testfelület egységértékére jóval nagyobb vizeletmennyiség jutott, mint nőknél.

A *Bouchard*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére 1 óra alatt eső középvezetmennyiség úgy férfiaknál, mint nőknél majdnem teljesen egyezett azon középvezetmennyiséggel, mely a II. fejezetben közölt számok szerint 1 óra alatt a testhosszúság 100 cm-ére jutott.

A *Mech*-féle képlet szerint kiszámított testfelület 1 m²-ére 1 óra alatt eső középvezetmennyiségek az előbbieknél kisebbek voltak annak megfelelően, hogy a *Mech*-féle képlet szerint tisztán a testsúly alapján kiszámított testfelületérték nagyobb, mint a *Bouchard*-féle képlet szerint a testsúly és a testhosszúság alapján kiszámított testfelületérték. Az utóbbi minden valószínűség szerint közelebb jár a valósághoz.

A 4 fiúgyermek közül a 2 éves és 7 hónapos s a 4 éves és 2 hónapos fiúnál a testfelület egységértékére 1 óra alatt eső középvezetmennyiségek kisebbek, az 5 éves és a 9 éves fiúnál ellenben nagyobbak voltak, mint a férfiaknál talált középértékek. A 11 éves leánygyermeknél nyert középérték szintén nagyobb, mint a nőknél talált középértékek, az eltérés azonban itt csekélyebb, mint az előbb említett esetben. Ezen adatok tehát, a mennyiben ugyan a módosított *Mech*-féle és a *Bouchard*-féle képlet gyermekek testfelületének kiszámítására alkalmazható, szintén összhangzásban látszanak állani *C. d. l. Carrière* és *Moufet*¹ már említett azon tapasztalatával, hogy gyermekeknél a vizelet-eltávolítás maximuma az 5 és 10-dik életév közé esik.

A vizelet fajsúlya.

A vizelet mennyiségére vonatkozó adatoknak az eddigiekben vizsgált feldolgozása kapcsán a vizelet sűrűségére vonatkozó adatokat

is feldolgoztam. Az egyes kísérleti egyéneknél észlelt minimum és maximum s az összes értékekből egyénenként kiszámított középértékek alapján összefoglalva, a következő eredményekhez jutunk:

1. Férfiak.

20 férfinál végzett 692 meghatározás alapján a vizelet fajsúlya középértékben 1'020-nak felelt meg, az egyáltalán észlelt minimum 1'002, a maximum pedig 1'034 volt.

Az éjjeltől reggelig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértéke 1'021, minimuma 1'002, maximuma pedig 1'034 volt.

A reggeltől délig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértéke 1'020, minimuma 1'006; maximuma pedig 1'028 volt.

A déltől estig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértéke 1'021, minimuma 1'007, maximuma pedig 1'030 volt.

Az estétől éjjelig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértéke 1'020, minimuma 1'003, maximuma pedig 1'040 volt.

2. Nők.

7 nőnél végzett 184 meghatározás alapján a vizelet fajsúlya középértékben 1'022-nek felelt meg, az egyáltalán észlelt minimum 1'005, a maximum pedig 1'036 volt. (Az 51 éves nőnél 24 meghatározás alapján, középérték = 1'016, minimum = 1'010, maximum = 1'020.)

Az éjjeltől reggelig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértéke 1'023, minimuma 1'005, maximuma pedig 1'033 volt. (Az 51 éves nőnél középérték = 1'016, minimum = 1'015, maximum = 1'018.)

A reggeltől délig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértéke 1'019, minimuma 1'009, maximuma pedig 1'030 volt. (Az 51 éves nőnél középérték = 1'016, minimum = 1'015, maximum = 1'018.)

A déltől estig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértéke 1'023, minimuma 1'011, maximuma pedig 1'030 volt. (Az 51 éves nőnél középérték = 1'019, minimum = 1'018, maximum = 1'020.)

Az estétől éjjelig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértéke 1'023, minimuma 1'006, maximuma pedig 1'036 volt. (Az 51 éves nőnél középérték = 1'014, minimum = 1'013, maximum = 1'017.)

3. Fiúgyermek.

4 fiúgyermeknél végzett 81 meghatározás alapján az egyes egyéneknek megfelelő számokat az emelkedő kornak megfelelő sorrendbe foglalva:

A vizelet fajsúlya középértékben 1'021, 1'021, 1'018, illetve 1'022-nek felelt meg. Az egyáltalán észlelt minimum 1'015, 1'014, 1'010, illetve 1'019, a maximum pedig 1'026, 1'028, 1'025, illetve 1'026 volt.

A reggeltől délig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértékei 1'019, 1'022, 1'015, illetve 1'021, minimumai 1'015, 1'014, 1'010, illetve 1'020, maximumai pedig 1'024, 1'027, 1'024, illetve 1'022 voltak.

A déltől estig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértékei 1'019, 1'021, 1'017, illetve 1'022, minimumai 1'015, 1'015, 1'013, illetve 1'020, maximumai pedig 1'024, 1'028, 1'025, illetve 1'026 voltak.

Az estétől reggelig terjedő napszakban a vizelet fajsúlyának középértékei 1'023, 1'020, 1'020, illetve 1'022, minimumai 1'021, 1'014, 1'018, illetve 1'019, maximumai pedig 1'026, 1'028, 1'023, illetve 1'025 voltak.

4. Az észlelés körébe vont 1 leánygyermeknél.

20 meghatározás alapján a vizelet fajsúlya középértékben 1'022-nek felelt meg. Az egyáltalán észlelt minimum 1'014, a maximum pedig 1'028 volt.

A reggeltől délig terjedő napszakban középérték = 1'020, minimum = 1'014, maximum = 1'024.

A déltől estig terjedő napszakban középérték = 1'022, minimum = 1'019, maximum = 1'025.

Az estétől reggelig terjedő napszakban középérték = 1'023, minimum = 1'017, maximum = 1'028.

Felnőttek vizeletének fajsúlya *Vierordt*¹ szerint átlagosan 1'017—1'020 között fekszik, *Bouchar*² szerint 1'019, *C. d. l. Carrière* és *Moufet*³ szerint ugyanannyi. Férfiaknál a vizelet fajsúlya *Neubauer* és *Vogel*⁴ szerint körülbelül 1'020, *Pratt*⁵ szerint ugyanannyi, *Yvon* és *Berlioz*⁶ szerint 1'022. Nőknél a vizelet fajsúlya *Pratt* szerint 1'018, *Yvon* és *Berlioz* szerint pedig 1'0215.

Az általam feldolgozott adatok alapján a férfiak vizeletének fajsúlyára vonatkozólag nyert középérték teljesen talál *Neubauer* és *Vogel*, valamint *Pratt* számával. A nőknél nyert középérték ellenben a *Pratt*-féle számmal nagyobb s az *Yvon* és *Berlioz*-féle számmal majdnem teljesen egyezik.

A vizelet fajsúlyának az egyes napszakok szerint ingadozásáról férfiaknál a középértékek alapján alig lehet szó. Nőknél az éjjeltől reggelig terjedő napszak értékének a reggeltől délig terjedő napszak megfelelő értékével szemben aránylag jelentékeny eltérése annak bizonyítására lenne felhasználható, hogy az éjjeli órákban sűrűbb vizelet kerül kiválasztásra. A másik két napszakra eső értékek azonban szintén magasak lévén, az éféle következtetés alapját vesztí.

A gyermekekre vonatkozólag nyert értékeket *Camerer*-nek⁶ hasonló korú és nemű gyermekekre vonatkozó értékeivel szembeállítva kitetszik, hogy a fiúknál nyert értékek *Camerer* adataival nagyon megközelítőleg egyeznek. Ellenben a 11 éves leánygyermeknél a vizelet fajsúlyának középértéke jóval nagyobb volt, mint a *Camerer* megfigyelte hasonló korú leányoknál. Az általam feldolgozott adatok alapján nyert középértékek általában jóval nagyobbak voltak, mint *Anna Schabanowa*-nak⁶ 2—13 éves gyermekek vizeletének fajsúlyára vonatkozó számai.

Úgy a négy fiúgyermeknél, mint az 1 leánygyermeknél az estétől reggelig terjedő napszak vizeletének fajsúlya a másik két napszak megfelelő értékénél magasabb lévén, ezen viszony az éjjeli órákban elválasztott vizelet nagyobb sűrűsége mellett bizonyítékkal felhasználható.

Végül még arra kívánok utalni, hogy úgy a 4 fiúgyermeknél, mint a leánygyermeknél a vizelet fajsúlyának maximum-értékei 2'025-nél magasabbak lévén, az általam feldolgozott adatok is igazat adnak *Kissel*-nek,⁷ ki szerint teljesen láztalan gyermeknél is lehet 1'025-nél magasabb fajsúlyú vizeletre akadni.

A dymalnak alkalmazhatóságáról a sebészetben.

Munk Jakab dr. kórházi orvostól Dunaszerdahelyen.

A sebészet alphája és omegája, mint tudjuk, volt és marad is az asepsis és az antisepsis. Ha csak lehetséges volna, hogy minden, még a legkisebb sebészeti eset, a tudomány mai álláspontjának megfelelő műtőteremben kerülne kezelés alá, bizonyára a különféle használatban álló sebészeti kötszerek feleslegesek volnának, mint a hogy a nagyobb klinikai intézetekben alkalmazásuk köre nagyon csekély. Steril eljárás baktericid sebvízzel párosulva alkotják a sebészeti esetek klinikai kezelésének főtényezőit és mellékes akkor, hogy az antiseptikus szer sublimat, vagy a *Dumont* által felfalált tachiolo. A mi azonban a nagy klinikák embereinek nélkülözhetőknek tetszik, az a gyakorló orvosnak, ki gyakran van azon kényszerű helyzetben, hogy a legpiszkosabb helyiségekben operatiót végezzen és kötéseket alkalmazzon, kétségkívül jelentékeny előnyöket nyújt. Természetes, hogy ily alkalmakkor az oly szereket kell alkalmaznunk, melyek könnyű kezelhetőségük mellett az antisepsis követelményeinek is megfelelnek.

Ha tehát egy oly tekintély, mint Kopp tanár Münchenben,⁸

¹ Anat., physiol. u. physik. Daten u. Tabellen. II. kiadás. Jena 1893. 216. lap.

² L. *Urbain Monnier* és A. *Roux*: Recherches sur quelques caractères de l'urine chez le vieillard valide. Comptes rendus de la société de biologie. XLVIII. (1896) 369. lap.

³ i. h.

⁴ i. h. 217. lap.

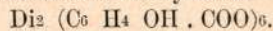
⁵ i. h.

⁶ Jahrbuch für Kinderheilkunde, XIV. k. (1879) 281. lap.

⁷ Wratsch 1893. 36. szám. Ref: Jahresb. über Fortschritte der Thierchemie, XXIII. k. 234. lap.

⁸ Therapeutische Monatshefte. 1901. február.

saját tapasztalatai alapján azon nézetének ad kifejezést, hogy egy oly sebhintőport, mely mérgező tulajdonságokkal nem bír, nem izgató, a váladékkiválasztást csökkenti, így a sebet szárítja és teljesen antiseptikus is, úgy minden gyakorló orvos szükségét fogja érezni azzal kísérletezni, hogy saját tapasztalataiból használhatóságáról bizonyosságot szerezzen. A kérdéses szer az Auer-harisnyák gyártásának mellékterméke és salicylsavas didymből; áll képlete



A szer finom, az amylumhoz hasonló fehér por, nem csomósodik és ecsettel könnyen felszórható, a gyógyászatba dymal név alatt lett bevezetve. Ha egy késhegynyi dymalt nyelvünkre veszünk, semmiféle ízt, sem izgatást nem veszünk észre. Ha a torokba fújuk, nem okoz semmiféle kellemetlen tünetet, csak az orrnyák hártya érzékenyebb, de csak nagyobb mennyiségek irányában. Oly érzést kelt, mint mikor a vízben alámerülve sok víz tódult az orrüregbe. De ez az érzés is legfeljebb félóráig tart s ezen idő alatt tüszentési ingeret érzünk.

Kopp tanár a dymalt kisebb vágott, zúzott vagy szakított sérüléseknél használta, alkalmazta továbbá combustioknál, congelatioknál, senilis és traumatikus börgangraena eseteknél. Azonfelül a következő bőrbajoknál: acut chronikus nedvező és száraz ezemánál, psoriasis, impetigo, contagiosa, erisypelas, hyperidrosis, intertrigo, ichthyosis és börgangraena különböző nemeinél.

Roth A. dr. szintén kiterjedt kísérleteket végzett a dymallal és különféle bőrbajoknál jó eredményt ért el.²

Nekem nem volt alkalmam kiterjedt kísérletekre, mert még csak néhány hónapja, hogy a dymalt alkalmazom, de eddigi kísérleteim oly kedvező eredményt mutatnak fel, hogy indítatva érzem magam eddigi tapasztalataimat nyilvánosságra hozni, hogy további kísérletezésekre ösztönzést nyújtsak. Eddigi tapasztalataim főleg ambulansan kezelt sebekre vonatkoznak és ezeknél azt a tapasztalatot tettem, hogy a dymal, a Kopp által kiemelt előnyeinek kivül, azon nem kicsinyelhető tulajdonsággal bír, hogy bármily sűrűn is hintsük a sebre, másnap a kötészváltoztatásnál nyomát sem találjuk, a mennyiben a dymal nem ragad, mint más sebhintőporok, a sebre és a seb külsejét nem engedi tisztán felismerni, hanem felszívódik úgy, hogy a seb egész valóságában megítélhető. Azonfelül ennek következtében a kötés előzetes megmagnedvesítés nélkül is könnyen leszedhető. A kényelem szempontjából én a dymalt csak mint hintőport használtam és úgy találtam, hogy azzal így is nagyon jól lehet boldogulni.

Kisebbs sérülésektől eltekintve, melyek 3-4 nap alatt genyedés nélkül gyógyultak, nagyobb sérüléseknél is alkalmaztam és ezek közül néhányat közlök, melyek különösen alkalmasak arra, hogy megmutassák, hogy milyen előnyei vannak a dymalnak.

1. Traumatikus börgangraena. P. J., 65 éves, földműves november 6-dikán leesett lejtőről leguruló szekérről, mi által lovai megvadultak. Bal alsó karja a lánczeczal fékezett kerék alá került és így vonszolták a lovak egy nagy darabon és ez által testének több helyén zúzódásokat és excoariotokat és ezen kívül bal alsó karjának bal oldalán a capitulum radii-tól az ulnaris szélég terjedő szakított sebet és az egész alkar zúzódását szenvedte. A sérültet a p.-i irgalmasokhoz vitték, kik a tátongó bőrsébet öt varrattal egyesítették és azután bekötötték. A mint némiképp magához tért, még aznap 46 km.-nyire fekvő otthonába haza utazott. November 11-dikén, 5 nappal a sérülés után, került kezelésembe, a mikor már előzőleg egy collega a kötést változtatta. A jelen állapot: a fej hajás részein, az arcon több varrattal fedett excoariatio, mindkét vállán, mellén tenyérnyi kék foltok. A már említett zúzott sebtől kiindulva egy négy ujjnyi széles kékes-zöldes gyűrű, a mely felett az epidermis részint fel van hólyagozva, részint czafatokban lóg. A varratok által egyesített sebszélek szétválnak és sárgaszínű a külsejük. A beteg lázas, étvágytalan és gyenge. Therapia: a varratok eltávolítása és irrigatio creolinoldattal, a seb gondos megtisztítása és leszárítása után beszórtam a sebet és a gangraenás börgyűrűt dymallal és többszörös sublimatgaze és Bruns-gyapotréteget alkalmaztam és az egészet egy mulkötéssel bekötöttem.

Ezt az eljárást naponta megismételtem. November 29-dikén az utolsó gangraenás bőrczafatok is eltávolítottak. A bőséges genyedés csökkent. A köröskörül a bőrtől megfosztott sebfelület, a melyben a közös nyújtó-in szabadon feküdt, sűrűn dymallal lett behintve és azután bekötve, a kötést minden alkalommal könnyen el lehetett távolítani, a dymal nyomai pedig csak a sértetlen köztakarón voltak észrevehetőek. A genyékiválasztás annyira csökkent, hogy a kötést csak minden másodnap kellett változtatni. December 13-dikán a beteget gyógyultan elbocsátottam.

2. 1901. évi október hó 30-dikán egy kétéves gyermek jobb kezefejét fűrészszerrel megsértették, mi által a kéz hátán harántul futó, a bőr egész vastagságán áthatoló bőrsébet keletkezett, ugyanakkor a hüvelyk ujjon szakított sebet szenvedett. Kezelés dymalporral, varrattal egyesítés nélkül. Teljes gyógyulás november hó 12-dikén.

3. H. P., 46 éves, téglavető, zsebkéssel bal hüvelykujját megvágta, mi által mély lebenyes sebet kapott. Therapia: Dymalpor november 8-dikán, gyógyulás, alig észrevehető genyedés között.

4. S. V., 20 éves, földművelő, január 8-dikán élő fát döntött és egy félíg lehasított ág letörésnél jobb mutatóujját beszorította. Január 11-dikén került kezelésembe következő lelettel. A mutatóujj volaris felülete az első phalanx felső szélétől a harmadig phalanxig terjedő, helyenként vérző, gangraenás zúzott sebet tüntetett fel, a dorsalis felületen egy ép oly hosszú, de nem gangraenás sebet. Therapia: gondos desinfectio, dymalpor-kötés. Tökéletes gyógyulás január 30-dikán.

5. S. L., 16 éves, borbélyinas, november 13-dikán a vola manus dext.-n borotvával egy jelentékeny bőrlebenysebet ejtett; mivel a vérzés jelentékeny volt, azonnal jelentkezett a kezelésre. Therapia: A vérzésnek ferropyrinnal történt csillapítása után a sebet dymallal hintettem be és kötést alkalmaztam. Február 17-dikén tökéletes gyógyulás, genyedés nélkül.

6. P. A., 19 éves, cipészsegéd, november 23-dikán a forró kályhához ért és jobb alsó karján egy tallérnagyságú égett sebet szerzett. November 28-dikán került kezelésembe. Az epidermistől teljesen megfosztott helyeket dymallal sűrűn behintettem és bekötöttem. A kötés levételekor tapasztaltam, hogy a dymal nem resorbeálódott, hanem egy vékony hártává száradt össze, a melynek levétele után elég sok geny ürrült ki. Hogy ily genyékiválasztást megakadályozzak, a dymalt kivételesen kenőcs alakjában sublimatgaze-re kenve alkalmaztam. Ezen kezelés mellett a gyógyulás december 6-dikán következett be.

7. Pustula maligna. S. K., 43 éves, földműves neje, elhullott bányánnyal foglalatokodott és e közben a bal kéz kisujján egy pustula malignát aquirált. A beteg november 2-dikán jött kezelésembe. Therapia: többszörös harántvágások, desinfectio higítatlan creolinnal, dymalkötés; gyógyulás november 16-dikán.

A sebkezelésen kívül a dymalt hasznosnak találtam intertrigonál, acut ezemánál hintőporként.

Azonfelül megkísérlettem a port acut orr- és gégecatarrhusoknál a porfúvó segélyével insufflálni és ezáltal feltűnő gyors gyógyulást eredményeztem. Az orrüregbe való insufflationál elővigyázat szükséges, mert nagyobb mennyiségben a reflexhatás nagyon erős. Más bőrbetegségeknél, a melyeknél fentebb említett szerzők a dymalt sikerrel alkalmazták, eddig nem volt alkalmam használni. De azok után, a mit a dymal szárító, antiseptikus és váladékesökkentő tulajdonságairól tapasztaltam, következtetni lehet, hogy a dymal a különböző bőrbajoknál is sikerrel alkalmazható. A dermatologia ugyan nem nélkülöz hatékony szereket, azonban a dymal olcsósága és könnyű kezelhetősége sok esetben indikálni fogják alkalmazását. Az olcsóság nevezetesen a szegény-praxisban és a betegsegélyzőpénztári praxisban előny.

A dymal tulajdonságait röviden összegezve abban állanak, hogy a dymal méregtelen, granuláló sebekre szórva ezeket nem izgatja, szárító hatású és a váladék kiválasztását csökkenti. Kisebbs sérülések, mint a milyenek iparosoknál gyakran előfordulnak, gyorsan behegednek. A dymal könnyen alkalmazható sebhintőpor és főleg olcsó.

² Pester med. chir. Presse. 1901. 44. sz.

TÁRCZA.

† Virchow Rudolf.

1821. X/13.—1902. IX/6.

Virchow meghalt és halálát mélyen gyászolja a tudomány és a gyakorlat embere egyaránt! Ime, még nincs egy éve, hogy jubileumát megültük. Az a sok tanítvány és tisztelő, a kik közelről és távolról összesereglettek a nagy mester üdvözlésére, szorongan szívtel érkezték hozzá, mert magas kora mindnyájunkban a memento mori húrját is megpendítette. De a világra szóló ünnepély nem csak szép és lélekemelő volt, a mennyiben számtalan alakban kifejezésre juttatta azon általános tiszteletet és hálaérzetet, melylyel a tudományos világ és az emberiség a jubiláns iránt viseltetett, hanem valóságos örömmenné is vált, mert alkalmunk volt meggyőződni, hogy a szellemóriás ezer veszélyben, kórság és halál ragály között vívott küzdelmében győző maradt. Megtartotta ifjú frissességét, munkaerőjét s munkakedvét. Hallgatva másfél óráig tartó élénk szellemes előadását, látva mily jó kedvvel fogadja és viseli el a százakra menő üdvözléseket, hallva talpra esett felszólalásait, mindenki azon megnyugtató érzéssel távozhatott, hogy e csodás ember még továbbra is, még sokáig örömmel fogja folytatni áldásos működését.

Fájdalom, másképp történt. A néhány hó előtt elszenvedett czombcsonttörés hosszú időn át ágyhoz szegte s mikor ezen bajból kigyógyult, mint halljuk, hurutos tüdőgyulladás lepte meg és hosszas gyengélkedés után szeptember 6-dikán meghalt, mert hát örök törvény szerint minden ember, legyen bármily erős, bármily nemes, bármily kiváló, porrá, hamuvá válik.

De Virchow nem halt meg egészen, hanem tovább is élni fog nagy alkotásaiban.

Hogy mekkora munkát végzett és milyen eredménnyel, arról részletesen beszámolni e perczben lehetetlen, mert ily nagy jelentőségű férfiú tevékenységének méltatására könyvet lehet írni, hisz vívmányainak sommás felsorolása a bibliographikus lexiconban négy nyomtatott lapot foglal el (Scheuthauer). De mindannyian tudjuk úgy is, hogy Virchow a kórboncztan és a sejt-kórtaan művelése által már a múlt század negyvenes éveitől fogva oly lángot gyújtott meg, mely fényt árasztott nemcsak a saját szaktudományára, hanem közvetve és közvetlenül az orvosi tudomány minden szakmájára, nemcsak szűkebb hazájában, nemcsak a nagy Németországban, hanem az ó- és újvilág minden zugában, a hova beférkőzhetett a civilisatio és a nyomtatott betű. Szellemének lángja bevilágított a pathologia számos sötét rejtekébe, megadta a lehetőséget az eligazodásra, utat mutatott a későbbi kutatóknak. Tudjuk mindannyian, hogy munkálkodása által nagy mértékben közreműködött a közegészség sokféle nyomorának enyhítésére. Tudjuk mindannyian, hogy az anthropologia és ethnologia terén igen sok kérdésben fellebbentette a fátyolt, mely az ember őskorát befedte; végre tudjuk mindannyian azt is, hogy mindezek mellett mint országgyűlési képviselő s a haladó párt vezére nyílt és bátor szószólója volt az emberi jogoknak és a polgári szabadságnak is, és hogy mindezekben szellemének fénye világított, de nem vakított, melegített, de nem égetett, hanem jötevő hatásával áldást hozott széles e világon mindenfelé.

Átpillantva e munkás élet folyamát, fáradozásainak gazdag gyümölcseit, bámulat és tisztelet kell hogy eltöltse keblünket, mert az, a mit létrehozott, nem oly vagyon, melyet — a biblia szavával élve — a rozsdá megmar, a moly elpusztít, hanem oly kincs, a mely örökre ragyogni fog, míg a fürkésző ész kutatni fog, míg az orvosi tudomány az emberiség javára lesz, míg az ember szelleme az igazra és a szabadságra vágyik.

A világ hódolattal és szeretetteljes tisztelettel fogadja az áldást, melyet Virchow az emberiségnek hagyott s a melyet már életében is bőkezűleg kiosztott mindenkinék, a ki hozzá fordult. Élő szóval s írásban tanított s a fény, melyet maga körül árasztott, nem emésztette meg önmagát s nem fog elhalványodni soha, mert dicsőséggel ragyogva gyűjtött új meg új szövétneket, melyek halála után is tovább és tovább világítanak!

Hálás szívvel fogják megőrizni Virchow emlékét a magyar egyetemek és az összes magyar orvosi kar, annyival is inkább, minthogy a boldogult nagy munkája közepette szíves előzékenységgel, szeretettel fogadta a magyar orvosokat is, minket is részesített szelleme gazdag kincseiben, nekünk is kedves tanárunk, eszményképünk volt.

Genersich Antal.

A British medical association 70. évi nagygyűlése Manchesterben.

(Julius 29-dikétől augusztus 1-jéig.)

Az ideai manchesteri nagygyűlés szokatlanul nagy látogatottság mellett komoly tudományos munkával és a fényes vendéglátás meglepő arányaival folyt le. A koronázás alkalmá az angol gyarmatok igen nagy számú orvosait is összegyűjtötte a congressusra; érdekes és szokatlan volt látni colonialis angol és benszüllött kartársainkat oly nagy számban az egyes szakosztályok munkálataiban résztvenni. Kivülök nagy számmal jelentek meg Északamerikából és Európából a meghívott vendégek. A meghívásnak eleget tettek Németországból: *Baginsky, Grünwald, Killian, Liebreich, Neisser, Noorden, Stoeltzner*, Franciaországból: *Comby, Eichholz, Freier, Gianetti, Lermoyez, Rothschild*, Belgiumból: *Ensch, Gilbert, Querton*, Olaszországból: *Galli Valerio, Cura*

talo, Ausztriából: Freund, Grünbaum, Magyarországból: *Ónodi*, Svájc-ból: *Rohrer*, Svédországból: *Widmark* és Hollandiából: *Kann*.

Manchester, Anglia egyik leggazdagabb gyárvárosa, 700,000 lakosával az érkezőre a legdeprimálabb benyomást teszi sűrű, sötét füst-felhővel és az apró házak töménytelen sok füstölő kéményével. Ezt a felette rossz benyomást részben eloszlatták a központtól messze eső szép parkokban elhelyezett lakások, a hol az idegenek voltak elszállásolva, és Manchester meglepő fényes és meleg vendégszeretete. Már a megnyitó esti ülés, mely az Owens College óriási dísztermében folyt le, a melyet Manchester előkelő társadalmának színe java betöltött, szinte zavarba hozta a vendégeket.

Miután a lordmayor díszruhájában a congressust üdvözölte, az elnök beköszöntő beszédére került a sor. Az elnök, mielőtt felolvasta volna beszédét, a főtikkárral a tribun szélére ment és felkérték az idegen vendégeket, hogy fáradjanak a tribunre, hogy az elnök egy kézszorítással üdvözölhesse és hogy díszhölgyeiket elfoglalják. És ezután történt a szokatlan, szinte zavaró ovatio a közönség részéről, minden felszólított vendéget, míg helyéről felemelkedett és a tribunre ért, olyan falrengető taps, dobolás, cheer kiáltás kísért, hogy belépirult és önkénytelenül is hajlongott a lelkesen tapsoló hölgyek előtt. Titz elnöki megnyitója a manchesteri főiskolának és egyes intézeteinek történeti fejlődését adta elő és egyszersmind egy tüdővészések sanatoriumára tett magán-alapítvány kiegészítésére hívta fel a manchesteri társadalmat. Ezzel a megnyitó ülés véget ért és kedves estély következett. A gyűlést megelőzőleg pedig a szakosztályok elnökei estebéden látták vendégül az idegen és előkelő angol collegákat. Másnap délelőtt a munkálatok 17 szakosztályban megkezdődtek és itt feltűnt, hogy a szaktársak milyen komolyan veszik ezen délelőtti gyűléseket, feszült figyelemmel végighallgatják az előadásokat és komolyan résztvesznek a discussioban. A gyűlés kezdetétől végéig ott vannak. Ha valami szokatlanul érintett, úgy ez a felszólalóknak specialis angol viselkedésük volt, a mi nekünk teljesen szokatlan, hogy például a felszólaló hol a jobb, hol a bal lábát a padra teszi, azután a legkülönbözőbb és egyszersmind furcsa testállásokban és gestusokkal mondja el a megjegyzéseit. De az elnöki szóra, ha a kitűzött időn túl beszél, azonnal befejezi mondani valóját.

S míg délelőtt a komoly és tanulságos munkálatok mintaszerűen folynak le, addig déltől a késői éjjeli órákig folyik a pazar és meleg vendéglátás annyira, hogy ugyancsak erős physicumra van szükség, hogy baj nélkül résztvehessen az ember. Mindennap négy meghívó várta a vendégeket, lunche, garden party, dinner és estély. És meglepődve kell constatalni, hogy a zárkozott és hidegvérű angolok valóban előkelő és minden várakozást messze túlhaladó igaz melegséggel fogadták vendégeiket és igazán élvezetessé és feledhetlenné tették a legzűvösebb és igazán úri vendéglátás óráit. Hogy ez a gazdag város mennyire kedveskedett vendégeinek, elég felemlíteni, hogy 3 nap alatt csak 7 előkelő garden party állt a vendégek rendelkezésére, ezek között kivált az egyetem tanácsa és a végrehajtott bizottság, valamint a Mrs Rylands által adott garden party, mely utóbbinál egy híres Schakespear-i színi társulat a szabadban tartott kórház jelmezekben előadást.

Fényesen folyt az orvosoknak adott nagy ebéd hosszú sátrakban, a hol a szokásos hivatalos felköszöntők hangzottak el és a befejező nagy bál, melynek leirhatatlan fényességét már a megnyitó ülésen megjelent hölgyek előre sejtették. Ezen valóban kimerítő, fényes és meleg vendéglátáson kívül egész sereg kirándulás és meghívás állt a vendégek rendelkezésére. Így Liverpool a tropikus bántalmak kórházának megtekintésére hívta meg az orvosokat, egy közeli kies tengeri fürdő egy fényes fogadtatást rendezett és egy különvonatot bocsátott rendelkezésre és így tovább. Mindezek csak halvány képét akarják adni a manchesteri fényes napoknak és egyszersmind annak, hogy az a 3—4 nap, a tartalmas és komoly üléseken való kitartó részvétel, a folytonos és fényes vendéglátás mennyire kimerítették a résztvevőket.

A magunk részéről a gégegyógyászati szakosztály szép munkáságáról közelebb bővebben fogunk referálni.

Ónodi.

IRODALOMSZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közli: Dalmady Zoltán.

(Folytatás.)

Metchnikoff: Études sur la spermotoxine. A. I. P. 1900. 577. l. — U. a. Ueber haemolytisches Serum durch Blutfütterung. Cbl. f. Baet. 1901. 29. k. 12. sz. — Ugyanaz: Les poisons cellulaires (cytotoxines). Revue générale des Sciences. 1901. 1. sz. 7. l. — Ugyanaz: Études sur la resorption des cellules. A. I. P. 1899. 737. l. — Ugyanaz: Recherches sur l'influence de l'organisme sur les toxins. Sur la spermotoxine et l'antispermotoxine. A. I. P. 1900. 1. sz. 1. l. — Ugyanaz: Sur les cytotoxines. A. I. P. 1900. 369. l. — Ugyanaz: Sur l'hématolysine humaine. Bullet. de l'acad. de méd. 1900. 22. sz. 598. l. — Metchnikoff-Besredka: Recherches sur l'action de l'hémotoxin sur l'homme. A. I. P. 1900. 402. l. — Michaelis: Über eine neue Form von Haemoglobinurie. Deutsche med. W. 1901. 4. sz. 51. l. — Mirto: Sul valore del metodo biologico per la diagnosi specifica del sangue nelle varie contingenze della pratica medico legale. La Rif. med. 1901. 222—223. sz. — Lo Monaco et Panichi: Ueber die Erscheinung der Agglutination im Blute Malariakranker. Atti della R. Accad. dei Lincei. Rendiconti. Fasc. 12. — Moreschi:

Zur biologisch. Reaction der Eiweisskörper. XI. Ital. Congr. di Med. Int. 1901. okt. 28. — Morgenroth: Zur Kenntniss der Labenzyme und ihre Antikörper. I. Cbl. f. Bact. 26. k. 1899. 11—12. sz. II. Ugyanott 27. k. 20—21. sz.

Myers szerint az agglutinatio két phasiból áll:

1. a vérsajt némely proteidja chemiai hatás folytán kevésbé oldható lesz;

2. a nem oldódó, folyadékban lebegő, attól meg nem nedvesített szemcsék mindig minimalis felületet igyekeznek mutatni s e felületi feszültség folytán létrejö az összecsapzás. (Azt hiszem ellentmondásban áll Baumgarten és Nolf nézetével, mert az agglutinatio követő haemolysis diosmotikus tüneténei csak akkor fejlődhetnek ki, ha a környező folyadék be tudja nedvesíteni a sejt falát, mert csak így képzhető a közvetlen érintkezés.)

Joos, ki a sók szerepének igen nagy fontosságot tulajdonít az agglutinatio mechanizmusában, azt tartja, hogy az agglutinatio első sorban a bakterium vagy sejtanyagának sói lépnek — kettős só képződésének módjára — egyesülésbe a specifikus agglutininekkal s most az így megváltozott testek physikai viszonyok folytán bolyhokká egyesülnek s az edény fenekére szállnak.

Valószínű, hogy itt is úgy chemiai, mint physikai tényezők egyaránt közrejátszanak. A chemiai hatást némileg az agglutininn mennyisége és az agglutinált anyag közt levő állandó quantitativ viszony is bizonyítja.

Nolf szerint a teljes haemotoxikus serumoknál kétféle agglutininnel is volna dolgunk, az egyik tiszta serumbefecskendezés után is létrejö, ez igen gyenge, nem specifikus, a második képződését a stroma befecskendezett anyagának köszönheti, sokkal erősebb, mint az előbbi és noha nem absolute, de mégis specifikus.

A serumbefecskendezés útján nyert specifikus savóból külön választhatjuk a praecipitint és agglutinint, azon egyszerű úton, hogy a megfelelő állapot serumával hozva össze, a praecipitinnek hatása kifejtésére módot nyújtunk s ezt ezáltal eltávolítjuk, az agglutinint pedig az oldatban marad.

Agglutinineket állíthatunk elő rokon állapotok vérével is: isoagglutinineket saját vérről soha. Tehát autoagglutininek nincsenek.

A haemolysis tárgyalásánál említett normális hetero- és isohaemolytikus képesség sohasem jár magában, mindig agglutinatio kíséri. Itt normális hetero- és isoagglutininek szerepelnek.

A normális vér agglutináló hatása sokkal kifejezettebb, mint a vérsajttól, úgy hogy igen gyakran csak magában jut kifejezésre. Viszonyai — mutatis mutandis — ugyanazok, mint a melyeket a haemolysiseknél láttunk.

Egyfajta vér sok másfajta vérsajttal tud agglutinálni, még pedig nem egy specifikus, hanem sok fajta, talán tágabb értelemben specifikus hatású agglutinin útján. Azaz a normális vérben igen sokféle agglutinin van, melyek mindegyike, ha nem is egy fajra, de legalább egy nemre specifikusan fejti ki hatását. Ezek egyenként, külön-külön lekötődnek a megfelelő vérsajtek által, s ezáltal egymástól elválaszthatók. (Bordet, Malkoff stb.)

Az immunagglutininek előállítása ismeretes módon történik, a legtisztábban stroma-injectiók útján kapjuk őket. A Metchnikoff-féle vértetés is agglutinint termelésre bírja a szervezetet.

Valószínű, hogy ezek is ép úgy, mint a bakterio-agglutininek — mint azt Pfeiffer és Marx után számos szerző vizsgálatából tudjuk —, a lépben, nyirokmirigyekben és csontvelőben keletkeznek.

Agglutináló képességű serum ellen immunizálva — legyen az természetes vagy specifikus agglutinin —, antiagglutinintartalmú savót nyerhetünk, melynek hatása, mint neve is mutatja, az agglutinatio megállításában fog nyilvánulni. A már fentebb említett antilytikus serumok csaknem kivétel nélkül egyúttal antiagglutináló is. Normális vérben is rendszeren együtt jár az antiagglutinintartalom az antilytikus képességgel.

Az agglutinatio, mint láttuk, némelyek úgy fogják fel, hogy csapadék létrejötte az összecsapzás megindító motívuma. (Ide, Kraus, Paltauf stb.) A immunserumok ilyen csapadékképző képessége még inkább szembetűnő, ha tiszta serumot fecskendeztünk a kísérleti állatba. Az így nyert serum — ha elég erős — a kezelésre használt vérfajnak, vagy magának a savónak még igen nagy hígítású oldatában is (1:50,000) igen rövid idő alatt zavarodást, majd bolyhos-pelyhes, fenékre szálló csapadékkiválást okoz. Ez a reactio szigorúan specifikus, úgy hogy már praktice is használják a vérfajta felismerésére a törvényszéki orvos munkájában, a miről később bővebben lesz szó.

A cytotoxikus serumnak ezt a csapadék adó képességét Tebistovitsch fedezte fel, az angolnaserummal végzett kísérletei közben. Ugyanaz a jelenség áll itt előttünk, melyet Bordet „lactoseruma” tud előidézni, ha olyan tejjel öntjük össze, a milyen tejet az állatbefecskendezésre használtunk. Kicsapja a caseint, még pedig csakis a neki megfelelő, tehát a hatás specifikus (Schütze, Fisch.) Uhlenhuth tyúktojás-fehérjével, Myers serumglobulinokkal, Witte-féle peptonnal, kristályos tojásfehérjével, Kowarski növényi fehérjével immunizálva állatokat, oly serumokat kaptak, melyek a megfelelő anyagok oldatában csaknem absolut specificitást árulva el, csapadékot adtak.

Az előbbi sorozatban látjuk, csupa fehérjével van dolgunk, s Vansteenberghe vizsgálataiból csakugyan tudjuk, hogy a szervezet csakis a globulinok és caseinok injectiójára felel praecipitinképződéssel.

Hogy a cytotoxikus praecipitáló serumokban a serumglobuliné a főszerep az már Myers kísérleteiből kitűnt, a ki serumglobulin-oldatok ellen immunizálva, a megfelelő serumra specifikusan ható vérsavót nyert, melynek néha csekély vérsajt agglutináló képessége is volt. (Juh-serumglobulin.) Nolf directe azt kutatta, hogy a serum melyik anyaga az, a

mely nélkül nincs praecipitin képződés, s mely magában befecskendezve is képes ezt előidézni. Az ő eredményei is a serumglobulin mellett szólnak. A serumalbuminnak eddigi ismereteink szerint nincs szerepe.

Nemcsak itt van szerepe a serumglobulinnak, úgy látszik az immunserum specifikus hatása is a serumglobulinhoz van kötve, úgy hogy ezt belőle tisztán kivonva oly anyagot nyerünk, melynek oldatával bármikor előidézhetjük a jellegző reactiót. (Corin, Stockis.)

Magát a kicsapódott anyagot vizsgálva, kiderült, hogy az nem más, mint maga a serumglobulin.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

P. Raymund Netzhammer: Theophrastus Paracelsus. Das Wissenswerteste über dessen Leben, Lehre und Schriften. Nach seinen Schriften und den neusten Paracelsus-Forschungen. Verlagsanstalt Benzinger & Co. A. G. Einsiedeln-Waldshut-Köln a. Rh. 1901.

E könyv áttekinthető rendszerességgel magába foglalja az utóbbi évek során összegyűjtött adatokat Paracelsusról; tekintélyes részük *Sudhoff* alapvető munkáiból került ki, de a szerző által felkutatott adatokat is tartalmaz, a melyeket tudniillik az Einsiedeln-i forrásokból merített. Munkájával irodalmi emléket óhajtott állítani Einsiedeln világhírű polgárának, Paracelsusnak. Kiváltképp, ha latba vetjük azt, hogy Paracelsus egyénisége és működése még napjainkban is a legkülönfélébb félremagyarázásoknak van kitéve, úgy igen hálásak lehetünk egy oly könyv szerzője iránt, ki az orvosi tudomány reformátorát történetileg és felfogásban egyaránt igaz hí alakjában mutatja be olvasóinak. Munkáját ezért nemcsak az orvosi történelem szakaszerű művelőinek, de rövid s mégis teljesen tájékoztató terjedelménél fogva mindazoknak melegen ajánlhatjuk, a kik tudományunk egyik legnagyobb alakjáról tiszta képet óhajtanak alkotni maguknak.

A könyvet 15 pompás kiviteli kép, köztük több és ritka facsimile díszíti.

Kiállítás a kiadó cég izlését dicséri.

Györy.

G. Fütterer: Über die Ätiologie des Carcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Carcinome des Scrotums, der Gallenblase und des Magens. Wiesbaden 1902. J. F. Bergmann.

Szerző a rák mechanikus izgalma alapján való fejlődésének határozott híve. Saját rákelméletét először kéményseprők és paraffinmunkások bőrrákjára vonatkozó bő statistikával igazolja. Mindkét esetben a bőr merev lesz, szemölcsök fejlődnek, miáltal azután oly terméztető mechanikus izgalma („Reibungsqualitäten”) bekövetkezése tétetik lehetővé, melyek rák fejlődésére adnak okot. Ugyanígy találja a túlnyomóan nőknél előforduló epehólyagráknál (256 nem szerint megjelölt esetből 204 találtatott nőnél és csak 52 férfinnál) a majdnem kivétel nélkül (209 esetben vannak feljegyezve) jelenlévő kövek mellett a májnak a fűzés által okozott ingerlésében a rák oly gyakori fejlődésének okát. A gyomorfejkélynél, melyből szerinte majd mindig rák fejlődik, a „höhere Reibungsqualität” a pylorus felé irányított durva ételrészecskék által van képviselve, mely ezen útján a fekélynek leginkább alsó a pylorus felé tekintő sarkát éri, hol is a rákos elfajulás kezdetét veszi, mint ezt boncolások és műtétek alkalmával nyert készítményekkel igyekeznek bizonyítani. Állatkísérleteiben csakis igen vérszegényre tett házi-nyulaknál tudott az emberhez igen hasonló ulcuset létrehozni, mely chronikus, stationær természetű volt. A fekély szélein oly nagyfokú mirigyburjánzást látott, melyet „embernél adenocarcinomának nevezünk” Metastasis és valódi rákot nem tudott elérni. A fekély gyógyulását a haemoglobintartalom emelésével érte el.

Ezekből kifolyólag az epeköbántalom nőknél sokban súlyosabb prognoszt adna, mint férfinnál és inkább teszi szükségessé a műtétet. Gyomorfejkélynél pedig a vér haemoglobintartalma emelendő, a sülédés elkerülése miatt a táplálkozás igen gondosan intézendő és végre a pylorushoz közel ülő ulcusoknál palliatív gastroenterostomia indikált.

Picker Rezső dr.

Rüdinger: Die ambulatorische Behandlung der Beinbrüche. Würzburg, A. Stubers Verlag. 1902.

Mint a „Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medicin” II. kötetének 9. füzeté jelent meg a fenti füzet, melyben szerző köszönetre méltó munkát végzett, midőn a gyakorló orvos részére a mai nap az alsó végtag töréseinek kezelésénél leginkább alkalmazott ambulatorikus kezelési módokat kimerítő összefoglalásban tárgyalja. Hessing, Bruns, Bardenhauer támasztó készülékei után a gipszjárókötéseket igen behatóan tárgyalja leginkább Bardeleben és Dollinger eljárásai nyomán és oda concludál, hogy mindazon esetekben, a melyek nem követelnek nyílt kezelést, a gyakorló orvos részére is a kellő ügyességgel, szakavatottsággal és elővigyázattal alkalmazott gipszjárókötés képezi a legideálisabb gyógyító eljárást.

R. P.

Uj könyvek. *Matzschita*: Bakteriologische Diagnostik. Jena, G. Fischer. — *Bézy und Bibent*: Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter. Berlin, Vogel und Kreienbrinck. — *Soupaull*: Les dilatations de l'estomac. Paris, J. B. Baillière et fils. — *Jennings*: La guérison de la morphinomanie. Paris, Maloine. — *Pignet et Hue*: Nouveau procédé rapide pour l'analyse chimique de l'eau. Paris, Maloine. — *Fiaux*: La prostitution réglementée et les pouvoirs publics dans les principaux états des Deux Mondes. Paris, Publications du Progrès médical. — *Gar-*

nault: Le professeur Koch et le péril de la tuberculose bovine. Paris, Institut international de bibliographie. — Chipault: État actuel de la chirurgie nerveuse. Paris, Rueff. — Straus et Fillassier: Loi sur la protection de la santé publique (15. février 1902). Paris, J. Rousset.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A halál-okokról vékonybélstrangulatio eseteiben értekeznek *Albeck* kísérletes és klinikai vizsgálatai alapján. Állatokon végzett kísérleteiben vékonybélstrangulatió a halál sokszor bekövetkezett, a nélkül, hogy peritonitis lett volna jelen. A halál okát ilyenkor autointoxicatio a bél részéről képezi; a mérég nem csupán az odavezető bélrészben, hanem egyidejűleg a strangulált bélcaesban is képződik, sőt sok esetben valószínűleg az utóbbi helyen termelődik legnagyobb mennyiségben. Vékonybélstrangulatio folytán meghalt emberek boncolásakor is akárhányszor nem található hashártyalob; valószínűleg ilyenkor is a bélben képződött mérgek okai a halálnak, a mi mellett az is szól, hogy a kórképek, melyek embernél és állatoknál vékonybélstrangulatio esetén észlelhetők, szerfelett hasonlítanak egymáshoz. (Archiv für klinische Chirurgie, 65. kötet.)

Oxygen intravenosus bevitele. *Gaertner* tanár néhány hónappal ezelőtt közölte állatokon végzett kísérletes vizsgálatait, a melyek azt bizonyítják, hogy oxygen meglehetősen nagy mennyiségben vihető állatok visszereibe minden káros következmény nélkül; így egy 10 kilogramm súlyú kutya 30 kem. oxygent tűrt el. Újabb *Maniani* is végzett hasonló kísérleteket. Hogy nagyobb mennyiségeket vihessen be, egy készüléket szerkesztett, melynek segítségével egy 14 kilogramm súlyú kutya vena femoralisába 2 óra lefolyása alatt 3 litert tudott befecskendezni minden baj nélkül. Csak ennél nagyobb mennyiség bevitele után pusztult el az állat embolia folytán. Ugyanő emberen végzett oxygen-befecskendezés egy esetét is ismerteti. Egy már az agoniában levő fiatal, tüdőveszes emberbe a rendkívül nagyfokú dyspnoé miatt fecskendezett be a jobb láb vena dorsalisába 10, majd félóra múlva 70, majd egy negyedóra múlva még 40 kem. oxygent; $\frac{3}{4}$ óra alatt tehát 120 kem. oxygen lett bevive. A beteg megkönnyebbült, hőmérséke csökkent, érelkése szabályosabb lett, a pulsus és légzés száma csökkent. Másnap újra rosszabbodván az állapot, a beteg kérésére ismételti akarták az oxygen intravenosus bevitelét, de már nem lehetett egy a szívtől kissé távolabb eső venát megduzzadásra bírni; a szívhez közelebb eső venákba pedig nem tanácsos az oxygent bevinni, mert nem volna elég ideje a véréjtek által való absorbeáláshoz. (Gazz. degli ospedali, 1902. 84. szám.)

Belgyógyászat.

A heveny és idült ízületi csúsz serumtherapiája. *Menzer* törzsorvos, Senator tanár klinikájának segédje, abból kiindulva, hogy az ízületi csúsz az esetek túlnyomó többségében a felső légutak útján bevándorolt streptococcusok okozzák: ízületi csúszban szenvedő betegek tonsilláin talált streptococcusokat ascitesbouilonban tenyésztve, ezen tenyészetekkel Merek gyárának bakteriologia osztályán állatokat immunizáltatott és ezeknek vérsavójával azután gyógyító kísérleteket végzett. A savó kémsóiban is kimutatható bakteriumoldó (bakteriolitikus) sajátossággal bír streptococcusokra; ezenkívül idült ízületi csúszban szenvedőnek bőre alá fecskendezve, a beteg ízületekben — sohasem az egészségesekben — friss lobosodást indít meg, a melyet azután az exsudatum felszívódása és gyógyulás illetve javulás követ. A savó heveny esetekben is a szervezetben bakteriolytikus folyamatokat indít meg, a minek következtében a lobtünetek és a láz eleinte növekednek; később azonban, a mikor lázlatanná lett a beteg (a hőcsökkenés lysis, nem pedig crisis útján áll be), csakugyan reconvalescensnek mondható és nem kell recidiváktól tartani, mint a salicilkezelés után. Szerző eddig körülbelül 25 heveny esetet kezelt serummal, azonkívül idült, több hónapon át más módon eredménytelenül kezelt betegeknél is gyógyulást, illetve tetemes javulást volt képes elérni. Kellemetlen következményeket sohasem látott; néha kismérvű izgalmi tünetek jelentkeztek a befecskendezés helyén (ezombok), továbbá csekély lagyékimirigyduzzanatok, urticaria, erythémák stb., a melyek azonban 1—2 nap alatt elmúltak. Az adag 5—10 köbcentimeter naponként. (Die Therapie der Gegenwart, 1902. 7. füzet.)

Az extractum fluidum cacti grandiflori, melyet angol és amerikai szerzők az utóbbi évtizedben több ízben dicsértek, *Zelenski* szerint incompenzált aortabajokban jó eredményeket ad, míg incompenzált mitralis bajokban kevésbé hatásosnak bizonyult, noha a digitalis-therapia szünetében jó szolgálatokat tett. Hosszadalmas pleuralis izzadmányoknál a szívenergia és a diuresis fokozása útján elősegítette a felszívódást és használata a heveny fertőző betegségek folyamán beálló szivgyengeség ellen is eredményesnek bizonyult. Az adag legalább háromszor naponként 30 csepp. Kellemetlen melléktüneteket a szer nem okozott. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1902. 22. szám.)

Sebészet.

A gyomorrákban szenvedők sorsa műtét nélkül és műtét után. *Kronlein*-nek 264 idetartozó eset áll rendelkezésére. A betegség tartama a klinikára felvételig, illetve a műtétig átlag 8—9 hónap volt. 67 esetben műtét nem végezett, részben mert a baj már inoperabilis volt, részben mert a betegek nem egyeztek a műtétbe. A műtett esetek

következőképpen oszlottak meg: 73 próbahasmetszés 7 halálessel; 74 gastroenterostomia 18 halálessel; 50 gastrectomia 14 halálessel. A nem műtettek a klinikán jelentkezés után átlag még 102 napig éltek; a műtettek közül az átlagos élettartama próbahasmetszés után 114 nap, gastroenterostomia után 193 nap, gastrectomia után 520 nap volt. Ezen eredményekből tehát következtethető, hogy 1. a gyomorrák műtét nélkül átlag egy év alatt (8—9 hónap + 102 nap) halálhoz vezet; 2. a gastroenterostomia a gyomorrákban szenvedő életét átlag 3 hónappal meghosszabbítja; 3. a gastrectomia, ha recidiva következik be utána, 14 hónappal hosszabbítja meg az életet; ha pedig nem következik be recidiva, végleg meggyógyulhat a gyomorrákos; így *Kronlein*-nek is van egy esete, mely gastrectomia után már 8 év óta recidivamentes. A gyomorrák műteti kezelésének eredményei tehát átlag véve nagyon szerények; ennek oka azonban nem a műteti technika hiányosságában rejlik, hanem abban, hogy a betegek nagyon későn kerülnek műteti kezelés alá. (Archiv für klinische Chirurgie, 67. kötet.)

Bőrkórta.

A bromocollt, melyet viszkető bőrbántalmak ellen (pruritus, lichen chronicus, urticaria) jó eredménnyel használnak, *Joseph* újabban oldékony alakban alkalmazza. Borax hozzáátételére ugyanis a bromocoll oldékony alakba megy át, mely mint bromocollum solubile és mint 100/0-os oldat kapható. Következő alakban rendezhető: Rp. Bromocollis solubilis 5·0—20·0; Zinci oxydati 20·0; Amyli 30·0; Glycerini, Aquae destill. aa 100·0. D. S. Rázókeverék. Az oldat ráecsetelve megszárad. Ezen alakban subcut és idült eczemák ellen is sikerrel használja, a lobnak azonban nem szabad már nagyon erősnek lennie. (Dermatol. Centralblatt, 1902. 7. szám.)

Az epicarint, melyet scabies, herpes tonsurans és prurigo ellen már többen ajánlottak, újabban *Winkler* fagydagánatok és seborrhoea capitis ellen is sikerrel használja. Seborrhoeánál és általa okozott alopeciánál a következő oldat dörzslendő be naponként egyszer nem nagyon nagy mennyiségben a fejbőrbe: Rp. Epicarini 5·0; Aether. sulfur. 15·0; Spir. vini gall. 80·0. Fagydagánatok ellen a következő kenőcs használható: Rp. Epicarini 3·0; Sapon. virid. 0·5; Ungu. caseini ad 30·0. Ezen kenőcs, mely naponként egyszer dörzslendő be, száraz bevonatot képez, mely azután meleg fürdőben eltávolítandó és újból alkalmazandó. Lichen rubernél is úgy az epicarin-spiritus, mint az epicarin-kenőcs nagyon jótékonyan hat a viszketés csillapítása tekintetében. (Monatshfte für prakt. Dermatologie, 33. kötet.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az epicarint *Jessner* (Dermatologische Heilmittel, Würzburg, A. Stuber) első sorban antiscabiosum gyanánt ajánlja, a mennyiben a ruhákat biztosan megöli. Az epicarin a bőrt kissé izgatja, az egyidejűleg jelenlevő eczemát inkább kedvezőtlenül befolyásolja s azért antiscabiosum gyanánt használata után más szerekekkel kell kezelni az eczemát. Jó eredménnyel használható a gyermekek Hebra-féle prurigoja ellen; a viszketés mérséklődik s a prurigoesomócskák enyhe hámlás kíséretében visszafeljődnak. Mint antimycoticum a herpes tonsuransnál vált be az epicarin, a melynek nagy előnye, hogy nem mérgező s azért, a hol csak lehet, a naphtollal szemben előnyben részesítendő.

Az euophen, egy sárga, szagtalan, alkoholban, a etherben, olajban oldódó por, *Jessner* szerint (Dermatologische Heilmittel, Würzburg, A. Stuber) az ulcus molle kezelésében jól helyettesítheti a jodoformot. Mellékhatásokat csak ritkán mutat. Égett sebeknél szintén jó eredménnyel használható. Mint 2—10/0-os kenőcs is sikerrel alkalmazható.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 36. szám. *Pölya Jenő Sándor*: A rák gyökeres műtéveséről. *Frommer Ignác*: Herniotomia magas korú egyéneknek. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 36. szám. *Doctor Károly*: A veseműködés vizsgálatának módjairól.

Magyar orvosok lapja, 1902. 36. szám. *Sümei József*: Jogosult-e a lefolyt appendicitis után a massage és mikor? *Waldmann Fülöp*: Az orrvérzés csillapítása és kezelése.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 36. szám. *Franz*: A tuberculin diagnostikai értéke. *Kornfeld*: Gonorrhoea és házasság. *Maixner*: A májcirrhosis haemorrhagiás alakja. *Cumpelik*: Adat a delirium tremens tünetanához. *Grach*: A tüdőkö lobos megbetegedései 1900—1901-ben és orvoslásuk.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 36. szám. *Hoor*: A symphaicus-resectio értéke glaucoma eseteiben. *Pilez*: Postoperativ elmebaj. *Harmer*: Oesophagoskopia.

Wiener medicinische Presse, 1902. 36. szám. *Janietowszki*: Az alboferin befolyása idegbetegek vérnyomására és idegingerlékenységre. *Biedl*: A láz lényege és kezelése.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 34. szám. *Kraus*: A cholelithiasis therapiája. *Breitenstein*: Europaiak acclimatatioja a tropusokban. *Zupnik*: A diphtheria aetiologiája. *Quirsfeld*: Egy iskolás-gyermek-vizsgálat eredményei.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 36. szám. *Bettmann*: Herpes laryngis menstrualis. *Wolff*: Vérelet súlyos ólomanaemia egy esetében; egyúttal adat a haematopoiesishez. *Kasperek és Teuner*: A lyssa kitérőse 7 hónappal a Pasteur-féle védőoltás után. *Jochimsthal*: Adatok a veleszületett csipőizületi ficzomodások lényegének és kezelésének ismeretéhez. *Joseph*: Az orr operatív megkisebbitése.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 36. szám. *Leyden és Blumenthal*: Előzetes közlés a berlini I. belklinikán végzett rákkutatások némely eredményeiről. *Killian*: A légutakba jutott idegen testek direct endoszkopiai vizsgálata. *Jendrassik*: Neurastheniás neuralgiák. *Karfunkel*: Új módszer jodkali kimutatására a vérben. *Baisch*: A Tavel-féle konyhasó-szódaoldat subcutan befecskendésének veszélyessége. *Neumann*: Barlow-kór. *Jungeblodt*: Császármetészes hirtelen elhunyt terhesen; élő magzat extractioja. *Neumann*: Védőoltás diphtheria ellen. *Hirschfeld*: A pegnitherapiához. *Wegele*: Fistula a flexura sigmoidea és a hólyag között átfürödött béldiverticulum kapcsán.

Gazette hebdomadaire, 1902. 69. szám. *Feindel*: „Torticolis mental”. 70. szám. *Janot*: Heveny rheumás myocarditis. 71. szám. *Bouchet és Wagon*: Appendicitis; mesenterialis adenopathia; laparotomia; gyógyulás. *Mannini*: Chorea, polyclonia, tic. 72. szám. *Broca*: Az appendicitis kezelése.

Le progrès médical, 1902. 35. szám. *Audistère*: A női nem szervek fertőzése a férfi nem gonorrhoeás eredésű idült urethritisé útján. 36. szám. *Laquerrière és Delherm*: A neuralgiák kezelése villamossággal.

La semaine médicale, 1902. 36. szám. *Jaboulay*: Az arc melanocarcinomája.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 36. szám. *Lebrun és de Boeck*: Retrograd amnesia esete. *Lorand*: A diabetes ésszerű kezelése.

The lancet, 1902. II. 9. szám. Az orvostanulmányra vonatkozó cikkek tartalmaz. (The studens number.) 10. szám. *A. E. Wright*: Antityphoid-inoculatioval elért eredmények. *R. B. Wild*: Az ipecacuanha-alkaloidok klinikai használata. *W. Thelwall Thomas*: Az Achilles-in átmetszése az alsó végtagok komplikált töréseinél. *Edwy G. Clayton*: Változások a húgyanyagban és a vizelet phosphatjaiban. *Aschoff*: A vizelet fehérjéjének származása. *J. Basil Hall*: A hátsó gastrojejunostomia új módja. *L. Rogers*: A leukocyták magatartása choleraiban. *M. D. O'Connell*: Meteorológiai tényezők befolyása a malaria elterjedtségére. *S. Cameron*: Az aortaív, a baloldali vena innominata és a ductus thoracicus rendellenes helyzete. *Perry W. Rowland*: Actinomycosis három esete. *Walker Overend*: A fülreflex kérdésehez. *G. Pernet*: A röntgenezett lupus vulgaris szövettanához. *A. H. M. Saward*: Paraldehy-mérgezés esete. *A. Connell*: Duodenalis fekély átfürödése; műtét után gyógyulás. *H. Lucas*: Addison-kór esete hyperpyrexiaival.

British medical journal, 1902. szeptember 6. *Ch. Fraser*: Himlőhöz hasonló osztrigamérgezés. *H. B. Gladstone*: A Basedow-kór egy jelenségéről. *D. M. Livingstone*: Szög a májban. *J. Cotter*: Rectovesicalis fistula és végbélszűkület miatt végzett műtét. *E. Keble*: Máj-tályog négy esete. *V. Watkins-Pritchford*: Intussusceptio typhusreconvalescentiában. *F. F. Travers*: Retropharyngealis tályog másodlagos vérzéssel a baloldali v. jugularis interna és carotis communis alakjában. *J. G. Modlin*: Jackson-epilepsia műtét után gyógyult esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. szeptember 12.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 35. hetében (1902. augusztus 24-dikától augusztus 30-ig) következő volt: **I. Népesedési mozzgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Elve született 384 gyermek, elhalt 250 egyén, a születések tehát 134-al múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 25.9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16.9, az egy éven felüli lakosságnál: 12.2 az öt éven felüli lakosságnál: 11.8 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 4, angina diphtheriæ 1, pertussis 0, morbilli 1, scarlatina 2, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 4, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 0, apoplexia 4, eclampsia 3, szervi szívbaj 21, pneumonia 14, pleuritis 0, pneum. catarrh. 1, bronchitis 2, tuberculosis pulmonum 33, enteritis 47, carcinoma 16, ezek közül méhrák 5, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 11, paedatrophia 3, marasmus senilis 7, erőszakos haláletet 6, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 2, bal eset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2705 beteg, szaporodás e héten 874, csökkenés 854, maradt e hét végén 2725 beteg. B) Heveny ragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1902. évi augusztus 27-dikától szeptember 2-dikéig terjedő 35. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 28 (14), diphtheria, croup 16 (22) hagymáz (typhus) 13 (9), kanyaró (morbilli) 28 (23), trachoma 7 (7), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hőkhurut (pertussis) 11 (6), orbáncz (erysipelas) 11 (20), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1, (1) járv. fültömrigylob 2 (0), ezenfelül varicella 16 (10).

◊ **Virchow temetése** e hó 12-dikén ment végbe Berlinben. A temetés lefolyásáról lapunk legközelebbi számában bővebben megemlékezünk.

± **A stomatologusok országos egyesülete** e hó 26-dikán és 27-dikén tartja meg VI. köz- és nagygyűlését *Árkövy* tanár elnöklése alatt.

◊ **Az Országos Orvos-Szövetség ezidei congressusát** f. hó 7-dikén Tátra-Füreden tartotta *Kéty Károly* elnöklése alatt. A tagok nagy számban jelentek meg. Az ülés lefolyásáról egyesületi és társulati rovatunk fog megemlékezni.

— **A német orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlését** e hó 21—27-dike között tartják meg Karlsbadban.

△ **Cholera-hírek.** Egyiptomban a cholera az utóbbi hónapokban újra kiütött. Cairoból július 30-dikától augusztus 5-dikéig 177 megbetegedés és 152 halálet fordult elő. A szükséges védelmi intézkedéseket már valamennyi európai állam megtette. Az idei egyiptomi orvosi congressus valószínűleg elmarad.

⊙ **Fürdőink személyforgalma.** *Tátrafüred*, szeptember 7. 2748; *Uj-Tátrafüred*, szeptember 7. 1566; *Előpatak*, szeptember 5. 1402; *Tarcsa*, augusztus 31. 1059; *Lipik*, szeptember 4. 3992.

⊙ **Jász-Nagykun-Szolnok vármegye közkórházában** — mint azt *Papp Gábor* dr. igazgató-főorvos kimutatásából olvassuk — az 1901-dik év folyamán 1361 beteget ápoltak 36,542 ápolási napon és 301 műtétet végeztek. Az igazgató-főorvoson kívül, mint kórházi orvos *Csépai Lajos* dr., mint segédorvos *Eördögh Róbert* dr. működtek.

× **Högyes tanár Pasteur-intézetében** az 1902. év augusztus havában 254 veszett vagy veszettségre gyanus állat marta egyén (239 magyarországi, 12 horvát és szlavonai, 1 boszniai, 1 galicziai és 1 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 210 egyént eb, 32-öt macska, 8-at szarvasmarha és 4-et ló mart meg. Évi folyó szám: 1901; egyetemes folyó szám: 18,953. Haláletet e hóban 1 fordult elő.

± **A budapesti önkéntes mentő-egyesület segélyét** augusztus hóban 1018 esetben vették igénybe. Évi folyó szám: 7004.

△ **Az egyetemi I. sz. női klinika szülészeti poliklinikája** augusztus hóban 79 esetben 41 műtétet nyújtott segélyt. Évi folyó szám: 639.

◊ **Megjelent füzetek.** *Grósz Emil* dr. A orvosképzés új rendje Magyarországon és külföldön. Budapest, 1902. — *Grósz Emil* dr. A szemvizsgálásának módszerei. Egyetemi előadások vázlata. (Syllabus) Budapest, 1902. — Ugyanaz. A szemtükör félszázados multja. Budapest, 1902.

† **Elhunyt.** *Molnár József* dr. Csik vármegye nyug. főorvosa f. hó 4-dikén 82 éves korában Csik-Szeredán.

< **Keleti J. orvos-sebészeti mű- és kötszergyáros** 1902. évi újdonságokról szóló *árjegyzéke* csinos külsejű terjedelmes, könnyen áttekinthető, felsorolja mindazon újdonságokat, amelyek a sebészet, betegápolás és általános orvosi gyakorlat terén, a legutóbbi időben egész a mai napig, úgy bel-, mint külföldön felmerültek, és amelyek pontos tárháza az összes segédeszközöknek, melyekre az orvosnak az általános gyakorlat terén szüksége van. Olvasóinknak kívánatra ingyen és bérmentve küldi meg *Keleti J.* orvos, sebészeti mű- és kötszergyáros, Budapest IV., Koronaherceg-utca 17.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapestben.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zubany-massáže, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Oléso és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, borbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.t. igazgatósága** Budán.

A pesti ízr. hitközség kórházának **Röntgen-laboratoriumában** átvilágítás, képfelvétel és gyógykezelés hétfőn, szerdán és szombatn d. e. 10—11. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla** dr., a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Lipót-körút 5.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Az Országos Orvos-Szövetség 1902. évi szeptember hó 7-dikén Új-Tátrafüreden tartott congressusa. 605. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1902. márczius 1-én tartott szakülés.) 606. l.

Az Országos Orvos-Szövetség 1902. évi szeptember 7-dikén Új-Tátrafüreden tartott congressusa.

Kéty Károly elnök megnyitja az ülést. Első sorban is megemlékezik *Virchow* elhunytáról és indítványozza, hogy a congressus részvétének jegyzőkönyvileg adjon kifejezést.

A congressus egyhangúlag hozzájárul elnök indítványához. Elfogadja *Berecsy László* (Komárom) azon indítványát is, hogy a congressus *Virchow* családjához részvétáviratot intézzen.

Elnök következő beszéddel nyitja meg a congressust:

Tisztelt congressus! Buzgó szepesi fiókszövetségünk fáradszaktalan közreműködésével IV. érdemleges congressusunkat szép hazánk egyik legkieesebb helyén tartjuk meg. Örömmel jöttünk e magas bércezek közé, melyek egyrészt védenek a dermesztő északi szélről, másrészt kaput tárnak a jótévő déli áramlatoknak; mintha csak az egész hatalmas geologiai alakulás jelképezni akarná szövetségünket: erős bástyákkal védelmet nyújtva és befogadva mindent, a mi szép, a mi jó. Igaz ugyan, hogy néha-néha fergetőg is tombol, s a hólavina felületes rombolással a mélybe zendül, de csorbát nem ejthet a kőóriásokon; igaz, hogy időnként köd fedí e kies tájékat, felhők burkolják a hegytetőket, de csak annál szebben ragyog később a nap, annál jobban gyönyörködik szemünk e regényes hely szépségén. Így Szövetségünkben is van és lesz lavinaféle, van és lesz köd és felhő, de bástyánk, az összetartás, annyira megerősödött máris, hogy nem egyhamar rendülhet meg és napunk, a collegialitás, előbb-utóbb eloszlat minden ködöt és felhőt s barátságos fényvel fog sorainkra tekinteni.

A lefolyt szövetségi év működésének hü tükrét megtalálják önök hivatalos lapunk hasábjain, de még közvetlenebbül fogják ezt ma érdeműs főtitkáruk jelentéséből megérteni, ki az egész országra kiterjedt Szövetségünk bonyodalmas szálát kézben és számon tartva, fáradszaktalanul és eredményesen hajtja e nagy gépezet terhes szekerét, miért is én neki e helyen is köszönetemet és elismerésemet nyújtom át.

Általánosságban jelezhetem, hogy munkásságunk szakadatlan irányban mindig és mindenben Szövetségünk zászlajára irt rendi érdekeink előmozdítására irányult s tömörült soraink, úgy a központ, mint az egyes fiókszövetségek útján, nem egy sikert vívtak ki. Az igazgató tanács buzgó tagjai, kik között a vidéki tagtársak kiváló munkáit kell első sorban kiemelnem, önfeláldozó módon működtek közre e siker elérésénél.

Ha kérdezzük most, mi az az eredmény, melyet Szövetségünk négy éves fennállása óta elért? ezt megválaszolni csak elfogulatlan és szigorú bírálat alapján akarom. Mindenekelőtt teremtett közel 4000 orvos között *összetartást* és felébresztette a *collegialis* érzést. És ha semmi egyebet nem produkált volna Szövetségünk, akkor is négy évi tapasztalat alapján el kell ismernünk, hogy tevékenysége nem volt meddő. A távol vidéken elásott orvos, a ki azelőtt, bármily igazságtalanság érte legyen, szavát sem merte hallatni, mert alapos oka volt arra, hogy tartson a még súlyosabb következményektől, ma már nem érzi magát elhagyatottnak; tudja, hogy háta mögött áll a collegiák nagy tömege és, mint a hogy nemrég megtette kolozsvári fiókszövetségünk, egyesült erővel megvédi, szűkség esetén kicsikarja az igazságos elégtételt. Míg azelőtt az orvos csak azt tudta, hogy mi a kötelessége, addig ma kezdi már tudni azt is, mik a jogai, s Szövetségünk e jogok érvényesítését igyekszik elérni. Alapítottunk nyugalomdíj- és segélyintézetet, a melynek alaptőkéje az intézet nem egészen két éves fennállása alatt több mint százezer koronára szaporodott fel, és a ki csak teheti, azon fáradozik, hogy nagyobbítsa a tőkét, erősítse az intézményt, a melynek elkorozhatatlanságát meg lesz a maga áldásos hatása. El nem mulaszthatom itt, hogy e helyről köszönetet ne mondjak *Elisher Gyula* collegiánknak azért az önzetlen fáradozásáért és nemes lelkesedéséért, a melylyel a budapesti őszi képzéskészítésként nyugalomdíj-intézetünk javára rendezte, köszönetet ne mondjak ama számos budapesti collegiának, a ki vezetőjét támogatja a nehéz munkában. E kiállítás, a mely a budapesti fiókszövetség védnöksége alatt áll, eredményével bizonyára nagy lépéssel viszi előbbre jótékony intézetünk ügyét. A pénzügy-minister úr ő nagyméltósága sorsjátékot engedélyezett, melynek létrejöttén ismét *Nékám* tagtársunknak köszönhetünk sokat, s bizton hiszem, hogy ennek sem marad el sikere.

E congressus feladatai közé tartozik az is, hogy beszámoljunk Szövetségünk erkölcsi és anyagi működésének eredményéről s azt hiszem, hogy becsületes munkát végeztünk e téren is. Talán akadnak, a kik hangoztatják, hogy nem váltott be mindent, a mit ígért, de meggyőződésem, hogy a nagy többség felismeri az elért eredményeket. Az elfogulatlan ítélőnek be kell látnia, hogy a mikor Szövetségünk megalakult, a nyers anyagot kellett formába gyúrni, pigra masszát kellett megmozgatni, azután foghatott csak bele komoly feladatok megoldásába és rövid négy év alatt semmiféle kamara, semmiféle orvosi szövetség nem létesített akkora változást, mint a milyen a mi Szövetségünk működése nyomán beállt. Készségesen elismerem, hogy az eredmények lehetnének még szebbek, de ezzel senki se vádolja szervezetünket. Lép-

jenek be azok is Szövetségünkbe, a kik még mindig hol activ, hol passiv ellenfelei, vegyék ki az őket, mint collegiákat megillető részt, ne csupán a kritikából és meddő gáncsolásból, hanem a pozitív munkából; legyen meg intőző helyen a jóakarát Szövetségünkkel szemben, a melyet eddig, sajnos nem tapasztaltunk; akkor meg lesz a teljes siker az egész vonalon. Addig is ne lankadjon lelkesedésünk, buzgalomunk; növeljük nagyra a magyar orvos önértetét, tanítsuk jogai érvényesítésére; tegyünk valamennyien egyért és egy valamennyiért; fejlesszük nyugalomdíj- és segélyintézetünket, hogy könnyítsünk a collegiák gondjain; maradjunk éber és kötelességű őrei a közegészségügynek; végre pedig, és erre nagyon kérem a Szövetség minden egyes tagját, a collegialitás és az összetartás érdekében legyen mindegyikünkben annyi önmegtartózkodás, hogy szükség esetén egyéni véleményünket alárendeljük a többség véleményének.

Csakis így tudjuk elérni azt a célunkat, hogy visszaszerezzük az orvosnak azt az erkölcsi és anyagi helyzetet, a melyet műveltségénél és működésénél fogva megérdemel. Csupán e szabad társuláson alapuló és minden irányban szabad szervezetünkkel tudjuk ezt elérni. Belátják ezt a külföldön is, a hol nemcsak hogy új kamara már évek óta nem létesült, nemcsak hogy Francia- és Angolországban erősítik és fejlesztik a szabad szövetségeket, Olaszországban pedig a hatósági orvosok szövetsége létesült, hanem Németországban, a hol van kamara, az ez évi „Árztettag“ egyik határozati pontjában kimondta, hogy az orvosok szabad szervezkedése alapján létesült szilárd organizációkkal akarja a viszonyt az orvosok meg a betegpénztárak közt úgy szabályozni, mint a hogy a kamara nem tudta.

Ez is azt mutatja, hogy a helyes úton vagyunk, így hát bátran előre.

A jelen congressuson talán ismét új eszméket és irányító útbaigazításokat nyerünk rendünk érdekeinek megvédésére és előbbrevitelére.

Üdvözlöm az itt nagy számban megjelent szövetségi tagtársakat és sikert kívánok munkájukhoz.

Ezennel az ülést megnyitom.

Elnök indítványozza, hogy congressus diszelnökeül *Csáky Zenó* gróf Szepesmegye főispánját és *Raisz Aladár* alispánt válassza meg. Bemutatja *Szmrecsányi Pál* szepesi püspök levelét, melyben a püspök elodázhatatlan teendők miatt kimentti elmaradását. A nyugalomdíj- és segélyintézménynek a püspök 1000 koronát küld.

A congressus a püspök adományát köszönettel fogadja. Egyúttal megbízza az elnökséget, hogy ezt jegyzőkönyvi kivonatban közölje a püspökkel.

Elnök indítványozza, hogy a megválasztott diszelnököket küldött-ég hívja a congressusra.

A congressus hozzájárul elnök indítványához.

Csáky Zenó gróf főispán és *Raisz Aladár* alispán élénk éljenzősektől kísérvé, foglalják el elnöki székeket.

A főispán és alispán köszönetet mondanak a kitüntetésért, mely nem őket, de a megyei törvényhatóságot illeti. A congressus működéséhez sikert kívánnak, és tiszta szívből üdvözlők a Szövetség minden tagját Szepesmegye területén.

Rottenberg János a szepesi fiókszövetség nevében üdvözlö a congressust.

Flesch Nándor főtitkár évi jelentésében beszámol a Szövetség 1901/902. évi működéséről. A Szövetségnek ez idő szerint 3671 tagja van. A fiókszövetségek száma 71.

Hochhalt Károly pénztáros évi jelentésében kiemeli, hogy a nyugalomdíj és segélyintézmény alaptőkéje meghaladja a 100,000 koronát.

A congressus azután a napirend egyes pontjait tárgyalja:

Major Ferencz mint az államosítási bizottság elnöke, az igazgató tanács következő határozatát terjeszti a congressus elé:

„Mondja ki a congressus, hogy az államosítást szükséges és mielőbb megvalósítandó reformnak tartja és hogy e célból egyenesen a képviselőházhoz kérvényt nyújt be, melyben a közegészségi szolgálat államosítását kéri.“

Berecsy László (Komárom) elyben tiltakozik az államosítás ellen, mert félti az orvosi rend függetlenségét. Indítványozza, hogy a kérdést vegyék le a napirendről.

Boszkovitz Mór, *Katona József* és *Hofbauer Imre* az államosítás szükségét hangsúlyozzák.

A congressus nagy szótöbbséggel elfogadja az igazgató tanács által az államosítás kérdésében benyújtott javaslatát.

Főtitkár az életbiztosító társaságok részére kiadandó házi orvosi és „post mortem“ bizonyítványok kérdésében az igazgató tanács azon határozatát terjeszti a congressus elé, hogy:

„A házi orvos akkor jár el helyesen, ha e bizonyítványokat ki nem adja.“

A congressus egyhangúlag hozzájárul az igazgató tanács e határozatához.

Imre József „a ragyosos betegek kórházi ápolása“ kérdésében az igazgató tanács nevében javasolja, hogy a congressus e kérdést — mi-

után a fiókszövetségek legnagyobb része még nem tárgyalta — vegye le a napirendről.

A congressus egyhangúlag hozzájárul az előadó javaslatához.

Főtitkár Faragó Mór által benyújtott indítványt terjeszti a congressus elé, melyben egy, a magyar orvosokat „betegség esetén segélyező egyesület alapítását” kívánja. Főtitkár indítványozza, hogy Faragó indítványát „elvben” fogadja el a congressus. A részletek és alapszabályok kidolgozása czéljából bizottságot küldjön ki.

Havas Leo, Boszkovitz Mór és Halász Adolf ellenozik Faragó indítványát, mert azt kivihetetlennek tartják.

Főtitkár kifejti, hogy a fővárosban van már a gyakorló orvosoknak hasonló egyesületük, mely évek óta segélyzi a betegségbe esett gyakorló orvosokat.

A congressus szótöbbséggel elfogadja „elvben” Faragó indítványát, és a részletek kidolgozását a bizottságra ruházza.

A congressus ezután a jövő évi congressus helyéül Budapestet állapítja meg.

Végül Schützenberger Endrét igazgató tanácsi tagnak; Sümeji Józsefet és Szikszay Józsefet pedig pénztárvizsgáló bizottsági tagoknak választja meg a congressus.

Elnök berekeszti a congressust.

Walkó Rezső dr.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

1902. márczius hó 1-én tartott szakülés.

(Folyt.)

A beteg nagyon gyenge volt, gyenge volt a szív működés is, a lélegzés nehezített. A hasfalat Schleich eljárása szerint tették érzéssé, azután a hasfalat felmetszték. Ekkor azt találták, hogy a cysta igen tág és a hasfallal, belekkel összenőtt. Leválasztani nem lehetett, mert a szövet is igen törekeny volt, ezért kiürítették a cystát, bór vízzel kiöblítették s burkát a hasfalba varrták. Tartalmát, mely közel 20 liternyi volt, kiürítették. A drainaget gazeecikkokkal eszközölték. A beteg láztalan volt ugyan, de állandó collapsusban maradt. A negyedik napon kimerülésben elhalt.

A daganat kystadenoma pseudomucinosum, melynek több nagy és számtalan vékony válaszfalal elkülönített rekeszből 16—20 liternyi, főtt enyvhez hasonló, kocsonyás, folyós tömeg ürült.

2. Konrád Márk ikerszüles esetéről szól.

Az ikrek egyike kihordott, a másik öt hónapos kornak felel meg s teljesen összelapult. A szülés simán ment végbe, az összelapított magzat az érettnek megszületése után félórával született meg s a maceratio kezdete látszott rajta.

Ezután a superfoetatioról szól, a midőn fogamzás után új termékenyítés történik, de, úgymond, ez esetben nem történt superfoetatio.

Egyik magzat növekedése elfojtja a másikat, a melynek rovására fejlődik. Lehetséges azonban, hogy egyik pete 1—2 héttel előbb lett megtermékenyítve, mint a másik s ezt zavarja fejlődésében.

Egyik magzat élt, a másik kezdődő maceráltságot mutatott. Esetleg a köldökzsinór torsioja okozhatta egyik magzat halálát. A köldökzsinór a köldökgyűrűnél elvékonyodott, végre obliterálódott. A magzat-víz szüléskor szennyes volt s két külön lepény távozott, a mi külön megtermékenyítésre mutat.

Emlékeztet reá, hogy régebben már bemutatott hasonló esetet, a midőn egyik magzat foetus papyraceus volt. Az érett magzattal egy-két hónapos pete függött össze.

3. Révész Vilmos a) Aneurysma arcus aortae kórboneztani készítményét mutatja be. A szív bal gyomrocsa annyira túltengett volt, hogy a jobb gyomrocsnak alig maradt ürege.

A kórboneztani készítmény 53 éves férfiú hullájából származik, a ki életében gyakori stenocardiás rohamai ellen hol morphiomot, hol heroint szedett jó sikerrel.

Az aneurysma gyógyítására a gelatin-injectiokat kísérte meg. Május 15-dikén kapta az első 40%-os gelatin-befecskendezést, az utolsót folyó évi január hó 3-án. Összesen 1180 köbciméternyit kapott 1, 2, 3 és 4%-os oldathól.

Mint a betegség lefolyása s a bemutatott kórboneztani készítmény, az aneurysma zsákja is mutatta, minden eredmény nélkül.

b) Pleuro-pericarditisben elhalt beteg szívét mutatta be.

Az 51 éves nőbeteg jelentkezése előtt néhány nappal lett beteg. Köhögött s bal mellkasfeleiben, főképp a hónaljvonalban heves fájdalmakat érzett. Vizsgálatnál hátul baloldalt, a tövis feletti árokban kopogtatásnál tompult volt a hang és a lélegzés határozatlan. Az alsó tüdőrészek felett pleuritikus dörzsörej hallható. Tehát pleuropneumoniát lehetett megállapítani.

A bal hónaljvonalban panaszolt fájdalom nem szűnt meg, lélegzése szapora és nehezített volt s kimutatható ok nélkül cyanotikus arc mellett szapora, kicsiny érlökés.

Felvétele után öt nappal pericardialis zörej kimutatható, tenyérral is érezhető. A nehéz lélegzés és cyanosis még tartottak, a szívtompulást megnagyobbodott.

Öt nappal később a beteg elhalt.

Bonczolatnál kívül a szívburkon bolyhok alakjában vastag fibrinosis felrakódás volt látható s a szívnek mindkét pitvarában thrombus.

4. Kornstein Lajos „X-sugarak és az orvostudomány” czimen referáló előadást tart.

Az X-sugarak felfedezése óta eltelt hat év alatt a Röntgen-felvételek alkalmazása általában az X-sugarak igénybevétele nagy tért hódított.

A sebészek azonnal lefoglalták e vizsgálati módszert s ma már oly kiterjedt a használata a körisme megállapításánál, hogy alig van klinika, a melynek Röntgen-laboratoriuma nem volna.

Később a belgyógyászati diagnosztika is hatalmába ejtette e vizsgálati módszert, de azért téves volna hinni, hogy az eddigi physicalis vizsgálati eljárások feleslegessé váltak. Kétségtelen azonban, hogy a pyknoskopia mai fejletlen állapotában is kiegészíti a belgyógyászok egyéb vizsgálati módszereit és kellő bírálattal alkalmazva, megbecsülhetetlen szolgáltatásokat tehet.

Alapos a kilátás, hogy továbbfejlesztve és tökéletesítve, oly értékes diagnosztikai eszközt fog nyújtani, a mely a kopogtatás és hallgatódzásnál is eredményesebb lesz, mert a mit a szemmel érzékelhetünk, pozitívabb és kevesebb tévedést eredményezhet s e mellett előnye, hogy vele demonstrálható is a lelet, a mi az ellenőrzést is lehetővé teszi. Tekintve, hogy alkalmazása egyszerű, könnyen megjósolható, hogy a pyknoskopiának jövője van.

Vannak az emberi szervezetben oly élettani és pathologiai elváltozások és viszonyok, a melyeket pontosan az eddigi vizsgálati módszerek művészei sem tudtak megállapítani. Ilyenek a tüdők mozgási képessége, a rekesznek a légzési mozgásokban való részvétele, a szív nagyságának, helyének pontos megállapítása, mozgási jelenségeinek megfigyelése, a szív rendes és rendellenes megtelési és kiürülési viszonyainak s ezek által a szájadékok és billentyűk bántalmainak közvetlen szemlélete eddigi vizsgálati módszereinkkel nem volt lehetséges. Ép oly kevéssé tudtuk kopogtatás és hallgatódzás útján a szív nagyságát megállapítani, a midőn tüdőágulatnál a szívet a tüdő fedi, szívburoklobnál vagy hydropericardiumnál, a midőn a szívet exsudatum borítja. A pyknoskopia e meghatározásokat lehetővé teszi.

Ma az aorta-aneurysma már akkor megállapítható, a mikor azt e módszer nélkül nem tehetjük s megkülönböztethetjük az aorta-aneurysmát a mediastinalis tumortól oly esetben is, a melyben az eddigi vizsgálati eljárások cserbenhagytak.

Baloldali pneumothoraxnál kimutatták a rekeszizom alternáló mozgását, az empyema pulsatioját, a melyet a szívmozgások feltételeznek.

A hasúri szervek közül jól láthatók a gyomor és a belek, főképp ha levegővel vannak felfújva és tisztán kivethető a bélkacsok kanyarulata és lefutása. Pylorus- vagy bárzsingszűkület bismuthkeverék nyelése után pyknoskopikus úton jól megállapítható.

Újszülöttnél, de felnőttnél is láthatóvá tehető a lép vagy máj egész alakja. Éles körvonalakban felismerhető a vese is.

Érdekes kísérleteket tettek e módszerrel a gerinczbajok tanulmányozására. Az X-sugarak segélyével sikerült a gerinczvelőben támadt vérzést felismerni. Észlelték a csigolyák eltolódását s idegbajok jelenlétét ebből körismézték.

Csontbajoknál Röntgen-felvétellel megállapíthatók a köszvényből vagy csúzból eredő elváltozásokat.

Potain kimutatta, hogy a Röntgen-képen köszvényénél a csontvégeken világos foltok láthatók, a melyek csúznál hiányzanak. Szerinte ez azért van, mert a húgsavas sok jobban átkocsátják az X-sugarakat.

Pyknoskopia útján az epiphysisek is vizsgálhatók, a melyeket a Röntgen-képen világos hézagok jeleznek.

Kimutatták, hogy myxoedemánál a csontképzés lassú volta, az epiphysis-porcok tartós fennmaradása oka a betegséget kísérő növényben való visszamaradásnak.

Göbel X-sugarak segélyével felismerte az osteomaláciát; észrevette, hogy a kór első stadiumában jelentkező fájdalmak alatt a Röntgen-képen a csonttengely világosnak látszik. A csont körvonalai halványabbak, mint rendesen.

A pyknoskopia a szülészetben is alkalmazást talált, a mennyiben ez úton a medence alakjáról megbízható képet nyertek. S habár a gyakorlott szülész eddigi módszereivel is el tudott igazodni, volt eset, hogy a pontosabb Röntgen-kép értékes támpontot adott a követendő beavatkozásra nézve.

Az X-sugaraknak a törvényszéki orvosi vizsgálat terén is fontos szerep jutott már ficzomok, csonttörések, idegen testek, sérülések utókövetkezményeinek megállapításánál s újszülöttek légzésének kiderítésénél. Ezután az X-sugaraknak a szervezetre való hatásáról szól.

(Folyt. köv.)

PÁLYÁZATOK.

A pozsonyi m. kir. bábaképezde orvogyakornoki állása, a mely évi 600 korona jutalomdíjon kívül élelmezés, lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve, folyó évi október hó 1-jén betöltendő. A magyar, német és tót nyelv ismeretével bíró orvosdoktorok a vallás- és közoktatásügyi m. kir. minisztériumhoz intézett kérvényüket a fent nevezett intézet igazgatóságához nyujtsák be. P o z s o n y, 1902. évi szeptember hó 11-dikén.

2—1

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

4435/902. ki. szám.

A Hevesmegyei XVI-dik közegészségügyi körben elhalálozás folytán üresedésbe jött körorvosi állásnak választás útján leendő betöltésére ezennel pályázatot nyitattik.

A választásra határidőül 1902. évi szeptember 30-dik napjának délelőtti 10 órája Pétervására községhez mint a körorvos székhelyére azon felhívással tüzetik ki, miszerint a pályázni kívánók kellően felszerelt kérvényeiket adalított fősztalbíróhoz folyó évi szeptember hó 28-dikáig nyujtsák be.

A körorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, 200 korona lakbér, 400 korona úti átalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. A körorvos tartozik 15 községből álló kerületét kéthetenként beutazni, s azon alkalommal a községházánál jelentkező betegeknek díj nélkül rendelni.

Pétervására, 1901. évi szeptember hó 8-dikán.

Drinyey Béla, főszolgabíró.

6820/1902. szám.

Losonc r. t. város tulajdonát képező s 60 ágyra felszerelt városi kórháznál lemondás folytán megüresedett kórházi orvos állásra az 5852/902. szám alatt közzétett pályázat eredménytelensége folytán újabb pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen jelenleg évi 600 korona, jövő 1903. évi január hó 1-jétől azonban évi 800 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és kórházi élelmezés élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtják, miszerint szabályszerűen bélyegzett, a képesítést, eddigi működést igazoló okmányokkal kellően felszerelt pályázati kérvényeiket folyó évi október hó 1-jéig hivatalomhoz amnyival inkább nyújtják be, mivel az elkésletlen érkező pályázatok figyelembe nem vétetnek.

Losonc, 1902. évi szeptember hó 1-jén.

Wagner Sándor, polgármester.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
szept.				
15.	kórh. m. o.	Pozsony	1000 k. és ellátás	Pantocsek József ig. orvos, Pozsony
15.	közs. o.	Kiszáts	1600 k., 40-80 fill.	Mezey szlgb., Ujvidék
15.	közs. o.	Bereczk	1600 k., 400 k. fd.	Cseh Gyula főszolgab.
15.	közs. o.	Bács-Földvár	1200 k.	Kovátsits Kálmán szb., Óbecse
20.	k. s. o.	Szegzárd	1000 k., lak., ellátás	Tanárky Árpád ig. o.
20.	"	Marosvásárh.	1000 k., lak., ellátás	Kozma igazgató
28.	körorvos	Zsarnócza	1200 k., 200 k. ú. á.	Finka Sándor főszlgb.
29.	közs. o.	Talpas	1200 k., 40-80 fill.	Csukegy, Kíszenő
30.	közs. o.	Pacsér	1400 k., 120 ú. á.	Császár szlgb., Bács-Topolya
30.	téb. s. o.	Nagykálló	1200 k., lak., élelm.	Borosnyói L. Béla ig.
—	fogházo.	Szegzárdi törv. fogház	600 k.	Dr. Vizlendvay Imre főügyészhely., Pécs
—	sebészo.	Sulinai tengerészeti kórház	8-10,000 frank és lakás	Európai Dunabizottság, Galatz

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

künni sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

DR. DOCTOR KÁROLY V. EGYETEMI TANÁRSÉGÉ

ORVOSI LABORATORIUMA

Budapest, IV., Városház-utca 10.

Sztraka Ödön gyógyszerész, Moholon.

A gyógyszerészetnek egyik fontos feladatát képezi az, hogy rossz ízű gyógyszerek kellemes ízűvé és így könnyen bevehetővé váljanak a nélkül, hogy hatásukból veszítenének; ezen cél által vezetve, ajánlani bátorodom a tisztelt orvos urak b. figyelmébe:

a) **Erősített chinin-bonbonomat** (Rotulae chinini fortiores Sztraka), minden darab bonbon pontosan 0.25 gm. Chin. tannic. neutr.-t tartalmaz, a mi megfelel 0.10 gm. Chinin. sulfur.-nak. Előnye más chinin-czukorka felett:
1-szor, nem szárad ki kökeménységűvé (mint más készítmény), hanem olvadákony finom ízet állandóan megtartja,
2-szor, minden keserű íztől ment, tehát legfinyasabb gyermekeknek is könnyen beadható,
3-szor, magasabb chinin-tartalmánál fogva hatásosabb mint más chinin-czukorka.

b) **Tannin csokoládémat** (Chocoladae tannini Sztraka). Darabonként 0.50 gm. Acid. tannic. pur.-t tartalmaz. Kellemes ízű, semmi drasticumot nem tartalmaz és olcsó (1 drb 40 fillér). Főképe kis gyermekek, de felnőttek hasmenésénél is kitünő.

Kapható gyógyszerárakban.

Vegy-, górcsovészeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
1900. május 1-től VI., Andrassy-út 50 (Oktogon-tér).

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

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

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Ártalmatlan, biztosan ható szer

szamárhurut, légcső- és gégehurutok ellen.

Irodalom Németország és Ausztria-Magyarország legelső szaklapjaiban.

Orvosi vélemények:

Prof. Dr. Ernst Fischer, (Strassburg):

A „Pertussin“ hatása meglepő volt; s ha nem is mondhatom, hogy a hökhrut néhány nap alatt egyszerű katarhussá vált, de a rohamok oly enyhék, a köpet oly laza lett, hogy a hökhrut ijesztő tünetei, az elkékülés és fuldoklás teljesen elmaradtak.

Dr. Model, v. kir. körorvos (Wassenburg):

„Pertussin“ használata után felébredés úgy éreztem, mintha a friss szabad levegőt szívnam be valamely alpesi csúson. Ez nálam igen felünő volt, mert sok évi hökhrut folytán meglehetősen tüdőgúgulásban szenvedek.

Dr. Alfred Müller, (Neuhausen):

Az a véleményem, hogy a „Pertussin“ az a szer, mely a legrövidebb idő alatt a joggal rettegett hökhrutot veszélytelen és jelentéktelen hökhrutná változtatja. Ez idő szerint nem ismerek szert, mely hasonló előnyvel rendelkeznék.

Dr. Erich R. von Matzner, (Birfeld, Steierm.):

A három „Pertussin“-nal kezelt eset, köztük kettő gyermeknél, a legsúlyosabb alakok közé tartozott és az ön készítménye mindig kitünő hatással volt; az erős köhögési inger néhány óra alatt csökkent és a váladék mennyisége fogyott, a hőmérsék alábbszállt.

Eladás kizárólag gyógyszerárak útján.

Előállítja a

„Kommandantenapotheke E. Taeschner“

Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Ingyen minták szívesen állanak rendelkezésre.

Raktárak: Török József gyógyszerár, Budapest,
Dr. Egger Leo és J. Budapest, stb.

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 irrigatók, prophylactikus gargarizálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá phthisis, gümőkór, lepra stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagyban eladásra Ausztria-Magyarország részére:

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

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale.

Kitünő hatású **bélhurutnak** 1 üveg 1 kor. 60 f., 5 üveg bérmentes gyógyszerre = postaszállítással 9 kor. 20 f. =

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

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerárakban Budapesten.



Giesshübl-Sauerbrunn

gyógyhely és vizgyógyintézet
Karlsbad mellett.

Ivó- és fürdőkúrák.

Klimatikus és utókúrákra való gyógyhely.

Legjobb diatetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI

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

Budapesti raktár **ÉDESKUTY L.** czégnél.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Chudovszky Móríc:** Közlemény a szt. János-kórház (Ludvik igazgató) sebészeti osztályáról. Adatok az orsócsont alsó harmada töréseinek kezeléséhez. 608. lap.
- Ranschburg Pál:** Közlemény a Moravcsik E. Emil dr. egyetemi ny. r. tanár igazgatása alatt álló elmekórtani klinikához kapcsolt egyetemi psychophysikai laboratóriumból. Az elménkre egyidejűleg beható homogen és heterogen ingerek hatásáról, tekintettel az illúziók keletkezésére. 610. lap.
- Jendrassik Ernő:** Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez. 611. lap.
- Székely Ágoston:** Az emberi és a marhagümökör azonosságának kérdése. 614. lap.
- Tárca. Pertik Ottó:** † Virchow Rudolf. 615. lap. — D.: Nemzetközi sebész-társaság. 617. lap.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle.** Dalmady Zoltán: A cytotoxinok. 618. lap. — *Könyvismertetés. Rille:* Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. — *Gebhardt Ferencz:* Az opotherapiáról. — *Max Neuburger:* Die Vorgeschichte der antitoxischen Therapie der acuten Infectiouskrankheiten. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Schütz:* Az idült dyspepsiás diarrhoeáról. — *Ghon és Pfeiffer:* A

mikrococcus catarrhalis mint kórokozó. — *de Renzi:* A tüdőgümőkör orvoslásáról. — *Orr-, torok- és gégebetegségei.* *Rusch:* A rhinophyma-műtétek. (Tóvölgyi Elemér.) — Az adenoid szövet gyuladásának orvoslása. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvógyakorlatra.* *Rohden:* Az ichthyol. salicyl. 620—621. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Figyelmeztetés a magyar orvosi könyvkiadó társulat tisztelt tagjaihoz. — A XIV. nemzetközi orvosi congressus. — A budapesti királyi magyar tudomány-egyetem megnyitó ünnepe. — A stomatologusok VI. köz- és nagygyűlésének munkarendje. — A Bókay-szobor leleplezési ünnepélye. — A Budapesti Orvosok Szövetsége által rendezett műkiállítás. — A II. szülészeti és nőgyógyászati poliklinikum. — Megjelent. — Elhunytak. — Pályázatok. — Hirdetések. 622. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon.

Melléklet. A „Sagrada Barber“ féle szert tárgyaló közlemény. — Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel „Isarol“ szerét tárgyaló prospectus.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. János-kórház (Ludvik igazgató) sebészeti osztályáról.

Adatok az orsócsont alsó harmada töréseinek kezeléséhez.

Irta: *Chudovszky Móríc* dr. műtő, v. sebklubikai tanársegéd.

A sebészek mindenkoron sokat foglalkoztak annak a kérdésnek a megfejtésével, hogy mik a teendők az orsócsont alsó végdarabjának, illetőleg alsó harmadának törése eseteiben. Érdeklődésük abból magyarázható, hogy az orsócsonttörések az összes csonttörések között gyakoriságra nézve közvetlenül az alsártörések után sorakoznak. A II. számú sebészeti klinikum kimutatása szerint az összes csonttörések 11%-át képezik, ha pedig az orsócsont alsó harmadának, illetőleg alsó végdarabjának a töréseit vesszük csupán számba, akkor az arány 8%-ra rúg.

A míg tehát egyrészt, mint igen gyakran észlelhető töréssel, a mindennapi sebészet ismert kórcsontjával sokszor kell foglalkoznunk, másrészt a törés oly sokféle tünetmennyel kapcsolatosan jelentkezik, hogy azok helyes magyarázata s ennek folyamán képen a törés helyes kezelése bő sebészeti tapasztalatot és jó ítélőképességet igényel.

Még mielőtt rendelkezésünkre állott volna Röntgennek korszakot alkotó felfedezése, tudtuk azt, hogy a törés helyes ellátására legtöbbször képtelenek vagyunk azért, mert a törés finomabb jellegét tapintó ujjainkkal nem lehet megállapítani, még akkor sem, ha a törés létrejötté után rögtön vizsgálhattuk a beteget, mielőtt a kifejlődő vérömlés és a környezet lágy részeinek a duzzadása a törést alkalmatlanná tette volna arra, hogy legalább a durvább jellegű kóros tünetmennyeket kitapinthatassuk. Ebből magyarázhatjuk meg azt, hogy minden jó nevű sebész, a ki e törés helyes ellátásának a kérdésével foglalkozott, a saját mód-

szere mellett foglal állást. Hol egy újabb kötési módosítással, hol egy újabb sínkészülékkel gazdagítják azon eljárásokat, a melyek az orsócsont e töréseinek ellátására vonatkoznak.

A legrégebbi eljárások közé az tartozik, hogy az orsócsont alsó végdarabjának, illetőleg alsó harmadának törése esetében az alkart vagy egy háromszögű kendőbe, vagy egy széles szalagba akasztjuk oly módon, hogy a törés helye a kendő-, a szalagszélt érje, a tört rész a saját és a kéz súlyával egyetemben ezen a szélen túl csüngjön. Ily módon a kéz orsói távolításban, azonkívül a kéztöben behajlítva marad, azonban ezen helyzetbe csakis akkor van, ha a beteg fenn van s ügyel arra, hogy keze ezen helyzetben csüngjön. *Lucas Championnière* ezen eljáráshoz hozzá csatolja még az izmok korai masszálását és az ízület mozgatását. E módszer használja az orsócsont ezen töréseinek kezelésére, a nélkül, hogy megkülönböztetné azon eseteket, a melyek e kezelésre nem alkalmasak.

A régi módszeren *Storp* akkép javít, hogy a törési végek nyugalmát előbb egy oly kezelővel biztosítja, a mely tapasztásokból készül. A csíkok egyike szabadon lóg az orsói szélen, hogy azután ezen hurkon átvezetett szalaggal a beteg karját a nyakába akasztva hordhassa. Ily módon a kéz orsói távolításban és a kéztöben behajlítva csüng, a mellett e kezelő korlátozza a törési végek kitérés-i képességét.

Mindezen eljárások híján vannak annak, a mit az orsócsont ilyenmü töréseinek az esetek legtöbbszörében nem nélkülözhetünk, tudniillik, hogy az egybeillesztett törési részletek nyugalmát biztosítsák. Természetes, hogy *Lucas Championnière* eljárása még kevésbbé felel meg a kívánt czélnak. Egyes kivételes esetekben használható a módszere, hanem az eseteket nagyon meg kell válogatnunk, ha ily módon jó eredményt akarunk elérni.

A különböző sínkötések közül legtöbbször oly módon szerkesztettek, hogy azon az alkart és a kezét a törési részek helyreigazítása után orsói távolításban és tenyéri behajlításban rögzítik.

Beely sinje plasztikus gipszsin, a mely úgy készül, hogy a beteg leül, a tört oldali felső végtagját a megfelelő oldali czombra támasztja, az alkar egész hosszúságban a czombon nyugszik, a tenyér a térdkalásot markolja, a mellett a kisujj orsói távolításban a szárkapesot éri. E helyzetben teszszük rá a plasztikus gipszsin, s mint kézháti sin rajta hagyjuk megszáradni. A gipsz megkeményedése után e sinnel rögzítjük a végtagot. Az utókezelés módja az esettől, meg a vezető sebész és iskolája rendszerétől függ.

Schede fából, kaucsukból csináltatott oly hajlító oldali sineket, a melyek külön a jobb, külön a baloldali ilyenmü orsócsonttörések ellátására alkalmasak. A kipárnázott és az esethez mérten különböző nagyságban készült sineken a kéz orsói távolításban és tenyéri behajlításban rögzíthető. A kaucsuk-sineket azonkívül még az eset minősége szerint módosíthatjuk, hajlíthatjuk.

Braatz csigavonalban haladó gipszsinje szintén az alkar alakjához simuló sín, a melyet úgy teszünk az alkarra, hogy az alkar felső harmadán a singi oldalnak belső felszínén kezdődik, az alkar feszítő oldalán a kézháton át a kéz-közép orsói széléig ér. Természetes, hogy a sín megszáradásánál ügyelnünk kell arra, hogy a kéz orsói távolításban és tenyéri behajlításban álljon. A megszáradt sín ugyanoly módon rögzíti a törési végeket, mint a *Beely* vagy a *Schede* sinje. Megjegyzem, hogy a sín szélességére nézve az illető egyén alkarjának szélessége az irányadó.

Bardenhauer gépkészüléke segélyével *Pappe* vagy *Hoppe* sinjével szintén elérhetjük azt, hogy az orsócsont ilyenmü törései esetében a kezét orsói távolításban és tenyéri behajlításban rögzítsük.

A *Carr* sinje könnyü hajlító oldali fásín, a mely az orsói szélen 1 cm-rel magasabb, mint a singi szélen, a melynek tenyéri végén T-alakban odaerősített henger van. E henger a jobboldali alkarsínnél olyan, hogy az orsói szélen előbbre áll, mint a singi szélen. A baloldalin fordítottan áll a dolog. Ugy, hogy a mikor a beteg e hengert az ujjával megmarkolja, ugyanakkor a kéz orsói távolításba jut. Néha e hajlító oldali sínen kívül még egy feszítő oldali sín is alkalmazható.

A *Clover* sinje plasztikus gipsz sín, a mely a *Carr*-sin modellje szerint készül. A különbség az esupán, hogy a *Clover* sinje minden esethez külön készül, a *Carr* sinjét pedig külön-külön ki kell támláznunk akkép, hogy az esethez alkalmazható legyen.

A *Köllicker* sinje a singi szélre alkalmazható sín, a melynek alkalmazása mellett a kéz orsói közelített állásba s a tenyér irányában behajlított helyzetbe jut. E sín természetesen csak bizonyos jellegü orsócsonttörések ellátására alkalmas.

Az orsócsont ezen töréseinél használt eljárások másik csoportjába tartoznak a *Nélaton* ajánlotta pisztolysin, a melynek segélyével az alkar és kéz feszítő oldalára alkalmazott sín orsói távolításban tartja a kezét. E sín fából, papírból vagy posztó-nemezsből állhat s legtöbbször a körkörös megkeményedő kötések lényeges alkotó részét képezi.

A *Roser* kézháti sinje segélyével mi a kezét tenyéri hajlításban rögzíthetjük. Még pedig a sín kézháti végét egy lejtő alakjában kell kipárnázni, melyhez a kéz háta támaszkodik.

A *Middeldorpf*-féle kötés abban áll, hogy a hajlító oldalra alkalmazunk egy kipárnázott vájús sin, a melynek vége a kéz-közép- és ujjizületek helyét éri, úgy hogy az ujjak a tenyér irányában hajlanak. Az alkar feszítő oldalára alkalmazott sín a kéztőizületig ér. Ezen eljárás inkább a mentőkötés jellegével bír.

A mint az elmondottakból kitűnik, az utóbbi eljárások segélyével az orsócsontnak e nemü törései esetében az orsócsont törésének ellátásánál mindig csak az egyik kivánságnak teszünk eleget. Ugy, hogy e kötések egyes esetekben jók lehetnek, de általánosítani nem szabad azokat.

Ha összegezzük azon eljárásokat, a melyeket az orsócsont alsó harmadának, illetőleg végdarabjának törései esetében alkalmazhatunk, úgy a *Beely*, a *Schede*, a *Braatz* sinjével a kéz orsói távolításba és tenyéri behajlításba jut, a *Carr*, a *Clover* sinjével a kéz orsói távolításba és kézháti kifeszített állásba jut. A *Köllicker* sinjével a kéz tenyéri hajlításba és orsói közelítésbe jut. A

Bardenhauer-féle gépkészülék *Pappe* vagy *Hoppe* sinje segélyével a kéz szükségképen tenyéri behajlításban, orsói közelítésben vagy távolításban rögzíthető. *Nélaton*-sinnel a kéz orsói távolításba jut, ebben rögzíthető az egyszerű plasztikus kötések segélyével is. A *Roser*- vagy a *Middeldorpf*-sinnel a kéz tenyéri behajlításban rögzíthető.

Az a sokféle módszer, a melyeknek alapján az orsócsont e nemü töréseit ellátják, a mellett bizonyít, hogy az eljárások egyike sem alkalmas arra, hogy azok egyikét vagy másikat minden esetben sikerrel alkalmazhatnók. A midőn sebészek egyes esetekben, vagy mondjuk az esetek többségében sikerrel alkalmazták módszerüket, mihelyt azt mondták ki, hogy eljárásuk alkalmas arra, hogy azzal minden ilyenmü törést ellássunk, csakhamar nyilvánvalóvá lett, hogy állításuk nem állja meg a helyet.

Nem válhatott be eljárásuk, mert az orsócsont törésének minden alakját egy kötési módszer szerint látják el, a törés alkalmazkodott a módszerhez s nem jártak el oly módon, hogy a rendelkezésükre álló módszerek közül azt választották volna, a mely a szóban forgó törés ellátására a legalkalmasabb.

Nem lehet csodálkozni azután azon, ha az életben sokszor halljuk panaszképen, hogy az orsócsont „tipikus” törését jó kötésben rögzíttem, helyesen kezeltem s egyik esetben bevált a kötésem, a másikban nem.

Ezen körülmények indítottak arra, hogy az orsócsont alsó végdarabjának és alsó harmadának töréseit kathód-sugarak igénybevételével tanulmányozzam. Ludvik igazgató úr szivességéből alkalmam nyílt arra, hogy e törések finomabb jellegének tanulmányozásával a szt. János-kórház sebészeti osztályán foglalkozhattam. A Röntgen-fényképeket az ottani Röntgen-készülék segélyével készítettem. E fényképek alapján láttuk el a törést s megállapítottuk az utókezelés módját. 21 eset kapasan kívánom nézeteimet elmondani, a mi e törések kör- és gyógytanára vonatkozik.

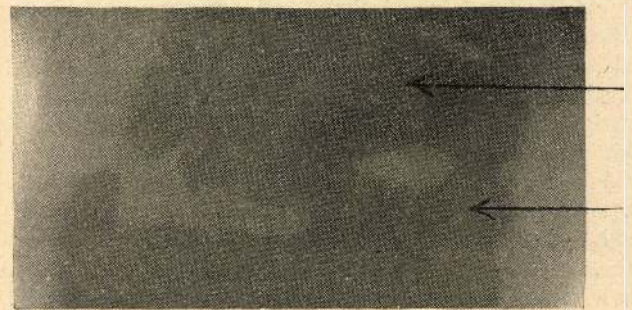
I. H. I. 24 éves férfi. Az orsócsont végdarabjának hosszanti repedése ítés után. Borogatás. Massage. 9. napra kezét rendesen használja.

II. M. G. 33 éves férfi. Az orsócsont végdarabjának a ferde törése tenyérre esés következtében. Keménykötés orsói távolításban. 9. napra a kötést leveszszük. Utókezelés. Gyógyulás tartama 18 nap.

III. G. I. 42 éves férfi. Az orsócsont végdarabjának többszörös törése tenyérre esés következtében. Az izület vérömlése. Kötés orsói távolításban. 9. napra a kötést leveszszük. Utókezelés. Gyógyulás tartama 21 nap.

IV. I. M. 62 éves nő. Az orsócsont végdarabjának a törése tenyérre esés következtében. Kötés orsói távolításban. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 20 napig.

V. S. Gy. 35 éves férfi. Az orsócsont végdarabjának a törése, a sajkacsont ficzomodása. Beigazítás. Kötés orsói távolításban. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 16 napig.



V. a) S. F. 39 éves férfi. Az orsócsont végdarabjának a törése, a sajkacsont ficzomodása közvetlen erömüvi behatás következtében. (3 hó előtt történt.) Massage. Füröztetés. 3 hét mulva a kezét jól használja.

VI. B. A. 4 éves lány. Az orsócsont testének a többszörös törése tenyérre esés következtében. Kötés orsói távolításban. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 25 napig.

VI. a) S. S. 12 éves fiú. Az orsócsont testének a törése tenyérre esés következtében. Beigazítás. Kézháti és tenyéri sín

alkalmazása a középállásban. Kötés levétele a 12. napon. Utókezelés öt napig.

VII. E. L. 16 éves nő. Az orsócsont testének és végdarabjának a törése tenyérre esés következtében. Beigazítás. Schede sín. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 10 napig.

VIII. S. K. 8 éves fiú. Az orsócsont testének a törése tenyérre esés következtében. Beigazítás. Kötés orsói távolyításban. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 12 napig.

XI. R. O. 11 éves fiú. Csonthártya alatti törés az orsócsont testén ütés következtében. Tenyéri sín. Kötés levétele a 7. napon. Utókezelés 4 napig.

X. T. L. 36 éves fiú. Az orsócsont testének és végdarabjának a kihaladása a singorsói ízületben tenyérre esés következtében. Kötés orsói közelítésben. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 8 napig.

XI. H. M. 64 éves férfi. A singesont ficzomodása tenyérre esés következtében. Orsócsont haránt repedése. Beigazítás. Kötés középállásban. Kötés levétele a 7. napon. Utókezelés 2 napig.



XII. K. L. 40 éves férfi. Az orsócsont végdarabjának azon részlete szakad le, a mely a singesonttal ízületet alkot. A singesont és a háromszögű csont ficzomodása. Beigazítás. Kötés orsói közelítésben. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 11 napig.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Moravcsik E. Emil dr. egyetemi ny. r. tanár igazgatása alatt álló elmekórtani klinikához kapcsolt egyetemi psychophysikai laboratoriumból.
Az elménkre egyidejűleg beható homogen és heterogen ingerek hatásáról, tekintettel az illusiok keletkezésére.

Irta: Ranschburg Pál dr., a laboratorium vezetője.

(Vége.)

III.

Ha az egyidejűleg beható alkatelemek egy része nem azonos ugyan, de hasonló egymáshoz, ez esetben, miként már említve volt, ugyancsak gátolt lesz a felfogás és ennek jeléül bizonytalanság, gyakran illusiok mutatkoznak. Miként azonban ezirányú — itt épen csak megemlítendő! — újabb kísérleteim mutatták, a gátlás az ily esetekben nem oly nagyfokú, mint ha az elemek azonosak s ehhez képest az illusiok soha sem lépnek fel oly nagy számban, mint az azonos elemű soroknál (l. B táblát).

Hogy mely számjegyek tekintendők hasonlóknak, arra nézve irányadóul az a tapasztalás szolgált, hogy bizonyos számjegyek mely számjegyekkel eszerélődnek fel legsűrűbben? Kiderült, hogy a 8-as a 3-sal, az 5-ös ugyancsak a 3-sal, a 9-es a 6-sal, a 2-sel és 0-val, a 7-es és 4-es az 1-sel szokott leginkább elcsereződni. Ugyanezen számjegyek a legtöbb nyomtatásban tényleg már puszta formájuknál fogva is hasonlóknak mondhatók.

Ezen tapasztalati alapon készültek azután újabb kísérleteimnél a hasonló elemekből álló számsorok, még pedig a következő schemák szerint, melyekben m és n hasonló számjegyeket képviselnek:

a b m c n d
e f g m n h

Tán felesleges is említenem, hogy valamint az úgynevezett

¹ Kísérleteim részletesebb leírását a „Zeitschrift f. Psychologie u. Physiologie d. Sinnesorgane“ ez. folyóirat egyik közelebbi számában fogja megtalálhatni az érdeklődő.

azonos elemű számsoroknál, úgy itt is valamennyi számsor minden jegye egyfajta szedésből került ki.

Meg kell azonban jegyeznem, hogy úgynevezett azonos (identikus) elemekből álló soroknál is az „azonos“ kifejezés nem egészen helytálló. E sorban pl. 147993 a két kilenczes ugyan azonos nagyságára, formájára, színére, fellépési időtartamára, de nem azonos a térben való elhelyezésére nézve. Tehát az ilyen soroknál voltaképpen csak bizonyos elemek nagyfokú hasonlóságáról van szó, de az érzeteknek térbeli vetülése nem egyforma s így azok nem azonosak.

Látási érzeteknél két egyidejű azonos érzetről csak oly értelemben lehet szó, a mennyiben két szemmel való látás forogván szóban, minden tárgyról egyidejűleg mind a két látóhártya azonos területeire vetődik egyforma élességű kép, melyeknek megfelelőleg két azonos természetű érzetnek kell létrejönnie. Ha már most az egyidejű azonos ingerek gátló hatásáról szóló tétellem igaz, úgy ez az az eset, melyben a tételnek legideálisabban kell érvényesülnie, a melyben tehát a két egyidejű, egyforma érzetnek legkevesebb szabad önállóan érvényre jutnia.

Ilyképpen a két retinalis kép egységes látásának sokféle képen értelmezett jelensége mint inductiv úton nyert tétellemnek deductiv követelménye önmagától magyarázódik. Agyidegrendszerünk egy időben csak 2 heterogen inger képes egymástól függetlenül, gátolatlanul feldolgozni; 2 homogen inger egyidejűleg fellépve egymást annál inkább gátolja önálló érvényesülésében, mennél tökéletesebb a kettő közötti azonosság.

Fentebbi kísérleteimnél térben kiterjedt inger- és érzet-sorozatokról lévén szó, a két csaknem azonos elem egymásra erősen gátló hatást fejt ki. Ennek folytán önálló felfogásuk helyett azok összeolvadni látszanak s tényleg igen sok esetben csak az egyiket látjuk, a másik (miként a B) táblában látható, többnyire a jobb felé 5-dik) számjegy eltűnt, helyette hézag marad, azt a számjegyet, bár tudjuk, hogy láttuk, nem tudjuk bemondani. Igen sok esetben azonban tudván, hogy 6-jegyű sorokról van szó, az így támadt hézagot illusio útján valamely az eltűnthez hasonló vagy más, az illető sorban szereplő számjeggyel töltjük ki.

Megkísérlelhetjük azonban tételünket, melyről kizártnak tartom, hogy puszta egyetlen érzékszervről állana, melyet ellenkezőleg általános érvényességű psychophysiológiai törvénynek tartok, más érzékszerv területén is alkalmazni.

Ha egyidejűleg többféle hangoltságú hangvillákat szólaltat meg, ennek megfelelőleg akkordot hallunk, melyből az egyes hangforrásoknak megfelelő hangokat többé-kevésbé külön választva képes a hallgató kihallani. Ha azonban az elfedett hangvillák

c f c a

hangoknak felelnek meg, a hangforrások számát nem ismerő hallgató csak hármassal összhangot vél hallani, a két idejű c hangot pedig egynek hallja. A hallás terén, kivéve igen durva térbeli eltéréseket, nincs meg ugyanis az érzetek térbeli elhelyeződése, itten tehát nem fog, miként számsorainknál, térbeli hézag fennmaradni, melyet illusio útján leszünk hajlamosak betölteni, hanem a felfogásbeli tévedés csak a hangingerek számának hibás megítélésben fog kifejezésre jutni. A két egyidejű c hang itten tényleg azonos természetű, minél fogva önálló appercepiálódásuk teljességgel lehetetlenné válik.

Tétellem értelméből már mostan a részben azonos, tehát hasonló ingerek, illetve hasonló érzetek is azonosságuk foka szerint kell, hogy gátolják egymás önálló érvényesülését.

Csak az a kérdés, mely hangok nevezhetők egymáshoz hasonlóknak? Az oktáva úgy a zeneileg művelt, mint a műveletlen ember fülében felette hasonlít az alaphanghoz. Sokak előtt hasonló a duodecím, a kettős oktáva és a quint is, míg a többi hangközök között hasonlóságot, rokonságot tisztán tapasztalatilag nehezen lehet találni. Ha a hangérzetek alapjául szolgáló, elég pontosan ismert fizikai viszonyokat vesszük tekintetbe a hasonlóság megítélésénél, úgy azt találjuk, hogy részleges azonosság, tehát hasonlóság mutatkozik a psychologicusan hasonlóknak mondott hangközökre nézve fizikai téren is.¹ E hasonlóknak mondott han-

¹ V. ö. Lipps: Einige psych. Streitpunkte. I. Zur Tonverschmelzung. Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. d. Sinnesorgane. 28. k. 145. I. — Stumpf: Beiträge zur Akustik u. Musikwissenschaft. I. Konsonanz u. Dissonanz. Leipzig, 1898.

gok rezgésszámaiban ugyanis a rythmusnak bizonyos azonossága található. Ha *C*-nek, az alaphangnak, rythmusa a 100 rezgés, akkor oktávájának, *c*-nek, a rythmusa 2×100 , a quintnek (*G*) 1.5×100 , a duodecimnek 3×100 , a kettős oktávának 4×100 . Ez a közös vonás a rezgésszámok viszonyában, hogy t. i. ilyen egyszerű többszöröse az alaphang rezgésszámának már alig van meg a quartnál, még kevésbé a nagy sextnél és terznél, melynek viszony-számai úgy állanak az alaphanghoz, mint 4:3, 5:3, 5:4, stb.

Tételünkben már most logice következik, hogy együttes hangzaskor mint önálló hangok legyenek megkülönböztethetők a secund, a septim, a terz, sext, quart, ellenben nehezebben legyenek külön választhatók az egymással részben azonos quint, duodecim, és mindenek felett az octáva.

A mint azt *Stumpf*, *Meyer* és mások újabb kutatásai bizonyították, ez így is van. Ha egyszerre 2 különböző hangot (Zweiklang) szólaltatunk meg, az észlelő, ki a hangforrások számát nem ismeri, az octávát az esetek 75%-ában egy hangnak véli. Ugyancsak az esetek nagy számában a duodecimet, kettős octávát, quintet is, míg a többi kettős hangok már csak elenyésző kis számban okoznak tévedést még zeneileg műveletleneknél is.

Ilyképen a hangegybeolvadás törvényei, melyek *Stumpf* szerint az összhangzattan alapjai, szükségszerűképen, mint logikai követelmények folynak tételemből, a nélkül, hogy a *Stumpf*-féle „specifikus synergiák” felvételére volna szükségünk.

Arra, hogy az egyidejű hangok hasonlatosságának befolyása van azok egybeolvadására, mások is gondoltak. De annál kevésbé lehetett ezt törvény formájába foglalni, mert — tudtommal legalább — sehol sem volt eddig kimondva, annál kevésbé kísérletileg bebizonyítva, hogy az egyidejű azonos és részben azonos, illetve hasonló tudattartalmak egymás önállóságát gátolják, tehát egybefolyjni kénytelenek, míg két egyidejű, heterogen tudattartalom nem bántja egymás függetlenségét.

Az egész psychophysiologiai irodalomban csak *Külpe* könyvében¹ tudtam épen a hangegybeolvadás tárgyalásánál a következő részletre bukkanni: „Tisztán psychologice nézve azt sejtethetné már most az ember, hogy két hang vagy zöngé hasonló volta összefügg egybeolvadásukkal. E szerint azt mondaná az ember, hogy tudatunk két egyidejű tartalma annál könnyebben különíthető el egymástól, minél kevésbé hasonlóak.” Végül pedig azzal fejezi be e kérdés tárgyalását, hogy: „ha az egybeolvadás fokából a hasonlatosság megfelelő fokára akarnánk következtetni, fenmaradna a kérdés, vajjon a hasonlatosság oka-e az egybeolvadásnak, vagy ez utóbbi idézi elő a hasonlatosság látszatát.”

Nézetem szerint kísérleteim e kérdést eldöntötték.

Fenmarad még a kérdés, vajjon helyes e tételünkben a „gátlás” kifejezés, nem volna-e czélszerűbb azt mondanunk, hogy két egyidejű ingernek megfelelő ingerület, illetve érzet azonosságának fokához képest „egybeolvad.” Mindenesetre ez a felvétel sokkal egyszerűbb és kényelmesebb volna. De a „gátlás” felvételére nem annyira okoskodás, mint inkább hosszas tapasztalás útján jutottam. Említém már, hogy a homogen sorok felfogása rendszerint gátoltság érzésével jár együtt, mely külsőleg is észrevehető a sor bemondásának fennakadásában, a mint az azonos elemekhez jutottunk; többnyire az észlelő rögtön bemondja a sor 4. első és 6. dik, legutolsó számjegyet s azután, töprengés után az 5. diket, mely mindig a 2. azonos jegy egyike volt. Továbbá e jegy bemondása igen gyakran bizonytalan. Még pedig a tévedések igen nagy számában azt látjuk, hogy előbb bemondják a kérdéses számjegyet tévesen, majd egy-két másodperc múlva hozzátéveszik, hogy „azonban a 8-as nem bizonyos, lehet hogy 6-os.” Az esetek nagy részében a később fellépett érzetnek megfelelő bemondás a helyes. Magamon több ezer kísérletet végeztem (voltaképen valamennyi más módon végzet kísérleten magam is átesem) és teljes élességgel tapasztaltam, mint válik homályossá az inger eltűnése pillanatában az egyik jegy, majd helyébe több-kevesebb határozottsággal mégis fellép egy számjegynek képe, de igen gyakran pár pillanat után ez eltűnik s helyébe ismét más lép; e két képzet váltakozva élesebbé válhatik, midőn is bemondásunk bizonytalanná lesz, de

¹ Grundriss d. Psychologie auf experim. Grundlage. etc. Leipzig. 1893. 317. l.

a mellett döntünk, a melyikről úgy tudjuk, hogy előbb lépett fel, míg az utóbb fellépettet illuzionak vagyunk hajlandók tartani.

Utóbb azonban többnyire az derül ki, hogy az előbb fellépett képzet az illusio, s az elkésve feltűnt elem volt az igazi ingernek megfelelő érzet. Kísérleti egyéneim közül mindazok, kik több vizsgálati sorozaton estek át s így a tapasztalatok subjectiv elemzésében némi gyakorlatra tettek szert, gyakran mondtak be hasonló tapasztalatokat.

Ez a jelenség pedig határozottan a mellett bizonyít, hogy a két egyidejű homogen inger okozta ingerület nem folyt egybe, csak gátolja, késlelteti egymás önálló kifejlődését, még pedig látási ingereknél a kedvezőbb elhelyezésű a kedvezőtlenét. De a gátolt ingerület utóbb mégis kifejlődik s ennek megfelelőleg a tudatban az elnyomott képzet is felmerül, bár helyét igen gyakran már valamely illusio által elfoglaltnak találja.

Physiologice az ingerületek egybefolyása esetén azoknak későbbi elkülönítése nem volna megérthető. Az „egybeolvadás” tehát, úgy látszik, tisztán psychologiai nyilvánulása a physiologiai „gátlás”-nak; mindkettőnél tökéletesebb lesz, minél azonosabb a 2 egyidejű inger. A gátlásnak, mint ilyennek, lényegére persze okoskodásaink nem engednek következtetést.

Összegezés.

1. Hosszabb optikai ingercsoportok rövid ideig tartó behatásánál a csoportoknak a figyelemre kedvezőtlen elhelyeződésű elemei tévedéseknek vannak kitéve.

2. E tévedések többnyire illusziók, azaz nem emlékezetbeli elhalványodás eredményei, hanem maga a felfogás folyamata közben jönnek létre. Az emlékezeti tévedések első gyökere tehát a felfogásbeli tévedésekben keresendő.

3. Az így létrejött illusziók formájukra és keletkezésükre törvényszerűek. A felfogásra szükséges időtartam küszöbértékével exponált ingersorokat hibátlanul vagy csekély számú s inkább csak sorrendbeli hibával fogjuk fel, ha a sor elemei (főleg a figyelemre kedvezőtlen elhelyeződésűek) különmeműek, ellenben nagyszámú s lényegbeli átalakulással járó tévedésekkel, ha a sorozat egyes elemei egyneműek (azonosak vagy hasonlóak).

4. Ez elv alapján a felfogásnak optikai sorokkal (főleg számsorokkal) való vizsgálatánál figyelemmel kell lennünk a psychophysikai feltételeken kívül a sorok belső szerkezetére is.

5. Ez elv alapján továbbá mesterségesen is alkothatunk heterogen elemekből álló (immun) és részben homogen elemekből álló (terhelt) számsorokat s így előre megszabhatjuk, hogy a számsorok bizonyos csoportját átlag mily számú, minőségű és elhelyeződésű hibákkal fogja a vizsgált egyén felfogni.

6. Elméleti szempontból e jelenséget physiologiai téren a gátlásnak vagyok hajlandó tekinteni, melyet egyidejű egynemű ingerületek egymásra kifejtenek. Psychologiai téren e gátlás eredményeként az egynemű ingerületek látszólagos egybefolyása mutatkozik, midőn is extensiv soroknál a két egybefolyt érzet közül a hiányzót hajlandók vagyunk illusio útján pótolni. A két retinakép egységes látása, valamint a hangegybeolvadás jelenségei e törvénynek egyszerű folyamányai.

* * *

Végül legyen szabad mindaszoknak, kik a kísérletekben részt venni szívesek voltak, valamint Klug Nándor, Moravcsik E. E. és Szili Adolf professzor úrakkal a kísérletek iránt való szíves érdeklődésükért e helyen igaz köszönetet mondanom.

Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez.

— Harmadik közlemény. —

Irta: *Jendrassik Ernő* dr. egyetemi ny. rk. tanár.

(Folytatás.)

III. észlelet (9. eset). *Általános dystrophia, az Achilles-in meg-rövidülésével.* Si . . . Elvira, 8 éves leányka (12. ábra), születésekor atyja 34, anyja 25 éves volt. Bár mindkét szülőnek ugyanegy s nem gyakran előforduló vezetékneve van, mégis mitsem tudnak arról, hogy rokoni viszonyban lennének egymással. E házaspárnak 4 gyermeke van, több nem volt: két fiú idősebb, mint betegünk, s egy leány jelenleg 6 éves; mindhárom teljesen egészségesek.

A beteg már 8 hónapos korában kezdett járnai s két éves koráig

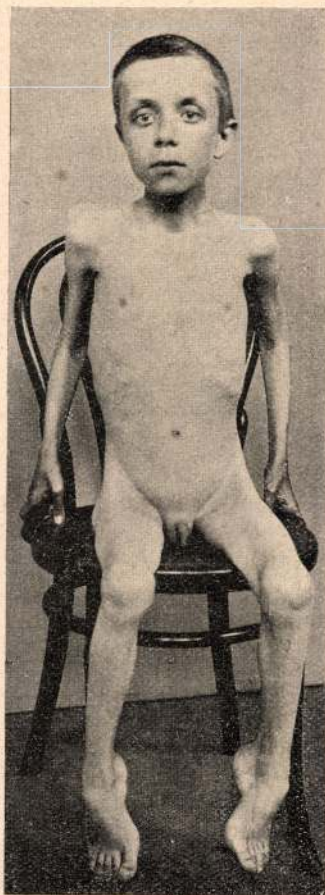
mozgásaiban egészen rendes volt. Ekkor diphtheriában betegedett meg. Ezen bajból felépülve, feltűnt szüleinek, hogy a gyermek „mindkét sarka rövidebb lett”, s járása ezen időtől kezdve mindinkább rosszabbodott. A diphtheriát követően azonban sem torokbénulása, sem látászavara nem volt a gyermeknek. Később még, 4 éves korában, skarlátot szenvedett át, ezután is rosszabbodást észleltek állapotában. Két év előtt galandférgyet távolítottak el beléből, ennek azonban járóképességére semmi hatása nem volt. Egyéb tekintetben sem a beteg, sem anyja nem említenek kóros jelenséget.

A felvételkor a korához mérten elég nagy, sovány gyermek feltűnő az általában még egészen gyermeki testalkotással ellentétben a nagy ajkaknak dús és hosszú szőrözettel fedett volta. Havi baja azonban még nem volt, az emlők teljesen fejletlenek. Testalkotásában még egy sajátságos eltérés észlelhető, a mit, úgy látom, szintén degeneratív jelenség lehet venni, t. i. hogy a symphysis alatt az éppen nem feltűnően sovány czombok között igen széles rés marad szabadon, körülbelül 5 cm., míg a rendes testalkotás mellett ezen helyen a czombok belső felülete egymást érinti. Hasonló elváltozást egyéb dystrophiás betegen is észleltem. A gyermek belső szervei épek. Koponyájának legnagyobb vízszintes körfogata 51.5 cm., a harántátmérő aránylag nagyobb.

irányban való mozgásában is csak igen kevés erővel rendelkezik. Összehasonlítva azonban a két mozgásirányt, a feszítés mégis jelentősebben nagyobb erővel történik, mint a hajlítás. Vállait felhúzni elég erővel, leszorítani (latiss. dorsis) ellenben csak igen kis mértékben tudja. Alsó végtagjai a legnagyobb mértékben tehetetlenek. Fekvő helyzetben csak jobb lábát tudja kinyújtott tartásban a talajról felemelni, a balt nem; alsó végtagjait felhúzni (térdben meghajlítva) nem tudja, s ha ezen tartásba hozzuk térdeit, úgy nem képes azokat egymás mellett tartani, azok kétoldalt szétesnek (az adductorok tehetetlensége folytán). Kinyújtott lábait nem tudja széthúzni fekvő helyzetében. Ilyen helyzetből, ha fel akar állni, úgy nagy nehézséggel balfelé átfordítja testét s kezeivel segédkezve valahogy felül, felállni azonban nem tud. Ha lábraállítjuk s járását figyeljük meg, úgy kitűnik, hogy lábait jelentősen távol tartja egymástól, járás közben alig hajlítja azokat, s medenczéjének jobbra-balra eltolásával emeli megfelelő lábát előre; ilyen módon néhány lépésnyire tud vánszorogni. Ülő helyzetében vizsgálva kitűnik, hogy alszárát, bár igen gyenge erővel, de mégis jobban tudja kifeszíteni, mint hajlítani. Gastrocnemiusa kemény tapintatú, rugalmatlan, úgy hogy megfeszült Achilles-ina lábát egyáltalában nem engedi felhajlítani, sőt néhány napi gipszkötés sem adott kedvező eredményt.



12. ábra.



13. ábra.



14. ábra.



15. ábra.

A gyermek testtartása álló helyzetben igen jellegzetes. Mindkét lába lólábállásban van s e miatt csak lábujjhegyen és bizonytalanul tud állni, fogódzás nélkül alig pár másodpercig képes egyensúlyát fentartani. E mellett gerincoszlopának ágyéki része erősen behajlott, e lordosis mellett medenczéjének tartása is olyképen változott, hogy symphysis jelentősen mélyebben, keresztcsontja ellenben magasabban áll. A lordosis ellensúlyozásaképpen a gerincoszlop felső részei s a beteg vállai hátradóltek. Ülő helyzetben azonban a gerincoszlop azonnal kiegyenesedik, s ekkor csupán csekély oldalejtésű, a mennyiben a gerincoszlop ágyéki részlete és annak alsó háti része domborulatával kis mértékben balra tekintő ívet alkot. A gerincoszlop hajlíthatósága szabad s igen jelentékeny kitéréseket enged meg. A gyermek ülő helyzetében alszárai függőlegesen lógnak le, a pes equinus ilyenkor is kifejezett. A beteg vállai kissé felhúzottaknak látszanak.

A mozgás vizsgálata a test felső részeiben is meglepő súlyosságú változásokat derített ki. Ha a gyermek ül, fejét látszólag könnyen és szabadon mozgatja előre-hátra, jobbra-balra. Ha ellenben egyenes talajra lefektetjük, úgy oldalt még mindig tudja fordítani fejét, de hanyattfekvő helyzetben egyáltalában nem tudja felemelni az alapról, hasra fektetve ellenben elég könnyen emeli fejét. Hanyattfekvő helyzetében még akkor sem tud felemelkedni, ha fejét kezünkkel felemeljük, míg előre dült helyzetéből, ha egyensúlyát különben biztosítjuk, elég erővel tud kiegyenesedni. Karjait némi megerőltetéssel ülőhelyzetben is feje fölé ki tudja nyújtani, sőt a különféle irányokban látszólag elég könnyen mozgatja, de ha ellenállunk bizonyos mozgásirányoknak, úgy azonnal kitűnik, hogy az alkar hajlításakor, a kéztő hajlításakor a legcsekélyebb ellenállás legyőzésére sem képes, s ezen testrészek feszítő

Ezen kötésben sikerült ugyan lábát derékszögletig felhajlítani, mindazonáltal a gyermek nem tudott jobban járni, mert gastrocnemiusai czombcsontját húzták le s kénytelen volt térdét hajlítva tartani s ismét lábujjhegyeire állni. A kötés levétele után pedig a régi helyzet állott újból elő.

Az érzésvizsgálat egész testén ép viszonyokat tüntetett fel. Az in-reflexek patella-inán teljesen hiányzanak, hasi bőrreflexei megvannak. A villamos vizsgálat csupán a nagyon tehetetlen izmokban mutatott ingerlékenységi csökkenést, elfajulási ellenhatást nem találtunk.

A vizelet ép, kiürítése, nemkülönben a székelés rendes módon mennek végbe.

IV. észlelet (10. eset). *Teljes és általános dystrophia a gerincoszlop elgörbülésével.* O. L. 12 éves fiú 1898 május 7-dikén került a klinikára. A gyermek atyja 46 éves, anyja 45. Mindketten egészségesek, de az anya gyenge testalkotású, közhíves, s beteg fia nagyon hasonlít rá. A szülők nem rokonok. Az anya fitestvére különben egészséges, előkelőbb hivatalnok, kinek azonban ujjai ép oly módon hátra hajlíthatók, mint a kis fiúé. A beteg anyjának egy nőtestvére vesaniás, egy pedig gümőkórban halt meg. A beteg apjának anyja paralysis agitansban végezte életét.

E szülőknek öt gyermeke született:

1. Leány, jelenleg 14 éves, gyengén fejlett, de egészséges. Másfél évvel kezdett beszélni, de csak 20 hónapos korában járni, ezen gyermek, valamint a többi is, két éves kora előtt egyedül járni nem tudott. Jelenleg állítólag jól jár, szaladgál.

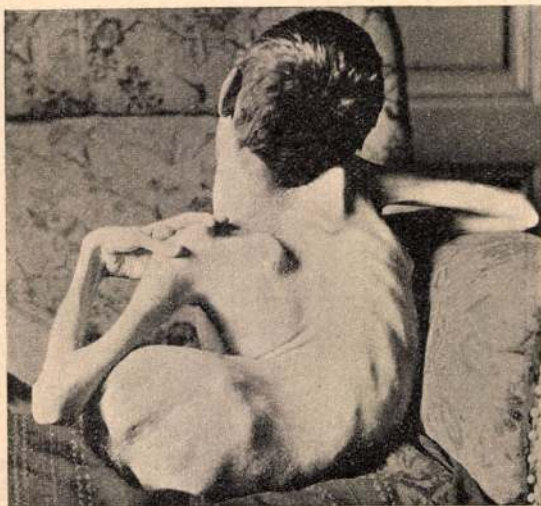
2. Kéthónapos elvetélés.

3. Fiú, betegünk.

4. Fiú, 10 éves, épp oly lassan fejlődött, mint az első, de most egészséges.

5. Leány, 9 éves.

Alkalmunk volt ezen gyermekeket is megvizsgálni, általában igen gyenge, sovány, vézna gyermekek, még legerősebb a 10 éves fiú, mind anyjukra hasonlítanak; a gyermekek fogai rendetlenek, erősen rovátkoltak s csipkézett szélűek, anyjuké hasonló, részben már ki is tört. Ezen angolkóros fogalkotásnak megfelelő a gyermekek feje is: kidudorodó parietáldombok, occiput-lépcső, mély szemgödörök alaki eltéréseivel. A gyermekek inreflexe rendes.



16. ábra.



17. ábra.

A kis beteg a terhességnek nyolczadik havában jött a világra, gyengébb volt mint a többi, s még lassabban fejlődött, úgy hogy csak három éves korában kezdett járni és beszélni, járni azonban sohasem tudott egészen jól. Hathónapos korában már feltűnt anyjának, hogy gyermekének háta igen hajlékony, anyja szavaival élve, gyermeke ekkor kezdett *kinőni*, háta ugyan feke kiegyenesedett, de ha felültették, semmikép sem tudta egyenesen megtartani; orvosi rendeletre ekkor állandóan kemény derékaljra fektették, állítólag szép javulást értek el. Nagyon sírós gyermek volt. Négyéves korában bárányhimlője volt, majd hatéves korában skarlatinája, ez igen levette lábáról, úgy hogy utána gyakran elesett, s mind nehezebben mozdult, 1895. júniustól (azaz 9 éves korától) többé állani sem tudott.

A felvétel alkalmával feltűnt a betegnek aránylag nagy feje, a mely többi testrészének igen satnya fejlettsége mellett még inkább szembeütlék.

A beteg esontrendszere általában gyengéd, ámbar alakra szabályos fejlődésű. Koponyája nagy, körfogata a fülek felett 54 cm., homloka keskeny, de magas, kissé előredomborodó, parietál-esontjai kidudorodottak, nyakszirtesontja kissé előálló lépcsőt alkot. A beteg arca részarányos, fülei közepesek, kis Darwin-esomó baloldalt. Fogai recézettek, metszőfogainak éle kicsipkézett.

A beteg nyaka vékony, elég hosszú, körfogatban 26 cm., a glandula thyreoides rendesnek látszik. Néhány apró mirigy tapintható az áll alatt és a sterno-cleido mast. széle mentén.

A mellkas sovány, elég domború, bordái erősen látszanak, a borda végei nem megvastagodottak. A bordaszél szabályos alakú, nem elődomborodó. A mellkas körfogata a hónaljon át 56 cm., a csecsbimbók magasságában 58 cm. A kulcs feletti írkok mélyebbek. Lélegzősátor a mellkas csak kevésbé emelkedik, még mély belélegzősátor is, csaknem egyedül a rekesz végzi a levegő beszívását. A tüdők és a szív épek. A szívhangok elég erősek, a szív működés rendes helyén tapintható. Az érverés 90 körül van.

A beteg hasa mérsékeltén behúzódtott. A vizelet rendes alkatú. A szék rendes.

A gerincoszlop igen hajlékony, csigolyái vékonyknak látszanak; ülőhelyzetben a gerincoszlop ágyéki részletén előfelé homorulatot mutat jelentékeny fokban, ennek megfelelőleg a keresztcsont erősen hátrafelé domborul, így a medence symphysise lejjebb áll, mint az rendes körülmények között lenne. E mellett a gerincoszlop oldalt is hajlott: nyaki részletén a domborulat balra, a háti részletén, a hol az oldalelhajlás leginkább kifejezett, jobbra, majd ágyéki részletén ismét némileg balra tér el. Fekvő helyzetben ezen eltérés elsimul.

A beteg lapoczkái a törzstől erősen elválnak.

A végtagok esontjai elég jól fejlődöttek, mind hosszúságra, mind vastagságra nézve csak kevésbé maradnak a rendesen fejlett, hasonló korú gyermeké mögött vissza. A felkarok legnagyobb körfogata 12.5, az alkaroké 14.5 cm., a czomboké 25 cm., az alszáraké 19 cm.

Az izmok, kivéve a fejen levőket, általában jelentékeny fokban sorvadtak, a törzskönn teljesen ép izom nem található.

Mindezen elváltozások a 13., 14. ábrákon eléggé szembeütöttek.

Az izmok villamos ingerlékenysége, ismét a fejen levők kivételével, csekély ingerlékenységi csökkenést mutat, de az összehúzódások megfelelő alakban mind a galván-, mind a farádos árammal kiválthatók. Elfajulási reactio sehol sincs.

Passiven mozgatni minden ízületben lehet a végtagokat, sőt a rendes foknál jelentékenyen nagyobb mértékben is, kivéve a könyök-izületet, a hol a behajlítás igen könnyen megy ugyan, de a kinyújtásnak 100°-on túl a biceps megfeszülő ina ellene szegül, továbbá a térd-izületet, a hol a semitendinosus és semimembranosus ina feszül meg, ha alszárát 80°-on túl akarjuk kifeszíteni, ennek folytán még 90°-ig sem sikerül hozni a térdizületet, míg behajlítása könnyen megy végbe, végre a lábtöizületet, a melynek felhajlítása az Achilles-in megrövidülése folytán válik lehetetlenné. Ezen viszonyok okozzák, hogy a beteg karja könyökizületében, alsó végtagja térdizületében állandóan be van hajlítva, lába pedig a lólábállást foglalja el; az utóbbiak e mellett a metatarso-tarsusizületben erősen hajlítottak s merevek, az ujjak első percei a lábakon felfelé feszítettek, a második perczben ismét meghajlítottak (Karoni-láb). A czombesont-izületben, a felkarsont-izületben s főképen a kéz ujjainak izületeiben igen feltűnő túlhajlithatóság van, úgy hogy az ujjak izületei csaknem lötyögőknek mondhatók. A kéz ujjainak végső perce a második perczhez viszonyítva mintegy 100°-ig felhajlitható.

A beteg önálló mozgási képessége igen csekély, kivéve, hogy arc- és rágóizmait hibátlanul használhatja, hasonlóképen nyelvének, garatjának mozgásai s szemizmai egészen szabadok. A beteg állandóan ágyban van, sőt fekvő helyzetéből sem tud egyedül felülni, felültetve azonban egy épen megfelelő helyzetben elüldögél. Összes izmait tudja mozgatni, de igen csekély erővel.

Fekvő helyzetében fejét jobbra balra fordítani tudja, de a vánkorról nem bírja felemelni. Ülő helyzetében hátrafelé nem igen meri hajlítani fejét, mert egy bizonyos fokon túl nem áll hatalmában fejét ismét előre hajlítani.

Karjait fekvésben alig tudja annyira emelni, hogy könyökei elhagyják ágyon nyugvó helyzetüket. Ülve sem képes emelni karjait; alkarjának mozgási képessége is a legkisebb mértékre szorítkozik, kezének nyomereje csak gyengén érezhető. A felső végtagon leginkább megtartott izmok a kéztöizmok és az ujjak hajlítói megfeszítői.

Alsó végtagjait czombjaiban fel tudja húzni addig, a míg lábai éppen elhagyják az ágyat, innen felemelni lábait nem bírja, még csekélyebb a mozgási képessége az alszáron, lábujjait ellenben elég jól mozgatja. Az alsó végtagon leginkább mozgásképes izmok: a psoas, a lábujjak mozgatói. Bőrérzésének minden faja, valamint érzékszerveinek működése is teljesen hibátlan. Szellemi képessége korának teljesen megfelelő.

Reflexei közül a bőrreflexek élénkek. Az inreflexek térdén teljesen hiányoznak, alkarján szintén.

Zsigeri beidegzései hibátlanul működnek.

A kis beteg egy év és egy hónapig volt a klinikán, a honnét körülbelül változatlan állapotban került haza. Azóta is értesültem időnként állapotáról, sőt 1900 április havában felvett fényképet is kaptam a kis betegről, a mely kép tanúsága szerint a beteg ekkor még ülni tudott, de gerincoszlopelferdülése jelentékenyen haladt előre. 1901 október 4-dikén Kollarits Jenő és Scholz János dr.-ok, klinikai segédeim, meglátogatták a beteget Dunaföldvárott. A kórkép a lefolyt két év alatt óriásilag fokozódott, s most a betegnek zsigeri szervei, feje és

kissé kézüjjai élnek még, a többi izomzata jóformán teljesen megbénult és degenerálódott (l. a 15., 16., 17. ábrát). Ime a részletesebb adatok: A beteg homlokát, arcizmait jól mozgatja, bár nevetéskor a felső ajak kevésbé vesz részt, rágóizmai azonban igen gyorsan kifáradnak. Szemizmai teljesen épek. A nyelés rendes. A nyakizmok csaknem teljesen bénultak, fejét függőleges helyzetben bírja csak rövid ideig megtartani, ha kissé oldalt hajlik, azonnal leesik a súly irányában. Fekvő helyzetben sem tudja fejét oldalt forgatni.

Vállait kissé képes megmozdítani, de erőtlően. Felső végtagjai nagy mértékben sorvadtak, jobb felkarjának körfogata 11, a balé 11,5 cm., alkarjainak legnagyobb kerülete jobboldalt 13, baloldalt 14 cm. Fel- és alkarjait egyáltalában nem tudja mozgatni, sőt könyökizületében is korlátozott a kinyújthatóság, a jobb könyökizület mintegy 45°, a bal 60°-ig feszíthető. Kéztőjét, ujjait, bár kevés erővel, de még elég ügyesen tudja használni; ujjainak túlfeszíthetősége jelenleg is fennáll. Kezeinek használatában a legszánalmasabb képet nyújtja: ha ujjait szájához akarja közelíteni, úgy ujjával kapaszkodva húzza fel mellén végig alkarját és felkarját. Ujjai feltűnően hosszúak, a mit persze még fokoz a nagyfokú lesaványodás, a csontközötti hézagok mély gödrökként tűnnek fel.

Alsó végtagjain activen csak lábát és lábujjait tudja mozgatni, szintén csupán csekély erővel. Jobb cizombjának körfogata 17, balé 18,5 cm., jobb alszárának kerülete 16,5, a balé 16,7 cm. Bal térdé 60, jobb 70°-nyi szögleten túl nem feszíthető. Lábainak eltorzulása még kifejezettebb.

Törzsök izmai csak itt-ott engednek meg egy kis activ mozgást, de az állandóan ágyán fekvő beteg sem felülni, sem oldalt fordulni, sem helyzetét megváltoztatni a legkisebb mértékben sem képes. Gerincoszlopa erősen elgörbült, a mint az a 16., 17. ábrán látható. Jelenleg a gerincoszlop úgy hajlik, mintha egyáltalában mi sem tartaná össze a csigolyákat, hol körülakban hajlik meg, hol csaknem éles szögletben, a szerint, a mint megtámasztjuk. A csontrendszer keménysége, sőt dimenziói is rendesek maradtak.

Térd-inreflexei, valamint triceps brachii reflexe nem válthatók ki, s a megfelelő izmok mechanikai ingerelhetősége is hiányzik. Az Achilles-in reflexe és a gastrocnemiusok mechanikai ingerelhetősége megvan. Fibrillás rángások nincsenek. Villamos vizsgálat ezen időben nem volt kivihető.

A bal mellkasfél igen szűk, a szivtompulat a jobb oldal felé eltolódott. A bordák belapultak, a szegycsont besüppedt, a bordaszélek kiemelkednek.

A kis beteg értelmi képességei teljesen jók, egész nap szorgalmasan olvas. Kedélyhangulata derült volt, szörnyű nyomorúsága dacára szeretett élni. Erzékszervei hibátlanok; nemi szervei korát meghaladó módon fejlődtek.

A beteg ápolása igen nagy nehézségekbe ütközött, alig lehetett helyéből felemelni, mert minden egyes részét meg kellett fogni, különben csak az a testrész emelkedett, a melyet megfogtak. Szüleinek nagy gondozása tartotta ezen szerencsétlen, sorsát békességgel tűrő gyermekben az életet, míg végre 1902 január 4-dikén meghalt a vidéken, szüleinél.

(Folytatása következik.)

Az emberi és a marhagümőkór azonosságának kérdése.

Székelly Ágoston dr. magántanártól.

(Vége.)

Soroljuk már most fel lehető teljességgel az irodalomban található azon adatokat, a melyek a mellett szólnak, hogy emberek fertőződése marhából eredő gümőkóros anyaggal nem tartozik a lehetetlenségek közé. Előrebocsátjuk, hogy teljesen bizonyító értékűeknek ugyan nem tarthatjuk ezeket az adatokat, a mennyiben nincsen kizárva, hogy a marhagümöbaccillus bejutásával körülbelül egyidőben nem került-e az illetőkbe emberi gümöbaccillus is, avagy nem volt-e már előzőleg az illetőkben az emberi gümöbaccillus. A legtöbb eddig közölt esetben azonban mégis a fertőzés körülményei, az illetők előző egészségi állapota és egyéb viszonyok a legnagyobb valószínűséggel arra utalnak, hogy a fertőzést marhagümöbaccilusok okozták.

Lássuk először is azokat az eseteket, melyekben a bőrön létrejött sérülésen át juthatott be a marhagümöbaccillus.

*Tscherning*¹ a következő esetet közli: Egy fiatal, gümőkórra hajlamossággal nem bíró állatorvos gyöngykóros tehén bonczolásakor megvágta az ujját, mire a sérülés helyén a bőr alatt gümőkóros gőcz képződött, melynek kiirtása után az illető meggyógyult. Ezzel párhuzamosan felemlíti egy másik esetét is, a melyben egy a tüdővész előrehaladt szakában levő beteg köpöcsészéjének eltérése folytán egy egészséges eselédány ujjja megsérült; az ujját a fejlődött gümőkóros elváltozások miatt néhány

hónap múlva amputálni kellett és egyidejűleg kiirtani a könyök és a hónalj megbetegedett mirigyait is; a beteg meggyógyult. Szerző nem akar ezen két esetről következtetést vonni az emberi és a marhagümőkór rosszindulatúságának eltérése voltára, noha feltűnőnek mondja, hogy a míg az első esetben nem mutatkozott hajlam a baj tovaterjedésére, addig a másodikban igen.

*A Pfeiffer*¹ által közölt esetben egy egészséges családból származó állatorvos (Moses) gyöngykóros állat bonczolásakor megsértette bal hüvelykujját, miközben a kés valószínűleg az izületbe hatolt. A seb gyógyulás nélkül gyógyult, 1/2 év múlva azonban a hegben gümö képződött, az izület lötyögő lett, majd köhögni kezdett a beteg s a sérülés után 1 1/2 évvel tüdőgümőkórral meghalt. Bonczolásakor az interphalangealis izületet teljesen roncsolt-nak találták, a porcfelszínek necrotikusok, az izület rögös tömegekkel kitöltött és ezekben oly nagy mennyiségben voltak jól fertődő gümöbaccilusok, a melyben különben gümőkóros izületekben nem található; a készítmények arra a képre emlékeztettek, a melyet tüdőcavernák tartalmának vizsgálatokor szoktunk látni. (Az eset bakteriologiai vizsgálatát Koch intézetben *Weisser* végezte.)

*Jadassohn*² esetében egy mészáros jobb mutatóujjának végső izén keletkezett gümőkóros fekély, mely gyöngykóros marha leülésekor létrejött sebészéből indult ki; később a felkaron lupus fejlődött. Más szervek részéről gümőkórra valló tünetek nem jelentkeztek.

*Coppez*³ esete egy gümőkóros nem terhelte, teljesen egészséges 17 éves leányra vonatkozik, a ki az ujján levő sebet egy tügytuberculosisban szenvedő tehén fejése közben fertőzte, mire 6 hónap alatt a test különböző részein 35 subcutan gümőkóros gőcz, valóságos hideg tályog fejlődött; később még újabbak is jelentkeztek, úgy hogy számuk körülbelül 60—66-ra rúgott. Ezek eurettezés, thermocauter és jodoform használata után lassanként meggyógyultak. A zsigerek gümőkórára utaló tünetek sohasem mutatkoztak, az egyik szemben azonban iristuberculosis fejlődött, mely gyorsan terjedt, elpusztítva az egész irist, majd a corneára és a szemteke külső részeire is áttérjén, a szem eltávolítását tette szükségessé. Az egyik subcutan tályogból vett genyet háziyúl mellső szemcsarnokába vite, tipikus iristuberculosis fejlődött, a nyakon levő nyirokmirigyek rendkívül megduzzadtak és az állat cachexiában elpusztult.

*Hartzell*⁴ említi, hogy egy erőteljes, egészséges vasúti munkás egy marhaszállító kocszi burkolatának letört részével a kézhatón megsértette magát, mire az illető helyen gümőkóros gőcz fejlődött, a melynek kezelése eredményes volt ugyan, egy év alatt azonban általános gümőkór fejlődött, melynek az illető áldozatul esett.

*Groth*⁵ esetében tejfellel kezelt sérült helyen bőrtuberculosis fejlődött; az illető család csak egy tehén tejt s a belőle készült termékeket használta; úgy a tej, mint a belőle készült tejfel átvitele háziyúlra gümőkórt idézett elő.

*Ravenel*⁶ állítólag 3 esetben észlelt fertőzést marhából eredő gümőkóros anyagnak sérült helyekre jutása után. Bővebbet azonban az eredeti közlésnek számomra hozzáférhetlensége miatt nem mondhatok.

Müller a „Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ Rostockban tartott legutóbbi évi összejövetelén két esetet említett, melyekben gümőkóros marhák bonczolására használt késsel a karon, illetve az ujjon létrejött sérülés folytán inhüvely-gümőkór keletkezett.

*Sick*⁷ esetében egy gümőkóros tehén vágásakor jobb hüvelykujján megsérült munkásnál szintén inhüvely-tuberculosis fejlődött.

*John*⁸ magánértésítés útján nyert tudomást két esetről. Az egyikben egy szászországi hússzemléző gümőkóros tehén vizsgálatokor ujját megvágta, mire a sérülés helyén gümőkóros fekély keletkezett. A másik esetben egy állatorvos szintén az ujján

¹ Zeitschrift für Hygiene, III. kötet.

² Virchow's Archiv, 121. kötet, 1890.

³ Revue génér. d'ophtalmologie, 15. kötet, 1896.

⁴ Journal of the American medical association, 1898.

⁵ Idézve *Salmon*-nál: Journal of the American medical association, 1901.

⁶ Philadelphia medical journal, 1900. július 21.

⁷ Rundschau a. d. Geb. d. Fleischbeschau, 1901. 19. szám.

⁸ Zeitschrift für Tiermedizin, 5. kötet.

¹ Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1. session, 1888.

fertőzte magát, minek következtében a hónaljhi nyirokmirigyek gümőkórja származott, a mi ezen mirigyek sebészi eltávolítását tette szükségessé.

*De Jong*¹ esetében egy gümőkóros marha mesenteriumának vizsgálatakor történt a sérülés; a seb nem hegedt be, szélei megkeményedtek, környéke erősen megduzzadt, a sebből időnként savós váladék ürült; a rendes sebkezelés eredménytelen maradván, kikaparáshoz és causticumok alkalmazásához kellett folyamodni; a kikapart anyagban gümöbacillusok voltak kimutathatók.

*Pricster*² a kiel sebklínikáról közölt egy esetet, melyben az illető egyén a bőrén levő taetovált helyeket a taetoválás eltávolítása céljából megszurkálta és tejjel bedörzsölte, a mire ezen helyeken bőrtuberculosis fejlődött.

Legújabbán *Joseph* és *Trautmann*³ marhából eredő gümőkóros anyaggal fertőzés következtében keletkezett tuberculosis verrucosa cutis 3 esetét közölték. *Ravenel*⁴ szintén felemlít még egy esetet, melyben gümőkóros marha boncsolása közben a kézizület táján keletkezett sérülés helyén meglehetősen nagyszámú gümö képződött, mely kiirtatván, benne óriás sejtek, valamint szokatlanul nagy számú gümöbacillusok voltak kimutathatók.

Látjuk tehát, hogy fertőzés marhából származó gümőkóros anyagnak a bőrön át bejutása útján lehetséges, noha a bőr a gümőkóros fertőzéssel szemben általában meglehetősen ellentálló. A fertőzés folytán a legtöbb esetben ugyan csak helyi elváltozások keletkeztek, úgy a mint az emberből származó gümőkóros anyagnak a bőrön át bejutásakor is lenni szokott; néhány esetben azonban általánossá vált a gümőkór. Különben a marhagümöbacillusal fertőzés következtében a bőrön keletkező gümös gőcz teljesen hasonló az emberi gümöbacillusal fertőzés után jelentkező bőrelváltozáshoz.

Soroljuk már most fel azon néhány esetet, melyekben a fertőzés a legnagyobb valószínűség szerint gümőkóros tehenek tejének ivása folytán jött létre.

*Stang*⁵ esetében a teljesen egészséges szülők jól fejlett öt éves gyermeke néhány hétig tartott betegség után elhal; boncsolásakor miliaris tüdőgümőkórt és a mesenterialis mirigyek rendkívüli túltengését találják. A gyermek hosszabb időn át egy később gyöngykórosnak bizonyult tehén frissen fejt tejét itta. Hasonló esetet észlelt *Bollinger*⁶ is.

*John*⁷ is említ egy idetartozó esetet. Egy birtokos újszülött gyermekét legszebb és legerősebb tehenének tejével táplálta; ez a tehén később nagy fokban gümőkórosnak bizonyult. A gyermek később — állítólag kanyaró és tüdőhurut következtében — rendkívül megfogyott és 2½ éves korában agygümőkórban elpusztult. (Arról nincsen említés téve, vajjon a gyermeket boncsolták-e?) Ugyancsak *John*⁸ említi, hogy hasonló eseteket *Uffelmann*, *Ebstein*, *Hergard* és *Felizet* is közölték.

*Demme*⁹ 4 olyan esetet ismertet, melyekben az egészséges szülők gyermekei a mesenterialis mirigyek és a bél gümőkórjában pusztultak el, minekutána különböző hosszú időn át gümőkóros tehenek nyers tejét itták.

Legismertebb talán *Gosse*¹⁰ genfi orvos leányának esete. Az addig egészséges leány sorvadni kezdett és 10 hónapig tartott betegség után meghalt. Boncsolásakor kiterjedt bél- és mesenterialis gümőkórt találtak. Családi terheltég nem volt jelen. A leány családjával vasárnaponként kirándult egy közeli majorba s ott mindig frissen fejt tejet ivott. A major tehenei később tuberculosis próbának vettetésén alá, 5 tehén közül 4 reagált; utóbbiak leletvén, kettőjükben tüdőtuberculosis is volt kimutatható.

¹ La semaine médicale, 1902. 3. szám.

² Idézte *Ostertag*-nál: Zeitschrift f. diätetische u. physikalische Therapie, 5. kötet.

³ Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 12. szám.

⁴ University of Pennsylvania Med. Bull. 1902. február.

⁵ Comte-rendu du 4-e congrès internat. vétér. de Bruxelles, 1883. Idézte *Nocard* könyvében: Les tuberculoses animales. Paris, G. Masson.

⁶ Idézte *John*-nél: Zeitschrift für Thiermedizin, 5. kötet.

⁷ *John*: Die Geschichte der Tuberculose. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1883.

⁸ Ugyanott.

⁹ Idézte *Nocard* könyvében: Les tuberculoses animales. Paris, G. Masson.

¹⁰ Ugyanott.

Az *Ollivier*¹ által közölt észlelet, mely szerint gümőkóros tehenek tejének ivása folytán egy leánynevelő intézet növendékei között majdnem járványszerűvé lett a gümőkór, szintén szerepelni szokott a gümőkóros tehenek tejének veszélyességét bizonyító dolgozatban, noha a behatóbb utánajárás más viszonyokat derített ki, a melyek folytán az észlelet bizonyító értékét elvesztette.

Végül nem egészen érdekesség nélküli az a körülmény, hogy — a mint azt *Zippelius* és *Bayard* állítják — az emberi és a marhagümőkór gyakoriságát feltüntető görbék meghatározott területeken csaknem párhuzamosan haladnak, a miből *John*e szerint talán szintén következtetni lehet a marhagümőkór az emberre átvihetőségére. Megjegyzendő azonban, hogy ez a párhuzamosság néha nem volt kimutatható, így *Biedert*² sem találta.

Érdekes továbbá az is, a mire *R. Thorne-Thorne*³ hívta fel a figyelmet, hogy tudniillik Angliában a tüdővész mortalitása az utóbbi időkben tetemesen csökkent, a tabes mesaraica halálzási arányszáma azonban nem igen változott, sőt az 1 éven aluli gyermekeknek 27,7%-kal emelkedett; ezt az emelkedést a nem forralt tej fokozódó használatából eredőnek tartja. *Hueppe*⁴ is említi, mint *Koch* nézete ellen szóló körülményt azt, hogy az utóbbi időkben meghonosított egészségügyi intézkedések, melyek főképp a belégzés útján való gümőkóros fertőzés ellen irányulnak, a felnőttek gümőkór-halálzását csökkentették, a gyermekkori gümőkór-halálzás arányszámára azonban nem gyakoroltak befolyást, jeléül annak, hogy a gyermekkorban a belégzésen kívül még más fertőzőmód — valószínűleg gümőkóros tehenek tejével — is nagy szerepet játszik.⁵

A lehető teljesség kedvéért még felemlítjük, hogy *Hueppe* szerint *Sattler* szemklínikáján 1900-ban egy esetet észleltek, melyben egy tehenész, a ki egy gyöngykóros tehenet fejt hosszabb időn keresztül, a szem kötőhártyájának gümőkórjában megbetegedett.

Tekintve azt, hogy a majom meglehetősen közel áll az emberhez, a mint azt a haemolysisre vonatkozó újabb vizsgálatok eredményei is mutatják, érdemes volna nagyobb számú kísérleteket végezni majmokon a marhagümöbacillus fertőző képességének kipróbálására. Ilyen kísérleteket azonban eddigelé még csak nagyon gyér számmal végeztek. Így *Grünbaum* gyöngykóros tehén tejével sikeresen fertőzött egy simpanzt; a készítményeket a német orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésén Hamburgban be is mutatta. *De Jong*⁶ egy jávai majmot emberi gümöbacillusal, egy másikat pedig marhagümöbacillusal fertőzött; utóbbinál sokkal súlyosabb gümőkór fejlődött. *Schweinitz* és *Schroeder*⁷ — a mint egy rövid referaturn alapján tudom — szintén képesek voltak marhagümöbacillusal majomban gümőkórt létrehozni.

Végül azon kísérletekről kell még megemlékeznünk, a melyeket *Baumgarten* említi már többször idézett közleményében s a melyekről ő mint azon kórház prosectora, hol az illető kísérletek folytak, szerzett tudomást. A kísérleteket körülbelül 20 év előtt végezte egy azóta elhalt orvos, vagyis akkor, a mikor *Rokitansky* azon nézete, hogy a rák és a gümőkór egymást kizárják, még divott. Ezen nézet alapján az illető orvos olyan inoperabilis rosszindulatú daganatokban szenvedő betegekbe, a kik amúgy is biztosan elpusztultak volna, subcutan gümöbacillusokat fecskendezett be, még pedig — kellő fertőző erejű emberi gümöbacillus-tenyészetek véletlenül nem állván rendelkezésére — házinyulakra nézve nagyon virulens gyöngykórbacillusokat használt a befecskendezésekhez. A befecskendezések, melyeket fél tucatszál több betegnél végzett, sem nem használtak, sem nem ártottak; gümőkór egy esetben sem fejlődött, noha nagy mennyiségeket fecskendezett

¹ Bullet. de l'Académie de médecine, 25. kötet.

² Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 47. szám.

³ Idézte *Hillier* könyvében: Tuberculosis. London, Cassel and comp., 1900.

⁴ Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 34. szám.

⁵ Mellékesen megjegyezzük, hogy *De Michele* (La pediatria, 1894) valamint *Michelazzi* (Annali d'Igiene sperimentale, 1901) kísérletei azt mutatják, hogy a gümőkóros tehenek teje egy felforralással tönkre nem tehető mérget tartalmaz. *Jemma* (Atti del congresso contro la tubercolosi, Napoli, 1900) pedig azt találta, hogy gümöbacillusokat tartalmazó tej felforralás által még nem lesz ártalmatlanná, mennyiben ez ilyen tejjel táplált állatok cachexiában elpusztultak.

⁶ La semaine médicale, 1902. 3. szám.

⁷ American medicine, 1902. január 4.

be. A befecskendezés helyén képződtek ugyan néha kis tályog-szerű góczok, a melyekben eleinte voltak gümöbacillusok; a góczok elhegesedése után azonban gümöbacillusokat már nem sikerült bennük kimutatni. A legtöbb beteg még több hónapig, némelyik egy éven túl is életben maradt.

Ezekből a kiérletekből azonban véleményem szerint még nem szabad azt következtetni, hogy a marhagümöbacillus az emberre nézve ártalmatlan. Ugyanis a gümöbacillusok a bőr alá fecskendeztettek; már pedig tudjuk, hogy a bőr és a bőr alatti kötőszövet meglehetősen ellentállást fejt ki a gümőkör fertőző anyagával szemben. De másrészt egy egészséges és egy előrehaladt rákos megbetegedésben szenvedő egyén között is nagy a különbség; lehetséges, hogy utóbbinál a szövetek és nedvek összetétele már olyan változásokon ment át, a melyek következtében azok a gümöbacillusok megtelepedésére és elszaporodására alkalmatlanná váltak.

* * *

És ezzel tanulmányomnak végéhez értem. Az emberi és a marhagümőkör azonosságának, illetve különbözőségének kérdésére vonatkozó számos kísérlet, megfigyelés és következtetés lehető teljességgel összeállításából láttuk, hogy a kérdés véglegesen eldöntve még nincsen. De láttuk azt is, hogy Koch következtetései levonására nem volt jogosult; mert úgy az általa, mint a mások által végzett kísérletek eredményeiből legfeljebb azt lehet következtetni, hogy a marhagümöbacillus nemcsak a marhára, de más kísérleti állatokra nézve is többnyire sokkal erősebb fertőző képességű, mint az emberi bacillus. Tovább menni azonban ez idő szerint nem szabad, mert akkor — talán még több alappal — azt is következtethetnénk, hogy valamint más állatokra, úgy az emberre nézve is sokkal veszedelmesebb a marhagümöbacillus, mint az emberi, a mint hogy tényleg némelyek állítják is. Lehetséges — a mint ebben Baumgarten is egyetért Koch-hal —, hogy a marhagümőkör az emberek gümökóros fertőzése szempontjából nem bír valami nagy jelentőséggel, noha gümökórra való erősebb hajlamoság esetében, vagy pedig általában a legkülönbözőbb fertőzések iránt sokkal hajlamosabb gyermekkorban az emberre nézve gyengült fertőző képességű marhagümöbacillus is okozhatna gümökört; de nincs kizárva annak ellenkezője sem. De még egy eshetőséggel kell számolnunk, mert — a mint Hueppe mondja — abban az esetben is, ha a marhagümöbacillus nem volna közvetlenül veszélyes az emberre, a közvetett veszély mégis fenyegethetne, mert más házi állatok gümökóráját okozván, ezekben oly tulajdonságokat vehet fel, a melyek folytán az emberre nézve is veszélyessé lesz.

A kérdés végleges tisztázására további pontos, a legnagyobb körültekintéssel végzett vizsgálatok még mindenestre szükségesek. Addig pedig folytatni kell — a londoni gümökör-congressus határozatával egyetértően és Koch-hal ellentétben — a marhagümökórnak emberre átszarmazhatása ellen irányuló küzdelmet.

T Á R C Z A.

† Virchow Rudolf.

1821. X/13.—1902. IX/5.

Visszaemlékezések és reflexiók.

Még nincs esztendeje, hogy e lap hasábjain beszámoltam azon páratlan ünnepekről, melyen az egész tudományos, az egész művelt világ *Virchow Rudolf* geniusának a maga hódolatát és halálát tolmácsolta az ő halhatatlan tudományos kutatásaiért és az általános emberi jólétnek tett el nem évülő szolgálataiért. És ime halva fekszik a drága férfiú, a ki úttörő munkáinak tömegével minden időkre szóló új alapot teremtett az orvosi tudománynak, reformatora volt az anthropológiának, vezető mestere a praehistorikus kutatásoknak, úgy békében mint háborúban úttörő a gyakorlati higiénia terén, fáradhatatlan apostola úgy a közegészségügyi, mint a politikai reformoknak és e mellett, mint városatyja és Berlin higiénikus reorganisatora, mint három vezető világfolyóiratnak szerkesztője, mint a berlini egyetemnek díszes és legtisztelendő tanára, a berlini páratlan kórboncztanai múzeum megalapítója, mint az orvosegyesület elnöke, a tudományos deputatio előadója, mint a porosz képviselőháznak és a német „Reichstag“-nak tagja, a budget jogára döntő befolyású képviselőházi számvizsgáló bizottság állandó elnöke, a tudomány népszerűsítésének szóval és tollal küzdő előharczósa, a német természetvizsgálók és orvosok vándorgyűlésének újjászervezője és mindezek dacára sokoldalúságában és termékenységében még a nagy *Hallert* is

felülmúló író, példáját nyújtja olyan alkotó munkacérnek, szinte emberfeletti munkabírásnak, kimeríthetetlen munkakedvnek és a genius olyan szorgalmának, hogy benne a világ valóban egyik legnagyobb emberét veszítette, a kinek sokoldalúsága *Goethe*-ével, tudásának kiterjedése és mélysége *Humboldt* és *Leibnitz*-ével vetekedett. Elmondhatjuk az anokkal, hogy proféta esett el Izraelben, mert *Virchow* egy világjelenség volt, a kinek a tudomány és az emberiség körül szerzett érdemeit teljesen méltányolni alig lehet; mert nemcsak kutatásai, felfedezősei, művei tették halhatatlanná, hanem dúsán szórta el a magot, mely mások szellemét megtermékenyítette; tudományos methodusokat teremtett; az orvostudományt, nevezetesen a pathológiát belekapcsolta a természet-tudományokba; iskolát alapított és mint ilyen a földkerekség tudósai között a törekvések közösségének új életet adott.

És ez a nagy gondolkodó, ez a genialis fő párosulva volt a legmelegebb szívvel; szívvel, mely a szegények, nyomorultak, a kiesinyek, az elnyomottak iránt könyörülettel és szeretettel volt tele. A sejtőkörtan megalapítója, a ki azt vallotta, hogy a szervezet nem egyéb, mint a sejtek milliárdjainak határtalan világa, harmonikus statusba egyesítve, a ki a szerves világot így demokratizálta, lehetett-e más, mint igazán liberalis és igazán demokrata?

Ő, a ki, a socialdemokratiát e pontban megelőzve, már a 60-as években a rostocoki vándorgyűlésen az önképzés, a fejlődés és a családi élet érdekében a munkaidő korlátozásáról szolgált, nem a socialismusban, sem a socialistikus államban, hanem a műveltség terjedésében, a nép erkölcsének és a személyes felelősség érzésének fejlődésében és a mind jobban általánosodó culturában látta az üdvöt; a culturában, mely mindent nivellál, mely az embereket mind jobban hasonlóká teszi és az egyeseket azon színvonalra emeli, melyen mások állanak. Ezért volt ő a tudomány népszerűsítésének erayedetlen apostola: a munkások önképző egyesületeiben és a kézművesek társulataiban előadásokat tartott, nem kimélve roppant munkaterhe alatt idejét. A berlini munkásnép és polgárság a szó igaz értelmében vett e nagy hazafi iránt hálás is volt: szerették, bálványozták: az auctoritások és királyok pedig nem szerették... de hiszen király volt ő maga. Isten kegyelméből a lángésznek jogán, a ki embertársainak nemcsak testi épségéről, hanem lelki jóvoltáról is gondoskodott. „Az egész emberiséget átölelő munkája dacára — írja a berlini hajléktalanok menhelyének egyesülete külön kiadott gyászjelentésében — 34 éven át mindig talált időt, valahányszor az ő energiájára, iniciatívájára és tanácsaira szorultunk. Mi ő benne a hű barátot veszítettük, a kinek emléke soha el nem halványul.“ — A liberalis és demokrata újságok pedig a temetést megelőzőleg felhívték a közökhöz, hogy a népjogok rettenthetetlen védőjének, *Virchow*-juknak temetésén mindenki ott legyen, mert ha neki az ő mérhetetlenül munkás hosszú élete alatt mindig volt számukra ideje: méltányos, hogy mindenki találjon időt, midőn *Virchow*-ot, az ő első és utolsó pihenőjére kísérjük.

Reflexiók és részben személyes visszaemlékezések kapcsán e megragadó gyászünnepről kívánok beszámolni, melyen jelen voltam én is, mint a kir. m. tud.-egyetem orvosi karának és a budapesti kir. Orvos-Egyesületnek képviselője, és miat magáember, ki *Virchow* halálát úgy érzem és gyászolom, mint személyes veszteséget; csodálattal eltelve az ő geniusa, hódolattal emberi és polgári nagysága iránt, szeretettel szeretetre méltóságáért és hálával a sympathiáért, mondhatnám, barátságáért, melylyel kegyes volt állandóan kitüntetni, voltam ott.

Mily gyászos és felemelő benyomások. Kilencz negyedéret tartott a menet a városházától a Matthei-temetőig. Százszázok rúgó ember-tömeg csendben, magába térve állott sorfalat a több kilométernyi úton. A nép fiát, a nép emberét és barátját temették és ezt ez a tömeg minden tagja tudta. Tudta ezt majdnem minden gyermek. „Wat its det?“ kérdi filem hallatára egy 4—5 éves fiúcska az őt kézen vezető másik 6—7 évesőt. „Det is de ole Firjho (*Virchow*)“ feleli emez. Valóban, sirjába őt a szeretet siratva tette le.

És minden belső gyász dacára a szíveket mégis megnyugvás és az a felemelő érzés töltötte be, hogy egy felséges befejezett élet zárult itt le, mert szellemi frissességben érte el nagy sikerek és eredmények szakadatlan láncolata után a legmagasabb kort, körülvéve a maga nemzete és az egész hálás világ csodálatától és szeretetétől.

A fiatal *Virchow*-nak (született 1821. október 13-dikán Schievel-beinben, Pomerániában) megvolt az a nagy szerencséje, hogy oly iskolában tanulhatott, a melynek központja egy egészen rendkívüli jelenség, a lángész *Johannes Müller* volt, a ki akkoriban a berlini egyetemen a leíró és összehasonlító boncztant, az élettant és a kórboncztant együttesen tanította és a német orvostudomány fejlődésére döntő fontosságú iskolát alapított. Bizonyosságul elég, ha assistenseinek és tanítványainak névsorát tekintjük át. Assistensei voltak: *Schwann*, *Henle*, *Remak*, *Reichert*, *Helmholtz*, *du Bois Raymond*, *Brücke*, *Virchow*, *Albr. v. Gräfe*, *Haeckel*, *Lieberkuhn*, *Max Schultze*, az újabb német orvostudomány úttörőinek egész phalanxa a legkülönbözőbb tudományszakokban. Ezt az iskolát legjobban jellemezte *Virchow* maga: „Es giebt — úgymond — keine Schule Müller's im Sinne der Dogmen, denn er lehrte keine, sondern nur im Sinne der Methode.“ Ez a módszer pedig az exact természet-tudományi volt, a mely megfigyel, észlel és elsősorban is tényeket állapít meg.

Ezzel a természet-tudományi gondolkozással és módszerrel került az ifjú *Virchow*, a ki 1843—44-ben avatott orvos, 23 éves korában a *Charité* akkori prosectora *Froriep* mellé assistensül (1844), a kinek már 2 év múlva utódja lett. Ily működéskörbe jutva kezdődnek csapásról csapásra az ő diadalai és gyors emelkedése. 1847-ben docensül habilitáltja magát, de már megelőzőleg megkezdte híres cursusait, maga köré gyűjtve Berlin fiatal orvosnemzedékének legkiválóbbjait;

Reichert barátjával megalapítja a most világszerte nevével elnevezett „Archivumot.“ Froriep megbízásából a vénák gyuladást kezdő tanulmányozni, melyet később Würzburgban folytat és befejez. 1845-ben felfedezi a leucæmiát, 1848-ban a forradalmi mozgalmak közepette megalapítja a „Medizinische Reform“-ot, melyben az orvosi állás és tanítás, az orvosi rendszert, a beteg- és szegényápolás reformját, egy egészségügyi tanács és egészségügyi ministerium felállítását sürgeti. Ugyanezen évben (1848) a felső-szléziai éhtyphus tanulmányozására küldik, a mi nevét egy csapásra széles körben tette ismertté, mert erről nemesak higienikus, hanem oly sociál-politikai izű jelentést nyújt át a legközelebbi idő alatt kormányának, a mely ott megdöbbentőleg hatott és az amúgy is az 1818-iki politikai mozgalmakba beleegyedett Virchow-nak prosectori állásába került, melytől őt 1849-ben *Ladenburg* minister megfosztotta. Pedig Virchow ama jelentésben csak olyat állít, a mi ma közmegegyezéséssé lett, hogy t. i. a járványok korlátozására legfőbb eszközei a műveltségnek és jólétnek terjedése s a megfelelő szabadság, a melyek a jó levegőről, vízről, egészséges lakásról, a köz- és egyéni tisztaságról való gondoskodásnak előfeltételei.

Magának Johannes Müllernek erőfeszítései sem bírták Virchow felfüggesztését megakadályozni. Azonban nem maradt hosszan működés-kör nélkül, és kiéheztetése nem sikerült; mert alig pár hétre rá a würzburgi egyetem őt a kórboncztan rendes tanszékére hívta meg, a mit el is fogadott. Így lett a porosz Virchow bajor alattvalóvá és 1849-től 1856-ig a würzburgi egyetem dicsőségére oly bámulatos tevékenységet fejtett ki, hogy a berlini egyetem, ha csak véglegesen túlszárnyaltatni nem akart, saját jól felfogott érdekében őt 1856-ban végre is visszahívni kényszerült.

Gazdagok voltak úgy az első berlini, mint a würzburgi epochának gyümölcsei, melyek az egész orvosi világ figyelmét a fiatal orvosra irányították. Amott Froriep bizta meg őt a phlebitis tanulmányozásával, a melyvel előtte mások is, nevezetesen *Cruveilhier* is foglalkozott, és arra az eredményre jutott, hogy a phlebitis purulenta genyjét az edényfal választja el. Virchow csodálatos éleselmjűséggel csakhamar belátta, hogy itt a kérdés felállítása téves és egyoldalú, mert szerinte nem az edényfal állapota, hanem az edényen belül a vér megalvadásának kérdése a döntő s azért a vér megalvadása, a rostonyítás s a fehér véresejtek jelentőségét kezdte kutatni, s ez úton nem kevesebbet fedezett fel, s állapított meg, mint a leucæmiát (1845), a thrombosis, embolia és a septikus infectiók tanát, melyek új látköröket nyitottak, a vér pathológiájában úttörők voltak s Virchowban nemesak a genialis észlelőt, hanem a kitünő experimentort is bemutatták.

Ezen első berlini epocha alatt Virchow azonban nemesak productív nagy elmének, hanem genialis kritikusnak is bizonyult. Mekkora önállóság, bátorság nyilvánulása és valóban megszabadító cselekedet az egy 25 éves fiatal embertől a kórboncztan akkori bécsi nagy mesterét *Rokitanskyt* és az ő humoralis krasis-tanát azon megsemmisítő kritikának alávetni, melylyel 1846-ban a „Medizinische Zeitung“ hasábjain a humoralpathológiát és vele a természetphilosophia utolsó nyomát mintegy elfújta. S ha *Rokitansky*nak, a kiről mint classikus descriptív kórboncznokról különben a legnagyobb tisztelettel és elismeréssel szólt, szemére veti az ő kísérletezéseinek, észleléseinek és nevezetesen chemiai vizsgálatainak elégtelenségét: saját vizsgálatainál ezeket az elveket továbbra is a legszigorúbban alkalmazza. További 10 éven át gyűjt adatokat, észlel, kísérletez és nevezetesen a würzburgi epocha bámulatos termékenysége készíti elő a talajt életének főművéhez.

Würzburgban — hogy csak a főbb eredményeket érintsem — a gümőkórról, scrophulosisról, a haematoidinról, a caneroid és papillaris daganatokról, a harántesikolt izmok újképződéséről, és 1851-ben a csont porcz és kötőszövet-testecsek azonosságáról, a kötőszövetről általában és különösen a nyákszövetről közli alapvető, úttörő vizsgálatait, melyeken utóbb életének főművét: *sejtkórtanát* felépíti.

Virchow a maga cellularpathológiáját sohasem kívánta rendszernek tekinteni, hanem abban egy általános biologiai principiumot látott és ha *Schleiden*, *Schwann*, *Remak* bizonyos értelemben előfutárjai voltak, mégis az ő principiuma nem egyszerű átvétele volt a *Remak*-féle sejtosztódásnak, mert megelőzte azt a *Schwann*-féle szabad sejtképződés elméletének megdöntése, a Henlétől tagadásba vett kötőszövetsejt felfedezése, a porcz, kötőszövet és csontsejt egyenértékű voltának kimutatása, az edénytelen szövetek és a sejtközötti állomány tanulmányozása, végre az ú. n. sejt-territoriumok megállapítása. Mindez pathologiai téren is, úgy a lob, mint az újképződések tanában alapvető fontosságúvá lett. Hogy azonban a sejtkórtan epochalis jelentőségét és helyét, melyet az orvosi történelemben elfoglal, kellőleg méltányolhassuk, erre egy rövid retrospectív szemle lesz szükséges.

A természettudományok semmi ágának nincsen olyan régi irodalma, mint a pathológiának; az 2000 esztendő. De a régi traditio a haladás béklőjává lett és ha a reformatioval majdnem egy időben *Paracelsus*nak (szül. 1493-ban; Luther 1483-ban) sikerült is megingatni a Galenusba vetett hitet, nem sikerült a kórtani bűváradások számára új methodust találni.

Észlelés és mérés előbb a physikában, astronomiában és azután a leíró természettudományokban, végre a chemiában teremtették meg a megfelelő természettudományi módszereket, melyek három század alatt átalakították a világot. Még a *Vesalius* által a XVI. században megalapított anatomia és a *Harneytől* a XVII. században inaurált physiologia sem bírt azonban a pathologia számára új alapot teremteni. Így történt, hogy a XIX. század elején is még a humoralpathologia uralkodott, persze nem hippokratesi, hanem chemiai minták szerint construált modernebb kiadásban; és ezen sem a múlt század elején divott természetphilosophiai, sem a vitalistikus iskola, végre a természet-

historiai iskola, mely a betegséget a növénytani systemák szerint kívánta rendszerbe szedni, mit sem változtatott. A betegség megmaradt, a mi volt, valami különös: idegenszerű lény „sui generis“ (ontologiai felfogás). És habár *Morgagnia* (1682—1771) a XVIII. században összefoglaló archivariusszerű munkájában egybe is gyűjtötte a kórboncz-tani vizsgálatok addigi eredményeit és *John Hunter* a kísérleti módszereket a physiologiából a pathológiába átvinni törekedett; a végeredmény mégis a humoralpathologia újabb megerősödése volt (*Boerhave* 1668—1738, kilencz acrimoniája) és így a kórboncztan, mely előbb Párisban lett uralkodó iránynyá (*Laënnec* 1781—1826; *Cruveilhier* 1791—1873; *Andral* 1697—1876) és a morphologiai descriptív irányban Bécsben *Rokitansky* (1804—1878) alatt érte el legnagyobb diadalát, végre is a bécsi krasisok tanában, a *Boerhave*-féle acrimoniák más alakú újra ébredésében culminált.

Virchow ezen évszázados gyümölcstelen törekvésekkel szemben az ő nagy mestere Johannes Müller nyomán a pathológiába belevitte a természettudományi és az általa *genetikusként* nevezett „ődszert.“

Ezen úton kimutatta, hogy a látszólag legidegenszerűbb, legheterologabb kórtani termékek is, például a daganatok, a test normális alkatrészeinek produktumai; a betegségben tehát nincsen semmi idegenszerű; nem különös individualis valami, nem valami lény az, hanem csupán az életjelenségeknek megváltozott feltételek közötti megnyilvánulása. A betegségek nem lehetnek tehát különösen a véhez kapcsolva, hanem a test legkülönbözőbb részeihez. És ha *Bichat* szerint az élet nem egy principium, hanem egy eredmény, eredője az ő különböző szövettrendszerei tevékenységének és ha (mint azt tavali Virchow-levelemben bővebben kifejtettem) *Bichat* az életprincipiumot az ő szöveteiben mintegy decentralizálta; Virchow e decentralisatiót a végletig vitte, midőn kimutatta, hogy a szövetek nem elemi alkatrészek, hanem sejtekből és sejtközötti anyagból állanak. A sejtek azok, melyek legelőször megbetegednek és azért Virchow a maga akadémiai székfoglalójában (1874) joggal mondhatta, hogy az, a mi elméletileg véve sejtkórtan, a gyakorlatban localis pathológiát jelent. A tumorok is eleinte helybeli megbetegedések és nem a megromlott nedvek localis megnyilatkozásai, mint azt a humoralpathologia tanította. Így törte össze Virchow a százados humoralpathológiát, megteremtve azt az alapot, melyen a mai pathologia megingathatatlanul nyugszik: a sejtkórtan. Ezen sejtkórtani felfogást és genetikus módszert a legfényesebben igazolta be Virchow épen a tumorokról megállapított tanában, ebbe a classikus örökbecsű munkában, mely sajnos, befejezetlenül maradt (1863); mert kimutatta, hogy azok görösi elemi praeformált normális szöveteknek (matrix) produktumai. (A sejtkórtan „experimentum crucis“-a.

Virchow halhatatlan érdeme épen a természettudományi felfogásnak bevittele a kórtanba, a mi által az megnyerte a maga összefüggését az összes természettudományokkal és azok fejlődésével és így hozzájárulhat minden tudomány legfőbb céljához: az ember tökéletes megismeréséhez.

Ezekben fejtette ki Virchow önmaga a saját tudományos credoját. Hangok hallatszanak, hogy a sejtkórtan inog. Az immunizáló theoriák és a sero-therapeutikus kutatásokban látják némelyek egy új humoralis irány első csiráit. Ezekkel szemben elég magára *Behringre* utalunk, a ki 1892-ben az ő immunizáló theoriái és a sejtkórtan között tudatosan állított fel ellentéteket, s ezeket 1899-ben visszavonta. Az újabb kutatások tényleg kimutatták, hogy a fehér véresejtek primae tevékenysége az, a mi a vérsavó megváltozását magyarázza, ha azért a cellularis elvtől befolyásolt humoralis felfogások nem lehetetlenek, a régi humoralpathológiának a *Rokitansky*-féle értelemben bizonyára minden időkre vége van.

Berlinben Virchow a würzburgi intézet mintájára megalapította a kórboncztan intézetet (Pathologisches Institut) és benne azt az iskolát, a melyből oly elsőrangú buyarok kerültek ki, mint *Recklinghausen*, *Klebs*, *Huetter*, *Cohnheim*, *Ponfick*, *Orth*, *Gravitz*, *Israel* és az intézethez kapcsolódó chemiai laboratoriumból pedig *Hoppe-Seyler*, *Kühne*, *Liebreich* és *Salkowsky*. Ugyanitt létesítette a kórboncztan muzeumot kerekaszámában 23,000 praeparatummal, melyeket nagyrészt maga gyűjtött, felállított és sajátkezűleg felirásokkal ellátott. A muzeum új palotája 1901. októberében a nagy Virchow-ünnepségen nyílt meg és őt magát boldoggá tette a gondolat, hogy e kincsek nem hevernek holt tőke gyanánt, hanem a nagy közönségnek is okulására szolgálnak; sőt popularis katalogus gondolatával is foglalkozott, melyet azonban meghiúsított a halál.

A sejtkórtan megalapítása után Virchownál mindinkább érvényesül az ő bámulatos sokoldalúsága. Belemerül az ember tanulmányozásába nemesak kórtani, hanem anthropologiai, ethnographiai, sociális és politikai tekintetben is, és ezen annyira különböző irányok mind-egyikében fényes sikerű productív, részben reformáló tevékenységet fejt ki. Különösen áll ez az anthropológiáról, melyre őt a cretinismus és a kóros koponyák tanulmányozása vezette. Vele, és az ő nagy organizáló képességével — mondja *Waldeyer* — új élet és methodologiai haladás vonult be ezen tudományszakba. Az ő iniciatívájára indult meg a német ethnologiai folyóirat, melyet majdnem haláláig szerkesztett. A félreismert és a széhheli tudósoktól kevéssé tartott *Schliemann* is ő karolta fel, a kinek hissarliki ásataiban és leleteinek feldolgozásában nagy segélyére volt.

Idő és helyszűke nem engedi, hogy Virchownak másirányú nagyszabású működéseit kellőleg méltányoljuk. Több, mint 40 éven át (1859 óta) nem hiányzott Berlin városának semmi községi és bizottsági ülésén. A város minden higieniai intézményének létesítésénél vezető és döntő szava volt; neki köszönhető, hogy Berlin ma a legtisztább és legegészségesebb városok egyike; a berlini csatornarendszer létesítése, a viz-ellátás, a betegápolás, a városi tüdők: a parkok, az iskolák ügye, a

rendszeres halálzási statisztikának módszere, melyet az ő nyomán az egész világ elfogadott, mind a Virchow nevével kapcsolatosak. Mindenekért Berlin városa a maga halálját az ott oly ritka diszpolgársággal és halála után a közközlésen rendezett nagyszerű gyászpompával igyekezett kifejezni.

1870-ben a nagy háborúban Virchow szervezte az önkéntes betegápolást és vezette az első egészségügyi betegápoló vonatot Franciaországba.

E mellett ráért orvostörténelmi tanulmányokba is bemélyedni. Tanulmányozta a kórházak fejlődését, egyes betegségek, pl. a leprának történetét. A legbehatóbb történelmi tudásról tanuskodnak beszédei is, melyek közül egyesek — mint a *Johannes Müllerről* és *Schönleinerrel* mondottak — nagyszabású kulturtörténelmi essay-k jelentőségével bírnak.

Teljes lelkesedéssel karolta fel a tudományok népszerűsítését, előadásokat tartva a munkások számára és *Holtendorffal* megalapítva a „Sammlung gemeinverständiger Vorträge“ című vállalatot.

Mindezek mellett 41 éven át a legintenzívebb *politikai vezérszervepet* játszott. 1861 óta tagja volt a porosz képviselőháznak, hol azóta Berlin harmadik választókerületét állandóan képviselte; utóbb, mint a második választókerület képviselője bejutott a német birodalmi tanácsba (Reichstag) is. Itt is, mint mindenütt, a legmagasabb igényeknek felelt meg, mert mindenüvé belevitte az ő mesés munkaerőjét, alkotó organizáló képességeit. Richter, a kiváló politikus szerint Virchow, mint a porosz képviselőház számvizsgáló bizottságának elnöke egyenesen nélkülözhetetlen volt; úgy bánt a bizottság tagjaival, akár az assistenseivel: ellenőrizte, kiegészítette munkálataikat; a tárgyalásokhoz beidézte a ministeriumok pénzügyi tanácsosait és nem egyszer ugyancsak sarokba szorította őket. Az ő budget-jelentései — mondja Richter — mintaserűek és kritikai élelben, világosságban, áttekinthetőségben páratlanok és felül nem multak.

Virchow ezen genialis alkotó szorgalmáról nekünk, a föld közepes fiainak, alig lehet fogalmunk. Mintha csak varázslatosan meg bírt volna sokszorozni idejét; sohasem pihent; *évtizedeken át naponként 15—20 órát dolgozott*; pihenése a munka minőségének változtatásában állott. Ha órákon át mikroszkopizált, búvárkodott, előadásokat tartott, akkor a legkomplicáltabb budgetkérdések megoldása, valami nagy politikai beszéd tartása neki pihenés volt. „Hier — mondotta egyik látogatójának a dolgozószobájában felhalmozott könyv- és irományhalmazra mutatva — in Mitten meiner Schätze, arbeite ich meist bis zum Morgenrauen. Dann einige Stunden Schlaf, und es geht von neuem los. Ich habe immer Zeit; ich habe nur keine Zeit faul zu sein; zur Arbeit ist sie mir immer vorhanden. So lebe ich darauf los, unregelmässig — sagen die Leute — und der Arzt in mir bestätigt dieses Urtheil. Aber sie sehen, dass man sich an ein unregelmässiges Leben gewöhnen, sich dabei wohl fühlen und alt werden kann.“

Ezzel az ő genialis szorgalmával dolgozott Virchow sohasem sietve, sohasem impulsive, hanem következetesen, egyenletesen, módszerrel. Rendkívüli szellemi adományok egyesültek benne példátlan szorgalommal és delikát fizikuma daczára hihetetlen munkabírással; hiszen ez a szokatlan idegrendszer évtizedeken át a napi öt órai álommal beérte. Csodálattal láttam ezt magam is, 14 napon át Moszkvában vele lakva a Kremlben, hol szerencsém volt egész napokat társaságában tölthetni. Emlékezem oly napra, a mikor reggel 9 órától estig és a közös estebéd után dolgozószobájában, hol nekem koponyákat és rajzokat demonstrált, éjjel utáni 2 óráig vele együtt voltam, s mikor kimerülve aludni tértem, ő a nap sokszori táradalmi után íróasztalához ült és hajnali 4 óráig dolgozott. Eképen fejezett be két anthropologiai értekezést a moszkvai internationalis kongressus tartama alatt.

Agyműködésének fegyelmzetttsége, éles gondolkodásának intenzitása és koncentrált volta, gondolatának ki nem apadó gazdagsága akkora volt, hogy az ő művei a másolás könnyedségével és egyenletességével születtek meg a tollából. Hihetetlen szellemi erőcentrum volt ez a fő, mert csak így érthető meg, hogy irodalmi műveinek csupán címjegyzéke 118 nyomtatott oldalt tesz ki; és e mellett a különböző társulatokban, kongressusokon, vándorgyűléseken tartott előadásai, a discussiókban való felszólalásai csak részben jelentek meg; amazokat rendszeren utólagosan írta le. Pedig Virchowot épen beszélni hallani volt a legnagyobb szellemi élvezetek egyike. Kissé üres, gyöngye hangjával, melyből józanság s egy bizonyos szárazság érzett ki, a rhetori fogások, dekorációk s az u. n. bevezetések megvetésével nem külső hatást keresett; az ő praktikus idealismusa és „hideg lelkesedése“ a meggyőző erőt és a hatást a tárgyilagosságban, az eszmék, tények és érvek gazdagságában kereste, s ha láttuk a biztosságot és fölényt, melylyel a maga anyagán és az egész irodalmon uralkodott, melylyel a szűkre szabott időben lehetőleg sok gondolatot és tényt nyújtott: az az érzés fogott el, hogy ez az univerzális fő hihetetlen gazdag szellemi tőkéből merít s a hallgatóság jelenlétében produkál s mert így, nevezetesen discussiókban, maga sem igen tudta, hova ragadják majd kritikája és tudólag gondolatáradata, azért némelyek őt hosszadalmassággal vádolták. Magam annyira ismertem ezt a tárgyalási módot, hogy azt sajnáltam, ha beszédének vége szakadt. Érthető, hogy ez az éles, önfejlmezett gondolkodó mit sem gyűlölt jobban a gondolatbeli lustaságnál és fegyelmetlenségénél; ezt sokszor maró sarcasmussal támadta, a miről az orvosszigorú beszélnének a legjobban.

Mint ember szolgálatkész, egyszerű, szeretetreméltó és igénytelen volt. 1898. novemberében több mint másfél órán át vezetett végig az új, de még üresen álló kórbonczani muzeum palotáján. Hallgatósága már várakozott. „Die können schon noch etwas warten“, felelte megfélelő figyelmeztetésemre. Akkoriban mondotta azt is: „Eigentlich

möchte ich Sie sehr gerne einmal bei mir beim Abendessen sehen. Bei uns kocht man jedoch nur ab und zu Warmes. Wenn Sie aber mit einer Tasse Thee und etwas Schinken Vorlieb nehmen, sollen Sie willkommen sein.“ Kórbonczani demonstratiójn egy izben, gondolom, a májra vonatkozólag, intézett kérdést a hallgatósághoz: „Három márkát adok annak, a ki erre megfelel“, kiáltott fel. „Ne nevéssenek, uraim — folytatta —, mert 3 márka nekem nagy összeget jelent.“ A tudósok közmondásos szórakozottságát és feledékenységét nem ismerte, de a pontosságot, úgy látszik, nem tekintette udvariasságnak: előadásaira épen úgy, mint családi ebédeire rendszeren 1—1½ órai késedelemmel érkezett; hallgatósága azért rendszeren lábdobogással fogadta, mit az öreg úr mentéssel vagy tréfás, néha sarcastikus észrevétellel viszonozott.

Van benne bizonyos tragikum, hogy testi és szellemi erejének teljességében közvetve egy balesetnek esett ez a remek élet áldozatul.

F. évi január 4-dikén a közúti vasútról leszálltában czompanyaktörést szenvedett, a mely soha többé össze nem forrt. Maga tanulmányozta a saját csonttörésének Röntgen-felvételét; maga szállította magát múzeumába a megfelelő csontkészítmények áttanulmányozása végett. Utóbb a teplitzi gyógyforrásokat vette igénybe, s azoknak, nevezetesen fájdalomcsillapító hatásával annyira meg volt elégedve, hogy az ottani orvosoknak jövő évben való visszatérését megígérte. Teplitz után Harzburgba ment üdülni, de erői csökkentek; eszméletlenségi rohamokat kapott; az aggdó család erre őt Berlinbe szállította és bár sok reményt nem táplált, a végnek oly közeli voltát nem sejtette. A beteg az utazást elég jól látszott tűrni, de sokat aludt. Szeptember 4-ről 5-re virradó éjjel ismét önkívületbe esett és hozzátartozóit sem ismerte fel. Szeptember 5-dikén d. e. 11 órakor nála időzött fia, Hans és Ruge dr., kikkel még keveset beszélt; azok távozása után d. u. 1 órakor azonban váratlanul agoniába esett és 2 órakor fia karjaiban kilehelte nagy lelkét. Épen nyolcz hónapig volt beteg; lassan aludt ki e nagy erő s testi fájdalmait felülmulták a lelkiek; szörnyen gyötörte a nagy munkást munkaképtelensége. A hosszú fekvés és mozgás hiánya az aggastyánnál szívgyengésséget okozott. Tetemét az özvegy óhajára érintetlenül hagyták.

Halála híre ezernyi részvétsüregyönt érkezett a családhoz, élen a császárral; Berlin községtanácsa pedig elhatározta, hogy Virchowot Berlin városa költségén temetteti, a nagy városházi díszteremben ravataloztatja, a gyászszertartás idejéül pedig szeptember 9-dikének délelőtti 11 óráját tűzte ki.

A gyászünnepp napján úgy a városház tájéka, mint a gyászmenet egész útiránya, s az abba nyíló mellékutczák torkolatai elzártak. E városrészek vasárnapi színt öltöttek. A városházába csak nehezen kapható belépő jegyekkel lehetett jutni. Az előcsarnok, a hatalmas lépcsőház és a folyosók, melyeken át a díszter mig járhatni, mirtus- és palmarigetté voltak varázsolva, az átvezető utak pedig ezernyi pompás koszorúval szegélyezve, melyeket a német és külföldi egyetemek, akadémiák, testületek, jó barátok küldöttek. Már fennebb mondtam, hogy a királyok őt nem szerették. . . . A gyönyörű díszteremben palma és babér között állott Virchow Rudolf koporsója, mellette pedig Vogl tanártól festett, megkoszorúzott, arczképe a melynek a megszólamlásig élethűsége a ragyogó, mosolygó, okos és jószágos szemekkel az ellentét révén is mindenkit megkapott. A terem és a karzatok zsufolásig teltek. A tudományos és polgári előkelőségek, a legfőbb államhivatalnokok, vagy azok képviselői, több mint 20 Studentencorps küldöttsége „Wix“-ben és testületi lobogóikkal, nagyszámú más túsulatok zászlóikkal jöttek el az elköltözött geniuszának megadni az utolsó tisztességet. Csak a császár koszorúját vagy képviselőjét várták az utolsó perczig háiba. Áhitatos csend és magabaszállottság.

Pontban 11-órákor érkezik az özvegy, fiának karján. Az egész gyülekezet csendes hódolattal felemelkedik és megzendül a hires berlini „Domchor“ férfikarának gyászeneké. Most egy fiatal, mintegy 35—40 éves alacsony természetű, szőke férfiú *Kirmsz* tiszteletes lép a szószékre, Virchow arczképével. Kényes helyzet; mert a kit a koporsó magába zár, 1893-diki rektori beszédében a tudomány és a vallás viszonyáról odanyilatkozott, hogy a tudományban egészen közömbös, mily valláshoz tartozik valaki és ahhoz, hogy jót tegyünk, utóbbira nincs is szükség. Nem is sok várakozással néztek Kirmsz tiszteletes mondandói elé. És ránk ezafolt fényesen: véghetetlen tapintattal mondott nem is egyházi, hanem liberalis, magas szárnyalású gyászbeszédét: Egy király esett el — ügymond — a szellem birodalmában. Az emberiség küzdelmében a halál ellen ő volt egyike a legerősebb előharczosoknak s ime leterítve fekszik ő is. Mégsem érezzük e koporsó körül a halál tehetetlenségét, körüllebeg a halhatatlanság lehellete s ennek fényében akarjuk megünnepelni ezt az órát. A nagy halott kritikával kezdette és alkotásokkal folytatta. Az ő élete s búvárkodása mutatja, mily nagyjelentőségű a tudományban a kételkedés. A kétely vezette őt új, gazdag forrásokhoz. Fény volt ő, mely mindenütt világít, valahol csak tudományt tanítanak. Nem nevelt tanítványokat, kik a mester szavára esküsznek, de beléjük oltott oly búvárkodási ösztönt, mely őket tudóssokká és tanítókká tette. S vajjon ez az élet, a fáradságos behatolás az Isten titkaiba, nem volt-e egy állandó imádság? Ő az igazságot kereste s Isten magba az igazság.

Áttér Berlin városa körül szerzett halhatlan érdemeire s a mit mások érinteni nem akartak vagy nem mertek, Virchownak a nagy politikusnak elévülhetetlen hazafiúi érdemeit ez a fennkölt lelki pap részletesen és magas színvonalról esetelte. „Itt, a politikában — úgy mond — mutatta ki az ő idealismusa, azt a hitét, hogy a népben és annak felszabadult belső erőiben bízni lehet. Nem kereste soha a népszerűséget s mégis minden gyermek nevével szólította őt s a köznapi ember szemében is e név hatalom és elvnek megtestesülése volt.“ „Es most, kedves halott, — így fejezi be — menj a földi halhatatlanságból

az örökké tartóba, a szellemek atyjához, a fény és igazság ősforrásához." Pap ajkáról soha sem hallottam ilyen bucsúztatót.

Megzendült a „Domchor": „Selig sind die Todten" és ezzel az ünnepély első, vallási része befejeződött.

A másodikat három gyászbeszéd képezte, melyekkel a tudomány (Waldeyer tnr.) és a politikai pártfelek (A. Träger) képviselői, végre a városi képviselő nevében a főpolgármester Kirschner adózott a nagy tudósnak, a rendíthetetlen politikai pártvezérnek és mintaszerű tetterős polgárnak.

A kar gyászdala rekesztette be a felemelő áhitatos emlék-ünnepet.

A miniszterek az özvegyhez közelednek egy néma kézszerítésre. A terem lassan ürül. A tanulók zászlós díszküldöttségei mennek legelől. Leviszik a koporsót; a városháza körül iszonyú embertömeg a gyalogjárókon és hintók beláthatatlan sora az utca közepén. Hangtalan csend, merre a men t vonul; pedig a kilencz negyedóraig tartó úton mindvégig százezrek állanak; az épülő házak állványain a munkások abba hagyják a dolgot s katonásan sorakoznak; minden ablak, erkély mindenütt tömve. A tömeg mindenütt türelmesen, megható vasárrapi csendben vár. Végre közeledik a szí te végtelen hosszú gyászmenet. Elöl a zenekar Chopin és Beethoven gyászindulóit játszza; utána zászlókkal és óriás koszu ukkal kocsikban a testületek képviselői; ezután a halottas k-esi az egyszerű koporsóval, melynek köze éterre nincs fő, mely fedve marad; az utolsó üdvözlés a tudomány fejedelmének. A koporsó után gyalog a városi hatóságok a főpolgármesterrel, Studt közoktatási miniszterrel és szakokra menő férfiközönsséggel. Mindnyájan gyalog teszik meg a hosszú utat. Végre a koszorú-kocsik és számtalan fogat. Udvari fogat hiányzott.

A temető környékén csendes várakozásban óriási embertömeg, többnyire munkások; a temetőhöz érünk, 2 1/2 óra van. Mindenki zászáll a temető kapujánál s gyalog lép be ebbe a gyönyörű gondozott kertbe; a küldöttségek és zászlók a sírhoz vezető keskeny fasorokban sorakoznak. A magam kocsija az egyetemi orvoskar és a budapesti királyi orvosegyesület két óriási babérkoszorújával, melyeket gyászfátyollal bevont latin felirások széles nemzeti szalagok díszítenek, a koporsó előtti kocsisorban haladt.

Belépek a temetőbe, magammal vive nehéz terhemet; egy ismeretlen úr felajánlja segítségét. Az idő hűvös, de gyönyörű; a sírkert fűt kissé ferdén világítja a napsugár, melynek fénye tavaszias, meglankadt melege pedig int, hogy öszre jár. Végig haladok a fasorokon s megpillantom a nyitott sírt. Mily gyengéd kegyelet: a tátongól üregből kiemelt földnek cypus és thujával behintve, magának a sírgödörnek falai zöld lombokkal kirakva. Felzendül a fuvóhangszerek Chopin-indulója és siri csendben tiz ember hozza a koporsót; a sír széléről gyorsan a mélybe bocsátják s távoznak; még a sírásók is diszeretek, nem mutatkoznak. Helyt foglalnak a család, a főpolgármester, a kultusminister stb. a nyitott sír körül; a férfikar megrázó choralokat énekel s utána megszólal Kirschner tiszteletes; rövid áldást mond: „Uram áldd meg mindazt, a mit az elszenderült kedves halott munkagazdag életében szeretett. Áldd meg a tudományt. Áldd meg a szabad kutatást... És most pihend ki magadat oly sok fáradság és dicsőség után! Po.ból vagy és porrá leszesz." Bús énekhangok közepette özvegye, gyermekei lépnek a sírhoz, három maroknyi földet dobva a férj és apa után. És még sok-sok kéz feszül az utolsó búcsúra. Aztán jönnek a Student-corp-ok fényes egyenruhás küldöttségei — sorban vagy huszonöt — zászlókkal és az ószi napfényben fénylő egyenes kardjaikkal. Némán lépnek a sírgödörhöz: a zászló háromszor a sírhoz hajlik s a kardok is háromszor. A család távozik; a sírkert lassan kiürül. Vagy tizen maradunk ott; végre megjelennek, kik eddig láthatlanok voltak, a sírásók s tompán dühörög a föld a koporsóra. Itt a domb; reáborul a koszorú piramisán én a pyramisra teszem a mi nemzeti szalagos fátyolos koszorúinkat. Bevégeztetett. Még ott maradok a sírnál. Gyász és fájdalom fog el, a miért, kedves Mester, nem láthatom többé feleséges vonásaidat, jószágos ragyogó szemeidet, nem szoríthatom többé kezidet. Áldott marad az emléked, a ki nekem életem legszebb, legemelőbb emlékét hagyományozod. A személyed varázsát gyászoljuk. Hiszen nagyobb, mint a multban, már nem alkottál volna. Életed zárt gyűrű; boldog voltál; az emberiséget új igazságokkal gazdagítottad; eszméid tanítványaidban tovább élnek. — Századok múlnak és jönnek, de az alkotó erőnek századok alatt egyszer sikerül oly remeket teremteni, mint Te voltál. Genialitásodot senki sem utánozhatja, de lankadatlan becsületes munkásságod, önzetlen odaadásod és tetterős emberszereteted példa maradjon, hogy rajta a becsülettel küzdők megacélozhatassák tetterőjüket! Kortársaid és kik sírodig kísérték, bizvást mondhatják:

„Férfi volt, vedd akármilyen részben,
Párját e földön nem leled soha."

Pertik Ottó.

Nemzetközi sebésztársaság.

A belga sebészek congressusa folyó évi programjába felvette egy internationalis sebészeti társaság megalapítását. Számosan rég óta érzik ennek szükségét, mert igaz ugyan, hogy az internationalis orvosi congressusokon megvan az alkalom rá, hogy a különböző nemzetiségű sebészek eszméiket kicséréljék, de a bejelentett előadások nagy tömege és a napirendre kitűzött témák sokasága miatt az egyes témák kimerítő tárgyalására nem marad meg a szükséges idő, és ezért szükség volna egy oly nemzetközi sebésztársaságra, melynek tagjai csakis hivatás-szerű sebészek lehetnek, a mely hosszabb időközökben, pl. 2—3 évenként

tartana üléseket; ez alkalommal csupán egyes kiváló fontosságú témák vétetnének fel a programba, a mely témák előkészítésére egy vagy több referens választatnék, a kik ezen referatumaikat jó előre elkészítve és azt kinyomtatva az összes tagoknak tanulmányozás czéljából előre megküldenek. Ekként a vitaközös szűkebb mederbe szorították és mindenesetre eredményesebb volna, mint a milyen a nagy congressusok alkalmával eddig volt. A belga sebészek congressusa, hogy példát adjon, ezidei programját már ezen eszme alapján szerkesztette és rész-vételre számos külföldi sebészt kért fel, a kik közül számosan meg is feleltek a meghívásnak és a congressuson részint mint referensek működtek, részint pedig résztvettek a vitaközösben. A congressus tartamának 3 napjára csupán 3 thema volt kitéve.

Az első napra a főregnyújtvány-gyulladás gyógykezelése, a 2-dik napra a csonttörések gyógykezelése, a 3-dik napra pedig a sebészeti asepsis. A congressus második napjának délutánját a tervezett nemzetközi sebészeti társaság megalapításának megbeszélése foglalta el. A tárgyalást Willems vezette s az előterjesztéseket Walravens és Verneuil tették meg, a kik a tervezett társaság megalapítása körül már eddig is nagy buzgóságot fejtettek ki. A congressus tagjai egy nemzetközi sebészeti zártkörű társaság megalapításának eszméjét egyhangúan magukávé tették és egy ideiglenes nemzetközi bizottságot választottak, melynek feladata az alapítandó társaság alapszabálytervezetét elkészíteni és a társaság számára tagokat kiszemelni. A bizottság a következő tagokból áll: Broca (Franciaország), Sonnenburg (Németország), Reginald Harrison (Angolország), Mac Ewen (Skócia), Gussenbauer (Ausztria), Dollinger (Magyarország), Giordano (Olaszország), Jacques Reverdin (Svájc), de Isla (Spanyolország), Rotegans (Németalföld), Weliaminoff (Oroszország), Jonnesco (Románia), Soubottitsch (Szerbia), Djemil-pacha (Törökország), Borilius (Svédország), Bloch (Dánia), Roswell-Park (Amerika), Charles Willems (Belgium). D.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közli: Dalmady Zoltán.

(Folytatás.)

Moro: Biolog. Beziehungen zwischen Milch und Serum. Wiener klin. W. 1901. 44. sz. — Moxter: Ueber ein spezifisches Immuneserum gegen Spermatozoen. Deutsche m. W. 1900. 61. 1. — Müller: Ueber die Antihämolytine normaler Sera. Cbl. f. Bact. 1901. 29. k. 5. sz. és 22. sz. — Myers: Ueber Immunität gegen Proteide. Cbl. f. Bact. 1900. 28. k. 8—9. sz. — Néfédieff: Sérum néphrotoxique. A. I. P. 1901. 17. sz. — Neisser: Ueber die Vielheit der im normalen Serum vorkommenden Antikörper. Deutsche m. W. 1900. 49. sz. — Neisser-Doering: Zur Kenntniss der hämolytischen Eigenschaften des menschlichen Serums. Berl. klin. W. 1901. 22. sz. — Nicolle: Recherches sur la substance agglutinée. A. I. P. 1898. — Nolf: Globulolyse et pression osmotique. A. I. P. 1900. 492. 1. — Ugyanaz: Le mécanisme de la globulolyse. A. I. P. 1900. 636. 1. — Ugyanaz: Contribution à l'étude des sérums antihématiques. A. I. P. 1900. 297. 1. — Nuttall: On the formation of specific anti-bodies in the blood following upon treatment with the sera of different animals, together with their use in legal medicine. The Journ. of Hyg. I., 1901. 3. sz. — d'Ormea: Reazioni del sangue pellagroso sul sangue estraneo e sul plasma dei propri tessuti. La rif. med. 1902. 7. sz. — Petterson: Ein sichtbarer Nachweis von Alexinwirkungen. Cbl. f. Bact. 1901. 30. k. 19. sz. — Pettit: Altérations rénales consécutives à l'injection de sérum d'anguille. Arch. de pharmacodynam. et therap. 1901. 409. 1. — Pognat: Action de l'urine sur les globules rouges dans la pneumonie. C. R. Soc. Biol. 1901. 395. — Rehus: Démonstration de l'existence des hémolytines composées, spécialement des alexines, ou à l'état libre et actif dans le sang circulant. C. R. Soc. Biol. 1901. 12. sz. — Römer: Der gegenwärtige Stand der Immunitätsforschung. D. med. W. 1901. 22—23. sz.

A csapadék létrejöttékor chemiai változások folynak le. A praecipitin mennyiségével, illetőleg a serum erősségével egyenes arányban áll a létrejött csapadék quantuma. A praecipitin maga is elhasználódik.

A serum hevítésekor gyengül a csapadékadó képesség, 58°-on igen gyengül, 70°-on teljesen megszűnik, ha e hőfoknál 1/2 óra hosszat volt kitéve (Tchistovitsch). Myers szerint a juhserumglobulinra ható savó már 1/2 órai 56°-on inactívá lesz, a Witte-féle peptonra ható ezen hőmérséken még activ. Uhlenhuth szerint 60° még nem veszélyeztető a csapadékadó képességet. Valószínű, hogy az egyes praecipitinek hőállásukban is különböznek egymástól.

Már előbb céloztunk rá, hogy a csapadék létrejötténél chemiai mozzanatokkal van dolgunk. Emmerich és Loew közelebbről igyekeznek e folyamatot — hypothetikus úton — megmagyarázni. Szerintük valamely fehérje idegen szervezetbe juttatva, az eredeti anyagnak antagonistája lesz, a hogy pl. a jobbra fordító borkősav antagonistája a balra fordítónak. Az ily antagonisták elegyítésekor az optikailag inactív racemikus alak jó létre, mely nem ritkán oldódási viszonyában erősen eltér az activ alakoktól. Például a jobbra és balra fordító borkősav még racemikus alakban kiválik, ha oldataikat összeöntjük, a racemikus leucin és tyrosin is rosszabbul oldódik, mint a fehérjékből sósavtól lehasadó optikailag activ alakok. Ilyen forma viszonyok állhatnak fenn az eredeti és az immunserum proteinjai között is, és tekintve a molekulák sokkal nagyobb és bonyolultabb voltát, talán a jelenség erősen kifejezett volta is eléggé érthető.

Normaliter nincs a vérben praecipitin. Közél rokon állatok vagy egyáltalán nem képeznek egymás ellen praecipitint, vagy csak kivételesen

s akkor is gyengén. Ugyanazon fajú serumra ható praecipitint, azaz isopraecipitint, eddig még tudtommal nem sikerült előállítani.

Csapadékadó serumok ellen valószínűleg antipraecipitin tartalmú vérsavót is kaphatunk, mely a csapadék létrejöttét gátolni tudja. Eddigéligen kevésbé van tanulmányozva, most folynak az első vizsgálatok (Kraus-Eisenberg).

Mint sok más immunitásnál, úgy a vér elleni immunizálásnál is kimutathatók az immuntestek a vizeletben és a tejben is.

Friedeberger galambvérrel kezelt házinyúl vizeletét galambvérrel szemben specifikusan agglutináló képességűnek találta. A praecipitáló képesség is megvan, ha csak igen kis mértékben is, az immunizált állat vizeletében.

Isoagglutininek nem ritkán találhatók a vizeletben, itt azonban óvatosan kell a vizsgálatot megejtenünk, nehogy a vizelet alacsony molekuláris constitúciója által feltételezett diosmotikus viszonyok miatt létrejött szétválasztást cytotoxinok hatásának fogjuk fel.

Eisenberg és Pagnat például a Sabrazés és Fauquet, Camus és Pagniez által tejdiétaival, újszülöttknél és acut nephritissel haemolytikus hatású vizeletet a képességét tisztán az alacsony molekuláris constitúció következményének tekintik. Eisenberg sohasem talált isolytint a vizeletben.

A tejben sok antitoxint sikerült már kimutatni, Ehrlich a tetanus-, Brieger-Ehrlich, Cohut, Ehrlich-Wassermann a diphtheria-antitoxint, Achard, Widal a typhus-agglutinint, Morgenroth a tejalvasztó antitoxinját találták meg a tejben. A vérre specifikusan ható immunhaemagglutininek és immunhaemolysinek Kraus kereste a tejben. Azt lehet mondani, hogy csak az agglutinin van jelen, a vérséjtoldó képesség igen gyenge.

Mint sok immunitás, úgy ez is öröklődik. Több szerző észlelte, hogy vérrel immunizált anyaállat kölykének vére is haemolytikus, tehát az active immunizált anyától passive immunizáltatik. Immun állat tejének szopása által a nem kezelt állattól származó kölyök nem lesz immun. (Kraus.)

Újabban Bulloch behatóan foglalkozott e kérdéssel, s a következő 4 féle esetet vizsgálta meg házinyúlon:

1. Immunizált ♂ — normális ♀
2. Normális ♂ — fogamzás után immunizált ♀
3. Normális ♂ — fogamzás előtt immunizált ♀
4. A normális szülőktől származó kis nyulat immun anyja szoptatja.

Azt észlelte, hogy a nyúlfiak a 2. és 3. esetben öröklök az immunitást, megszereshetik a 4. esetben, az 1. esetben nem öröklök.

Az isoagglutininek és isolytinek öröklődése nem törvényszerű. Holbein számos vizsgálata azt mutatta, hogy a csecsemő és anya vérenek isoemmagglutináló és isoemmagglutináló képessége sok tekintetben független egymástól, sőt még egymással szemben is úgy szerepelhetnek, mint idegen egyén vérével szemben.

A csecsemő vérsavója esetleg azt a vért is agglutinálja és oldja, melyre az anyáé hatástalan, itt tehát szó sem lehet öröklődésről s az ilyen „magától támadt” veleszületett isoemmagglutinint Holbein idioemmagglutininnak, a lysint idioemmagglutininnak nevezi.

Az eddigiekben röviden áttekintettük a haemotoxinra vonatkozó theoretikus adatokat, lássuk most, vajon vezetett-e már gyakorlati értékű felfedezésre e számos eredménye a kísérleti kutatásnak.

Már Bordet első cikkében erősen hangsúlyozza a haemolysinek specificitását egy-egy állatfajra, mégis csak Deutsch László volt az első, ki e dolognak törvényszerű orvosi jelentőségére felhívta a figyelmet az 1900-diki párisi nemzetközi congressuson augusztus 8-dikán tartott felolvasásában. Eljárását, technikáját itt nem tárgyalhatjuk behatóan, elég, ha az irodalomban felemlített, különben is jól ismert munkáira utalunk. Módszerének hátránya az, hogy csak őt használható, a hol még megvannak a vizsgálatra kerülő vérfoltban a vér alakos elemei; előny hogy bízhatatlan kis mennyiségű vér elegendő arra, miszerint kizárhassuk vagy constatalhassuk embertől származását, sőt ha elegendő sokféle immunserummal rendelkezünk, csaknem abszolút biztossággal felismerhetjük az állat speciést vagy legalább is genust, melynek vére a vizsgálat tárgyát képezi.

Utána Uhlenhuth, Wassermann és Schütze, Stern és mások a praecipitin hatásának specificitását használták fel hasonló ezélokra s számos vizsgálat alapján ma már kétségtelen, hogy ennél könnyelmesebb és biztosabb eljárást a vérfaj felismerésére kívánunk sem lehet.

A cytotoxinok segítségével tehát megoldottuk a törvényszerű orvostan egyik legnagyobb jelentőségű problémáját: fel tudjuk ismerni mily állat, vagy ember vére van-e a corpus delictin.

Nagy előnye ez utóbbi eljárásnak, hogy nincs szüksége a vér alakos elemeire. Így azután higitva, melegítve (165^o-ig), fán, földön, falon, fémén, ruhán, papíron stb. mindig felismerhető marad.

Ugyancsak specificitásánál fogva megkísérlették, ép úgy, mint Friedeberger a normális haemolysint, úgy a csapadékadó immunserumokat is állattani systematikai kérdések eldöntésére felhasználni. E kísérletek igen szépen bizonyítják a csapadékok specificitását. Nuttall pl. 120 fajta vért vizsgálva, sehol ellentmondásra nem akadt.

Elettani és kórtani jelentőséggel bírhat azon tény megállapítása is — a mit szintén a cytotoxinok ismeretének köszönünk —, hogy a vizeletben, ascites folyadékban, pleuritikus exsudatumban stb. előforduló fehérjék azonosak a vérfehérjékkel, hiszen ugyanarra a praecipitinre adnak csapadékot s bármelyiknek ismételtlen állapotba fecskendezése valamennyire ható csapadékadó serumot termel. (Mertens, Dieudonné, Leclainche-Vallée, Wassermann és Schütze stb.)

Csapadékot kapunk egyébiránt a spermában, genyben, genyes köpetben, hydrócele-folyadékban stb. (Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Rille: *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Erste Abtheilung.* Jona, G. Fischer. 1902.

Mint az orvosi tudomány egyéb szakmaiban, úgy a dermatológiában is a kiterjedt bűvárlások és a tapasztalatok mindinkább sűrűbbé váló közlése évről évre óriás mérvben növeli az anyagot. A hatalmas gyűjtőmunkák, a melynek — hogy csak a legújabbakat említsük — a francia Besnier-Brocq-Jaquet-féle s a német Mrazek-féle, igyekeznek a felgyülemelő anyagot csoportosítva, hasznossá tenni. De e nagy munkák minden, úgy szólva csak a szakembert érdeklő kérdésre kiterjeszkednek, s már terjedelmük miatt sem alkalmasak a szerényebb igények kielégítésére, s így ezeken a főleg specialisták számára szerkesztett munkákon kívül szükség van olyanokra is, melyek a tanuló ifjúság s a korral haladni óhajító gyakorló orvosok számára vannak írva. Ilyen Rille, a kiváló innsbrucki tanár munkája, melynek első része előtünk fekszik. Tulajdonképpen a Mering-féle belgyógyászati gyűjtőmunka egyik alkotórészeinek készült, de éppen a számitást túlhaladó terjedelménél fogva jónak látta a szerző külön, önálló kötetben publikálni.

Didaktikus irányánál fogva természetesen tartalmából kimaradt mindaz, a mi a dermatológiában még kiforratlan vagy kétes, s ha talán Rille némely tekintetben túlvátoosan ragaszkodik is a néhol szinte dogmatikussá vált Hebra-Kaposi-féle bécsi iskolához, az csak előnyére fog válni hallgatóinknak, mert az évtizedeken át sokszorosan kipróbált bécsi tanok különösen a didaxis terén váltak be. A Hebra-Kaposi irány talán legmarkansabb módon jelentkezik az eczema fejezeténél, hol az aetiologiában még mindig ott találjuk a tisztán chemiai, thermikus és erőművi ingereket, valamint a valódi eczémának minősített crotondermatitist stb.; a pityriasis roseánál már elfordul annak, különösen a régiebb bécsi iskola által vehemensen védett trichophytonos eredetétől. Követett irányánál fogva talán felesleges megemlítenünk, hogy az elnevezésekben is szorosan ragaszkodik a bécsi iskola hagyományos terminus technikusaihoz. Nagy előnye Rillének, hogy igazán röviden, szorosan a lényegre szorítkozza, világos nyelven ír s az, hogy nem a ritka, s így tudományos szempontból érdekesebb, hanem a gyakorlatban leggyakrabban előforduló bőrmegbetegedésekkel foglalkozik tüzetesebben, mi könyvét szinte praedestinálja az élet, a praxis számára. A 34 ábra — ha talánunk is közötté több gyarlót is — emeli a könyv értékét, melynek folytatását kíváncsian várjuk. Poór.

Gebhardt Ferenc: *Az opotherapiáról.* Budapest, 1902.

Szerzőnk valóban hasznos munkát végzett, a midőn az opo- vagy organo-therapia, vagyis azon orvosló eljárás szolgáltatában álló szereket összegyűjtötte és ismertette, melyben egészséges állat valamely szervét frissen vagy kivonat alakjában adjuk orvosságu.

Ezen eljárásnak szálai — miként Gebhardt kimutatja — a messze multig nyúlnak vissza, de a modern opo-therapia kezdetét az időtől számítjuk, a mikor Brown Séquard 1869-ben a szervek belső elválasztásáról szóló theoriájával fellépett és később, 1889-ben ennek gyakorlati alkalmazását a here nedvének hatásáról bemutatta.

A könyv sok szaktudással, őszinte igyekezettel és szorgalommal van megírva s a ki elolvassa, az organo-therapiának elveivel, alkalmazásával, készítményeivel teljesen tisztába jön. A készítmények sorába még be lehetne utólag iktatni az oporeniiumot és pulmonint.

A könyv az organo-therapiának kimerítő, 382 sorszámmal menő bibliographiáját is tartalmazza, mely az ez irányban dolgozóknak munkásságát nagyon meg fogja könnyébbíteni. G.

Max Neuburger: *Die Vorgeschichte der antitoxischen Therapie der acuten Infectiouskrankheiten.* Stuttgart, Ferdinand Enke. 1901.

A szorgalmas és mélyreható bécsi docensnek terjedeleme rövidre fogott, de tartalma szerint egyik legkiválóbb munkája ez.

Kimutatja benne, hogy az aetiologikus alapon álló, a szervezetet a toxikus anyagoktól megszabadítani törekvő orvoslás eszméje már igen régi. Ezen régmúlt időkől kezdve Neuburger egészen a modern serumkezelésig végig követi az eszmék lánczolatatos fejlődését, melynek egyik, reánk magyarokra nézve kiváltképpen érdekes phasisa *Wesprémi István* törekvése volt, a ki a pestis ellen legelőször ajánlott védőoltásokat.

Neuburger könyvecskéjéből kiteszik az is, hogy mily sok előmunkása volt Behringnek, s hogy eljárásában a multak mennyi analógiája volt segítségére; a mit egyébiránt a kiváló történelmi érzékkel felruházott Behring soha se mulaszt el kiemelni.

Az orvosi történet e lelkes művelőjének minden egyes munkáját a lelkiismeretes pontosság jellemzi. Jelen esetben 21 oldalra terjedő eredeti adathalmaz biztosítja az olvasót, hogy az essay-szerű feldolgozás teljesen concret nyomokon halad. Győry.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Az idült dyspepsiás diarrhoeáról értekeznek Schütz 16 észlelete alapján. A baj nagyon hosszú ideig, sokszor évtizedekig tart, az orvossal szemben nagyon makacs; vannak esetek, melyekben a hasmenés időszakban jelentkezik, teljesen zavarmentes időközökkel váltakozva; míg máskor a diarrhoea állandó, úgy hogy volt olyan eset, melyben 12 éven át állandóan hig volt a székletét. A székelési inger sokszor hirtelen jelentkezik az evés alatt vagy után; a betegek bélyugtalan-

ságról, korgásról, felfúvódottságról és kólika-fájdalmakról panaszkodnak. Neurastheniás, továbbá gyomorpanaszok az esetek felében találhatók, másik felében azonban subjective csak a bél részéről vannak jelen panaszok. A bélürülések sajátságos szürő savanyú, nem faeculens szagúak, sok gázbuborékkal keverték; a többé-kevésbé hig székletében gyakran találhatók emésztetlen ételrészecskék. Az esetek túlnyomó többségében ezen diarrhoeához bélhurut csatlakozik. A gyomorban a sósav elválasztás csaknem kivétel nélkül esőkent; a gyomor mobilitása is sokszor zavart; a legtöbbször atonia volt jelen, csak egy esetben észlelt szerző hypermotilitást. A betegség keletkezésének sorrendje tehát a következő: a gyomoremésztés csökkenése, a mit a vékonybél eleinte kompenzál; a vékonybélemésztés azonban lassanként elégtelen lesz, ennek folytán diarrhoea lép fel, a mi később vékonybélhurutra vezet. Az idült dyspepsiás diarrhoea prognosisa függ az elsődleges gyomorhaj jellegétől, a bél állapotától és a beteg lelkiismeretességétől az adott diatetikai utasítások követésében. Az orvoslást illetően az obstipáló szerek mindaddig kerülendőek, a meddig erjedési folyamatok vannak jelen, vagy a székletében sok az emésztetlen ételmaradék. Legnagyobb fontosságú a gyomor-bélhuzam kiűritése a gyomor és a vastagbél kiöblítésével; makacs esetekben magas bélbeöntéseket kell végezni. A diéta tekintetében a hústáplálék lehetőleg megszorítandó. Finomabb lisztfajokból készült ételek (leves, pép, felfújt, kétszersült), burgonyapép, továbbá tojás (5—6 naponként) álljanak előtérben; bizonyos körülmények között fehérjekészítmények (plasmon, beeftea) is használhatók. Az orvoslás kezdetén ágynyugalom, később nappal 5—6 óra fekvés az étkezés után. Ezek mellett wiesbadeni „Kochbrunnen“ az étkezés előtt melegen, úgyszintén sósav az étkezés után ajánlható. (Sammlung klinischer Vorträge, 318. szám.)

A mikroococcus catarrhalis mint kórokozó. Pfeiffer R. 1896-ban bronchitisben szenvedők genyes köpetében található coccusokra hívta fel a figyelmet, melyek alakjukra és festődési tulajdonságukra nézve a gonococcusokhoz hasonlítottak és nagyon gyakran intracellulárisan feküdtek. E coccusoknak a mikroococcus catarrhalis nevet adta. Ujabbán Bécsben Ghon és Pfeiffer H. 140 esetet vizsgáltak és ezek közül 81-ben találtak meg az említett coccust. Ezzel kapcsolatban Sedert mikroococcus catarrhalis által okozott több köreset ismertet behatárolva, a melyekből az alábbi következtetéseket vonja: 1. A mikroococcus catarrhalis képes más mikrobák közreműködése nélkül is úgy egyszerű bronchitist, mint lobularis, sőt lobaris pneumoniát is létrehozni. A helyi tüneteken kívül még súlyos általános tüneteket is okozhat. A mikroococcus catarrhalis okozta körképben nincsen semmi jellegző. Leghasonlóbbak az influenza- és pneumococcusinfekciókhoz, a melyektől csak a pontos bakteriologiai vizsgálat útján különböztethető meg. 2. A mikroococcus catarrhalis a légutaknak vegyes fertőzésen alapuló megbetegedéseiben is található, még pedig többnyire a diplococcus pneumoniae és az influenza-bacillus társaságában; ezekben az esetekben valószínűleg ő játsza az elsődleges okozó szerepét. 3. A mikroococcus catarrhalis sok esetben csak saprophyta. (Zeitschrift für klinische Medicin, 44. kötet, 3. és 4. füzet.)

A tüdőgümőkór orvoslásáról szóló cikkében de Renzi tanár az első sorban tekintetbe veendő hygienés-diatetás eljárás (1. szabad levegőn tartózkodás, 2. bőséges animalis táplálék, 3. nyugalom) mellett a gyógyszereknek is szerepet tulajdonít. Ezek közül az ichthyollal, ichthoformmal és natrium salicylicummal ért el legjobb eredményeket. Az ichthyollal nagy adagokban és hosszú időn át kell adni. Következőképp rendel: Rp. Ichthylol 10·0, Aquae menth. pip. 80·0, Syr. simpl. 20·0. S. egy kávékanálnyi egy pohár vízre; két szakaszban veendő be. Eleinte 2 kávékanálnyi veendő pro die, később 10—11 grammig emelkedhetünk. Az ichthyollal belégzésre is ajánlható; vele átítatott gyapotot teszünk a belégző álarca alá. Az ichthoform, mely ichthyollal és formaldehidnek egymásra hatásakor keletkezik, sötétbarna, iz- és szagnélküli por, mely 10—30 centigrammos adagokban, 1—3 gramm pro die adható. Az ichthoform használata különösen egyidejűleg jelenlévő bélzavarok esetén (gázképződés, bélfájdalmak, hasmenés) javalt. A natrium salicylicumot láz ellen használja szerző, átlag 4—6 grammot naponként; minden por (1 gramm) bevétele után egy pohár vizet kell meginni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 18. szám.)

Orr-, torok- és gégebajok.

A rhinophyma-műtétek között Rusch szerint a legradicalisabb az orr bőrének teljes exstirpatioja, ezt követő bőrátültetéssel. A recidivák elmaradása, valamint az arc egyéb részein levő aknék gyors javulása azt bizonyítja, hogy az arc aknéit is az orrbőr betegsége okozza és a mint az utóbbi eltávolítatik, az arc aknéi is megszűnnek. Az összes eljárások közül tehát a legelőnyösebb egy basalis részt visszahagyó decortatio, ezt követő bőrátültetéssel. (Wien. klin. Woch. 1902. 13. szám.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Az adenoid szövet heveny vagy idült gyuladásánál gyermekeknek a 2%-os bőrvizel való ormosások a legezészerűebbek. Olivaris canule-t, a folyadék a sinusba való jutása miatt, alkalmazni veszélyes. A legveszélyesebb eljárás, ha egy vaselinnel bekenet veres kantsuk-csövet az alsó orrjáraton át egész az orrgaratüregig vezetünk és ezen át egy ballon segítségével az üreget jól kimossuk. Az ily módon végzett mosásnál a folyadék nem juthat be az Eustach-kürtbe. A rögtöni hatás a mosást követő két óra alatt a láz jelentékenyebb csökkenésében mutatkozik. (Gazette médicale de Paris, 1902. augusztus.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az ichthyolsalicyl hygroskopikus por, mely 25, 33 és 50% natrium salicylicum-tartalommal jön forgalomba. Ujabbán Rohden írta le használati módjait s a vele elérhető eredményeket. Ha oldatban akarjuk használni, legjobb a 25%-os igénybe venni, míg egyébként inkább az 50%-os ajánlható. Külső használatra nagyon ajánlható a 10—20%-os ichthyolsalicylt tartalmazó dermosaport, mint a mely rendkívül jól szívódik fel és erős lobellenes, antiseptikus, oldó és oszlató tulajdonságokkal rendelkezik s mint ilyen a legkülönbözőbb bőrbajokban nagyon jó eredménnyel használtatik. Alkalmazása javalt még ízületi és izom-csúszban; a beteg részeket előbb meleg szappanos vízzel jól megmossuk, enyhén megtöröljük és ichthyolsalicyl-dermosapollal bedörzsöljük; utána gyapotba beburkolás; legjobb az eljárást reggel és este végezni. Nőgyógyászati bajokban is jó eredménnyel használható ezen készítmény. Az ichthyolsalicyl diuretikus kivonatokkal készített labdacok alakjában is forgalomban van (Chem.-pharm. Laboratorium W. Lakemeier, Mülheim) olyan esetekben való használat czéljaira, a melyekben az ichthyollal jó eredménnyel szokták használni (gümőkór, diabetes stb.); eleinte naponként 3-szor 1—1 labdacot vétetünk be s lassanként felemelkedhetünk naponként 3-szor 3—4 labdacsig; a labdacok használatával egyidejűleg czélszerű szénsavas alkalikus italokat is rendelni. (Allgem. internat. med. Rundschau, 1902. 6. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 37. szám. *Siklóssy Gyula:* Adatok a szemhéjak sebészetéhez. *Alexander Béla:* A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 37. szám. *Sugár K. Márton:* Virchow Rudolf életéből. *Lukács Hugó:* Magyarország elmebetegügye az 1901. évben.

Magyar orvosok lapja, 1902. 37. szám. *Torday Ferencz:* Hörgbe jutott idegen test; halál ránggöresök között. *Sümei József:* Jogosult-e a lefolyt appendicitis után a massage és mikor? *Reisz Octav:* 1. Késői utóvérzés esete az arteria radialisból. 2. Atresia vaginae esete.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 37. szám. *Drasche:* A gümőkór. *Wengler:* A specifikus testvér meghatározása élő emberben. *Walbaum:* A bélganglionok magatartása hashártyalob eseteiben. *Hamburger:* Szemészeti közlések. *Franz:* A tuberculin diagnostikai értéke. *Kornfeld:* Gonorrhoea és házasság. *Maizner:* A májeirrhosis haemorrhagiás alakja.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 37. szám. *Probst:* A látótelep jelentősége. *Schüler:* Szülési karhírdés három esete. Ezen hűdésalak viszonya a veleszületett torticollishoz. *Berdach és Herzog:* A metacarpus indicis traumás izolált ficamodása.

Wiener medizinische Presse, 1902. 37. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 35. szám. *Gross:* A bakteriologiai vizsgálat értéke a víz megítélésnél hygienikus szempontból.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 17. szám. *Meyer-Wirz:* A gyermekági láz törvényszerű orvostani szempontból. *Wuhrmann:* A vándorvese és anteversioja.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 37. szám. *Palma:* Intraglobularis methaemoglobinaemia emberben. *Dorendorf:* Az inspiratorius glottis-szűkülés keletkezése kétoldali posticus hűdésnél. *Korschun és Morgenroth:* Szervkivonatok haemolytikus tulajdonságai. *Joachimsthal:* Adatok a veleszületett esipőizület-fizcamodások tanához.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1902. 37. szám. *Uhlenhuth:* A vér forensikus serodiagnostikájának gyakorlati eredményei. *Danielsohn és Hess:* Alkohol és sublamín mint kezdesinficiáló szerek. *Fürbringer:* Megjegyzések az előző cikkre. *Strauss:* Osmotikus és chemiai folyamatok az emberi chylusban. *Klingmüller:* Lepa tuberosa esete Felső-Sziléziából. *Jendrassik:* Neurastheniás neuralgiák. *Silberschmidt:* Perforatio vagy császármetszés? *Bial:* A diabetes és pentosuria megkülönböztetése a Bial-féle kémszerrel.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 36. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz. 37. szám. *Ferrannini:* Alimentaris glycosuria és laevulosuria a máj megbetegedéseinél.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 35. szám. *Thiel:* Mindkét bal tüdőlebeny lött sérülése; műtét után gyógyulás.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 64. kötet, 4. füzet. *Krogius:* A sinus frontalis elsődleges sarcomái. *Schmieden:* Hygroma colli cysticum congenitum. *Wolter:* Myositis ossificans traumatica lymphocysták képződésével. *Nösske:* Vizsgálatok a parasitáknak tartott sejtzárványokról rákban.

Gazette hebdomadaire, 1902. 73. szám. *Adenot:* A méh elsődleges gümőkórja. 74. szám. *Hayem:* A cholaemiáról, cirrhosis biliaris hypertrophica egy esete kapcsán.

Le progrès médical, 1902. 37. szám. *Cardamatis:* Haemoglobinuriás epeláz Görögországban.

La semaine médicale, 1902. 37. szám. *De Bovis:* A rák gyors növekedése, gyakrabban előfordulása városokban és nőknél valószínűsége vagy csak látszólagos.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 37. szám. *Broca:* Az appendicitis kezelése. *Sonnenburg:* Ugyanaz. *Gallet:* Ugyanaz.

British medical journal, 1902. szeptember 13. *A. Mac Conkey*: Emlőtályog typhus után. *E. T. Bustin*: Chorea és pertussis gyógyítása cannabis indicával. *J. Garrett*: Epék okozta bélelzáródás. *Ch. E. Murphy*: A húgyvese veleszületett szűkülete. *J. Crawford Renton*: Hasbetegség műtött esete. *J. Evans*: Gangraenás dysenteria gyógyult esete. *J. Aldred Allwood*: Két gynaecologiai eset. *G. H. Goddard*: A kar nedves üszkösödése lövészi sérülés után.

Hetiszemle és vegyések.

Budapest, 1902. szeptember 19.

Figyelmeztetés a magyar orvosi könyvkiadó társulat tisztelt tagjaihoz.

A társulat kiadásában imént megjelent: „**A részletes kórboncztan tankönyve**“. Orvostanhallgatók és orvosok számára írta **Kaufmann Ede dr.**, a kórboncztan nyilvános rendes tanára a baseli egyetemen. 561 ábrával és két táblával. Csaknem valamennyi a szerző kézi rajza. Fordították a II. kiadás nyomán **Minich Károly dr.** székesfővárosi bonczoló főorvos, **Feldmann Ignác dr.** tanársegéd, **Krompecher Ödön dr.** egyetemi magántanár és **Verebély Tibor dr.** volt tanársegéd. Átnézte **Genersich Antal dr.** egyetemi nyilv. rendes tanár. Első fele. Budapest, a társulat sajátja. 1901. 666 l.

Ezen munka a társulat kiadványainak LXXXVII-dik kötetét és az 1902. évi könyvilletmény első felét képezi. A mű második fele még ez évben fog megjelenni.

A jelen első rész a m. orvosi könyvkiadó társulat tagjainak f. hó 20-dikától kezdve a fővárosban küldöncz által, a vidéken lakó tagoknak postán fog megküldetni.

Budapest, 1902. szeptember hó 17.-én.

Koller Gyula dr. első titkár.

— **A XIV. nemzetközi orvosi congressus** 1903. évi április 23-40l 30-dikáig fog Madridban megtartatni, Calleja tanár elnöklete és XII. Alfonz király és Krisztina királyné védnöksége mellett. Mint a széjjelküldött programmból kitünik, Spanyolország összes tudományos körei, akademiái, egyetemei, továbbá a hatóságok nagy buzgóságot fejtenek ki a congressus sikerültének érdekében. A congressus magyar orvosi bizottsága következőképen alakult meg. Elnök: Pertik tanár, alelnök: Nékám tanár, pénztáros Demjanovich dr., titkár. Deutsch László dr., tagok: Bókay János, Dollinger, Hógyes, Korányi Frigyes, Müller, Purjesz, Rigler, Tauffer egyetemi tanárok, Kóssa Gyula az állatorvosi facultás tanára, Schermann, Kovács-Sebestyén Endre, Tauscher főorvosok. E bizottság a következőkről értesíti a magyar orvosi közönséget. A congressus tisztán tudományos jellegű; tagjai lehetnek orvosok, fogászok, gyógyszerészek és állatorvosok, továbbá bármely tudományos pálya művelői, végül a sajtó képviselői, ha abbéli szándékukata bizottság titkárának, Deutsch Lászlónak, VII., Kertész-u. 41. bejelentik és a részvétel díját, 30 pesetát = 24 koronát a bizottság pénztárosának kezeihez lefizetik. Ez összeg ellenében a bizottság titkára közölteendő időben kiszolgáltatja az igazolási jegyeket, a melyek az utazási és egyéb kedvezményekre jogosítanak. A congressus tagjai résztvehetnek annak munkálataiban, előadásokat jelenthetnek be és tarthatnak, résztvehetnek a vitákban. Megkapják a congressus munkálatainak foglalóját tartalmazó évkönyvet, Résumé general, továbbá annak a szakosztályának részletes jegyzőkönyvét, a melyre beiratkoztak. A tudományos szakosztályok, a melyek közül minden congressista csak egybe iratkozhatik be, a következők. 1. Boncztan. 2. Élettan, biophysika és biochemia. 3. Általános kórtan. kórboncztan és bacteriologia. 4. Általános gyógytan és gyógyszerertan. 5. Belgyógyászat. 6. Ideg- és elmekórtan, törvényszéki anthropologia. 7. Gyermekgyógyászat. 8. Bőr- és bujakórtan. 9. Sebészeti és urologia. 10. Szemészet. 11. Orr-, gége- és fülgyógyászat. 12. Fogászat és stomatologia. 13. Szülészeti és nőgyógyászat. 14. Katonai és hajóhygiene és gyógyászat. 15. Közegészségtan, járványtan és műszaki hygiene. 16. Törvényszéki orvostan és méregtan. Megjegyezzük még, hogy úgy mint az előbbi congressusokon is a tagok családjához tartozó hölgyek 12 peseta = 10 korona lefizetése után hölgyigazolványt kapnak, a mely az összes ünnepegekben, fogadásokban való részvételre, továbbá utazási kedvezményekre jogosítja őket. A congressus tudományos munkarendjét és a napirendre már eddig is kitűzött kérdéseket a bizottság e lap jövő heti számában fogja közölni.

△ **A budapesti királyi magyar tudomány-egyetem megnyitó ünnepe** e hó 14-dikén folyt le. Az ünnepély és istentisztelet után, melyet az egyetemi templomban tartottak, a központi egyetem dísztermébe vonult a közönség, melynek sorában ott volt a vallás- és közoktatásügyi minister is. Az ülést *Vécsey Tamás*, a lelépő rector magnificus nyitotta meg. Beszédéből, melyben az egyetem mult évi történetéről számolt be, az orvosi karra vonatkozó fontosabb adatok a következők. A tanító személyzet 18 nyilvános rendes, 1 ezimzetes rendes, 6 nyilvános rendkívüli, 19 ezimzetes rendkívüli és 56 magántanárból, továbbá 7 adjunctusból és 41 tanársegédből állott. Az I. félévben 125, a II. félévben 119 volt a hirdett előadások száma. A hallgatók száma az I. félévben 663 (ezek között 21 rendkívüli), a II. félévben 634 (ezek között 12 rendkívüli) volt. Az orvosi kar személyi kiadásai 357,600 koronára, dologi kiadásai pedig 520,300 koronára rúgtak. Ezután az új rector magnificus, *Kéty Károly* mondotta el a székfoglaló beszédét, melyben a rectori jogokról és kötelességekről szólott hosszasan. Beszédét azzal az óhajttal fejezte be, hogy az egyetemért mennél többet és jobbat tehesen. Végül *Thánhoffer Lajos* mint azon kar dékánja, melynek tagja az illető évben a rectori méltóságot viseli, intezett buzdító szavakat az ifjúsághoz, melyet

figyelmeztetett arra a nemes kaposra, mely a tanítványt tanítóival összefűzi.

< **A stomatologusok VI. köz-és nagygyűlésének munkarendje.** Szeptember 26-dikán, d. e. 9—12-ig közgyűlés. 1/2 12—12-ig v. *Melnitz* tanár (Bécs): Tárgy fentartva: 12—1/2 1-ig *Höncz dr.* m. tan. (Kolozsvár): Casuistika. 1/2 1-ig *Sándor S. dr.*: Az implantatiokról. Szeptember 26-dikán, pénteken délután (Helyiség: Egyetemi fogászati klinika.) 3—4-ig *Rudas G. dr.* magántanár (Kolozsvár): A zománc-prizma hiányos elmeszesedése egyes stadiumainak göresövi demonstratioja. (Tanterem.) 4—5-ig *Bilaskó dr.*: A replantatiokról. (Tanterem.) 5—1/2 6 *Madzsar dr.*: Öt újabb diagnostikus methodus ismertetése. 1/2 6—1/2 7-ig *Szabó dr.*: Minta-rendelés klinikai járó betegeken. 3—6-ig Odontotechnikai laborat. *Salamon dr.*: Némely kevésbé ismert fémkoronarendszer ismertetése. Szeptember 27-dikén, szombaton délelőtt. Helyiség: Kir. orvosegyesület ülésterme. 8—9-ig *Landgraf L. dr.*: Porzellántömések fény- és árnyoldalai. 9—10-ig *Donogány Z. dr.* (vendég): Az orr melléküregeinek bántalmái. 10 1/2—11-ig Prof. *Árkövy*: Inlay-k indicatioi. 11—12-ig *Károlyi dr.*: (Bécs): Megfigyelések a caries alv. spec. és a fogszűt illetőleg. 12—1-ig *Berend dr.* (vendég): Oseesemők lobos szájbántalmái. Szeptember 27-dikén, szombaton délután. Helyiség: Egyetemi fogászati klinika. 3—1/2 4-ig *Vajna dr.* egyet. m. tan.: Újabb műszerek. (Tanterem.) 1/2 4—1/2 5-ig *Dalma dr.* (Fiume): a) Megjegyzések a fogbél conservatív műtéttanához. b) Hidmunkák. c) Göresövi készítmények. (A fog szövettana.) Tanterem. 5—6-ig *Krausz dr.*: A decuspidatio methodus bemutatása. *Balassa dr.*: Aranytömések Höpfner-féle arannyal. 3—9-ig Odontotechn. laborat. *Madzsar dr.*: A porzellántömések technikája. *Göllner Aladár dr.* I. titkár. Prof. *Árkövy dr.* elnök.

+ **A Bókay-szobor leleplezési ünnepélyét** október 5-dikén tartják a Stefánia gyermek-kórház kerthelyiségében. Megnyitó beszédet mond *Kéty Károly* tanár, az egyetem rektora, a szoborleleplezési beszédet tartja *Bauer Lajos dr.* A szobrot Radnai szobrász készítette.

— **A Budapesti Orvosok Szövetsége által rendezett műkiállítás** f. hó 16-dikán nyitották meg a vallás- és közoktatásügyi minister jelenlétében. A fényesen sikerült kiállítás, melynek létesítésében *Elischer* tanár fejtett ki rendkívüli munkásságot, minden tekintetben megérdemli, hogy minél többen látogassák.

— **A II. szülészeti és nőgyógyászati poliklinikum** segélyét augusztus hónap 121 esetben 83 műtéttel vették igénybe.

— **Megjelent. Babarcsi Schwartzner Ottó dr.** Az elmebetegügyi törvény alapelvei. Budapest, 1902. — *Hajós Lajos dr.*: Általános psychopathologia. Budapest, 1902. — *Hutyra Ferencz dr.*: Állategészségügyi évkönyv az 1901. évre. Budapest, 1902. — *L. Rhorer dr.*: Über die Bestimmung des Säurebindungsvermögens der Eiweissstoffe. Bonn, 1902. (kny.) — *S. Nobl dr.*: Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis. Wien und Leipzig, 1902. (kny.)

† **Elhunytak. Tabakovits János dr.** v. aradmegyei közkórházi másodorvos f. hó 12-dikén 39 éves korában. *Stern Benő* Miskolczon. *Bogdán Tivadár dr.* szolgálaton kívüli honvéd ezredorvos, Nógrádmegye t. főorvosa 78 éves korában Losonczon.

Lapunk mai számához van mellékelve: „**Egy kiváló physiologus bíráta a Sagradáról**“ című, a „**Sagrada Barber**“-féle szert tárgyaló közlemény.

Lapunk mai számához a **Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel „Isarol“** szerét tárgyaló prospectusa van mellékelve.

○ A modern therapiában mindinkább a természetes ásványvizek, ezek között különösen a „**Ferencz József**“ keseeüvíz jön alkalmazásba. Analysis szerint ez a legtartalomdúsabb keseeüvíz. Állandó összetétele folytán mindig biztos hatású. Ezen tulajdonságának köszönheti elterjedését.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró, meleg kénforrások, iszapfürdők, iszaporogatók, zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Ocsó és gondos ellátás. **Csúz, kőszvény, ideg-, borbajok** stb. felelő kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Bihar megyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1902. márczius 1-én tartott szakülés.) 623. 1.

Bihar megyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon.

1902. márczius hó 1-én tartott szakülés.

(Folyt.)

Az elektromos erő fénysugarai a tovatérjedés, elhajlás és törés ugyanazon törvényeit követik, mint a fénysugarak, ezért nevezik azokat nagyobb hullámhosszal bíró fénysugaroknak. A mint tehát a fénytűnémenyek elektromos hullámzásra vezethetők vissza, az X-sugarak is elektrodinamikusan hullámvonatokhoz, amelyeknél az elektrodinamikusan inger nem időszakosan, hanem gyors, rendetlen, rövid egymásutánban hullámzik.

Ez elektromos hullámok az eddigi tapasztalatok szerint jóval intenzívebb physiologikus hatást fejtenek ki, mint a többi ismert elektromos áramok által keletkezettek s néha hatásuk a szervezetre nem indifferens.

Bár az X-sugarakkal sokat kísérletező Oppenheim és Bucka tanárok váratlan halála nem tulajdonítható e sugarak hatásának, vannak közlemények, a melyek ily okból eredő neuralgiákról és eszéről szólnak.

A kísérletezők észrevették, hogy a sugarak hatásának közvetlenül kitett testrészek elváltozások jönnek létre, így a bőrön lobos, égéshez vagy fagyáshoz hasonló folyamat, a mely Röntgen-dermatitis néven ismeretes.

E dermatitisnek első jelensége a szőrök kihullása. Ezután izzadányt termelő lobos folyamat következik, a midőn a felbőr hólyagban emelkedik fel. Ez az exoriatio, a mely után gangraena lép fel. Kienboeck azt tartja, hogy az X-sugarak behatása alatt a hámsejtek szaporodnak, de nem lévén idejük megszáradni, a szőrpapillák megduzzadnak, a hagymák meglágyulnak és kiválnak. A sejt szaporodás később megszűnik s ha a sugarak behatása nem volt tartós, az alopecia 6—8 hét alatt megszűnik. A bőr színesedése az epidermis meglazulásából s a bőrfestenynek felszínrejutásából származik.

Az idült bőrlobot az X-sugaraknak cumulatív hatása okozza. Ennek három alakja van, a mely egymásba átmeve kombinálódik. Első az alopecia, második a sorvadás, a melyre jellegzők a bőr ráncosodása s a túlfestenyzettség, végül a fekélyesedés.

Kienboeck szerint a bőr, ha a sugaraknak rövid ideig tartó behatására reagál, igen érzékeny lesz s reakcióképessége fokozódik.

Sokat foglalkoztak az utóbbi időkben az X-sugaraknak bactericid hatásával. Rieder azt tapasztalta, hogy a bacillus coli és bacill. cholerae kulturák egy órai behatás után elvesztették virulentiájukat.

A mondottakból e sugaraknak radiotherapeutikus alkalmazása önként következik. Leginkább javalt alkalmaztatásuk egyes, főképp parasitarius eredetű bőrbajoknál s ehhez társuló folyamatoknál, minők a hypertrichosis, syccosis, favus, trichorhexis nodosa, furunculosis, acne, lupus vulgaris, lupus erythematodes, eczema chronicum és elephantiasis.

Az alkalmazás módszere: A Röntgen-eső a bőrtől 15 cm.-nyi távolságban oly módon helyzetetik el, hogy az antikatód a besugárzott térrel szemben és párhuzamosan legyen.

Az ülések naponként történnek, kezdetben 5 perczig, később 10 egész 20 perczig, később a cső a bőrfelülethez közelebb hozható. A be nem sugárzandó felület ólomlemezzel védendő. Cézlszerű az első két ülés után kétheti szünetet tartani, hogy idiosyncrasia esetén a bőrt a túlságos reactiótól megóvjuk. Mihelyt a bőr duzzad vagy halványpiros, esetleg barnás s a szőrzet az illető területen meglazul, a besugárzást abba kell hagyni.

Hypertrichosisnál 17—25, favusnál 7—13 ülés után szokott ez bekövetkezni. A radicalis gyógymód még egy utókezelést igényel, a mennyiben a kihullt szőrzet sok esetben mintegy 3 hó múlva újra megnő. Ezért célszerű 4—8 heti szünet után még 3—5 rövid egymásután következő ülést tartani. Az arc besugárzásánál a szemek mindig csukva tartandók s a csupasz egészséges helyek ólomlemezekkel védendőek.

Lupusnál a besugárzás intenzívebb lehet s itt bőrlobot tartanunk nem kell. A luposus fekélyek több ülés után hegedésbe mennek át, a hegek igen szépek s a rendes bőrhöz hasonlítanak. Így javíthatók radiotherapeutikus úton a hegek, tüszők és comedók.

Az előadásához Fenyő Ármán fűzött néhány megjegyzést. Megemlíti egy esetét, a melyben az X-sugarak áldásos hatásáról volt alkalma meggyőződni. A hadapródiskola egy növendékénél, a kit baleset ért, a vizsgálatnál kartörést (a radius és ulna alsó harmadának törése) vélték megállapíthatni. Kezdetben csak ideiglenes kötést kapott s a duzzadt helyre jeges borogatást. Az ideiglenes kötés levétele után azonban már esontörés biztos jeleit nem találták, de azért fix-kötést alkalmaztak s ezzel együtt eszközöltek Röntgen-felvételt. Már az átvilágításnál meg lehetett állapítani, hogy törés nincs s ezt a fénykép meggyőzőbben mutatta.

Tudomására hozza a szakülésnek, hogy legközelebb a helybeli

m. kir. honvéd hadapródiskola a saját telepének villamos áramát rheostattal felhasználva, Röntgen-laboratoriumot rendez be.

Előadó a felszólalással kapcsolatban megemlíti, hogy itt helyben sebészeti esetekben már eddig is igénybe vették a helybeli gymnasium physikai laboratóriumának felszerelését. Örömmel hallja, hogy kilátás van arra, hogy Röntgen-laboratorium létesül, a mely orvosi vezetés alatt fog állni. Eddig egy-egy felvételhez csak drágán lehetett jutni. Különbösen sem elég ily felvételekhez az, hogy a felvételt eszközöző physikus legyen, mert annak egy személyben physikusnak és orvosnak is kell lennie, a ki az anatómiában s az orvosi tudomány egyéb ágai-ban jártas.

1902. márczius hó 23-dikán tartott rendkívüli szakülés.

Konrád Márk elnök üdvözölve az egyesület vendégeit, Purjesz Zsigmond egyetemi tanárt és Janesó Miklós egyetemi magántanárt, megnyitja a szakülést, a melynek tárgysorozatát a vendégek előadása tölti be.

1. Purjesz Zsigmond egyetemi tanár (Kolozsvar) „Adatok a malaria kérdéséhez” címmel tartja meg számos táblázat bemutatásával kísért előadását.

A fertőző betegségekre vonatkozó nézeteink utóbbi időben lényegesen tisztultak, ide vonatkozó nézeteink sok tekintetben bővültek. Főképp a malariára nézve áll ez, a melyről évszázadokon át azt vélték, hogy a miasmikus betegségek típusa, míg Laveran 1880-ban először látta és leírta a malariás beteg vérében található, a malariát okozó parazitát. Ma már a vérelet alapján biztosan megmondhatjuk a bekövetkező kórforma típusát, súlyosságát, az egyes tünetek jelentkezési idejét. Nem egyszer sikerült előadónak is a beteg állításával szemben csupán a véreletből pontosabban megállapítani a lázroham beköszöntésének idejét, mint a hosszabb idő óta szenvedő betegnek.

Ismerve a paraziták szerepét, a bűvárlatnak nem lehetett más további célja, mint annak kiderítése, hogy honnan és hogyan kerültek a vérbe.

Az a körülmény, hogy a malariaparazitának tenyésztése az emberen kívül nem sikerült s más hasonló parazitáknak analogiája a felé a nézet felé tereltek, hogy e paraziták valamely állat vagy növény szervezetében folytatnak parasitaéletet s onnan kerülnek az ember szervezetébe.

A malaria és a moesarak közti viszonyt ismerve, a figyelem első sorban a moesarak faunája és florája felé irányult. Bár Lancisi már 1716-ban a moesaras tájakon élő mosquitoktat gyanúsította azzal, hogy a malaria kórhatányát az emberre közvetítik, mégis szinte új felfogás számba ment, midőn Manson hasonló véleményt nyilvánított és Ross angol katonarost arra buzdította, hogy a mosquitoban keresse a malaria okozóját.

Azóta Ross s az olasz bűvárok, főképp Grassi, Bignami, Bastianelli részéről megindultak az ez irányú kutatások s bár azóta csak néhány év telt el, nehéz eldönteni, ki a legfőbb érdem annak a felfedezésében, hogy a malaria terjesztője bizonyos szunyogfaj, főleg az anopheles claviger, bár azt a benyomást nyerte, hogy a legnagyobb rendszerességgel Grassi járt el.

Főleg Grassinak s munkatársainak kísérletei szólnak a mellett, hogy a malaria kórokozóját e szunyogfaj a már malariában szenvedő beteg vérből szívja magába, hol bizonyos átalakuláson megy át, megszaprodik s aztán az így megfertőzött szunyog által ép egyénekre jett csipés oltja a malariát ezekbe. Fontos érv, hogy a szunyog biológiai viszonyai megfelelnek a malaria epidemiológiai viszonyainak.

Ross és Grassi adatai nem maradtak ellenmondás nélkül. Azt véli, hogy ily kérdésben a kételyt el kell oszlatni, ezért kísérté meg a kérdés tisztázását.

Klinikáján Janesó már régóta foglalkozik a jelenségek tanulmányozásával, melyek a malaria okozója a szunyogba való jutás után észlelhetők. Kellően praeparált szunyogokkal rendelkezvén, megragadta az alkalmat a fertőzés tanulmányozására, midőn néhány egyén — talán Löfflernek a malaria és carcinoma közti viszonyra vonatkozó, a napi lapokba is bejutott közleménye behatása alatt is — vállalkozott a kísérletekre.

A kísérleteknél anopheles clavigereket (maculipennis) alkalmaztak, melyek Szamosfalva és Dezmér községek pajtáiban voltak foghatók.

Az anophelesek bizonyos számát tüllel körülvevő kalitkába helyezték, melyre a beteg karját vagy alsó végtagját helyezhette. Az egészet a beteg takarójával takarták be, úgy hogy a szunyogok a homályban csiphettek, azaz vért szívhattak.

Igy jártak el, hogy az anophelesek malariás betegből szívjanak vért s akkor is, ha az volt a cél, hogy malariás beteg vérével inficiált szunyogok átoltás céljából csipjék meg a kísérleti egyént.

Hogy a malariaparaziták az anophelesekben tovább fejlődjenek, a mint a szunyogok a malariás beteg vérével tele szívták magukat, a tüllkalitkát 30—32° C.-ra beállított és jól ventilált thermostatba tették. Arról is gondoskodtak, hogy a szunyogoknak elegendő vizük is legyen.

4-5 nap múlva újra szívták az anophelesekkel az előbbi maláriás betegektől vért.

Az anophelesek, melyek a kísérleteknél szerepeltek, két maláriás betegtől szívták vért.

Ezek egyike: K. M., 27 éves, mezőgazdasági munkás neje, a ki 1901. május óta maláriás vidéken dolgozott. Másfél éves gyermekével együtt jött a klinikára. Elmondja, hogy öt hét óta naponta borzongatja a hideg, nagyon elgyengült, feje és gyomra fáj. Két hét óta gyermekét is rázza a hideg. Bejövetelek a beteg vérében nagyszámú félhold és ovoid volt és nagyszámú kicsiny, festéknélküli, majd amoeboid mozgást mutató, majd gyűrűalakú félholdképző parazita (plasmodium praecox).

Felvétele után mindennapos hőemelkedései voltak 40-40.30 C.-ig, melyek arisztocininre megszűntek, de 5-7 nap után néha mindennapos, néha quotidiana subintrans vagy tertiana maligna tyussal ismétlődtek és arisztocinin vagy chinin sulf. adagolásra ismét elmaradtak. E lázszünetek alatt a vérben csak félholdak, ovoidok és sphaerák voltak találhatóak, de sohasem félholdképző alakok.

A másik beteg 22 éves, maláriás vidékről származó nő. 1901. október 28-dikán jött azzal a panasszal, hogy két hét óta naponta d. u. 5 órakor 1-1 óra hosszat a hideg rázza s ezt forráság követi. Most a hideg nem rázza, de nagyon gyenge és lábai fájnak. Bejövetelek vérében sok félhold és sphaera volt, továbbá apró, festéknélküli, gyűrűket képező félholdképzők.

A délutáni órákban naponta 39-39.10 C.-ig menő hőemelkedései voltak, melyek arisztocininre megszűntek.

Mindkét beteg a hosszabb ideig tartó malaria tünetei (lépnagyobodás, anaemia, stb.) jól ki voltak fejlődve.

A kísérleti egyének inoculációjára használt anophelesek e két betegből szívták vért. Ha az ilyen maláriás vérral tele szívódott anophelesek a thermostatban tartatnak, azok gyomrában már 7-8 napra sporozitokkal telt hólyagok, a 10-12-dik napon e hólyagok megrepedése után az anophelesek testüregébe kiömlő sporozitok már az anophelesek nyálmirigyében található fel. Kísérleti egyeinket ezért mindenkor legalább 12 nap előtt inficiált s azóta thermostatban tartott anophelesekkel csipettük.

Az inoculatio előtt a csipésre szánt anophelesek közül 2-3 megvizsgáltatott, van-e már gyomrukban megrepedt hólyag s nyálmirigyekben található-e sporozitok. Az inoculatio után is megvizsgáltatott néhány anophelest azok közül, melyek szúrtak, vajjon a gyomorfalon kirepedt hólyag látható-e?

Az utóbbi vizsgálat nem minden alkalommal és az inoculatióval szerepelt anophelesek nem mindegyikén hajtattott végre s mert akadhat inficiált anopheles, mely erősebben s olyan, mely kevésbé erősen van inficiálva, sőt olyan is, mely dacára, hogy többször vett fel magába továbbfejlődésre képes félholdakat tartalmazó vért, mégsem inficiáltatott, az infectio súlyosságának megítélésére biztos adat nincs.

A 4., 5. és 6. d. k. esetnél az eljárás módosult. Az anophelesek, a melyek alkalmaztatnak, csak 24 óráig tartanak a 320 C.-ra beállított thermostatban, azon túl 22-230 C. hőmérsékű szobában. Ezek gyomorfalán már a 9-dik napon sporozitokkal telt hólyagok, a 15-ik napon kirepedt hólyagok és a nyálmirigyekben sporozitok voltak találhatóak. Ez eseteknél az inoculatio e naptól kezdve történt.

Az inoculatiókat követő megfigyelésekből előadó a következőket vonhatta le:

1. Esetei bizonyítják, hogy az anopheles claviger, ha maláriás betegnek továbbfejlődésre képes félholdakat tartalmazó vért szívta s a kellő viszonyok közé kerül, egy bizonyos idő múlva szúrásával képes addig ép emberben maláriás megbetegedést előidézni.

2. Hat esetben történt inoculatio és a malaria minden esetben kifejlődött. Ennyi eset kevés annak elődítésére, hogy ily inoculatioval szemben van-e az embernek a fertőzéssel szemben immunitása.

3. Egyetlen ilyen anopheles szúrása is elegendő arra, hogy a malariát addig ép emberbe átoltssa.

4. Eseteiben, melyekben az inoculatio használt anophelesek félholdképző parazitákkal inficiált beteg vért szívták, az incubatio ideje 7-11 nap között ingadozott, tehát sem oly rövid, sem oly hosszú (2-4-14) incubatiót nem észlelt, minőt Bastianelli és Bignami maláriás betegek vérenek közvetlen befecskendése által nyertek. A szervezetbe jutott sporozitoknak szaporodniuk kell, hogy a szervezetet észrevehetőleg betegé tegyék. A beoltott sporozitok száma s a már első hőemelkedéskor található paraziták száma közt nagy az aránytalanság.

5. E mellett látszik szólni, hogy az esetek egyikében sem kezdődött a betegség azonnal magas hőemelkedéssel és jól kifejezett rázó-hideggel; a hőemelkedés intenzitása és extenzitása csak fokozatosan növekedett s ezzel karöltve súlyosbodtak a többi tünetek.

6. Az esetek nem szólnak határozottan a mellett, hogy az incubatio rövidebb vagy hosszabb tartama lényegesen csupán a csipetésnél szerepelt anophelesek számától függne.

7. Az incubatio tartama bizonyos mértékben talán a szunyog által megszárt egyén individualitásától is függ.

8. Az incubatio tartama alatt az inficiáltaknál semmi subjectiv tünet nem volt észlelhető.

9. A lép nagyobodása némely esetben már előbb ki volt mutatható, semmint hőemelkedések lettek volna észlelhetők; viszont máskor a hőemelkedés már jó ideje fennállott a nélkül, hogy a lép nagyobodása kimutatható lett volna.

10. Az anophelesek által inoculált malaria klinikai jellege ép olyan volt, mint a minőt azoknál a maláriás betegeknél észleltek, kiktől a szunyogok a vért szívták. A hol ily félholdképzők előfordulnak, ily

megbetegedések nem a tipikus hidegrázással, forrósággal és izzadással járó rohamok alakjában jelennek meg, hanem heves fej-, derék-, végtagfájdalmak, gyomor- és béltünetek, nagy elesettség által kísért hosszan elnyúló, rövid intervallumok által félbeszakított rohamok alakjában. Ilyeneket észleltünk azokban az esetekben, melyektől az anophelesek inficiálódtak s azokban is, melyeknél a malaria oltás általi lett előidézve.

11. Hosszabb ideig gyógybeavatkozás nélkül nem lehetett az eseteket megfigyelni, pedig ez lett volna szükséges annak az elbirálására, vajjon az inficiált anophelesek számától függ-e a láz típusa, a láz és egyáltalában az infectio súlyossága vagy pedig inkább azon parasiták fajától, melylyel a szunyogok fertőzve lettek.

Előadó csupán félholdképző plasmodium praecox-szal inficiált szunyogokkal rendelkezett, ezért csak óvatosan szólhat a kérdéshez, de azt a benyomást nyerte, hogy azon két egyénnél, kiknél az inoculatio több alkalommal és jóval több szunyoggal történt, mint a többinél, a lázmenet s a többi tünetek súlyosabbak lettek volna.

12. Inoculáltjaink vérében minden esetben félholdképzők voltak kimutathatók, tehát ugyanazon alakok, mint a minők a szunyogok infectiójára használt maláriás betegek vérében voltak találhatóak.

13. Inoculáltjaink vérében a legelső 1-2 hőemelkedés alkalmával malariaparasitákat nem, csupán kifejezett leucocytosist találtak. Ez nem magyarázható oly módon (Schwalbe), hogy a parazitáknak tartott alakok nem okai, hanem következményei volnának a malariának, hanem e körülmény abban a nagy aránytalanságban találja magyarázatát, mely a paraziták összes száma és a vörös vérszettek összes száma közt még az első hőemelkedések alatt fennáll, mely miatt paraziták nem voltak feltalálhatóak. Lehet esetleg, hogy az első hőemelkedések alkalmával a paraziták feltalálása azért nem sikerült, mert e parasitafaj szeret a belső szervekbe húzódnival s így annál később jut a peripheriás vérbe. Lépnoculatiót nem akart végezni.

14. Egy esetben az egyén abból a czélból, hogy kiderüljön, vajjon a praeventive adott chinin képes lesz-e a betegség kitörését megakadályozni, az incubatio időszaka alatt ismételve kapott chinint; lázrohama azonban mindamelllett az összes jellegző tünetekkel ugyanazon módon lépett fel, mint azokban az esetekben, a melyeknél chinint praeventive nem adtak.

Egy ily eset azonban nem jogosít fel arra, hogy a szokásos chinin-adagolás felett pálcát törjünk, bár gondolkodóba kell hogy ejtsen az ilyen módon és czélból alkalmazott chinin használat szemben, ha meggondoljuk, hogy annak hasznosságát — eltekintve a recidivák kikerülése szempontjából adagolt chinin hasznosságától — rendszerint oly esetekkel bizonyítják, melyekről az, hogy tényleg inficiálva lettek volna, bizonyítva nincs. Lehet, hogy szerencsésebb lett volna a kísérlet, ha a chinint az incubatio későbbi szakában adták volna. (Folyt. köv.)

PÁLYÁZATOK.

A pozsonyi m. kir. bábaképezde orvosgyakornoki állása, a mely évi 600 korona jutalomdíjon kívül élelmezés, lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve, folyó évi október hó 1-jén betöltendő. A magyar, német és tót nyelv ismeretével bíró orvosdoctorok a vallás- és közoktatásügyi m. kir. minisztériumhoz intézett kérvényüket a fent nevezett intézet igazgatóságához nyújtják be. Pozsony, 1902. évi szeptember hó 11-dikén.

2-2 Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

6137/1902. sz. Békés vármegye közkórházának elmebeteg-osztályán lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló, okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Dr. Lukács György Békés vármegye és Hódmező-Vásárhely város főispánjához intézni, hozzám folyó évi október hó 1-jéig küldjék be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A kinevezett állását legkésőbb folyó évi október hó 10-dikén elfoglalni köteles.

Gyula, 1902. évi szeptember hó 14-dikén. 2-1 Berkes dr., kórházi igazgató.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárát	Állás	Hely	Fizetés	Czím
szept. 25.	közs. o.	Törökbeese	800 k.	Horváth J. főszolgab.
26.	körorvos	Gyanta	1441 k. 92 fill. és lak.	Verner főszlgb., Tenke
28.	körorvos	Pétervásár	1200 k., 200 k. lak. 400 k. úti átalány	Drisnyey Béla főszb., Pétervásár
28.	körorvos	Nagyszöllös	800 k. és 300 k. fuv. d.	Szabó dr. főszolgab., Devecser
28.	körorvos	Zsarnócza	1200 k., 200 k. ú. á.	Finka Sándor főszlgb.
29.	közs. o.	Talpas	1200 k., 40-80 fill.	Csukay, Kisjenő
30.	közs. o.	Pacsér	1400 k., 120 ú. á.	Császár fzlgb., Bács-Topolya
30.	téb. s. o.	Nagykálló	1200 k., lak., élelm.	Borosnyói L. Béla ig.
okt. 1.	k. s. o.	Marosvásárh.	1000 k., lak., ellátás	Kozma igazgató
1.	alorvos	Losonez	800 k. és teljes ellát.	Wagner S., polgárm.
30.	körorvos	Etéd	1000 k., 200 k. úti át. és lakás	Pálffy J. főszolgabíró, Székely-Keresztúr
—	fogházo.	Szegzárdi törv. fogház	600 k.	Dr. Vízlendvay Imre főügyészhely., Pécs
—	sebész.	Sulinai tengerészeti kórház	8-10,000 frank és lakás	Európai Dunabizottság, Galatz

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kittűn sikerrel használtatik
vese, húgyhólyag, húgydara és köszvénybántalmak ellen,
vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési
szervek hurutos bántalmánál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!
Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Egy 10,000 korona értékű

fogorvosi praxis

családi viszonyok miatt **azonnal eladó.**
Bővebbet a Petőfi kiadó-vállalatnál. Budapest, III.

Pályázat orvosi állásra!

A Bihari Erdőipar és Mészégető r.-t. betegsegítő pénztára keres egy
kellő gyakorlattal bíró, nőtlen orvost, havonkénti részletekben folyósítandó 3600,
szóval háromezerhatszáz korona évi fizetéssel, szabad lakás, fűtés és világítás
élvezete mellett.

Az állás 1902. évi október hó 15-dikén elfoglalandó. A megválasztandó
orvos a pénztár elnökségének kívánságára személyesen is köteles bemutatkozni, az
utazás költségeit azonban a pénztár megtéríti. Megjegyezzetük, hogy baleseteknél a
biztosító intézet részére készítenő bizonyítványokért az orvos külön és pedig
esetrel 10 koronával lesz díjazva és hogy magángyakorlatot is folytathat.

Kellően felszerelt ajánlatok folyó évi október hó 1-jéig a betegpénztár
elnökségénél Bihar-Dobresten nyújtandók be.

Bihari Erdőipar és Mészégető r.-t. betegsegítő pénztára.
Darvas, elnök.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D^r. EGGER

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

Vegy-, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranyérbántalmak,
vértörlés, fejfájás, étványhiány, epa-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő
időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknek.
Semminemű ártalmas alkalmatlan anyagot, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem
tartalmaz, s csak a tropikus Tamar gyümölcséből van készíve. Igen alkalmas
a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

A Tamar Indian Grillon Franciaország első tekintélyei által javallatik,
s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerár, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Szag és íz nélküli a

Zoltán-féle Csukamáj-olaj

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kittűn hatású: **táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus
és scrophulotikus gyermekeknek, phthisikusoknak.** — Készítője:

ZOLTÁN BÉLA gyógyszerész, Budapest, V., Nagykorona-utca 23. sz.

Kapható az ország összes gyógyszerárjaiban üvegenként 2 koronáért.

: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITÜNTETÉST NYERT :

Dionin

kittűn pótszere a codeinnak és morphinnak.

Largin

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

Jodipin

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

Diphtheria-ellenes gyógyszerum

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

Stypticin

bevált méhbeli haemostaticum.

Tannoform

kittűn adstringens és antidiarrhoeum.

Bromipin

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

E. Merckvegyi
gyára,**Darmstadt**

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Bókay János: A Quincke-féle punctio értéke a gyermekkori idült belső agyvízkór kezelésénél. 625. lap.

Chudovszky Móricz: Közlemény a szt. János-kórház (Ludvik igazgató) sebészeti osztályáról. Adatok az orsócsont alsó harmada töréseinek kezeléséhez. 627. lap.

Jendrassik Ernő: Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez. 628. lap.

Tárca. Kollarits Jenő: A biológia határai. 631. lap.

Közegészségügy. Elvi jelentőségű minisiteri határozatok. 632. lap. -- Körrendelet gyógyszerész-gyakornokok minősítése tárgyában. 633. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Dalmady Zoltán: A cytotoxinok. 633. lap. — Könyvismertetés. Magyarország elmebetegügye az 1901. évben. (—k.) — Troels-Lund: Gesundheit und Krankheiten in der Anschauung alter Zeiten.

(Györry.) — *Dominici*: La ganglion lymphatique. — *Lapszemle. Belgyógyászat.* Barth: Meningitis tuberculosa gyógyult esete. — *Littlejohn*: Latens pneumonia. — *Orr, torok- és gégebajok.* *Freudenthal*: Az idült orr- és orrgarathurut kezelése. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvossággyakorlatra.* *Helbich*: A heroin. — *Coulloch*: Tannigen. — *Freyhan*: Yohimbin Spiegel. — *Folyóiratok átnézete.* 635. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Elmegyógyintézeti kinevezés. — A német orvosok és természettudósok vándorgyűlése. — Gager Károly. — Ihrig Lajos. — Ápolók és ápolónők elhelyezése. — Megjelent. — Hibaigazítás. — Kelen József. 636. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. Bihar megyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Quincke-féle punctio értéke a gyermekkori idült belső agyvízkór kezelésénél.¹

Irta: Bókay János dr. egyet. nyilv. rk. tanár, a budapesti „Stefánia” gyermekkórház igazgató főorvosa.²

A idült belső agyvízkór (hydroceph. int. chron. és cong.) gyógykezelésénél régóta alkalmazásba vettek különböző sebészi beavatkozásokat, mert régi tapasztalat volt az, hogy nagyobb fokú belső agyvízkórnál egyéb kezelési eljárások eredményre alig vezethetnek. Az aseptikus aera küszöbéig azonban a hydrocephalus chirurgikus kezelése iránt a bizalom a balsikerek folytán nem erősödhetett meg. A sebészi aepsis bekövetkeztével a belső agyvízkór chirurgikus kezelését a szakorvosok újból felkarolták s bár Pott 1895-ben a „Gesellschaft für Kinderheilkunde” líbeckeri ülésén, a hydrocephalus gyógykezeléséről szóló előadásában még joggal mondhatta, hogy „wir müssen es offen bekennen, dass die Resultate der operativen Behandlung des Hydroceph. chron. int., möge diese oder jene Methode in Anwendung gekommen sein, bis jetzt noch ganz miserable sind”, az utóbbi időben megjelent irodalmi közlések kétségen kívül feljogosítanak bennünket arra, hogy a súlyosabb idült (chron. és cong.) ventricularis hydropsok sikeres gyógyításának kulcsát a sebészi kezelésben keressük.

Az ezen irányú chirurgikus beavatkozások legújabb irodalmát A. Pilcz jó átnézetben adja a „Centralblatt für die Grenzgebiete d. Medicin u. Chir.” 1899-diki évfolyamában; én ez alkalommal, tapasztalataimra támaszkodva, csak a rendszeres lumbal punctiók gyakorlati értékével óhajtok foglalkozni, mely kérdéshez, mint

tudjuk, a szakemberek egész sorozata¹ hozzászólott már, a nélkül azonban, hogy a kérdés eddig kellőképpen tisztázódott volna. Therapeutikus eredményeim ezen a téren határozottan kedvezőek s így habozás nélkül csatlakozhatom azokhoz (*Leyden, Concetti, Mya, Park-Rossell, Pfaundler, Bauermeister*), kik ezen operatív kezeléstől hydrocephalus chron.-nál eredményt várnak. Ugy vélem, hogy ezen irányban nem ártana nagyobb számmal kísérleteket tenni, de természetesen *kellő kitartással*, már csak azért is első sorban ezen eljárással, mert a Quincke-féle punctio az összes hasonczelű sebészi beavatkozások között kétségtelenül a legenyhébb és legegyszerűbb, s káros mellékhatásoktól a kellő cautelák betartása mellett úgyszólván teljesen ment.

Kérdés, mi volna egyáltalában azon idealis műtéti beavatkozás, melynek segítségével idült (chron. és cong.) belső agyvízkórnál nagyobb számmal volna várható teljesen kielégítő gyógyeredmény. A. Henle, egy szép cikkében, 1896-ban² idevonatkozólag a következőket írja: wir müssen als die ideale Operationsmethode des H. ein Verfahren bezeichnen, welches es ermöglicht, die Ventrikelflüssigkeit dauernd an eine Stelle fortzuleiten, von der aus sie, durch den Lymph- oder Blutstrom aufgenommen, dem Kreislauf zugeführt wird.“ Folytatólag pedig a következőket mondja: „. . . Dabei wird es vermuthlich nicht gerade darauf ankommen, den normalen Weg vom Ventrikel zum Arachnoidealraum herzustellen, sondern es wird genügen, wenn wir das Ventrikelwasser zu irgend einer lymphgefässreichen Gewebspartie hinbefördern, so ins subcutane Bindegewebe etc.“ (Ilyenmű eljárás analogonja volna pl. a Talma-féle műtétmódnak, melyet cirrhosis hepatis követő ascites-nél mi is ismételve fényes eredménnyel

¹ Bejelentetett a „Gesellschaft f. Kinderheilk.” 1902. szeptember havában Karlsbad-ban tartott évi összejövetelére.

² Minden jog fentartva.

¹ Quincke, Bergman, Flörsheim, Concetti, Falkenheim, Pott, Racinski, Soltmann, Lange, Heydenreich, Riecken és Heubner, de Sanctis, Neurath, Cassel, Noelcke, Stadelmann, Thiele, Lungner, Monti, Finkelstein, Leyden, Pfaundler, Bauermeister, Park-Rossell, Mya, Grober, Gumprecht, stb.
² Mitheilungen aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. I. B. 1896.

alkalmaztuk). A fenti nézetnek, egy évvel előbb, tehát 1895-ben Gärtner tanár is kifejezést adott a Lübecki gyűlésen, Pott tanár előadása kapcsán, midőn felvetette azon eszmét, hogy: „... ob es nicht möglich wäre, eine künstliche Communication der hydrocephalischen Höhlen nach dem Lymphsystem oder Venensystem, sei es mit einem Sinus, sei es mit einer anderen Kopfvene, herzustellen.“ Mert, mikép Gärtner további felszólalásában mondja: „... es wäre damit ein Zustand angebahnt, der der Normalität entspricht, wo ja ebenfalls grobe Communicationen zwischen dem Subduralraum und den Venen bestehen.“

Hogy ezen követelménynek az egyszerű lumbal punctio nem felel meg, az vita tárgyát alig képezheti, de talán megközelíti ezen ideát Quincke, egy a lumbal punctióhoz hasonló eljárással, melyet már 1891-ben a lumbal punctióról írott alapvető cikkében ajánlatba hozott, t. i. hogy az egyszerű punctio helyett kísérlet tétessék a durazsák felhasításával, mit subcutan könnyen végezhetünk oly módon, hogy a pungáló trocart helyett egy egész kis tűszerű lancettát szúrunk be ugyanazon helyen, hol a punctiót szoktuk végezni, s a duráig eljutva, a durát a verticalis irányban felhasítjuk s így összeköttetést hozunk létre a subdural ür s a periduralis zsír- és kötőszövet között. Quincke ezen eljárást több ízben megkísérelte s meggyőződött arról, hogy több napon át kifejezett oedema volt a szúrási hely szomszédságában s sectióknál arról is meggyőződött, hogy a lancetta által ejtett 2—3 mm. hosszú hasított nyílás a durán még napokkal a műtét után is persistált, bár valószínű, hogy a szúrási hely többször mihamarább el fog dugaszolódni, vagy az arachnoidea kinyomulása, vagy pedig alvadék által. Tekintetbe véve, hogy ezen beavatkozás, megfelelő esetekben, ép oly veszélytelen eljárás, mint maga a punctio, érdemes volna eme beavatkozás hatását több oldalról tanulmányozni. Fájdalom, nekem tapasztalataim eddig ezen irányban nincsenek s úgy tudom, hogy mások sem tettek ily irányú gyógykísérleteket.

Systematikusan lumbal punctióval kezelt idült hydrocephalus (chron. és cong.) eseteim száma a harminczat meghaladja. Összes eseteim közül egy kiválóan alkalmas arra, hogy vele a rendszeres lumbal punctiók therapeutikus értékét demonstrálhassam s ez alkalommal csakis ezen esetem közlésére szorítkozom s többi eseteimre csak egész mellékesen óhajtok kitérni.

A beteg kórtörténete, melyet csak röviden óhajtok közölni, a következő.²

S. István, négy hónapos gyermek 1899. augusztus hó 25-dikén hozott be a kórházba azon anamnestikus adattal, hogy a gyermek négy hét előtt betegedett meg, heveny agyhártyalob tünetei között (kezelő orvosa mening. cerebrospin.-t vett fel) s azóta folyton súlyos beteg. Az előrement betegség alatt a gyermek erősen lázas volt, ismételve rángógörcsei voltak s a mély comában levő kis beteg úgyszólván állandóan merev végtagokkal s erősen retrovertált fejjel feküdt ágyacskájában. A négy héten át fennálló betegség a gyermeket meglehetősen kimerítette s testsúlya erősen lecsökkent.

A bemutatás alkalmával a kis betegnél a végtagok spasmusa még mindig igen intensiv, a mély reflexek erősen felfokozottak. A fej erősen retrofectált, s a gyermek félig nyitott szemekkel, mámorosan fekszik párnáskájában. Hallás, látás kérdéses. A nagy kutacs, mely gyermektenyéryn, a felületből erősen kiboltosult, feszült. A pupillák tágultak, fényre igen renyhén reagálnak. Fejkörfogat a tuberák magasságában 44.6 cm., a mellkas körfogata a bimbók niveau-jában 37.5 cm. A nyakszirtecsont a lambda-varrat szomszédságában több helyen nagyobb szigeteken porczosan ellágyult, a bordaporc-végek mérsékelt vastagodást mutatnak, a mellkas a hónaljoknak megfelelőleg kissé összenyomott. Gyermek nehezen szopik, jórészt csak kifejt anyatejjel táplálható.

Hogy ezen esetben heveny agyhártyalob (mening. cerebrospin. epid. ?) ment előre, s ennek következményeként fejlődött ki a belső agyvízkór, az a fenti vázlatos adatok után kétségtelen s tekintetbe véve a fejkörfogat s a mellkaskörfogat között fennálló nagy különbözetet (7 cm.), a gyomrocsbeli savgyülem eléggé tetemesnek volt mondható.

Ily körülmények között indítottuk meg a kezelést, mely, mint alább látni fogjuk, a lumbal-punctiók systematikus végzéséből állott.

¹ Verhandl. der XII. Versammlung der Gesellsch. f. Kinderh. in Lübeck. 1895.

² A kis beteg majdnem egészen ambulans kezelésben részesült, s ezért feljegyzéseink kissé vázlatosak az esetről.

Az első punctio 1899. augusztus hó 21-dikén végeztetett.¹ A folyadék kiürülése élénk sugárban megy végbe s a punctiót a beteg jól tűri. A kibocsátott liq. cerebrospinalis mennyisége 40 kem. A folyadék teljesen tiszta, vegyhatása közömbös, fehérje benne csak nyomokban található. A folyadék bakteriologikus vizsgálata teljesen negativ.

A második punctio augusztus hó 25-dikén ejtetett meg. Ezúttal a folyadék mennyisége 35 kem. A folyadék ez alkalommal is élénk sugárban ürült s a csapolást a beteg reactio nélkül tűrte.

A harmadik csapolás ideje szeptember 10-dike. Ekkor csak 12 kem. folyadék bocsátott le, s a folyadék már nem sugárban, hanem csak bő cseppekben ürül. A cerebrospinalis folyadékban a fehérje-reactio ez alkalommal bő zavarodás képében jelentkezik.

A negyedik punctio alkalmával (szeptember 24) a kibocsátott folyadék a hozzákeverődött vértől sötétvörös, mennyisége 22 kem. Az utána következő napok alatt a gyermek állapota már a javulás szembe-tűnő jeleit mutatja: a hallás és látás kétségtelen, az opisthotonus mérséklődött s a beteg kezdi felső s alsó végtagjait kissé mozgatni s eredményel tehető emlőre.

Az ötödik punctio alkalmával (október 16) a kiürített folyadék-mennyiség 20 kem. A hozzákeverődött vértől erősen sötétvörös. Bő cseppekben tör elő, sírásnál vékony sugárban. Közérete szemlátomást javul: kezd gögicselni, figyel, jobban szopik, s olykor kissé már mosolyogni is kezd. Tekintettel a fennálló eléggé tetemes craniotabesre, a gyermeknek phosphor adagoltatik, mely szerelést ezen időtől fogva két hónapon át szakadatlanul folytatjuk.

A további punctiókról különösebb feljegyezni valóm nincsen, csak az, hogy a punctiók által nyert folyadék fehérjetartalma fokozatosan még kissé felszaporodott. A punctiókat a gyermek mindannyiszor jól tűrte. Az első két punctiót kivéve, a többi ambulanter végeztem.

A punctiók idejét s az egyes punctiók által kiürített folyadék mennyiségét az alábbi összeállítás mutatja:

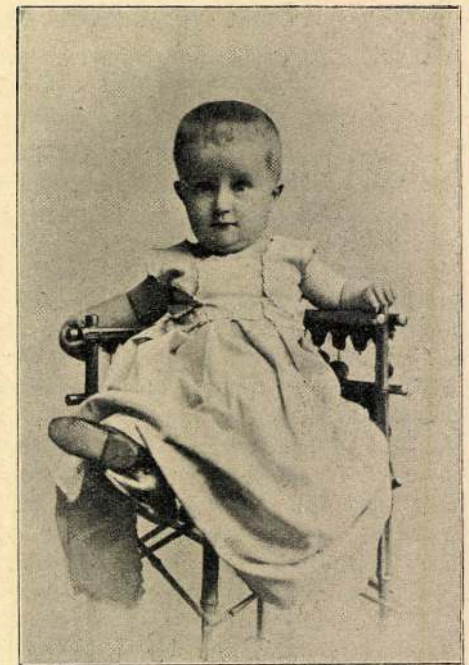
1899.:	1. augusztus 21-dikén	40 kem.
	2. " 25-dikén	35 "
	3. szeptember 10-dikén	12 "
	4. " 24-dikén	22 "
	5. október 16-dikén	20 "
	6. " 30-dikén	40 "
	7. november 12-dikén	25 "
	8. december 12-dikén	5 "
1900.:	9. január 27-dikén	20 "
	10. márczius 2-dikén	24 "
	11. április 21-dikén	40 "

összesen: 283 kem.

Mint látjuk, 1900. április 11-dikén végeztem az utolsó punctiót, s bár ez alkalommal még 40 kem. folyadék ürült elég erős nyomás alatt, a további punctióktól elállottam, mert a belső agyvízkór által előállott kóros jelenségek teljesen visszafejlődtek.

Ezóta a gyermeket folyton figyelemmel kísérem s ismételtlen meggyőződést szereztem arról, hogy gyógyulása teljes. Ma a gyermek három és fél éves, s bár a fej kissé makrocephal,² a fücska pompásan fejlődik testileg és szellemileg; élénk kedélyű s teljesen normalisan jár s szalad gál, szülői öröme. (Lásd a mellékelt fényképet, mely az 1900. év végéről származik.)

A vázolt esetben tehát egy négyhónapos gyermeknél nyolcz hó lefolyása alatt összesen tizenegy punctio végeztetett s összesen 283 kem. liquor cerebrospinalist csapoltam le. Hogy gyermekek, hosszabb-időszak alatt, na-



¹ A punctio minden alkalommal a beteg oldalehelyeződése mellett végeztetett. A punctio helyének megválasztása a Marfan-Jacobi-féle vonal segítségével történt.

² A fejkörfogat ma 54 cm., míg a mellkaskörfogat 53. A mellkaskörfogat relativ nagy volta eléggé mutatja a fücska erős testi fejlődését.

gyobb mennyiség savó lebecsátását is jól tűrik, feltéve, hogy a punctiók nem sűrű egymásutánban, hanem nagyobb időközökben végeztenek s egyszerre nem túl nagy mennyiség ürítették, demonstrálja egy esetem, melyet magángyakorlatomban kezeltem, s mely esetenél, egy két éves fiúcskánál, cerebrospinal meningitist követő nagyfokú belső agyvízkórnál, mely teljes idiotiát vont maga után, két év lefolyása alatt összesen 660 kcm. folyadékot bocsátottam le, tizenöt punctióra elosztódva, káros mellékhatás nélkül. A punctiókat a kis fiú az egész lefolyás alatt jól tűrte s testileg szépen fejlődött. Fájdalom, ezen betegemnél, hol különben a javulás csak igen lassú léptekben haladt előre, a további kezelés megakadt, a mennyiben a beteg intercurrents bántalom folytán elhalt.

A punctiók idejét s az egyes alkalmakkor kibocsátott savó mennyiségét az alábbi összeállítás mutatja:

1899.:	1. december	7-dikén	25 kcm.
	2. "	28-dikán	35 "
1900.:	3. január	18-dikán	35 "
	4. február	24-dikén	35 "
	5. márczius	22-dikén	40 "
	6. május	3-dikén	50 "
	7. június	2-dikán	50 "
	8. július	19-dikén	60 "
	9. szeptember	20-dikán	60 "
	10. november	29-dikén	60 "
1901.:	11. február	4-dikén	60 "
	12. április	1-jén	40 "
	13. június	13-dikán	30 "
	14. szeptember	11-dikén	40 "
	15. november	25-dikén	40 "

összesen: . . . 660 kcm.

Hogy a punctiók száma adott esetben, kellő elővigyázattal, káros mellékhatás nélkül úgyszólván *ad infinitum* folytatható, mutatja *Concetti* egy esete, hol a jeles olasz paediatra két év lefolyása alatt 53-szor pungált, szembetűnő javulást hozva létre.

A közlött eset alapján, tekintetbe véve az igazán szép eredményt, melyet a rendszeres lumbal-punctiókkal aránylag rövid idő alatt elértem, ajánlanám, hogy különösen az agyhártyalobokat követő idült agyvízkórnál kísértessek meg minél nagyobb körben a systematikus *Quincke*-féle eljárást.

Tapasztalataim alapján magam is hangsúlyozandónak vélem azt, hogy a punctiók ne nagyon rövid időközökben végeztessenek s egyszerre ne túlnagy mennyiség savó ürítették ki, mert kétségtelen, hogy a rövid időközökben végzett punctiók mellett a cerebrospinal-folyadék fehérjetartalma jelentékenyen felszaporodhat s a nagy fehérjevesztést a beteg rendszerint rosszul tűri, gyorsan lesorvad s csakhamar kimerül.¹

Hogy nagyfokú veleszületett belső agyvízkórnál a systematikus lumbal-punctiók alig eredményezhetnek mást, mint hogy kissé megnyugtadják a beteget s a fennálló izgatottsági tünetekre ideig-óráig enyhítőleg hatnak, az bővebb magyarázatra nem szorul, mert jól tudjuk, hogy ily súlyos esetekben az agy tökéletlen fejlődési állapottal bír, melyet reparálnunk lehetetlen.

Természetes továbbá, s ez bővebb magyarázatra nem szorul, hogy az idült belső agyvízkórnál csak azon eseteiben várhatunk eredményt a *Quincke*-féle eljárástól, hol a communicatio az agygyomrosok s a subdural-ür között szabadon fennáll; tapasztalataim azonban azt mutatják, s megfigyelt eseteim száma eléggé tetemes, hogy úgy a heveny, mint az idült, és pedig veleszületett, valamint szerzett *hydrocephalus internus*nál ezen közlekedés rendszerint szabadon fennáll s hosszú idő után csak nemrég láttam ismét egy oly kivételes esetet, hol egy nagyfokú, veleszületett belső agyvízkórnál az ágyéki szűresapólas csak alig néhány csepp liquor cerebro-spinalist hozott felszínre, s így a *curativ* célzatú *Quincke*-féle punctióktól el kellett állanom.

¹ Részről már hosszabb idő óta csak körülbelül négyheti közökben ismétlem a punctiókat a kérdéses eseteknél s 50-60 kcm. azon maximum mennyiség, melyet egyszerre lebecsátok.

Közlemény a szt. János-kórház (Ludvik igazgató) sebészeti osztályáról.

Adatok az orsócsont alsó harmada töréseinek kezeléséhez.

Irta: *Chudovszky Mór* dr. műtő, v. sebkegészeti tanársegéd.

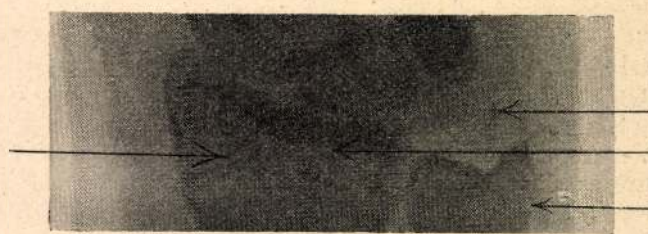
(Vége.)

XII. a) K. M. 50 éves nő. Az orsócsont végdarabjának beékelt törése, az alsó orsócsontszegület szétválása, a singcsont ficzamosodása tenyérre esés következtében. Beigazítás. Kötés középpállásban. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés.

XIII. A. J. 51 éves férfi. Az orsócsont végdarabjának és testének darabos törése, a singcsont karcznyúlványának törése tenyérre esés következtében. Kötés Schede-sinnel. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 15 napig.

XIV. B. J. 38 éves nő. Az orsócsont végdarabjának, a singcsont karcznyúlványának törése tenyérre esés következtében. Beigazítás. Schede-sin. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés.

XV. K. J. 18 éves nő. Az orsócsont végdarabjának többszörös törése, a singcsont karcznyúlványa kis részletének leszakadása s határvonalai leválása tenyérre esés következtében. Kötés középpállásban. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 15 napig.



XVI. K. M. 66 éves nő. Az orsócsont testének, a singcsont karcznyúlványának törése tenyérre esés következtében. Beigazítás. Schede-sin. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 22 napig.

XVII. V. J. 15 éves fiú. Az orsócsont végdarabjának leválása, a sing karcznyúlványának törése tenyérre esés következtében. Kötés középpállásban. 3. naptól fogva massage.

XVIII. B. A. 52 éves nő. Az orsócsont testének és a sing karcznyúlványának törése tenyérre esés következtében. Schede-sin. Kötés levétele a 9. napon. Utókezelés 22 napig.

Ha ezen adatokat összegezzük, úgy a törés helyére nézve a következő adatokat leljük: a törés 9 esetben az alsó végdarabon látható (I., II., II., IV., V. a), XII. a), XII., XIV., XVII.), 2 esetben a végdarabon és a csontderékon (XIII., XV.), 9 esetben a csontderék alsó harmadán (V., VI., VI. a), VII., VIII., IX., X., XVI., XVIII.). Ez utolsók közül az úgynevezett Colles-féle törés öt esetben fiatal egyénekben fordult elő.

A törés okára vonatkozólag a következő adatokat leljük, hogy 15 esetben tenyérre esés következtében támadt, 1 esetben a kézhátra, 1 esetben singi szélre esett az illető.

A 21 törés közül részleges a törés 4 esetben, 17 esetben teljes.

A részleges törések közül, az I. számú hosszanti repedés, a XI. haránt repedés, a X. Colles-törésnek megfelelő alak, a melynél az orsócsontnak az a részlete hasadt ki, a mely a singi csonttal izületet alkot, a XII. számú esetben ugyanaz a részlet reped ki, azzal a különbséggel, hogy az a végdarabból hasadt ki.

A teljes törések közül a törés beékelt 3 esetben (V. a), XII. a), XVIII.), többszörös a törés 3 esetben (III., XIII., XIV.), a melyek némelyike a mellett beékelt törés. Csonthártya alatti a törés a IX. esetben, a végdarab levált a XVII. esetben. A többi 14 esetben a törés egyszerű.

Csupán az orsócsont törését észleljük 9 esetben (I., II., IV., VI., VI. a), VII., VIII., IX., X.), 12 esetben szövődmények társulnak hozzá, még pedig: valamelyik kéztöcsont ficzamosodása 3 esetben, 2 esetben a sajkacsont (V., V. a), 1 esetben (XII.) a háromszögű csont ficzamosodása. A singcsont 2 ízben vele ficzamosodik (XII., XII. a), egy ízben, mint külön kóresetet, itt említtem a

singesont ficzamosását (XI.), a mely létrejött a nélküli, hogy az orsócsont teljesen tört volna. A kéztőizületben nagy vérömlés támadt a IV. esetben. A singesont karcznyúlványa letört 6 esetben (XIII., XIV., XV., XVI., XVII., XVIII.), egy ízben a sing végdarabja is levált. (XV.)

A törés irányára nézve azt látjuk, hogy a törés hosszanti a három repedésnél, haránt a csonthártya alatti törésnél, az egyik repedésnél, az orsócsont végdarabja leválásánál s a singesont végdarabjának a leválásánál, a törés felszine ferde göröngyös a többi esetben. Ha a ferde törések síkjának irányát nézzük, úgy fényképeink szerint a következőket látjuk. A törés ferde síkja az orsó singi irányban a közelebbi részről a kéztő irányában lejt 5 esetben (IV., V., XIV., XVI., XVIII.), fordítva 3 esetben (II., VII., VIII.), az orsó singi irányban egyenes 7 esetben (V. a), VI., VI. a), IX., XII., XV., XVII.). A sík lejt a hajlító oldal közelebbi része felől a feszítő oldal kéztői irányában 1 esetben (II) fordítva (IV., VI., VII., VIII., XIV., XVI., XVIII.) 7 esetben, egyenes a hajlító oldal felől a feszítő oldal irányában (V., V. a), IX., XII., XV., XVII.) 7 esetben.

A mint ezen adatokból látjuk, az orsócsonttörések „tipikus” törésének neve címén ismert törések nem egyneműek, ennél fogva ellátásuk sem lehet azonos. Még pedig a mi eseteinkben a kezelés csupán borogatásból és massageból áll 3 (I., XVII. mint heveny és V. a) mint idült) esetben. A kezét (VI. a) IX., XI., XII. a), XV.) 5 esetben rögzítjük középpállásban a borintás és hanyintás között, a midőn kézháti vagy tenyéri sint teszünk a kötésbe. A kezét 6 esetben (II., III., IV., V., VI., VIII.) orsói távolításban rögzítjük, a mellett az alkar középpállásban marad. A kezét 2 esetben (X., VII.) orsói közelítésben rögzítjük, a mellett az alkar középpállásban marad. A kezét 5 esetben (VII., XIII., XIV., XVI., XVIII.) orsói távolításban és kéztői behajlításban rögzítjük.

Ha kezelésünk irányát áttekintjük, úgy mindenesetre feltűnik, hogy az nem egységes, hanem a törés jellege és a szövődmények minősége szerint változó. Még pedig a kezelésnél a leglényegesebbnek azt tartjuk, hogy az orsócsont letört részletét helyére visszatolhassuk s az ezen megjavított helyzetben aztán a hosszú hanyintó izom működése és húzása ellenében is megmaradjon. A míg a csontrepedés s a beékelt törés esetében ez a körülmény teljesen számon kívül hagyható, addig azon esetekben, a melyekben az orsócsont töréséhez szövődmények társultak, e szövődeményekkel kapcsolatban kell megállapítanunk a gyógyítás tervét.

Azon esetekben, a hol csupán az orsócsont tört, a letört részletet helyre toltuk s aztán a rögzítő kötés alkalmazását függővé tettük azon sík irányától, a melyben a törés lejt. Ha a törés síkja az orsó singi irányában a közelebbi rész felől a kéztő irányában lejt, a mellett a feszítő-hajlító irányban egyenes, úgy a kezét orsói távolításban kell rögzítenünk; ha ugyanakkor a feszítő-hajlító irányban a közelebbi rész felől a kéztő irányában lejt, akkor a kezét orsói távolításban kívül kézháti feszített állásban kell rögzíteni; ha ugyanakkor a feszítő-hajlító irányban a kéztő felől a közelebbi rész irányában lejt, akkor a kezét orsói távolításban kívül még tenyéri behajlításban kell megtartanunk.

Ha a törés síkja az orsósingi irányban a kéztő felől a közelebbi rész irányában lejt, a mellett a feszítő-hajlító irányban egyenes, úgy a kezét középpállásban kell rögzíteni; ha ugyanakkor a feszítő-hajlító irányban az orsói közelebbi rész felől a kéztő irányában lejt, akkor a kezét középpállásban vagy orsói közelítésben és kézháti feszítésben kell megtartani; ha ugyanakkor a feszítő-hajlító irányban a kéztő felől a közelebbi rész irányában lejt, akkor a kezét középpállásban, vagy orsói közelítésben és tenyéri hajlításban kell rögzíteni. Hogy a hosszú hanyintó izom működését megakadályozzuk, szükséges, hogy a kötések, sínek alkalmazása mellett a könyökizületet is néha a kötésbe foglaljuk.

Ha a törés síkja az orsó s singi sík irányában egyenes s a feszítő-hajlító síkban a közelebbi rész felől a kéztő irányában lejt, úgy a kezét tenyéri behajlításban kell rögzíteni; ha ugyanakkor a feszítő-hajlító síkban a távolabbi rész felől a közelebbi rész irányában lejt, akkor a kezét kézháti feszített állásban kell rögzíteni.

Mindezen eljárások azokra az esetekre szólnak, a midőn a törés

helye az orsócsont alsó harmadának az a része, a mely a végdarabra támaszkodik s a törési felszín meglehetősen egyenletes. A végdarab törései esetében sokszor meg fogunk azzal elégedni, ha középpállásban s orsói távolításban rögzítjük a kezét. A midőn a töréshez az apró kéztőcsontok vagy a singesont ficzamosása társul, akkor előbb azokat helyreigazítjuk s csak aztán vesszük számba az orsócsont törését. Ugyanez a feladatunk akkor is, a midőn a singesont az orsócsonttal együtt török. A mi eseteinkben igazán feltűnő volt az, hogy oly gyakran észleltük a singesont karcznyúlványának a leszakadását, a melyet singi oldalszalag szakított le.

Azon sokféle kötési módszer és sinkészülék, a melyeket e törések helyes ellátására ismerünk, nem áll mindig rendelkezésünkre. Épen e miatt egyféle sinkészülékbe kívántam egybefoglalni azokat. Sinkészülékem áll egy alkari s egy tenyéri síaból, a mely utóbbi a hozzá kapcsolt három fémizület segítségével a tér három irányában mozoghat. Ugy, hogy az orsócsont e törése esetében a kezét azon állásban rögzíti, a mely abban az esetben a helyes gyógyítás céljából szükséges. A sinkészülék azonkívül a kéz bizonyos sérüléseinek ellátása után, mint pl. invarratok után igen jól használható. Ugyanilyen síneket szerkesztettek *Pappe* és *Hoppe*.

Ha az utókezelés adatait áttekintjük, úgy azt látjuk, hogy a kötést lehetőleg korán vettük le a 7–10. napon —, a midőn megkezdtük a végtag fürösztését, az izomzat és az izület massaget és az izületek mozgatasát. Ily módon elértük azt, hogy az esetek közül az egyszerűbbek 7–20 nap alatt meggyógyultak, az illető a kezét használhatta, míg azon esetekben, a hol e törés a szomszéd csontok törésével vagy ficzamosásával együtt járt, a gyógyulás 20–30 napig tartott.

Az eseteim tanulmányozásából levonható következtetéseket így foglalnám össze:

1. Az orsócsont úgynevezett „tipikus” törése nem létezik, a mennyiben e név gyűjtő fogalma alá vont esetek különböző jellegűek.
2. A gyermekeknél az orsócsont törése nem a végdarabon, hanem a csontderék alsó harmadán fordul elő legtöbbször.
3. Az orsócsont végdarabjának, illetőleg alsó harmadának törésénél az esetek nagy számában a szomszéd csontok törései vagy ficzamosásai észlelhetők.
4. Csakis a Röntgen-fényképek segítségével láthatjuk és körismézhajlunk az orsócsont ezen töréseinek finomabb árnyalatait.
5. E töréseket jellegük szerint kell ellátnunk, egységes kezelési módszer teljesen hibás.
6. Az utókezelésnél főirányelv az, hogy a rögzítő kötés lehetőleg rövid ideig maradjon a tört végtagon.

Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez.

— Harmadik közlemény. —

Irta: *Jendrassik Ernő* dr. egyetemi ny. rk. tanár.

(Folytatás.)

V. észlelet (11., 12. eset.) *Általános dystrophia, nagyfokú scoliosis és izomrövidülés.* K. Árpád és Jolán, előbbi 16, utóbbi 11 éves, testvérek (1898). A kórelőzményi adatokból kiderül, hogy a gyermekek szülei nem rokonok, atyjuk K. Vilmos, jelenleg 42 éves, egészséges, zenész, a ki azonban állandóan komor, elégedetlen hangulatú. Négy éves korában skarlátban mindkét szemére megvakult.

A gyermek anyja szintén 42 éves, 13 éves korában szemgyuladást állott ki s teljesen megvakult. Jelenleg corneái hegedések, egyébként egészséges, jól fejlett, jó hangulatú nő (azóta súlyos szívbajba esett). Egy nőtestvérének fia gyermekkorában valamely benulásos bajban szenvedett, de abból teljesen kigyógyult. Ezen házaspárnak következő gyermekei voltak: I. Árpád, II. egy lány, a ki 8-dik hónapban született, 9 napos korában gyengesége miatt meghalt. III. J., egészséges, 13 éves leány, gyengén fejlett testalkotással, balszemére kancsalit, e szemén amblyopia, IV. Jolán, V. 5 hónapos abortus.

I. K. Árpád (18., 19. ábra), a terhesség szabályos végén született s erős, kövér gyermek volt, hat hetes korában azonban betegeskedni kezdett, valamely bélbaja lehetett, ez azonban csakhamar meggyógyult; 11 hónapos korában négykézláb csuszált, de járnai sohasem tanult meg teljesen, csak úgy, hogy kezeivel kapaszkodva segítette járását. Hat éves korában valamely súlyosabb baja volt, azután még gyengébbek lettek mozgásai, s többé kapaszkodva sem tudott járni. Izomereje igen lassan, de állandóan esőkent, háta kissé elgörbült, 12 éves korában némi, rövid ideig tartott fájdalmak kíséretében hátgerince rövid idő alatt (mintegy 3 hétre emlékeznek) nagy mértékben oldalt görbült, mire a fájdalmak megszűntek. A fiú állítása szerint ezen hirtelen elgörbülési

időszakot fájdalmai miatt kocsijában ülve töltötte. Kétségtelen, hogy ezen időszak alatt a már előbb kezdődő görbület csupán hirtelen nagyobb mértékű lett, de nem kezdődött csak akkor, hanem már jóval előbb, s nem is szűnt meg növekedni még azután sem.

A beteg jelenleg korához mért intelligenciával bír s érzékszerveinek teljes birtokában van. Jó arcú, jó kedélyű szőke fiú, feje rendes alkotású. Arczizmai, szemei, nyelve és garatja egészen szabadon s jó erővel mozognak, nyelvén elül azonban néhány szabálytalan barázda vonul el.

A fiú állandóan tolékocsijában ülve tölti nappalait. Éjjel ágyban fekszik hanyatt, magasra felpolcolt fejjel.

Levetkőztetve feltűnik nyakán izmainak petyhüdsége, de leginkább megragadja figyelmünket a gerincoszlopnak valóban párját ritkító elgörbülése. A nyaki csigolyák tövisnyulványai csak alig kis mértékben térnek ugyan el homorulatával jobbra néző vonalban az egyenestől, a 2. háti csigolyától lefelé azonban a gerincoszlop egészen a keresztcsontig csaknem félkörívet alkotó, domborulatával jobbra tekintő vonalat ír le, a melynek folytatásába esik a keresztcsont hossz tengelye. A leginkább jobbra eső pont a XI. háti csigolyának felel meg. Ezen esetben tehát hiányzik a fenjáró, elgörbült gerincoszlopú egyének kompenzáló ellen-

Alapjában a meggörbült s behajlott bordaszélt érezzük itt a vékony bőr alatt, sőt kitapinthatjuk benne a szív hátulsó részének lüktetését. A szív ily módon egy a behajlott bordaszél képezte vályuban fekszik.

A szívcsücslökés elül az 5-6. bordaközben, valamivel a bimbón belül tapintható.

A szegycsont megfordított 2 alakúlag oldalt görbült, a proc. xiphoid. erősen felfelé hajlott.

A mellkas két felének összehasonlító méretei a következők: a jobb mellkasfél körfogata a VII. borda magasságában mérve 45-5, a balé 44-0 cm. A jobb esecs-bimbó távolsága a középvonaltól 9, a balé 12 cm.

Légzéskor a bal mellkasfél alig tágul, fekvő helyzetben a rekesz minden mély belégzés alkalmával a jobb bordaszélt erősen bal felé húzza.

Fekvő helyzetben a bal bordaszélen képződött üreg szabadon tátong.

A tüdők egészségesek, a szívtompulat felső határa a bal parasternalos vonalban a 3. borda alsó szélén kezdődik, a szegycsontra át nem terjed s a 4. borda magasságában a szegycsont bal szélétől a szívcsücslökés helyéig kopogtatható ki. A szív és a nagy erek hangjai tiszták, elég erősek, a pulmonalis második hangja némileg ékelt.

Itt mindjárt felemlítjük, hogy a hasi szervek működése épnek



18. ábra.



19. ábra.



20. ábra.

görbülete, de azért kisebb fokban balra hajlanak a nyaki csigolyái. Ennek megfelelőleg, ha hátulról tekintjük az ülő helyzetben levő beteget, úgy megállapítható, hogy az csakis jobb gluteusával érinti az alapot, bal gluteusa ellenben teljesen szabadon van. A test egyensúlyát jobb oldalról az elül nagy mértékben kitégült jobb mellkasfél terheli meg, ellensúly gyanánt a bal medencefél szerepel. A görbületben a csigolyák is elfordultak, a nyaki részen az ellenkező oldalra, a háti részen pedig felülről nézve az óramutató haladásának irányában, úgy hogy a tövisnyulvány mellett jobboldalt az élesen kiemelkedő bordák alkotnak egy végigvonuló dombot, míg baloldalt az ennek megfelelő tájék besüppedt. A beteg jobb válla magasabban áll, jobb lapoczkájának belső széle a tövisnyulványoktól messze eltávolodott s a mellkasfélhez odalapult; a bal lapoczka ellenben a bal crista ossis ilein nyugszik, a kettő között mély barázda vonul el, jelezve a mellkas balfelének alsó szélét. Ha bal vállát felemeljük, úgy azon mély üregbe jutunk, a melyről az elülső részek vizsgálatánál lesz szó. A gluteusok egyenlőknek látszanak. A gerincoszlop a II-III. ágyéki csigolyák tájékán eléggé kinyújtható, de nem egyenlíthető ki teljesen.

Ha most elülről vesszük szemügyre a viszonyokat, úgy kitűnik, hogy a beteg jobboldali mellkasa a balhoz képest igen tágnak látszik s az alsó bordaszél jobb oldalt a hónaljvonalban a gluteus mellett szintén rátámaszkodik az ülőhelyre, a kettő közül jön elő a jobb czomb jelentékenyen abdukált, s főleg kifelé rotált állásban. A bal mellkasfél alsó részét éles barázda jelzi, a melyet széthúzva, a már említett mély üregbe jutunk, ez a bimbóvonat és a lapoczkavonal közt terül el oldalt, s jó 5 cm.-nyire lenet ezen üregbe benyulni; az ezen üreg szélét határoló bőrredő azonban elül a középvonalon túl a jobb bordaszél elejéig, hátul a gerincoszlopig húzódik, itt villaalakú elágazódással végződik.

látszik, a beteg étvágya jó, széke rendes, vizeletének kiürítése jól megy végbe. Erectiók és időnként pollut. nocturna előfordulnak. Vizelete ép.

A mozgási képesség igen nagy mértékben hiányos, bár teljesen bémult izma a betegnek nincsen. Fejét ülő helyzetében elég jól forgatja jobbra-balra, sőt előre és hátra is, bár láthatólag nagyobb erőfeszítéssel, de fekvő helyzetben nem tudja fejét a párnáról felemelni. A fej passiv mozgathatósága teljes.

A milyen petyhüdt tapintatúak a nyakizmok, épp olyanok, sőt még nagyobb mértékben a felső és alsó végtagok izmai. A beteg vállait felemelni alig tudja, egyszerre csak az egyik oldalon. Jobb karját még erőlködve fel tudja emelni, a balt nem, ennek oka az izmok gyengesége mellett még a mellkas leirt eltorzulásában is feltalálható: a serratus ant. maj. ezen oldalon ugyanis nem érvényesülhet. A felkar egyéb mozgásai, valamint az alkarok és kezek mozgásai is erőtlének, s a legkisebb ellenállást sem tudják legyőzni. A még aránylag legjobban működő izmok a következők: inteross. digit., a hüvelykujj külön izmai, az ujjak hosszú hajlítói és feszítője, az alkarok pronatorai és supinatorai.

A karok és kezek passiv mozgathatósága teljesen rendes.

Az alsó végtagok egészen hasonló viszonyokat tüntetnek fel, csak hogy a jobb czombizület az állandóan rajtaüléssel és a medencezének igen ferde helyzetéből kifolyólag állandóan ugyanazon helyzetben van. A térdizületek közül a jobbat csak 90°-ig lehet kinyújtani, a balt 160°-ig, addig könnyen, azontúl semmit, az izmok megrövidülése miatt; behajlítani ellenben a legnagyobb könnyűséggel sikerül. A bal térd némileg genu valgum tartásban van. A lábak kissé lelógó állást foglalnak el, a melyből csak kevésbé hajlíthatók fel, a második lábujj az öregujj és harmadik ujj alatt foglal helyet. Az alsó végtagjait a beteg szintén csak

addig tudja mozgatni, a meddig sem külső ellenállással, sem a súly ellenállásával nem találkozik, ezen mozgások még a legesekélyebb ellenállást sem tudják legyőzni.

Az alsó végtagok izmai tehát még rosszabb állapotban vannak, mint a felsőké, de ezen tekintetben figyelembe kell venni, hogy a beteg felső végtagjait mégis folytonosan használja, míg alsó végtagjait már hosszú idő óta nem.

Az inreflexek a térden teljesen hiányzanak, karjain szintén. Bőr reflexei rendes módon viselkednek.

A villamos vizsgálat általában jelentékeny ingerlékenységi esökenést tanúsít, ezen tekintetben még legjobban ingerelhetők: az extensorok, a biceps, a pectoralis, a nerv. radialis, az interosseusok, gyengébben a deltoid., a supinator l., a triceps. Az alsó végtagokon a bal quadriceps és a gastrocnemiusok ingerlékenyebbek, a többi izom az alsó végtagon gyengült ingerelhetőségű.

A nyakizmok térfogatukhoz arányban jól húzódnak össze a farados ingerlésre.

Elfajulási reactió sehol sincs.

Röntgen-fényben vizsgálva csontjait, azok rendes árnyékot adtak.

A beteg 1900. október 10-dikén tüdőgyulladásban a klinikán kívül meghalt; sajnos, boncolás nem volt végezhető.

továbbá jelentékenyen kiemelkedik, míg ágyéki részlete mélyen behajlik, úgy hogy a medence symphysisé aránylag mélyebben áll, mint rendesen.

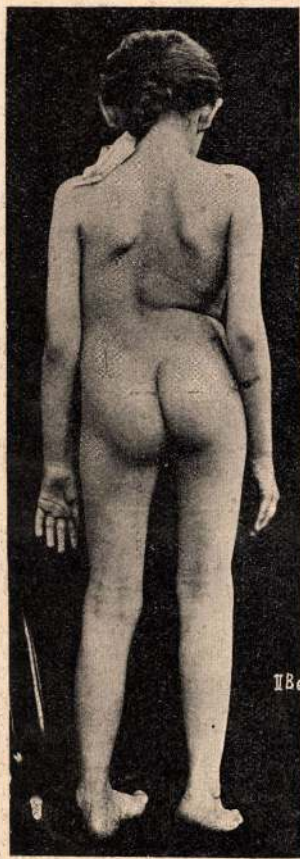
A gerincoszlop nyaki részén kisebb fokban jobbra domború ívet mutat, itt is a csigolyák oldalt fordulásával.

A mellkas kerülete a mamák magasságában 64 cm., a melyből a jobb oldalra 34 cm. esik.

A kis beteg ízületei általában mindenütt szabadon mozgathatók, kivéve, hogy bokaizületeiben lábainak felhajlítása nem lehetséges teljesen az Achilles-ínnak ellenszegülése folytán.

Nyakizmai annyira gyengék, hogy fejét fekvő helyzetéből nem is tudja felemelni; ülve vagy állva ellenben elég jól mozgatja. Jobb válla magasabban áll, vállait jól tudja emelni, de ezen mozgásban ellenállást legyőzni alig képes. Latissimus dorsija oly gyenge, hogy karjainál fogva a kis leányt felemelni nem lehet. Karjait épen hogy fel bírja emelni, de legesekélyebb tárggyal megterhelve már nem emelheti fel. Írása lassan megy, de igen szép, köt, horgol, kézszorítása igen gyenge, kezeinek tartása azonban rendes.

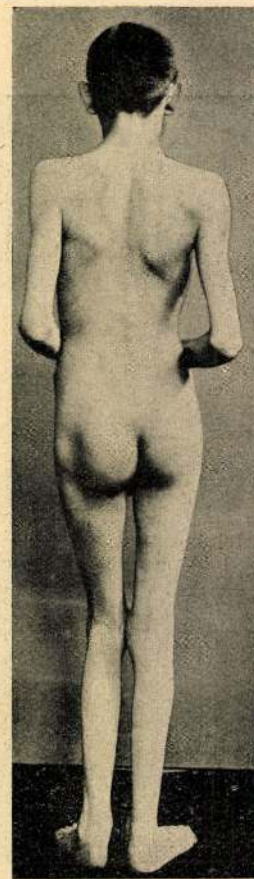
Hátizmai hasonlólag többi izmaihoz alig képesek munkára. Egyedül lábaira állani nem tud, ha felállítjuk, csakis a függőleges helyzetben tud megmaradni, mihelyt előre vagy hátrahajlik, azonnal összeesüklük teste és elesik.



21. ábra.



22. ábra.



23. ábra.

2. K. Jolán (20., 21. ábra) általában jól fejlett gyermek benyomását kelti; a rendes időre született, de gyenge gyermek volt, a ki felállani csak harmadik életévében kezdett, addig még csúszkálni sem akart, később lassan járt, de ügyetlenül, gyakran elesett, egészen jól sohasem tudta használni lábait. Két év előtt vették észre, hogy jobb lába „megrövidül”; a mult évben egy ideig fájlalta gerinczét. E télen tüdőgyulladás volt, a mely után általános gyengesége még kiterjedtebbé vált, régebben kétszer volt influenzája. Ejjel álmában gyakran nyög, nyugtalanodik.

A kis beteg korához mérten jó szellemi képességgel bír, iskoláit eddig kitünően végezte. Érzékszervei és bőrérzése teljesen hibátlanok. Arcizmái, szemei, nyelve, és garatja mozgásában sincs semmi rendellenesség. A beteg fejalkotása rendes, haja dús.

Elénk ellentétben testének elég jó külső alakjával a kis leány mozgásai száználmas fokban gyengültek. Csak vánszorog, sántitva tud néhány lépést tenni s minden mozgásához jóformán külső segítségre szorul. Levetkőztetve feltűnik mindenekelőtt a gerincoszlop oldalhajlása, a mely bal oldalra domború ívben az 5. háti csigolyától a 2-dik ágyékiig, onnan a keresztcsontig visszahajlólag terjedő részletben mutatkozik; ennek megfelelőleg az iv közepétől kezdődő s a jobb bordaív szélén haladó, előre egészen a középvonalig húzódó vízszintes barázda mentén a törzsök behajlítva látszik lenni. Az első pillanatra nyilvánvaló a hasonlóság e kis leány gerinczelhajlása és a fiú gerinczelhajlása között, bár ellenkező oldalra történt ezen elhajlás s a kis leányon még csak kezdeti szakában van. Ezen elhajlás okozza, hogy a beteg jobb medencefele magasabban áll, mint a bal s ennek folytán jobb alsó végtagja rövidebbnek látszik, bár valójában nem rövidebb. A gerincoszlop háti része

Hasizmainak összehúzódását, ha fekvő helyzetéből megpróbál felülni, alig lehet érezni.

Alsó végtagjait ülve csak nagy nehezen bírja kiegyenesíteni; sőt nem is, ha csekély ellentállást fejtünk ki; a behajlítás valamivel jobban megy. Lábaik mozgatni tudja, de erőtlenül. Térdei nem nyújthatók ki teljesen. Lábai íveltek, kissé varus állásban vannak, a jobb láb némileg equinus állásban is.

Összes testizmai közül még a legépebbnek látszanak: a cucullaris, a deltoideus, a flexor digit. comm.-ok, továbbá az adductor femoris, a biceps femoris, a gastrocnemius.

Járása dülledező, lábainak élére lép s medencejeje előretolásával iparkodik alsó végtagját is előemelni. Jobb lába többnyire csak ujjával éri a földet.

A villamos ingerlékenység csekély ingerlékenységi esökkenésen kívül rendellenességet nem derít ki.

Inreflexei lábán nem válthatók ki, sőt karjain sem, de bőrreflexei is igen gyengék. Pupillái ellenben jól reagálnak.

Belső szerveinek, zsigereinek működése jó. A vizelet és szék kiürítésével nem volt semmi baja.

Későbbi vizsgálat alkalmával (1902) a beteg már éppenséggel nem tud járni, törzsökének elgörbülése jelentékenyen haladt előre, jóllehet egy a fennálló viszonyok közt igen nehezen alkalmazható korzet visszatartja a görbülés előhaladását. A izmok gyengülése is fokozódott. Testileg a gyermek továbbfejlődött, havi baja is megjött.

VI. észlelet (13., 14. eset). *Jelentékeny izomrövidülés, nagyfokú kypho-scoliosis, pseudonystagnus. B.-család.* A szülők nem rokonok, élnek, egészségesek. Az anyán különben rendes fejlettsége mellett feltűnik,

hogy bal felső szemhéja félig lelóg, s ezen szemét teljesen felnyitni nem tudja; látóképessége sem teljes, bal szemén $\frac{5}{15}$, jobb szemén $\frac{5}{30}$, hypermetropiás. Egy felnőtt fiának szintén megvan ez a félpotosisa egyik szemén. Tizenegyszer szült és ötször elvetélt. A gyermekek közül öt él, kettő alább leirandó betegünk, egy igen magas, de szabálytalan növekedésű leány, súlyosan hysteriás, egy felnőtt leány és egy serdülő fiú épek, de „idegesek“.

B. M. (22. ábra) jelenleg (1901) 29 éves nő, ép gyermek volt születése idején, 18 hónapos korában kezdett járnai, és állítólag igen jól szaladgált egészen 5–6 éves koráig, a midőn, úgy mint jelenleg testvére, lábujjhegyére kezdett állani, majd behajlott térde, s nehezebb esett kinyújtani. Sokszoros kezelés dacára az állapot lassanként rosszabbodott, nemsokára járásra képtelenné lett; ezen időben, 10–12 éves korában ugyan Dollinger tanár készüléket rendelt neki, a melylyel ismét képes lett a járásra, azonban úgy látszik idővel ezen készülék is kényelmetlenné vált, a beteg elhanyagolta, s 13 éves korától kezdve többé lábára nem állott. Ezen idő óta nappalait karos székben ülve tölti, éjjel a földre tett derékajlon alszik. Ezen életmódnak tulajdonítja, hogy háta és melle lassanként elgörbültek „a sok kézimunkától“.

A beteg fejalkotása elég rendes, nagy szemei gyakran kissé szétérnek, látása jobb szemén jó (nem közellátó), bal szemén igen korlátolt, balra nézve kevés, jobbra tekintve erős rángatózó oldallengések támadnak a szemeken (pseudonystagmus).

A beteg nyaka erősen vállai közé behúzódt, hátsigolyáin erős kyphoscoliosis, domborulatával kissé jobbra néző ívvel. A gerincoszlop ezen görbülése már a középső nyaki csigolyáktól kezdődik, s a keresztcsontig tart, legkiemelkedőbb része az 5–6. hátsigolyának felel meg, egyébként igen egyenletes körvonalat ír le. A csigolyák hossz tengelyük irányában csak kevés fordultak meg. A szegycsont a hátsigolyáknak megfelelően elődomborodó, a lélegzés főleg a rekesz mozgásával történik, de a mellkas is végez apróbb emelkedéseket.

Felső végtagjai a könyök- és kézizületekben szabadon mozognak, a bal váll szintén, de a jobb vállban a mozgathatóság kissé korlátolt.

Alsó végtagjai a medenceizületben ülő helyzetben még aránylag elég könnyen emelhetők, de az abductio igen korlátolt, a két térdet — a melyek azonban nem érintik egymást — alig lehet egymástól távolítani, fekvő helyzetben pedig a czomb hátrahajlítása igen korlátolt, a törzsökkel egy vonalba sem hozható. Térdben alszárai 90°-on túl nem feszíthetők, ezen határon belül azonban teljesen szabadon mozgathatók.

Lábai pes equino-varus elhelyezésben vannak, főleg a bal, míg a jobb inkább csak equinus tartásban. Öregujjai hallux valgus állásban, úgy hogy a meghajlott második lábujj az öregujj alá kerül. A bokazületekben a mozgathatóság a legnagyobb mértékben korlátolt. A lábujjait eléggé szabadon mozgatja.

Az izmok tapintata az alsó végtagokon a rendszerenél kissé tömöttebb, feltűnő sorvadás sehol sincs jelen.

Jobb patella-inán kiváltható még az inreflex, mint csekély rángás, baloldalt nem mutatható ki, de a beteg előadja, hogy régebben, „ha a lábát megkopogtatták, az erős remegésbe jött“.

A hólyag és végbél működése kifogástalan; havi baja rendes.

A beteg sírásra hajló ingerlékeny természetű, de ezen kedélyállapota megfelel szomorú helyzetének. Elmebeli állapota teljesen rendes.

B. Árpád (23. ábra) 14 éves tanuló (1901). Jelen baja mintegy négy-öt évvel ezelőtt kezdődött, addig anyja állítása szerint rendszeresen fejlődött. Születése, járnai és beszélni tanulása a rendes időnek és lefolyásnak megfelelő volt, sőt 4–5 éves korában igen jó gyalogjáró volt, a ki idősebb testvéreivel nagy sétákat tett. Járása — az anya felfogása szerint talán ezen túlnagy sétákból kifolyólag — csaknem észrevétlenül romlott meg akként, hogy bal térdének kinyújtása vált nehézzé s a beteg bicsegni, lábujjaira lépni kezdett. Ezen hiba azonban eleinte alig volt észrevehető, a míg az iskolai záróünnep alkalmával (1901) negyedfél óráig volt kénytelen egy helyen állani. Innen alig tudott már hazamenni s ekkor egy hétig ágyban fekve maradt, azóta pedig járása a jelen alakban állandóan megromlott.

A sovány, korához mérten túlmagas (160.2 cm.), e mellett elég szabálytalan csontfejlődéssel bíró beteg koponya-alkotása elég jó, bár falcsontjai igen kiálló s homloka inkább alacsony. Füléi előálló. A beteg gerincoszlopa álló helyzetben ágyéki részében domborulatával balra hajló ívet mutat, a minek megfelelőleg a lapoczkák között kis ellenirányú elgörbülés van jelen. A gerincoszlopnak ezen elgörbülése azonban aránylag kevésbé kifejezett s az egy lábon való állásnak következménye; ülő helyzetben a gerincoszlop ép ellenkező irányú scoliosist tüntet fel. A beteg mellkasa erősen deformált: szegycsontja a harmadik bordától lefelé mindinkább besüpped s így tölesérmell áll elő, bordaszélei ellenben erősen kiugranak. Felső végtagjai hosszúak, leginkább ujjai igen megnyúltak, a felkar feltűnően sovány, az izomzat azonban eléggé erős s jól működik; a bal váll lejjebb áll. A törzsök-izmok eléggé erősek. Az alsó végtagok soványak, hosszúak, itt is feltűnően hosszúak a lábujjak. A tibiák belső bütykei a térden erősen kiugranak, a bokazületekben nem. A lábak a földre téve valgus állást foglalnak el, míg felemelve a pes arcuatusnak a lábujjak karomállásával járó eltorzulását (úgynevezett Fridreich-féle lábak) mutatják. A feltűnően hosszú öregujj mellett a második ujj, úgy mint nővérén, erősen lehajlott. Az alsó végtagok izomzata elég tömötteg tapintatú, az alszáron és a czomb hátulsó felén a rendszerenél kissé tömöttebb. Az izomzat elég erős, a mozgást mindazon irányokban, a melyekben az lehetséges, elég erővel végzi. Állás közben azonban már észrevehető, hogy a beteg nem tudja két térdét egyszerre kifeszítve tartani, sőt bal térdé mindig behajlott; bokáit összeilleszti s térdei előlről tekintve ilyenkor fedik egymást. Bal térdének hajlított volta kényszeríti arra, hogy ezen lábának csakis

ujjaival érintse a talajt, de ha ezen lábára lép, sarka is leereszkedik a földre; ilyen módon erősen sántítva jár; még kifejezettebb ezen mozgás-zavar, ha a beteg egy helyben megfordul, miközben mindkét térdét erősen behajlítani kénytelen, s testsúlyát hol az egyik, hol a másik lábára helyezi, a mint az egyik vagy a másik a test súlyát vivő alsó végtag, e közben törzsöke erős oldalmozgásokat végez. Fekvő helyzetben kinyújtott jobb alsó végtagját alig lehet 30°-nál magasabbra emelni, mivel ezen törekvésnek a czomb és alszár közös hátrahajlító ellenszegülnek. Bal alsó végtagját éppen nem sikerül a térdben kinyújtani, behajlított térdek mellett azonban a csípőizületben elég szabad mozgathatóság van jelen. A mozgathatóság a legnagyobb mértékben a bokazületekben van korlátozva, a megfeszült Achilles-in még 90°-ra sem engedí felhajlítani a lábát.

A patellareflex igen élénk mindkét oldalt, az Achilles-inreflex is jól kiváltható. A lábútnet főleg a bal lábon élénken létrehozható. A bőrreflexek rendesek. A villamos ingerlékenység tekintetében nincs elváltozás jelen.

Szemrései egyenlők. Szemmozgásai minden irányban szabadok, de oldalt nézéskor erős nystagmuszerű rángások állanak elő. Pupillák egyenlők, középtágak, jól reagálnak. Látás: jobb szemén $\frac{5}{10}$, balon $\frac{5}{7}$, látótér szabad, szemfenék ép.

A beteg Achilles-inán tenotomia végeztetett, térdei gipszkötésben nyújtattak s később műcipőt kapott, ekként járása némileg javult.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

A biologia határai.

Megjegyzések J. Grasset „Les limites de la biologie“ című könyvére.

A világegyetem legösszetettebb életjelenségeit végeredményben chemiai-physikai folyamatokra vezethetjük vissza. Ha ezt elfogadjuk, a mint azt mai természettudományi ismereteink szerint tényleg el is kell fogadnunk, az élet igen általános meghatározására jutunk. Ha az ember táplálkozását chemiai-physikai elvek szabják meg, épen úgy, mint a növények növekedését, vagy egy nagy lépéssel tovább haladva, a vas rozsdásodását, vagy valamely kristály képződését, akkor egyszerre szétomlik nemesak azon választófal, mely az állatot a növénytől elkülöníti, hanem azon választófal is, mely a szerves világ és a szervetlen között, vagy a mint mondják, az élő és élettelen között határként áll. Ez a körülmény világosan ötlük a szemünkbe, ha akarmelyik élet-tani chemia bevezető sorait olvassuk.

Az őr, a mely a szerves és szervetlen világ között első pillanathoz tartozni látszik, hamar elfeledjük, ha azt tanuljuk, hogy a növény szénsavból, vízből, ammoniak-vegyületekből, nitrátokból és egynehány más, szintén szervetlen anyagból veszi táplálékát és ezen szervetlen anyagokból synthesis útján szerves vegyületeket készít: fehérjé, szénhidrátot, zsírt, szerves savakat stb. Ha szervetlen vegyületekből szerves vegyületek készülnek, akkor a kettő között írt nincs, akkor a szerves vegyületek csak összetettebbek, de nem lényegesen eltérők. „Az élő testek minden életjelensége chemiai tulajdonságainak nyilvánulása, mozgásaik chemiai reakciók“ mondja Le Dantec. Így az élet azon definitiójára jutunk, hogy „az élet chemiai reactio“. E definitióba már a szerves és szervetlen világ élete egyaránt bele tartozik.

Természetes, hogy a natriumnak más a chemiai reactioja, mint a fehérjének; természetes, hogy a natriumnak más életműködése van, mint a fehérjének; a natriumnak más az élete, mint az embernek: de a különbség a szerves és szervetlen világ élete között csak fokozatbeli.

Azon tudomány, mely a növények életműködését tanulmányozza, a növényi biologia; azon tudomány, mely az állat életműködésével foglalkozik, az állati biologia; azon tudomány, mely a világegyetem élet-nyilvánulásait vizsgálja, a világegyetem biologiaja. A világegyetem biologiajának tárgya az atomok, a molekulák, a világtestek, csillagok, növények, állatok (emberek) minden életnyilvánulása. Így lett a biologia Leibnitz értelmében „summa scientiae“.

Azzá lett a XIX. században, a század természettudományi munkájának végeredményeké. De ha a tudomány haladását graphikai módszerrel akarjuk ábrázolni, nem folyton emelkedő ferde vonalat látunk magunk előtt, hanem ingadozásokat, a melyek a lassan emelkedő ferde vonal körül hol magasan emelkednek, hol a mélybe esnek az actio és reactio jeleként. Néha valamely nagyknak látszó tan felfedezése után azt hisszük, hogy tudományunk egy csapásra szertelen lett, míg a józan kritikus elmék bírálata megállapítja értékét. Az esés itt nem áll meg, mert a józan kritikus elmék munkáját az ellenkező nézet fanatikusai veszik át, és akkor úgy látszik, mintha hirtelen megsemmisültek volna eredményeink, a míg a további kutatás újból felemel. Ez emelkedések és esések dacára folyton haladunk a tökéletesedés felé. A XX. század első éveit, úgy látszik, a graphikai görbe egy ilyen esésébe kerültek. Kétes, hogy a jövő nem fog-e még mélyebbre sülyeszteni, de nincs kétségünk az iránt, hogy előbb-utóbb újra emelkedni fogunk.

Ismerve a megmásíthatatlan törvényszerűséget, mely a tudomány haladásának graphikai görbéjét kormányozza, nem szabad esodálkoznunk, ha annak esésében egy természettudóst pillantunk meg, a ki meg-támadja a természettudományokat. Grasset,¹ a montpellier-i egyetem hir-

¹ J. Grasset: Les limites de la biologie. Bibliothèque de philosophie contemporaine. Paris. Félix Alcan. 1902.

neves belorvos professora, kinek főleg az idegkörtan terén irt munkái szereztek hazája határára túlhangzó nevet, nem tudott ellenállani a korszellem néven jelölt tömegsuggestionnak. Vigasztalódjunk azzal, hogy ő is csak egy porszem, a ki graphikai vonalunkat húzza. És ha a haladás megerősítésére esésre is van szükség, hasznos munkát végzett ellentmondásra ingerlő könyvével, melynek czíme „Les limites de la biologie” és a mely bővebb kidolgozása egy „conférence”-nek, melyet szerző Marseilleben valami „Assemblée régionale de médecins catholiques” nevű intézményben tartott.

Tulajdonképen örülnünk kellene, ha az idegélettel foglalkozó természettudós ilyen fontos kérdés megoldásába fog, nézeteit figyelemmel kell fogadni, mert bizonyos, hogy csak az, a ki a természettudományokat ismeri, foglalkozhatik eredményesen philosophiával, a természettudományi tények adják a bölcselkedés egészséges alapját, melyeket viszont bölcselkedéssel megdönteni nem lehet. Vajjon kinek jutna eszébe physikai-chemiai elméleteket felállítani, ezen szakok tapasztalat útján megállapított törvényeinek ismerete nélkül; avagy ki vállalkozik villamos vasút építésére, a nélkül, hogy ismerné az elektromechanika tételeit. Szemébe nevetünk ily kísérletnek, de csodálatosképen nem nevetünk azon, ha az agyvelő működéséről, a gondolkodásról és ennek szabályairól olyas valaki állít fel bölcselkedéseket, a ki előtt az agyvelő élet- és körtana zárt könyv, vagy a ki egynehány élettani tankönyvből és nem közvetlen észleletből szerezte ismereteit. Sajnos, hogy e sorok olvasója, nem minden jog nélkül, megfordíthatja a tételt, azzal a megokolással, hogy íme, most egy orvos ír az agyvelő működéséről kifogásolni való munkát és ezért némi szégyennel fogok ahhoz, hogy a biológiát egy orvosprofesszor támadása elől megvédelmezzem.

Azon tételt, hogy a világegyetem biológiája a világegyetem minden életnyilvánulását tanulmányozza, biológiai monismus néven ismerjük. Ezzel szemben J. Grasset megkísérli „annak bizonyítását, hogy a biológia nem az általános és egyedüli tudomány, hogy a biológiai gondolkodás és szempont nem az egyedüli módja a gondolkodásnak és tudásnak, hogy a biológiának határai vannak, melyek más tudományoktól és megismerés módoktól elválasztják”. Bizonyítani óhajta, hogy a biológia „idegen és közömbös egyes vallási, metaphysikai kérdések megoldásával szemben, melyek számára nem hozzáférhetők; nincs tudomása róluk, de nem tiltja őket és nem mond nekik ellent”. Kifogásolja, hogy ismereteink egyes ágait, a metaphysikát és theológiát, melyek ezen egybeolvadás ellen fellázadnak, némelyek megsemmisülteknek tekintik, mert a biológiai módszerek és bizonyítások körén kívül esnek. „A középkor praktikáit újítja meg; a metaphysika és vallás kérdésében a biológia és kísérleti tudományok érveit alkalmazzák, mint a hogy a középkorban a biológiai és természettudományok kísérleti adatait metaphysikai és vallási érvekkel vitatták.”

Lássuk hát a biológia határait, sorban véve elő Grasset tételeit.

I. A biológia alsó határa a physika és chemia. Ezen felfogás magával hozza azt, hogy élő és élettelen testeket különböztessünk meg. A természettudományoktól távol állók szeme előtt ez a határ talán legélesebben áll. Miben különbözik és miben egyezik meg a szerves és szervetlen élet, azt már kifejtettük és nem ismétljük. Maga Grasset hosszasan bizonyítja a különbségeket, melyeket mindenki jól ismer, a közös tulajdonságoktól eltekint és az eredmény az, hogy „bár nem hiszi, de lehetséges”, hogy a válaszfal közöttük egykor el fog esni. Azt hiszem, már is elesett. Ha Grasset itt lehetségesnek tartja a biológiai álláspontot (bár nem fogadja el), mely szerint a szerves és szervetlen világ között csak fokozatbeli különbség van, akkor további bizonyításunk gyermekjáték, mert az ember és állat életnyilvánulásai között nincs olyan különbség, mint a szerves és szervetlen világ között.

II. A biológia oldalsó határa az erkölcsen: azaz a köteleességszerű jó tudománya. „Minden okoskodás — úgymond Grasset — és mind a fáradságosan egybehalmozott és ügyesen csoportosított kísérlet nem érhet többet, mint ama nagyon határozott és tiszta tudatunk (notion positive et très nette), melyet birunk a) a jóról és rosszról, mely az igaztól és helytelentől (faux) különbözik, minthogy a rossz ép annyira igaz, mint a jó; b) azon erkölcsi kötelezettségről, a mely a jóra vonatkozik, tekintet nélkül minden későbbi jutalomra vagy büntetésre, érdekre, élvezetre vagy fájdalomra; c) ama szabadságról, melylyel tettünk teljes felelősségével választjuk a jót vagy a rosszat.” A mondottak jelentősége az, hogy ezen dolgokat tudjuk; ezen tudat többet ér minden kísérletnél és tapasztalatnál. Ezen tudást azonban nem tapasztalatból vagy kísérletekből szereztük, hanem az meg van bennünk. Ezen tudat (notion) úgy látszik olyan erős, hogy nem is kell többet érveket állítani megerősítésére, vagy bizonyosságot felhozni mellette. Ezen tudat megvan; azt nemcsak bizonyítani felesleges, hanem érvül használhatjuk, sőt olyan bizonyos, hogy következtetéseket építhetünk reá, mint alapra, melyet bizonyítani felesleges. Ha megvan bennem azon tudat, hogy mi a jó és mi a rossz érvek és bizonyítékok nélkül, ez csak azt jelenti, hogy subjectiv érzem, mi a jó és mi a rossz.

Milyen bizonyítható értéke van ezen subjectiv érzésnek tényekkel szemben, az elképzelhető, ha meggondoljuk, hogy a mit mi színnek nézünk, nem egyéb éterrezgésnél. A mi szemünkben a színkép csak egy része ad színbenyomást, még pedig az, melyet éppen ezért optikai spectrumnak szokás nevezni, és a mely a vöröstől az ibolyáig terjed. A vörös alatt és ibolyán túl színek vannak, melyeket a mi szemünk felfogni nem képes. A mit hangnak mondunk, a hangadó test rezgése, mely valamely közegen át fülünkben (a Klug-féle húrozatban) együttlérezgést indít meg. Azt a hangot, mely fülünkben ily együttlérezgést nem

hoz létre, mert a hanghullámok rezgésszáma nagyobb vagy kisebb, mint azoké, melyek arra alkalmasak, ezt a hangot nem halljuk. Van tehát szín, a melyet nem látunk, hang, a melyet nem hallunk. Más élő lény hallószerve talán ép e hangokat hallja, más élő lény szeme talán ép azokat a színeket látja.

Ilyen tökéletlenek a mi érzésszerveink, és még kevésbbé tökéletesek subjectiv érzéseink. És Grasset szerint mégis „tudom (érzem), mi a jó és mi a rossz”, többet ér minden kísérletnél. Szerinte a jó és rossz gondolata és a jó kötelező volta, és a szabad akarat azon tényező, melyeket a biológia tanulmányozni képtelen, mert az „csak a valamennyi élő lényre vonatkozó közös törvényeket tanulmányozza és semmi ezen fogalomhoz fogható az állatokon és növényeken nem talál.” Grasset a biológia szemére veti, hogy ha a jó és rossz fogalma és az erkölcs a biológiába tartoznék, akkor az erkölcs végződjék az érdekek, mozgatója az élvezet vagy fájdalom volna, mint a hogy azt Herbert Spencer mondja azon értelemben, hogy az érdekek és élvezetek az egyénre és fajra vonatkozik. Felébred benne a hazafi is az ellen, hogy „Bismarck formulája: az erő elnyomja a jogot”, legfőbb erkölcsi törvénynyé válják.

De vajjon nem uralkodik-e mindenütt úgy az ember, mint állatvilágban, Franciaországban, mint Németországban az, a mit a francia szerző Bismarck formulájának nevez. Nem magyarázza-e Herbert Spencer evolutióis tana eléggé, hogy az emberiség azon töredéke, mely civilizációban él, hogyan érte el fokozatát azon fogalmakat, a melyeket ma erkölcsi jó és rossznak nevezünk, hogyan fejlődtek ezek azon fogalmakból, melyeknek a vad népek hódolnak. Ha ezen evolutióis tant el nem fogadják, oda fogunk jutni, hogy a civilizált ember jó és rossz fogalma a biológián kívül áll, a vad törzseké pedig azon belül marad és akkor akár azt is elfogadhatjuk, hogy egyes nemzetek e fogalmak a biológia határára ide-oda sétálva, hol itt, hol ott ütöttek tanyát.

De mi ezélya van az erkölcsi jó és rossz fogalmának? Emberek csinálták azokat, a létért való küzdelem közben. A gyenge ember ki volt szolgáltatva az erős durva testi erejének és elpusztult. De a testileg gyengék között akadtak furfangosan gondolkozó agyak, a kik ravaszsággal győzték őt, hol erejük meg nem felelt. Nem a gyengékkel kénye-kedve szerint elbánó erős tartotta szükségesnek kimondani, hogy ne bántsd embertársadat. A mint ma is a gyengék s elnyomottak állanak össze s kívánnak törvényeket a saját védelmükre a hatalmasaktól, úgy történt akkor is. Szokások keletkeztek, a mikor ezek már nem feleltek meg a czélnek, ugyancsak önvédelemből vallásokat találtak fel meghatározott szabályokkal, majd kötelező intézkedéseket törvények alakjában. Évezredek megszámlálhatatlanul követték egymást, melyek alatt felvett szokások, kezdetleges, majd finomult vallások folytonos suggestioja, majd a túlvilági büntetéssel való fenyegetés tartották megzabolozva a rakonzátlanokat attól, hogy a gyengéknek ártanak. Ha a gyengék így társadalmi szokásokat, törvényeket és vallásokat, a jó és rossz fogalmat találtak fel, melyekkel magukat sikeresen védelmezték az életért való harcban, akkor furfangjukkal, agyvelejük munkájával az erők kezéből kicsavarták a feyvert és joggal nevezhetők erőseknek addig, míg az intézményeket fontartani tudják. Az állat karmával, az ember intézkedésekkel védekezik, az állat karma és az ember szokásjoga, törvényei, vallásai egyenlő értelmű feyverek.

E gondolkodás szerint az önrdekek marad ma is állatnál és embernél egyaránt a jó és rossz fogalmának forrása.

Végül a szabad akarat volna az, a mi a biológián kívül esik. E nagy kérdést két szóval eldönteni nem lehet senki szándéka. Ha az akarat életműködés, tehát chemiai reactio, szabad akaratról ép oly kevéssé lehet szó, mint a hogy az elem egy és ugyanazon körülmények között kétféleképp nem viselkedhetik.

Hogy a szabad akarat subjectiv tudata vagy érzése nem érv, nem szorul bizonyításra. A szabad akarat kérdésével kapcsolatban felmerült azon tapasztalatilag mindennap ellenőrizhető kérdés, hogy az állat gondolkodik-e. Az állat legintelligensebb cselekedeteiben mindig van valami automataszzerű, azaz determinismus és semmi sincs, a mi a felelős ember szabad és akaratossá tettehez hasonlítana. Ilyen érvekkel emeli önmagát az ember, mikor megfontolva és tervszerűen cselekedett ért és látja, hogy az állat ugyanígy tesz. Tehát, ha mi egy czél irányában valamit cselekszünk, ez gondolkodás eredménye, ha az állat ugyanezt teszi, „azt az ösztön vezeti”.

Kollarits Jenő dr., idegklinikai tanársegéd.

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

Elvi jelentőségű ministeri határozatok. A borjú, valamint a négy hónapot meghaladott és három évesnél fiatalabb szarvasmarha húsa ugyanolyan feltételek mellett árusítható, mint a mészáros-ipar körébe tartozó más vágómarha húsa.

(A belügyministernek 57,206/1902. sz. a. Sz. város közigazgatási bizottságához intézett rendelete)

A sz. kir. város tanácsa végzésével a „status quo ante” izraelita hitközségnek úgy a kóserhús kimérésére szolgáló mészárszék felállítására, mint a húsvágást, húsrúlást és mészárszékkeket illetőleg alkotott szabályrendelet 17. §-a alapján a „szürómarha”-vágatás engedélyezése iránt kérelmét elutasította. Az ezen határozat ellen a folyamodó izr. hitközség

által beadott felebbezést a czim II-od fokban hozott határozatával elutasította s egyúttal felhívta a felebbező hitközséget, hogy esetleges jog-sérelmet a hús-vágási szabályrendelet megállapítása sora orvosolja. A czim ezen határozatát a nevezett sz-i „status quo ante“ izr. hitközség által benyújtott felebbezés folytán, melyet figyelemmel az 1876. évi VI. t.-cz. 59. §-ának második bekezdésére az 1886. évi XXI. t.-cz. 10. §-a alapján emelt panasznak tekintek, az 1886. évi XXI. t.-cz. 10. §-ának második bekezdése alapján a földmivélsügyi, vallás- és közoktatásügyi s kereskedelemügyi miniszter urak véleményének meghallgatása után felülvizsgálat alá vevén: annak a négy hónapot meghaladott, de három évesnél fiatalabb úgynevezett szűrőmarha-vágatás engedélyezése iránti kérelmet elutasító részét, a tanácsi határozat vonatkozó részével együtt ezennel megsemmisitem. Mert — a mint a kereskedelemügyi miniszter úrnak elvi jelentőségű határozataiban már több ízben kifejezést nyert — a borjú, nemkülönben a négy hónapot meghaladott szarvasmarha is vágómarhának tekintendő s így ezen állatok levágása, illetve leszúrása s húskuknak kimérése a mészáros-iparág körébe tartozik s nem szűrőipar. Ennek következtében a sz. kir. város által a hús-vágást, húsárulást és mészárszékeket illetőleg alkotott szabályrendelet 17. §-ának azon rendelkezése, mely szerint a négy hónapot meghaladott, és három évesnél fiatalabb szarvasmarha húsa csak a városi tanács külön engedélye alapján árusítható, ipari közgazgatási szempontból nem állhat meg, mert a borjú, valamint a négy hónapot meghaladott és három évesnél fiatalabb szarvasmarha húsa ugyanolyan feltételek mellett árusítható, mint a mészáros-ipar körébe tartozó más vágómarha húsa. Az említett sz-i „status quo ante“ izraelita hitközség tehát nem kötelezhető arra, miszerint a sz. kir. város tanácsától a négy hónapot meghaladott és három évesnél fiatalabb szarvasmarha húsnak elárúsítására szóló engedélyt eszközöljön ki, hanem egyedül az áll kötelességében, hogy mindazon törvényes követelményeknek eleget tegyen, melyek a mészáros-ipar gyakorlásához megkívánatnak.

Körrendelet gyógyszergyakornokok minősítése tárgyában.

(Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak, valamennyi közgazgatási bizottságnak, valamennyi főispánnak és a fiúmei kormányzóknak.)

Az 1883: I. törvényezikben meghatározott köztisztviselői minősítés szempontjából a középiskolákkal (gymnasiumokkal és reál-tanodákkal) egyrangúknak tekintendő szakiskolák és tanfolyamok megjelölése tárgyában hivatali elődöm által 1898. évi június hó 7-dikén 54,532. sz. a. kiadott s abban hivatkozott előző hasonló tárgyú körrendeletek¹ kiegészítésül a vallás- és közoktatásügyi miniszterrel egyetértőleg értesitem a czímet, hogy a polgári iskola hat osztályát végzett és ezt követő 3 évi gyakornokoskodás után a kinevezett állami vizsgáló bizottságok előtt gyakornoki vizsgálatot tett gyógyszerészek minősítése a köztisztviselők minősítéséről szóló 1883: I. t.-cz. szempontjából a főgymnasiumok és főreáliskolák elvégzése által szerzett minősítéssel egyenlő értékűnek tekintendő ép úgy, miként ez hivatali elődömnek 80,816/889. sz. körrendeletében² a 6 gymnasialis osztályt végzett és 3 évi gyakornokoskodás után gyakornoki vizsgát tett gyógyszerészekre nézve szabályul kimondatott.

Ugyanis az utóbb idézett rendelet midőn megjelölte, hogy a gyógyszerészekről mily arányú képzettség kívánatik meg ahhoz, hogy ők a főgymnasiumot vagy főreáliskolát végzett egyénekkel egyenlő elbírálás alá essenek, még csak a 6 gymnasiumi osztályról tehetett említést mint a gyógyszerészek gyakornoki szolgálatot megelőző középiskolai képzettségéről, miután a gyógyszerészek gyakornoki kiképzésére vonatkozólag akkor érvényben volt 1887. évi 35,222. sz. a. kibocsátott vallás- és közoktatásügyi miniszteri szabályzat³ a gyakornokul való felvételhez tanulmányi előfeltételül csak a 6 gymnasiumi, illetve a latin nyelvvel kiegészített 6 reáliskolai osztály sikeres elvégzését kívánta meg.

Az 1892. évi 35,985. sz. vallás- és közoktatásügyi miniszteri rendelettel⁴ közzétett új gyógyszerészek gyakornoki szabályzat 3. §-a azonban a gyakornoki működésre jogosító előképzettséget a polgári iskola 6 osztályára is kiterjesztette, minélfogva ezen szabályzat életbe lépte óta a gyógyszerészek a latin nyelvvel kiegészített 6 polgári osztály elvégzése után is ép úgy felvehetők gyakornokul és tehetnek e minőségben teljesített 3 évi szolgálat után gyakornoki vizsgálatot, miként annak előtte a 6 gymnasiumi vagy reáliskolai osztályt végzettek.

Minthogy pedig a polgári iskolai előképzettséggel gyakornoki vizsgálatot tett gyógyszerészek minősítése úgy az alapul szolgáló képzés tartamára, mint lényegére nézve megegyezik az idézett 80,816/889. sz. belügyminiszteri körrendelet 2. pontjában említett gyógyszerészek minősítésével, ennélfogva az esetleg felmerülő kételyek eloszlatása céljából az idézett körrendelet 2. pontjának kiegészítésül kijelentem, hogy az 1883: I. t.-cz. szempontjából a főgymnasiumot vagy főreáliskolát végzett egyénekkel nemcsak a 6 gymnasiumi osztályt végzett és gyakornoki vizsgát tett gyógyszerészek esnek egyenlő elbírálás alá, hanem az idézett 1892. évi 35,985. sz. vallás- és közoktatásügyi miniszteri rendelettel kiadott új gyógyszerészek gyakornoki szabályzat rendelkezéseinek megfelelőleg a 6 reáliskolai, illetve polgári iskolai osztályt végzett, a latin nyelvből kiegészítő vizsgát tett és annak alapján a gyakornoki vizsgát sikeresen kiállott gyógyszerészek is. Budapesten, 1902. évi augusztus hó 30-dikán. A miniszter helyett: *Gulnier s. k.*, államtitkár.

¹ B. K. 1898. évf. 298. lapon.

² R. T. 1890. évf. 13. lapon.

³ R. T. 1887. évf. 2209. lapon.

⁴ R. T. 1892. évf. 2163. lapon.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közli: Dalmady Zoltán.

(Folytatás.)

Sabrazés-Fauquet: Propriétés hématolytiques de la première urine du nouveau-né. C. R. Soc. Biol. 1901. 372. l. — Ugyanaz: Action des urines du chien à la mamelle sur les hématies. C. R. Soc. Biol. 1901. 463. l. — Sachs: Neuere Untersuchungen über die Haemolysine des Blutes. Fortschr. d. Med. 1901. 18. sz. — Ugyanaz: Immunisierungsversuche mit immunkörperbeladenen Erythrocyten. Cbl. f. Bact. 1901. 30. k. 13. sz. — Savtchenko: Du rôle des immunisines (fixateurs) dans la phagocytose. A. I. P. 1902. 106. l. — Shattock: Chromocyte clumping in acute pneumonia and certain other diseases and the significance of the booby coat in the shed blood. Journ. of Pathol. and Bacteriol. 1900. 6. k. 3. sz. — Schütze: Beiträge zur Kenntniss der zellenlösenden Sera. D. m. Woch. 1900. 27. sz. — Ugyanaz: Weitere Nachträge zum Nachweis verschiedener Eiweissarten auf biologischem Wege. Zehr. f. Hyg. 1901. 3. sz. — Schütze und Scheller: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der im normalen Serum vorkommenden globuliciden Substanzen. Zschr. f. Hyg. 1901. 12. sz.

Újabbán Moreschi megtámadta Mertens és Dieudonné nézetét, hogy a haemotoxin csapadékadásából arra lehetne következtetni, miszerint a vizelet fehérjeje a vérből származnék. Moreschi ugyanis a legkülönbözőbb szervek emulsiójával kezelte házinylakat, mindig kapott oly serumot, melyből az albuminuriás vizeletben csapadék támadt. A vizelet fehérjei tehát más szervből is származhattak. Idevág Uhlenhuth azon észlelete is — mely már gyakorlati alkalmazást is nyert —, hogy a specifikus csapadékadó vérsavó a húskivonatban is specifikus csapadékot ad.

A isoagglutininek és isolsinek jelenlétét diagnosticice is próbálták használni, a midőn azonban kitiint, hogy ezek minden vérszejtéséssel járó bajnál megvannak, diagnostikai értékük természetesen elveszett.

Therapeutikus felhasználásukról is esett már szó, az eredmények azonban csak a kísérleti alapot nyújtották, a továbbépítés a jövő feladata. Haemolytikus serum befecskendése a megfelelő állatba, hatalmas megrázkódtatja annak egész szervezetét, de különösen haematopoetikus szerveit.

Savtchenko behatóan megvizsgálta a haemotoxin-mérgezést körbonczani szempontból is.

A nagy adaggal mérgezett, 2–3 nap alatt elhullott tengerimalacz vére teljes mennyiségében is megfogyott, a mit már szabad szemmel is megállapíthatunk. A még meglévő vörös vérszejteken gyakran látjuk a haemolysis kezdeti tüneteit. A máj barna, a lép néha egész feketés, néha hypertrophizált, néha pedig fogyott a nagysága. A veséket, főleg a pyramisokat vérfestéktől infiltrálnak látjuk. Valószínű, hogy itt is olyforma haemolysissal van dolgunk, mint in vitro.

Kisebb adaggal mérgezett, 7–8 nap alatt elhullott tengerimalacz bonczetele sokban megegyezik a fentebb leirttal, csak a vér mennyisége kevésbé csökkent. A máj, lép barna, a vesepiramisok pigmenttől infiltráltak, a vizeletben sok haemoglobin, a nyákhártyák, a bőralatti szövet és a savós hártályak icterikus színűek, a szívizom málékony, részint zavarosan, részint zsírosan elfajult.

Nem halálos adaggal mérgezett tengerimalaczoknál, vagy ha az előbbi adaggal mérgezteteket a 2–3. napon leöljük, nem látunk még haemoglobinuriát, a vesék épek, a máj vértelt és hypertrophizált, a lép erősen megnagyobbodott és vérbő. A lép tökéletesen úgy viselkedik a haemotoxin mérgezésnél, mint a fertőző betegségeknek szokott.

Savtchenko kimutatta, hogy legalább a nem halálos mérgezések-nél a vörös vérszejték az állat saját phagocytáinak esnek áldozatul, mert az immuntesttől áthatolt vörös vérszejtékre az állat saját alexinjé is lehet hatással. Tehát nem mindig közvetlen az oldás.

Az immuntestek tehát nagyban tudják serkenteni és irányítani a phagocytosist.

Cantacuzéne és mások vizsgálataiból tudjuk, hogy 15 cm³ specifikusan házinylára ható haemolytikus serum házinylába fecskendése clonikus göresök, dyspnoé és cyanosis között 1–2 perc alatt elpusztítja az állatot. 3 cm³-től csak a vérszejték óriási fogyása kifejezett, a többi tünet gyengébb; 1/2 cm³ befecskendését szintén követi a vörös vérszejték megfogyása, csakhamar azonban emelkedni kezd a vörös vérszejték száma messze a normális szám fölé. Végül igen kis adagok, 1/10–1/30 cm³, nem szálítják le a vérszejtszámot, ellenkezőleg erősen emelik azt.

Ez a vérszejtszám-emelkedés igen figyelemre méltó jelenség. A hatás igen vehemens; Cantacuzéne egy kísérletében 1/25 cm³ haemolytikus serum befecskendése a kísérleti házinylú vörös vérszejtéinek a számát 24 óra alatt 5.500.000-ról 8.800.000-re emelte, s noha e szám csakhamar fogyni kezdett, némi emelkedettség még a 20-dik napon is constatalható volt. A haemoglobintartalom is erősen emelkedett, 80-ról 10 fölé, s jóval lassabban száll vissza a normálisra, mint a vörös vérszejték száma.

Kis dosisok ismételt befecskendésével tartósan emelt fokot tarthatjuk a vörös vérszejték számát és a haemoglobin mennyiségét. Ezt a vérszejtszaporító képességet akarták emberen kipróbálva therapeutice alkalmazni Metchnikoff és Besredka.

Csakhogy nem ők voltak a kezdők; már évek előtt, mielőtt még a cytotoxinokat ismerték volna, történtek efféle kísérletek. Carrasquila dr. bogotai orvos leprabetegek vérével immunizált kutyák serumát

feeszkendte terapeutikus célból leprabetegekbe, ilyenformán járt el Laverde is 1897-ben, Buzzi, Abraham, Arning szintén jó sikerrel ismételték ezt az eljárást. Noha többen tagadják e serum gyógyító értékét (Hallopeau, Delio, Brieger, Neisser stb.), mégis örvend némi alkalmazásnak, hiszen Új-Kaledóniában külön intézet épült e célra. Ebben a serumban, mint azt Brieger kimutatta, nyoma sincs a Hansen-féle bacillusnak és termékeinek, tehát tisztán cytotoxikus serumnak tekinthető, még pedig haemo- és leucotoxikus serumnak.

Metchnikoff és Besredka embervérre specifikusan toxikus kecskeserumának kis adagja embernél is nagy vörös és fehér vérsajt szaporodást okoz ugyan, de hogy valami direct gyógyító hatása lenne a kísérlet tárgyát képező leprára, azt nem igen lehet mondani.

Lucatello anaemikus gyermekeknél végzett kísérleteket s a haemotoxikus serum kis dózisának befecskendezését — ha az anaemia nem valami mélyreható organikus bántalomnak volt következménye — igen jó eredményűnek találta. A hatás a vérsajtkepző szervek izgalma folytán jó létre s főleg cytogen, a haemoglobin alig szaporodik. Ennek oka, Schwartz nézetét elfogadva, az, hogy az így keletkezett vörös vérsajt igen rövid életűek.

Röviden utalva azon tapasztalatokra, hogy normális, nem immun állat vagy ember vérével is lehet más állatokat immunná tenni bizonyos fertőzések ellen (Chantemesse-Widal, Stern, Klemperer, Metchnikoff, Calmette, Pfeiffer, Abel stb.), a miben talán valamiképpen a keletkező haemotoxinok is részesek, rátérhetünk a többi cytotoxin ismertetésére.

A spermotoxin.

A haemotoxinok felfedezése egyszerre indította meg a világ minden részén a kísérletek egész sorát. Az a tény, hogy a szervezet idegen fehérje ellenében mindig produkál antiserumot, már előre is pozitív eredménnyel kecsegtette a bűvárokat, kik 1899-től kezdve a szervezet legkülönbözőbb sejtjei ellen készítették cytotoxinokat.

Igy Landsteiner már 1899-ben bika-spermát fecskendezett több ízben háziyúlba s ennek seruma csakugyan spermotoxikus lett, mert specifikusan a bikaspermatozoákra hatva, azok mozgását a legrövidebb idő alatt meg tudta szüntetni. Metchnikoff az ember s háziyúl, Moxter a kos ondószálaira ható spermotoxint készít. Részint magát az ondót, részint here emulsióját használták a nevezett bűvárok kísérleteiknél.

A hatás az, hogy a specifikus serumtól a spermatozoák mozgása csaknem azonnal megszűnik, a sejtek agglutinálódnak; oldás nem igen észlelhető. Itt is immuntest és alexin együttes hatásával van dolgunk. (Moxter.)

Metchnikoff azt is megvizsgálta, hogy az immuntest és alexin mily arányú együttlétével a legerősebb ez a spermaölő hatás. Optimumnak találta 1 rész immuntest viszonyát 13—25 alexinhez. Az arány nem mindig ugyanaz, néha oly sok alexin kell, hogy annyi magában a serumban — melynek alexintartalma tudvalevőleg ingadozó — nincs is.

A spermotoxin hatása már nem annyira specifikus, mint a haemotoxiné, sem a sejtelgő képességét tekintve, sem az állatfajok szerint való magatartását.

Moxter kos-ondóval végzett kísérleteinél a spermotoxint haemotoxikusnak is találta s azt is észlelte, hogy az ondószálcák a haemotoxint is megkötik, úgy hogy kétségbe vonta a spermotoxin önálló voltát, s azonosnak tartotta azt a haemotoxinnal. Metchnikoff és Metalnikoff azonban megzafolták állításait, részben annak kimutatásával, hogy a vérsajtoldó képesség a hereemulsióval elkerülhetetlenül befecskendett vérnek köszöni eredetét, részben azon tény megállapításával, hogy bár a spermatoxoidok a haemotoxikus savó immuntestét is meg tudják kötni, a vérsajtnek nincs a spermotoxinhoz affinitásuk.

A spermotoxinál eredményre vezettek oly kísérletek is, melyek a haemotoxinoknál nem sikerültek, tudniillik elő tudták (Metchnikoff) állítani az autospermatoxint, mely az állat saját spermájára hat. Ugyane serum egyúttal isospermatoxikus is.

Metchnikoff autospermatoxinja tengerimalacz-ondóra hatott. A serumot szolgáltató állat heréjében vígan éltek az ondószálcák, noha a serum in vitro azonnal mozdulatlaná tette őket. Mivel a savóban az immuntest szabadon kering, az alexin hiányából magyarázható e visszásnak látszó jelenség. Az ilyen állat ondószálcáit normális savó is hamarosan elpusztítja, a mi arra vall, hogy ezek már az élőben „sensibilizálva” voltak, s csak az alexin jelenlétére várt a mérge, hogy hatását kifejthesse.

Isospermotoxint nőstény és herélt állatok is tudnak szolgáltatni. Spermotoxint ismételtén fecskendezve állatokba, antispermotoxint kapunk, mely az előbbi hatását lerontja. Ilyen ellen-serumot nemcsak az az állatfaj szolgáltat, melyre a spermotoxin specifikus, hanem pl. maga a tengerimalacz is adhat ugyane fajból származó háziyúlra ható spermotoxin elleni vérsavót. Ugyanígy megvédheti a patkány által termelt antispermotoxin az ondóölő hatású tengerimalaczserum ellen a háziyúl-spermát is. Röviden: egy idegen faj is képezhet antitoxint egy másik állatra cytotoxikus serum ellen. Tehát valószínű, hogy állat által termelt anticytotoxin emberre is hatásos lehet. Ennek lehet majd gyakorlati fontossága. Nem valószínűtlen ugyanis, hogy némely „autointoxicatio”-nál cytotoxinok szerepelnek, s ilyenkor a megfelelő anticytotoxin adagolása volna indikált.

Antispermotoxint nőstény, herélt és igen fiatal állatok is szolgáltatnak, ezekben pedig nincsenek ondószálcák, melyeknek leváltott receptorai — Ehrlich teoriája értelmében — az antiserum immuntestei gyanánt szerepelnek. (Metchnikoff.) Mivel a fehér vérsajt nagy mohósággal absorbeálják a spermotoxint, Metchnikoff ezeket tartja az antispermotoxin termelőinek. Autoantispermotoxint nem sikerült előállítani.

Sperma-injectiók útján az állatfajokra specifikus praecipitinek is jönnek létre. (Farmun.)

A normális serumnak is van némi spermotoxikus hatása, még pedig az idegen állatfajokból származó ondószálcák ellen. A hatás immobilizálásban és agglutinálásban nyilvánul. Ebből úgy látszik fontos szerepük van a fehér vérsajtnek, a mit Pitfield kísérletei bizonyítanak.

Az ondóölő savó befecskendezésének érdekes hatását fedezte fel Leslie, ki him fehér eregekbe specifikus spermotoxikus serum kis adagját fecskendezve 16—20 napig — de ismételt befecskendezéssel tetszés szerint meghoszabbítható —, impotentia generandi-t látott kifejlődni, noha a kezelt állatok spermatozoái tökéletesen épeknek látszottak. Az ily állat spermáját hiába injiciáljuk más állatba — spermotoxin nem képződik. Inaktivált vagy normális serum nem bír e hatással. Ugy látszik a spermotoxin a chemotaxisra volt befolyással.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Magyarország elmebetegügye az 1901. évben. Közzéteszi a m. kir. belügyministerium. Nagy 8-adrét, 93 lap.

Habár hazánk elmebetegügye, különösen pedig az elmebetegek elhelyezésének megfelelő kivitele az idegen kulturálmok niveauját nem érte el: bizonyos meglepéssel kell konstatálnunk, hogy mióta a belügyministerium egészségügyi osztálya élén Chyzer Kornél dr. áll, az adott, különösen finansziális viszonyok nehézségének dacára is örvendetes haladás tapasztalható. S midőn néhány év előtt alig lehetett 2—3000 elmebetegnek megfelelő intézeti ápolást biztosítani, a múlt évben már az ország állami, törvényhatósági és magánelmeorvosintézetekben összesen 9171 elmebeteg nyert elhelyezést s rövid idő múlva kilátásba van helyezve, hogy Nagyváradon 300, Balassa-Gyarmaton 190, S.-A.-Új-helyen 120, Baján 200 elmebeteg befogadására szolgáló elmeorvosintézet fog létesülni a megyei kórházak mellett. A belügyministerium egészségügyi osztálya vezetőinek ismert ügyszeretete, erőnye és széles látókörre kellő garanciát nyújt arra nézve, hogy az állam rövid idő alatt meg fog felelni ama elodázhatatlan feladatának is, hogy az 1901-ben constatált 34,852 elmebeteg (szorosabb értelemben vett elmebeteg és idiota) nagyobb számban részesülhessen szakszerű elbánásban s hogy a centralis intézetek létesítése mellett a colonialis és családi ápolási rendszer is megfelelő alkalmazást nyerjen. Az elmebetegügy ilyenmódú fellendülése elő fogja segíteni az elmeorvosi karnak újabb szakavatott generatioval való szaporodását is, fontos közegészségügyi tényezőket nevelve.

A belügyministerium kimutatása a hazai elmebetegügy nagyon érdekes és világos képét tárja elénk. A közegészségügyi osztálynak ama fontos intézkedése, hogy 1901-ben a közhivatalban álló orvosok irták össze közösenként névszerint az elmebetegeket, megbízható adatokat eredményezett. A közegészségügyi osztály főnöke Chyzer Kornél dr. meg is ragadta az alkalmat, hogy az ezen összeírásnál használt módszert a Budapesten 1901-ben tartott nemzetközi statisztikai congressuson ismertesse, a hol az általa tett propositiot egyhangúlag el is fogadták.

A belügyministerium szóban levő elaborátuma első sorban foglalkozik a négy állami (a budapesti lipótmezei és angyalföldi, a nagykállói és nagygyebei) elmeorvosintézettel, közölve az orvosi, gazdasági, segéd-, ápoló és szolgazemélyzetre, a betegek forgalmára, nemére, gyógyulási viszonyaira, a családi állapotára, vallására, korára, illetőségi helyére, a hónapok szerint való felvételére, apadására, az egyes kórfarmákra, a kórokokra, a gyógyulás időtartamára, a halál-okra, az előforduló testi megbetegedésekre, az ápolási díjakra vonatkozó adatokat. Azután áttekintést nyújt a más gyógyintézetekben és kórházak tébolydai osztályain (pozsonyi állami kórház tébolydai osztálya, a kolozsvári egyetem elmeorvosi klinikája, a budapesti gyűjtőfogház mellett létesített megfigyelő és elmeorvosintézet, a képezhető hülyék és gyenge elméjűek állami intézete, a gyöngyösi, gyulai, kaposvári, miskolci, nagyvárad, nyitrai, szegvárdi, budapesti szegényházi, egeri női kórház, egeri irgalmasok kórháza, a Schwartz-féle magánelmeorvosintézet), valamint az ország egyes köz- és magánkórházaiban ápolott elmebetegek számára, nemére és az apadás módjaira nézve. Az adatok valamennyijét összegezve, közli az elmebetegek 1901. évi név szerint való kimutatásának eredményét a Duna, a Tisza és Maros által megszállott határok, az erdélyi részek szerint és Fiuméra vonatkozólag.

Az igen tanulságos adatokat különösen az elmeorvos fogja nagy érdeklődéssel olvasni.

Troels-Lund: Gesundheit und Krankheiten in der Anschauung alter Zeiten. Vom Verfasser durchgesehene Übersetzung von Leo Bloch. Leipzig, 1901. B. G. Teubner.

Nagy látókörrel, fényes tehetséggel, választékos és mégis közvetlen nyelvezettel megírt munka, mely huszonegy szellemes és beható fejezetből áll, a melyek mindegyike egy-egy kisebb tanulmány számba megy. Az első hét fejezet az „egészséggel” foglalkozik, illetve a görögök, rómaiak és araboknak felőle való nézeteivel. Ugyancsak hét fejezet a „betegség”-et tárgyalja. Két személyiségnek: Paracelsusnak és Tycho Brahenak külön fejezeteket szán; felette érdekes és kifejezett subjectivitás szülte a befejező közlemény: a jelenkor visszapiantásai.

A Paracelsusról írt lapokon azonban — sajnos — csakis a harminczas és negyvenes évek irodalmát veszi alapul, holott Sudhoff-nak újabb keletű, úttörő kutatásai s mindenütt homályoslató munkásságát figyelmen kívül hagyva nem lett volna szabad. Sudhoff munkáinak

mellőzésével teljesen lehetetlen manapság már Paracelsusról írni. De ez az egyedüli dolog, a mit a Troels-Lund könyvében kifogásolunk. A többi fejezet mind érdekes, tanulságos, alapos. Könyvének egy rokon-szenves vonása a nemzeties irány; alig ismert és nagyon kiváló egyéni-ségeket találunk benne, kiket az északi országok adtak az emberiségnek s a tudományak s kiket a legtöbbször forgatott német és francia könyvek semmiféle méltatásban, még csak megemlítésben sem részesítenek. Ez a nemzeties irány, melynek azonban az objectivitas sehol sem esik áldozatul, mibennünk csak sympathiát kelt.

Györy.

Dominici: Le ganglion lymphatique. Paris. Masson et Co. 1902.

Ezen füzetben, mely a *Critzmann*-féle monografiák gyűjteményében jelent meg, a szerző részben saját vizsgálatait, részben az irodalom gondos összeállítása alapján egybefoglalja a nyirokmirigyek szerkezetére s a vérképzés körül való szerepére vonatkozó tudnivalókat. A munka első fele az anatómiával foglalkozik, különös gondot fordítva az egyes histológiai alakelemeknek s azok egymásból való fejlődésének, az átmeneti alakoknak vizsgálására; a második rész a vér egyes alakelemeinek a nyirokmirigyekben való képződésével foglalkozik s ama histológus vizsgálatokról számol be, melyeket szerző nyulakon előidézett experimentális anaemiák kapcsán ezek nyirokmirigyvein végzett. Szerző tárgyát nagy részletességgel öleli fel; kevés újat nyújt ugyan, azonban jól megvilágítja az itt felmerülő kérdéseket s világos, szabatos előadás-módjánál, instructiv ábráinál fogva a tárgy iránt érdeklődők figyelmét méltán megérdemli.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

Meningitis tuberculosa gyógyult esetét ismerteti *Barth*. A nem egészen három éves kis fiúnál a baj gümös voltát a lumbal-punctio útján nyert folyadékban kimutatott gümöbacillusok kétségtelenné tették. A gyógyítás vérvételben (piócák a csecsnyújtványra) állott, mely nagyon jótékony befolyást gyakorolt a láz és a fejfájás csökkentése tekintetében; később nedves begöngyölések, majd fürdők hideg leöntésekkel vétettek igénybe; egyidejűleg belsőleg jodkaliomot vett a beteg, feje és tarkója pedig jodoformos vaselinnel lett bedörzsölve. Ezen kezelés mellett a meningitis tünetei lassanként elmúltak; a még fenmaradt sükettség és pszichikai vakság, valamint az alsó végtagok nagyfokú gyengesége kellő kezelésre (Fowler-oldat, strychnin bőr alá fecskendezése stb.) szintén megszűntek. Az egész betegség körülbelül hat hónapig tartott. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1902. május 27.)

Latens pneumonia. *Littlejohn* hirtelen elhalt 33 olyan egyént boncolt, kiknél a halált kiterjedt pneumonias elváltozások okozták, a nélkül hogy ezek az életben valami tünet által elárulták volna magukat. Az illetők a halál pillanatáig végeztek foglalkozásukat. Az elváltozások többnyire a tüdő basisára szorítottak; a tüdőcsúcokban fejlődő pneumonia nagyon ritkán marad latens. A latens pneumonia sokkal gyakoribban fordul elő férfiaknál, mint nőknél (szerző eseteiben 27 férfi, 6 nő); főleg a 40. életéven túl észlelhető, még pedig alkoholistáknál; az alkohol ugyanis egyrészt csökkent a beteg érzékenységet, másrészt pedig superexcitabilitatiót tartja őt, a minek folytán nem keresi fel az ágyat. A halál többnyire csak akkor áll be, ha már a hepatitis grisea szakáig jutott a betegség. A latens pneumonia sokkal gyakoribb a hideg évszakban; a 33 eset közül 17 esett a téli hónapokra, 2 a nyáriakra; tavaszra és ősze 6 illetve 8 esett. A latens pneumonia ismerete különösen törvényszéki orvosi szempontból bírhat fontossággal. (Edinburgh medical journal, 1902. április.)

Orr-, torok- és gégebajok.

Az idült orr- és orrgarathurut kezelését igen praktikus módon végezi *Freudenthal*. Szerinte a száraz hurutnak a lakások túlfűtött, száraz levegője az előidéző oka. Főleg a légfűtés igen ártalmas. A száraz levegő belélegzése folytán az első légutak, nevezetesen az orr- és orrgarat-üreg hyperaemiája, majd a nyákhártya túltengése és egy hosszú idő múltán atrophijája fog előállni. A legajánlatosabb a légválttatás. A tengeri fürdők e tekintetben első helyen állanak. Télen a beteg oda küldendő, hol a lég nyhe és nedves. A ki helyhez van kötve, az éjjelenként az ablakát tartsa nyitva és a szárazság érzete alatt mindig gözbelélegzést használjon (só, eucalyptus, terpenin, fenyő-olaj stb.) 5—20 perczen át. Ajánlatosak télen tíz perczig tartó langyos fürdők. Ezután még negyed-félóráig maradjon a beteg a fürdőszoba nedves légkörében. Gyermekek részére téli fedett uszodák igen ajánlatosak, azonkívül a gyakori szabad levegőn való tartózkodás és különféle sportok. A helybeli kezelést illetőleg a cauterisatiót károsnak tartja, ugyanígy a különféle spray-eket és douche-okat. Egyedül a Dessar-vagy Birmingham-féle douche-készülékek ezélszerűek. Igen ajánlja a szénsav-belélegzéseket, a mit natr. bicarb. és acid. tartaricum egyenlő mennyiségéből állít elő. Egy bizonyos idő múltán ezt a beteg megszokja, ekkor a vibrációs masszage alkalmazza az electricus vibrator segítségével. Az idült hurutoknál előálló horkolást a lágy szájpadra felváltva alkalmazott galvanikus és faradikus árammal több ízben sikerrel gyógyította. (Zeitschr. für diätet. u. physikal. Therapie. VI. kötet. 4. füzet.)

Tóvölgyi Elemér.

Kisebb közlemények az orvogyakorlatra.

A **heroint** *Helbich* (Heilkunde, 1902. 5. füzet) igen jó köhögés-csillapító szernek modja; csak akkor nem tartja használandónak, ha nagy mennyiség váladék van jelen és a kiköpés nehezített. Jó eredménnyel használta még asthma bronchialenál, valamint pleuritissnél, a hol a kínzó szűró oldalfájásokat megszünteti, vagy legalább is tetemesen csökkenti. Neuralgia eseteiben, úgyszintén terhesség okozta zavarokban (reflectorius mellkasfájások), fájdalmas gyomorhajokban (gyomorrrák) szintén jó eredményeket látott a herointól. *Combemale* és *Huriez* (Echo médical du Nord, 1902. 17. szám.) a heroint a légzőszervek megbetegedéseinek mint köhögést csillapító szert, egyes szívhajokban mint antidyspnoicumot, végül különböző fájdalmas affectiókban mint analgeticumot használták, még pedig $\frac{1}{2}$ —1 centigrammos adagban bőr alá fecskendezés alakjában. A morphiummal szemben előnyeiként emelik ki tartós és intenzív hatását, a zavarok hiányát az emésztőszervek részéről, továbbá azt, hogy constipatiót, psychikus izgatottságot, fülzúgást, depressiót nem okoz és hogy a megszokástól nem igen kell tartani. A morphiom megvonása czéljából szintén használták a heroint, még pedig nagyon jó eredménnyel. Végül még megjegyzik, hogy artrosclerosisban szenvedőknel a heroin könnyen mérgezési tüneteket okoz és hogy a tüdővész utolsó szakában levőknel a kiköpés megnehezítése útján a halálos kimenetelt siettetetheti.

A **tannigent** kiterjedten használta *Coulloch* Hutinel tanár osztályán. Úgy gyermekek, mint felnőttek diarrhoeája ellen gyorsan és biztosan hat, még akkor is, ha az gümökóros eredésű. Legcélszerűbben közvetlenül az étkezések után adható, gyermekeknek 0.4—1.0, felnőtteknek 1.0—1.5 grammos adagban. A hasmenés megszűnése után is ajánlatos még néhány napon át használni a szert csökkenő adagban. *Hewitt* szintén nagyon dicsérően nyilatkozik a tannigenről mint anti-diarrhoicumról; természetesen egyidejűleg a kellő diätetikus kezelés is foganatosítandó.

A **yohimbin** *Spiegel Freyhan* szerint is fokozza a csökkent potenciát, de csak akkor, ha az ideges eredésű; paralytikus impotentiánál hatástalan. Használható belsőleg (háromszor naponként egy-egy tablettá 5 milligramm yohimbin-tartalommal), avagy bőr alá fecskendezés alakjában (1%-os oldatból $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ köbcentimeter háromszor naponként). Hasonló értelemben nyilatkozik *Kuhn* is. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 3. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 38. szám. *Jancsó Miklós*: Néhány érdekes kóresetről. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak. *Brünauer Ambró*: Tetanus traumaticus gyógyult esete.

Orvosok lapja, 1902. 33. szám. *Höncz Kálmán*: A stomatologia viszonya a gyermekbetegségekhez. *Szana Sándor*: A gyermekvédelem szervezése Temesvárott.

Magyar orvosok lapja, 1902. 38. szám. *Szigeti Gusztáv*: Orvosi titoktartás és büntető törvényünk 328. §-a. *Deutsch Ernő*: A bismutose alkalmazása a csecsemők gyomor-bélbántalmainál.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 38. szám. *Schlesinger*: A lepra Ausztria-Magyarországban. *Trzebiecky*: Phlegmone és amputatio. *Frankl*: A craniotomia és technikája tekintettel a magángyakorlatra. *Reiner*: „Circumferenz-Osteotomie.“ *Franz*: A tuberculin diagnostikai jelentősége. *Maixner*: A májcirrhosis haemorrhagiás alakja. *Wengler*: A specifikus testsúly meghatározása emberben. *Kornfeld*: Gonorrhoea és házasság.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 38. szám. *Ludwig, Panzer* és *Zeynek*: Néhány karlsbadi forrás vizsgálata. *Chrobak*: A puerperalis méh tamponálása. *Fuchs*: A cocainról. *Gussenbauer*: Agysclerosis és göcztünet. *Neusser*: Gastrointestinalis zavarok arteriosclerosis eseteiben. *Schrötter*: A mellürben elrejtett aortaaneurysma diagnosisa. *Weichselbaum* és *Stangl*: A pankreas szövettana diabetesben.

Wiener medicinische Presse, 1902. 38. szám. *Erdheim*: Az appendicitis és összefüggése traumákkal. *Brok*: A Vial-féle tonizáló bor használatának javalatai. *Zanietowski*: Az alboferin befolyása idegbetegek vérnyomására és idegingerlékenységére.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 36. szám. *Tauber*: Méhenkívtüli terhesség és haemoglobinuria. *Knapp*: A szüléssel kapcsolatos csillapíthatatlan vérzésekről. *Kraus*: Az epeköbetegség gyógyítása. *Quirfeld*: Iskolásgyermekek vizsgálatának eredményei.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 38. szám. *Fibiger*: Az emberi gümökör átvitele a marhára. *Kyes*: A cobramereg hatás-módja. *Jungmann*: Hereditarius sokszoros exostosisok. *Mackenrodt*: Laparotomia hypogastrica extraperitonealis méhüvelyrák és végbélrák gyógyítására.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 38. szám. *Hirschfeld*: A táplálkozás a meleg évszakban és meleg klímában. *Jacoby*: Adat a Bottini-műtéthez. *Uhlenhuth*: A vér forensikus serodiagnostikájának gyakorlati eredményei. *Strauss*: Osmotikus és chemiai folyamatok az emberi chylusban. *Schultz*: A kénessavnak és sóinak eltiltására vonatkozó rendelet.

Centralblatt für innere Medizin, 1902. 38. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 36. szám. *Tansini*: A portalis vér elvezetése a v. portae és v. cava összekapcsolása útján. Új műtéti eljárás.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 17. szám. *Goldflam*: A tabes első tünete és az Achilles-inreflex jelentősége. *Feinberg*: Az epilepsia luetica casuistikájához. *Schnitzer*: Az epilepsia diätetikai kezelése. *Sorgo*: Isolált izomgörcsök subcorticalis keletkezése.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902. augusztus. *Weygand*: Wundt és psychológiája. *Krause*: Adat a post-typhosus izomgörcsögek ismeretéhez.

Dermatologisches Centralblatt, 1902. augusztus. *Loeb*: Statisztikai adat a venereás betegségek prophylaxisához.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 3. kötet, 4. füzet. *Moeller és Kayserling*: A tuberculin diagnostikai és gyógyászati használatára. *Hanssen*: Küzdelem a gümőkór ellen. *Reitter*: A timárság viszonya a gümőkörhöz.

La semaine médicale, 1902. 38. szám. *Cheynisse*: Multiplex echinococcus a hasüregben.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 38. szám. *Lorand*: A diabetes észszerű kezelése. *Libotte*: A törések és következményeik gyógyítása.

Gazette hebdomadaire, 1902. 75. szám. *Hayem*: A cholaemiáról, cirrhosis bilialis hypertrophica egy esete kapcsán.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 5. füzet. *Jullien*: A higanybefecskendezések kérdéséhez. *Lafay*: Ugyanaz. 6. füzet *Bardit*: A francia ásványvizek crise. 7. füzet. *Picou és Bolognesi*: Az appendicitis lényege és gyógyítása. *Huchard*: A diruetikus orvoslás: digitalis és theobromin. 8. füzet. *Thébault*: Arrhéna. *Picou és Bolognesi*: Az appendicitis kezelése.

Revue de médecine, 1902. 8. füzet. *Bernheim*: A pszichikai elem hysteriás hemianaesthesia eseteiben. *Loret*: A ricinus használata a régi egyiptomiaknál. *Censier*: A phlebitisek pathogenesis. *Londe*: „De l'angoisse.“ *Hartenberg*: Az emotiós vörösség kóros alakjai.

Revue de chirurgie, 1902. 8. füzet. *Ombredanne*: Az astragalus törései. *Mally és Richon*: A Dupuytren-féle fractura. *Destot*: A lábtő hátsó részének törései. *Thevenot*: Ano-rectalis actinomycosis. *Gayet*: A czombesont fejecsenek véres repositioja esipőzületi fizamokban.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 15. kötet, 3. füzet. *Escat*: A mélyenfekvő mandulák kiirtása. *Monnier*: Nyakmirigyeknek a hangvezetőbe áttörése folytán származott ál-otitis suppurativa.

Archives générales de médecine, 1902. augusztus. *Claude és Manté*: Kísérletes alimentaris chloruria nephritisben. *Barjon és Cade*: A gümőkóros pleuritisek cytológiája. *Touche*: A beszéd zavarai a gátló centrumok sérülései esetén. *Ferrier*: Hó általi eltemetetés.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1902. július. *Monthus*: Szembéli elváltozások xeroderma pigmentosum eseteiben. *Mantegazza*: Felületes cystikus haemato-lymphangioma esete.

The lancet, 1902. II. 11. szám. *J. Mc Farland*: Tetanus és vaccinatio. *G. A. Syme*: Pylorusrák miatt végzett gastrectomia gyógyult esete. *J. A. Arkwright*: Haemophilia érdekes esete. *R. W. Murray*: A tibia és fibula törésének 75 esete. *J. H. Chaldecott*: Az anaestheticum megválasztásáról az orrban és torokban végzendő rövid ideig tartó műtétknél. *E. Beaumont és E. Housemann*: Traumás lépruptura, a lép eltávolítása, gyógyulás. *J. Duncan Howe*: Scarlatina haemorrhagica érdekes esete. *H. W. Boreham*: Idegen testek lenyelése. *S. Zlotowski*: Traumás tetanus új kezelésmódja. *G. Heaton és L. Parker Gamgee*: A vesemedence bolyhos papillomái által okozott és több éven át tartott vérvezetés esete. *A. Webb Jones*: Hernia lumbaris esete.

British medical journal, 1902. szeptember 20. A „British medical association“ 70. évi összejövetelének tárgyalásai.

The practitioner, 1902. szeptember. *W. Arbuthnot Lane*: Törések kezelése. *A. C. Jordan*: Néhány szerves sav hatása a bélre, különös tekintettel a diarrhoea kezelésére. *A. C. Houston*: Fertőtlenítés iskolában.

The Edinburgh medical journal, 1902. szeptember. *J. A. Coult*: Fiatal gyermekek lobaris pneumoniájának kezelése. *G. A. Sutherland*: Némely gyermekkori neurosis. *R. Purves*: A breslauer sebészeti klinika. *M. Dewar*: A fogóműtét az általános gyakorlatban. *C. C. Gibbes*: Pulsatio a második bordaközben baloldalt. *W. C. Bosanquet*: A vena cava inferior elzáródásának két esete. *E. Cantley*: A conus pulmonalis atresiaja.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1902-dik év 37. hetében (1902. szeptember 7-dikétől szeptember 13-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 455 gyermek, elhalt 264 egyén, a szü-lések tehát 191-al multak felül a halálozásokat. — Születések arány-száma: 1000 lakosra 30.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.9, az egy éven felüli lakosságnál: 12.6 az öt éven felüli lakosságnál: 11.5 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphthe-ritica 0, pertussis 1, morbilli 0, scarlatina 3, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 1, meningitis 15, apoplexia 6, eclampsia 9, szervi szívbaj 15, pneumonia 10, pleuritis 2, pneum. catarrh. 2, bronchitis 3, tuberculosis pulmonum 35, enteritis 62, carcinoma 14, ezek közül méhrák 6, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 14, paedatrophia 0, marasmus senilis 8, erő-szakos halálestet 6, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 2, bal-eset 4, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2760 beteg, szaporodás e héten 841, csökkenés 790, maradt e hét végén 2841 beteg. B) Heveny ragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1902. évi szeptember 10-dikétől szeptember 16-dikéig terjedő 37. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 39 (39), diphtheria, croup 26 (14), hagymáz (typhus) 11 (9), kanyaró (morbilli) 26 (29), trachoma 4 (4), vérhas (dysenteria) 1 (1), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 14 (10), orbáncz (erysipelas) 11 (15), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0) járv. fültömrigylob 0 (1), ezenfelül varicella 12 (13).

⊕ **Elmegyógyintézeti kinevezés.** A belügyminister a lipótmezei m. kir. áll. elmeigyógyintézetben megüresedett másodorvosi állásra *Mandel Ignác* dr. gyulai közkórházi segédorvost nevezte ki.

— **A német orvosok és természettudósok vándorgyűlése** e hó 21-dikén megkezdődött. A megnyitó ülésen jelen voltak *Hartel* osztrák, *Studt* porosz közoktatásügyi miniszterek is. A magyar orvosok közül *Dollinger Gyula*, *Bókay János*, *Goldzieher Vilmos*, *Györy Tibor* és *Justus J.* fognak előadást tartani a congressuson.

| **Gager Károly** dr. fürdőorvosi működését Arcoban ismét megkezdette.

± **Ihrig Lajos** dr. lakását október 1-jétől fogva Üllői-út 11. sz. alá helyezte át.

□ **Ápolók és ápolónők elhelyezése.** A magyarországi betegápolók és ápolónők országos egyesületének igazgatósága a kórházi és magán-orvos uraknak, valamint a betegápolást igénylő közönségnek szives tudomására hozza, hogy az egyesület helyeszk. özlő osztálya szakképzett ápolókat és ápolónőket ajánl és helyez el. Iroda: VII., Nagydíófa-uteza 3., földszint. Irodai órák mindennap d. u. 3—7-ig.

± **Tudomásul.** Az egyetemi klinikák sorában az idegbajosok klinikája f. hó elején a Baross-uteza 40. számú, e célra megvett és teljesen átalakított épületben *Jendrassik Ernő* egy. ny. rk. tanár igazgatósága alatt megnyitott. A klinikán szegény betegek részére naponként d. e. 10—11 óráig van ingyenes rendelés. Ugyanakkor történik a beteg-felvétel is. Elmebajosokat a klinika nem vesz fel.

> **Megjelent.** A magyar királyi állatorvosi főiskola évkönyve az 1901—1902-diki tanévről.

— **Hibaigazítás.** *Fröhlich Jenő*: „Adatok a vizelet mennyiségének és fajsúlyának ismeretéhez“ című czikkében *Moufet* helyett mindenütt *Monfet*, *Mech* helyett pedig *Mech* olvasandó; ezen kívül az 582. lap 2. hasábjának 3. sorában 310.32 cm³ után betoldandó: a legnagyobb pedig 1701.84 cm³.

|| **Kelen József** dr. fürdőorvosi gyakorlatáról (Előpaták) haza érkeve, massage-gyakorlatát a körüli fürdőben továbbfolytatja.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások. zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádafürdők, gyógy-víz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, borbajok** 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-labo-ratoriumában** átvilágítás, 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.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

1902. márczius hó 23-dikán tartott rendkívüli szakülés.

(Folyt.)

2. **Jancsó Miklós** magántanár, belgyógyászati adjunctus (Kolozsvár) „Ujabb vizsgálatok a malariaparasitáknak fejlődéséről a szunyogokban” címmel tart előadást, a melynek értékét nagyban emelte számos görösei készítmény, rajz, photogramm és praeparatum bemutatása. Ezek demonstrálásánál *Kolozsvári Sándor* egyetemi gyakor-nok (Kolozsvár) volt szives segédkezni.

Az előadás bő kivonatát a következőkben adjuk:

Laveran 1880-ban fedezte fel a malaria parasitákat.

Az ő nyomdokain haladó búvároknak első vívmánya az volt, hogy kiderítették, miszerint a kórodailag jól elkülöníthető különböző malaria-typusoknak egymástól ép úgy jól elkülöníthető különböző parasitafajok felelnek meg. *Golgi* a quartana és tertiana, *Marchiafava* és *Celli* a félholdképző fajt írták le.

Mindhárom fajnál a vörös vértestecsek apró kis amoebaszerű képletek találhatók, a melyek növekednek, növekedésük közben a vörös vértestecset szétroncsolják s a quartana fajnál három nap, a tertiana fajnál két nap, a félholdképzőnél pedig egy vagy két nap múlva sporulatióra jutnak, széthullanak s a kiszabaduló bomlásterményeikkel a vért elárasztván, a hidegrázást kiváltják.

Mindhárom fajnál a sporulatióra alkalmas parasiták mellett változó számmal található olyanok is, a melyekben sporák nem képződnek. Ezek különösen a félholdképző fajnál bírnak jellegzetes alakokkal s félhold, orsó, szabályos körkörös alakjuk miatt a vizsgálóknak már régen feltűntek, úgyisintén a miatt is, hogy ezek egynémelyikénél rövid idővel a vérvétel után élénken mozgó hosszú nyúlványok jelennek meg: az úgynevezett flagellumok.

A quartana és tertiana fajnál a nem sporuláló parasitáknak nincsen ilyen jellegű alakjuk s csupán a sporák hiányáról és a képződő flagellumokról ismerhetők fel.

Ezen nem sporuláló alakok szerepéről a fajok életében a legújabb időkig semmi biztosat sem tudunk.

Marchiafava és *Celli* ezeket degenerációs alakoknak tartották s e véleményhez csatlakozott *Ziermann* is, mert a *Romanowsky*-féle festéssel kimutatta, hogy bennük a chromatin lassanként tönkremegy.

Golgi azon a nézetben volt, hogy ezek hosszabb idő múlva mégis csak sporulálnak s így a recidivákat ezen alakok hozzák létre.

Néhányan már korán azon véleményüknek adtak kifejezést, hogy a flagellumoknak valamely fontos szerepük van a fajok életében.

Talán legelsőként említhetem *Mannaberget*, a ki azon a véleményen volt, hogy a flagellumok valamiképpen a parasitáknak a kültermészetben való továbbfejlődésére hivatott szervek.

Megerősödött ez a gyanu akkor, a midőn *Sacharoff* a madarak véreben találhatók s az emberi mal. parasitákkal teljesen egy jelentőségű proteosoma flagellumok alakjainál a flagellumokban chromatint mutatott ki.

Simmond e miatt azon gyanújának adott kifejezést, hogy e flagellumok talán hímszálak, melyek a női alakok megtermékenyítésére szolgálnak.

Tényleg *Mac-Calumnak* sikerült is egyszer görösei alatt megfigyelhetni, a mint egy ilyen leszakadt flagellum benyomult egy mozdu-latlan félholdba.

E megtermékenyítési folyamat azonban az emberi szervezetben magában nem mehet végbe, mert senkinek sem sikerült ilyen flagellum-alakot rögtön a vér vétele után látni, csak tíz — tizenöt perc leforgása után. A megtermékenyítés tehát az emberi szervezeten kívül kell valahol, hogy létrejöhessen.

De hol?

A kérdés megoldása összekötve látszott lenni a malariaparasitáknak a kültermészetben való előfordulásának, illetőleg az infectio módjának a kérdésével.

Az ilyen irányban végzett kutatások sokáig eredménytelenek maradtak. Kiderült, hogy az emlősök egynémelyikénél, de igen sok madárfajnál a vérben az emberi mal. parasitákhoz egészen hasonló jelentőségű vérparasiták élőködnek, de átoltani az emberi malariát állatokra nem sikerült, úgyisintén nem sikerült azt semmi módon tenyészteni.

Míg az előbbi körülménynek, hogy, t. i. állatoknál is észlelhetők az emberi malariaparasitákhoz hasonló vérparasiták, a további vizsgálataknál nagy hasznát vették, addig az utóbbi körülmény mind valószínűbbé tette, hogy ezek a parasiták egy bizonyos állati vagy növényi szervezetben folytatnak parasitaéletet s ebből jutnak azután valamely módon az ember vérebe.

Az utolsó lépést *Manson* tette meg a filariasis körül tett tapasztalataival.

Ő ugyanis azt észlelte, hogy a filaria a vért szívó szunyog thoraxjának izomrostjai közé furakodik s ott megnagyobbodik.

Vizsgálatait tovább nem folytathatta, de nagyon valószínűnek tartotta e miatt, hogy a filariasis úgy terjed, hogy az így inficiált szunyog már most valamely vízbe lerakja petéit, ott eldőlnek, a vízbe hull s így a víz útján inficiáltatik az ember vagy az inficiált szunyogok által, vagy azok petéi által.

Emez észleletei serkentették *Manson*-t arra, hogy a malaria továbbterjesztőit is a szunyogokban keresse, különösen azon okból, mert a

malaria és a szunyogok teljesen ugyanazon tájrajzi viszonyok között fejlődnek s ugyanazon évszaki ingadozásnak van fejlődésük alávetve.

Arra nézve pedig, hogy az ember hogyan inficiáltatik az inficiált szunyogok által, támaszkodva a filariasisnál tett észleleteire azon a véleményen volt, hogy bizonyára a malariásoktól vért szívott mosquitok testét felfaló mosquitólárvák inficiáltatnak ily módon, másrészt a víz ivásával az egyén.

Bignami szintén a szunyogokra gyanakodott, ő azonban az infectio-t úgy gondolta létrejönni, hogy az inficiált mosquitok csipésükkel inoculálják a malariát.

Egy szerencsés gondolat által vezetettve *Manson*, *Ross* katona-orvost bizta meg Indiában, hogy kísérje figyelemmel a mal. parasiták sorsát a mosquitok testében.

Két évi hosszas és sikertelen keresés után végre sikerült *Ross*-nak két „pettyes szárnyú mosquito”-ban a gyomor hámsajtja alá befurakodott s ott növekedésnek induló mal. parazita-alakokat találni, a melyekről *Manson* is azonnal elismerte, hogy azok mal. parasiták.

A döntő lépés meg volt téve, de *Ross* kísérleteit nem folytathatta, mert Indiából haza kellett mennie. Tanulmányait azután a madaraknál ismert proteosoma-infectio kérdése körül folytathatta s sikerült teljesen kiderítenie, hogy azt szunyogok: a *Culex pipiens* közvetíti madárról-madára, úgy hogy a *culex* testében a proteosoma gametái ivaros generatio változáson mennek át.

Míg *Ross* ezen vizsgálatait végezte, az ő nyomdokain induló *Grassi* és az olasz búvárok az emberi malariainfectio kérdését oldották meg teljesen.

Grassi-nak ugyanis sikerült bebizonyítani, hogy a malariát a *culicidák* családjának egy nemzetsége: az *anopheles* és különösen az *anopheles claviger* közvetíti emberről emberre s azt csipésével inoculálja.

A *culicidák* családjának három nemzetsége van: 1. *aedes* (*Meig*), 2. *anopheles* (*Meig*) és *culex* (*L.*).

Ezek közül nálunk az *anopheles* és a *culex* fordul elő.

Europában az eddig leírt 27 *anopheles*-faj közül 7 fordul elő, legelterjedtebben és legtömegesebben az *anopheles claviger*.

Hazánkban az *anopheles claviger*en kívül csak két faj ismeretes: az *anopheles bifurcatus* és az *anopheles nigripes* (*Staeg*).

A *culex*ek 159 leírt fajából (*Giles*) Europában a leggyakoribb és legtömegesebben előforduló faj a *culex pipiens*.

Mivel csupán az *anopheles* genus az, a mely a malariát terjeszti és mivel mindig együtt fordul elő az ártatlan *culex*-fajokkal, szükséges, hogy azt felismerni s emez ártalmatlan fajoktól megkülönböztetni tudjuk.

Szerencsére ez könnyű dolog, mert az *anopheles*ek már ab ovo különböznek a *culex*ek-től.

A *culex pipiens* petéit csolnak-alakban rakja a víz felszínére, függőlegesen egymáshoz ragasztva azokat; az egész mint csolnak uszkál a vízen ide-oda.

Ezzel szemben az *anopheles claviger* szabályos sorokba rakja a petéit, néha csillag alakba, egy sor 20 petét is számlál. Az egyes peték — melyek eleinte pár óráig egészen fehérek s csak később lesznek aezöldkék színűek — csolnak alakúak, oldalakkal vannak egymáshoz ragasztva s két oldalukon finom csipkeszerű hártás képződménnyel bírnak, mely alatt parányi légbuborék van, a mely a petét a víz színén fentartja.

A kibújt álcák négyszer vedlenek, a három első vedlés lassan, successively történik, az utolsó hirtelen s in toto.

A *culex*-álcák mindig aláfelé csúngó fejfelé időznek a víz felszínén, légzőcsövüket kidugva a vízből s ha valami veszedelem fenyegeti őket, hirtelen alámerülnek.

Ellenben az *anopheles*-álcák a víz felszínével párhuzamosan, mintegy a vízre feküdvé vesznek fel levegőt, a hasuk aláfelé, a fejük pedig 180° szög alatt fordulva hasi oldalával felfelé tekint.

Az álcák ezen jellegző állás-különbségének az oka abban van, hogy a *culex*-álca légzőcsöve hosszú s a testhosszból 45° szög alatt áll el s ez okból, hogy azt a víz tükre fölé kidughassa, testhosszal aláfelé kell hogy csúngjon.

Az *anopheles*-álca légzőnyílásai a hátán ilyen cső nélkül végződnek s ezért kénytelen egész hosszában a víz felszínéig emelkedni, hogy légzőnyílásai a vízből kiérjenek.

Negyedik vedléssel az álca bábbá alakul, utolsó álcatakarója a víz felszínén úszva marad.

A bábok megkülönböztetése igen nehéz, mert a különbségek igen subtilisek és nem állandók.

Még leginkább arról különböztethetők meg a bábok, hogy a *culex*-bábnak hosszú, erősen hajlott légzőkürtjei vannak, ovalis, erősen kikanyarított szélű nyílással. Továbbá farkúszója keskeny, hosszú.

Ellenben az *anopheles* bájának légzőkürtjei rövidek, egyenesek, széles, körkörös nyílással. Farkúszója rövid, széles. (*Kerschbaum*.)

Noé szerint az is jó ismertető jel, hogy míg az *anopheles*-báb háti görbülete oldalról nézve egyszerű görbe vonalat képez, addig a *culex*-bábnál ezen sok kiugrás van, a mely az egyes potroh-gyűrűk alsó széleinek felel meg.

Három nap múlva a báb nyugodtan a víz felszínén marad s egyszerű hátán a burok végigreped s kibúvik belőle a szárnyas alak.

Ez az *anopheles*ek-nél nyáron 23—25-dik napra következik be.

A kifejlett szárnyas *culex* és *anopheles* egymástól a következők alapján különböztethetők meg:

Megkülönböztethetők egymástól már azon különböző módról, a hogy ülnek a falon vagy falevelen.

Míg ugyanis a *Culex* a teste ahhoz a tárgyhoz, a melyen ül, igen közel van, csaknem érintkezni látszik azzal, addig az *Anopheles* teste a tárgytól messze emelkedik.

E különböző ülési mód oka az, hogy míg a *Culex* lábai rövidek, addig az *Anopheles* jóval hosszabbak.

Ha, mint azt gyakran teszik, csak a két első lábpárral kapaszkodnak, akkor a *Culex* potroha majdnem érinti a tárgyat, a hátsó láb-szár pedig fel- és mellfelé a hát felé van görbítve. Ellenben az *Anopheles*-potroh vége messze emelkedik a tárgytól, a hátsó lábpár pedig messze fel egyenesen van elnyújtva.

A *Culex* puposnak néz ki, mert a fej és a tor a szárnyak tapadása helyéig a test hátulsó részével szöveget képez, ellenben az *Anopheles*-nél a test egyenes.

Ezen itt felsoroltak alapján 1—2 méterről is felismerhető, hogy *Culex*-e vagy *Anopheles*-e a kérdéses szárnyas alak.

Pontosabb megkülönböztetésre a szájszervek és a szárny szolgálhatnak.

A *Culex* nőtény könnyen megkülönböztethető az *Anopheles* nőténytől az által, hogy a *Culex* tapogatói igen rövidek, míg az *Anopheles* ép olyan hosszúak, mint a szipókája. Rendesen a tapogatók olyan közel vannak a szipókához, hogy úgy néz ki, mintha igen vastag volna; vagy ha elállanak kissé, mintha hasított volna.

A him *Culex pipiens* a nőténytől abban különbözik, hogy tapogatói másfélszer olyan hosszúak, mint a szipóka s mint a vadkan agyarái, úgy hajolnak felfelé; a csapok pedig szárnyazottak s 15 tagjuk mindenike basisánál gyűrű alakban hosszú sörtek vannak.

Az *Anopheles* himnél a csapok ép ilyenek, de a tapogatók vége lapos és kiszélesedett.

Az *Anopheles* minden faja, egy kivételével, pettyes szárnyú, egyedül az *Anopheles bifurcatus* szárnyán nincsenek foltok. A *Culex*-eknek csupán 12 faja pettyes szárnyú s ebből itt nálunk csak kettő fordul elő: az igen elterjedt *Culex annulatus* és a *Culex glaphyopterus*.

Az *Anopheles claviger*nek, a minket leginkább érdeklő fajnak, szárnyán négy folt van Y alakban elhelyezve; a *Culex annulatus*nak ép ilyen négy foltja van s nagyság tekintetében is megegyezik az *Anopheles claviger*rel — ez tehát leginkább volna összetéveszthető vele, de tapogatói rövidegéről s arról is könnyen felismerhető, hogy lábain fekete-sárga gyűrűzete van.

Grassi és bűvartársai kimutatták, hogy az *Anopheles*-fajok mindenike, de különösen az *Anopheles claviger* az, a mely a malariát terjeszti, ellenben az összes *Culex*-fajokban a mal. paraziták tönkremennek s így azok a malaria terjesztésében nem részesek.

Hogyan történik az *Anopheles* által a malaria továbbterjesztése?

Hogy ezt megérthessük, rövid kitérést kell hogy tegyünk s meg kell ismernünk az *Anopheles* belső szerveinek szerkezetét, a mennyiben az minket érdekel.

Vérszivárnál az állat szipókájába felszívódott vér a nyelöcsőbe s innen az ú. n. gyomorba jut, mely a bélhuzamnak kitágult része; e gyomor a bélbe folytatódik s a végbéllel az állat hátsó részén ismét kiszáradzik. Ott, hol a gyomor átvesz a bélbe, nyílnak bele az ú. n. Malpighi-féle csövek, melyek a vese szerepével bírnak. A bél kiszáradása közelében nyílik bele a két petefészék kivezető csöve.

A gyomor igen egyszerű szöveti szerkezetű: egyrétegű hengerhám fedt, mely ha a gyomor egészen ki van tágulva, erősen ellapul. Ez alatt van a *Grassi* által tunica elasticomuscularisnak nevezett hártya, mely körkörösén futó belső és hosszirányban futó külső izomréteggel bír. Ez izomrostok egymással nem érintkeznek, hanem közöttük rések vannak s e miatt a gyomor felülete kívülről hálózatos rajzolatot mutat.

Az *Anopheles* reá szállva a malariás betegre, vérrrel tele szívja magát s valamely homályos zugban letelepedik s ott vesztegel, a míg a felszívott vért megemészti, a mi meleg nyáron is 2—3 napot vesz igénybe és csak akkor röpök újra s csip megint.

Ha már most a megcsipített malariás beteg vérében továbbfejlődésre alkalmas parazita-alakok vannak és az *Anopheles* kellő körülmények közé jut, úgy a mal. parazitának ivaros termékenyedése és későbbi ivaros fejlődése indul meg benne.

Ilyen további fejlődésre képes alakok a gameták, a melyek hímek = mikrogameták és nők = makrogameták.

A kettőt egymástól megkülönböztetni leginkább arról lehet, hogy a hímeken flagellumok képződnek, melyek, mint említettük, chromatin-szálat tartalmaznak.

Ha a vérszivás után 1 órával az *Anopheles* leül a gyomrában talált vérből fedlemez-készítményt festünk Romanowsky szerint, látjuk, hogy a félholdak egy része ilyen flagellumokkal bír, a melyek ide-oda csapkodnak, majd leszakadnak, ezek a mikrogameták. Más részük mozdulatlan, flagellumokkal nem bír, ezek a makrogameták.

Ezen utóbbiak azon alakjai a mal. parazitáknak, a melyek a leválasszott flagellumok által megtermékenyítve, a továbbfejlődésre alkalmasak.

Az emésztés előrehaladásával ugyanis ezek a megtermékenyített makrogameták a gyomrot kibélelő hengerhámsejtréteg alá fúródnak s itt ezek alatt és a tunica elasticomuscularis között helyet foglalnak; rövid idő alatt növekedni indulván, a tunica elasticomuscularist a test üre felé kidomborítják s mint áttűnő hialinszerű cysták a gyomorfalról elődomborodnak.

Az infectiót igen könnyen felismerhetjük a következő módon: az *Anopheles* chloroformmal, benzinnel vagy szivarfüsttel elbódítjuk s lábait és szárnyait letépjük. Most egy tárgylemezre tesszük s reá egy csepp physiologikus konyhasó-oldatot cseppentünk. Ekkor egy bontótűvel a tort átszűrve rögzítjük s finom csipővel a potroh utolsó előtti gyűrűjét

lassan húzni kezdjük. A gyűrű a többről leválik s egyszerre megjelenik a bél, majd a Malpighi-csővek jönnek elő, végül a gyomor és a nyelöcső. Lassú húzásnál a nyelöcső elszakad, vagy levágjuk, az állatot eltávolítjuk s fedlemezrel lefedve a gyomorbél-huzamot, a göröcsövi készítmény készen van.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

6137/1902. sz.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg-osztályán lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú étellezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Dr. Lukács György Békés vármegye és Hódmező-Vásárhely város főispánjához intézve, hozzáam folyó évi október hó 1-jéig küldjék be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A kinevezett állását legkésőbb folyó évi október hó 10-dikén elfoglalni köteles.

G y u l a, 1902. évi szeptember hó 14-dikén.

Berkes dr., kórházi igazgató.

2-2

10,384/902. szám.

Mihályi székhelyű 8 községből csoportosított s lemondás folytán megüresedett **mihályi körorvosi állásra**, melynek javadalmazás 600 korona fizetés, természetbeni fuvar, továbbá a Mihályiban 1891. évi március 16-dikán felvett jegyzőkönyvben megállapított látogatási, valamint Mihályi községben a halott-kémleli díjak képzék, ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom tehát azon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ának megfelelőleg felszerelt kérvényüket f. évi október hó 8-dik napjáig alulírott hivatalba annál inkább benyújtsák, mert a későbbben érkező folyamodványokat figyelembe nem veszem.

A választást folyó évi október hó 9-dikén d. e. 9 órakor fogom Mihályiban a róm kath. iskolában megtartani.

K a p u v á r, 1902. évi szeptember hó 1-jén.

Főszolgabíró szabadságon:

Czifrák József, szolgabíró.

2-1

681/1902. főisp. szám.

A **Trencsén vármegyei közkórháznál megüresedett segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állással járó javadalmazás (1200 korona) egyezerkétszáz korona évi fizetés, egy butorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, étellezés.

Ezen álláson — mely 1902. évi november hó 1-jén feltétlenül elfoglalandó — két évig, esetleg külön kieszközlendő engedély mellett három évig maradhat az illető.

Pályázni kívánók felhívom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősítésüket, eddigi alkalmaztatásukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati folyamodványaikat az alulírotthoz f. évi október hó 15-dikéig nyújtsák be.

T r e n c s é n, 1902. évi szeptember hó 16-dikán.

Trencsén vármegye főispánja:

Osztrólczy Géza s. k.

2-1

A **szegvárdi Ferencz-kórházban egy alorvosi állás** megüresedvén, felhívom az erre pályázni óhajtok, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat folyó évi október hó 15-dikéig nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. tanácsos úr, mint Tolna vármegye főispánjához ezimezve, alulírott kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1000 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtés és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

S z e g v á r d, 1902. évi szeptember hóban.

Tanárky István dr., igazgató-főorvos.

2-1

4975/902. ki. szám.

A lemondás folytán megüresedett **Ér-Endrédi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy minősítésüket (1876. évi XIV. t.-cz. 143. §.), életkorukat, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzáam folyó évi október hó 3-dik napjának déli 12 órájáig annyival is inkább adják be, mert a későbbben beérkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Az orvosi kör székhelye Ér-Endréd s ezen községen kívül a kórhöz tartoznak még Dengeleg, Iriny, Vezend, Portelek, Ér-Körtvélyes és Mező-Petri községek.

A körorvosi álláshoz következő javadalmazás, jog és kötelezettség van kötve.

1. Évi fizetés, úti átalánnyal együtt 1200 korona, mely összeg évnegyedenként esedékes s a vármegyei pénztárból fizetetik.

2. Körutazások alkalmával a látogatási díj 1 korona.

3. Körutazásokon kívül magánhívásokra:

a) Ér-Endrédn nappal	1 korona, éjjel	2 korona
b) Dengelegen	" 2 "	" 4 "
c) Irinyben	" 3 "	" 5 "
d) Vezenden	" 3 "	" 6 "
e) Porteleken	" 3 "	" 5 "
f) Ér-Körtvélyesen	" 4 "	" 6 "
g) Mező-Petriben	" 4 "	" 6 "

díj illeti a körorvost.

4. Körorvos a kör székhelyén köteles lakni s ott halottkémi teendőket esetenként 1 korona díjért ellátni.

5. Körorvos köteles az előjáróságok által igazolt vagyontalan betegeket díj nélkül gyógykezeln.

A körorvos-választás a kórhöz tartozó községek képviselő-testületei által Ér-Endréd község község-házánál folyó évi október hó 5-dik napján fog megtartatni.

N a g y k á r o l y, 1902. évi szeptember hó 18-dikán.

Gönyi István, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárati	Állás	Hely	Fizetés	Czím
szept. 29.	közs. o.	Talpas	1200 k., 40—80 fill.	Csukay, Kisjenő
30.	közs. o.	Pacsér	1400 k., 120 ú. á.	Császár fészlgb., Bács-Topolya
30.	téb. s. o.	Nagykálló	1200 k., lak., élelm.	Borosnyói L. Béla ig.
30.	közs. o.	Melencze	1200 k., 300 k. lak.	Horváth Z. főszolgab., Török-Beese
30.	körorvos fogházo.	Nagy-Enyed Szegzárd	1000 k., 300 k. lak. 600 k.	Szász József főszolgab. Dr. Vizlendvay Imre főügyészhely., Pécs Szabó dr. főszolgab., Devecser
30.	körorvos	Nagy-Szöllős	800 k. és 300 k. fuv. d.	Kozma igazgató Wagner S., polgárm. Csapó Loránd főszb., Pomáz
okt. 1.	k. s. o.	Marosvásárh. Losoncz	1000 k., lak., ellátás 800 k. és teljes ellát.	Wagner S., polgárm.
1.	közs. o.	Nagykovácsi	1000 k., 240 k. lakb.	Csapó Loránd főszb., Pomáz
1.	o. gyak.	Pozsony	600 k. és teljes ellátás	Velits Dezső ig. tan.
2.	körorvos	Felső-Bánya	800 k., 400 k. fuv. át.	Dienes Dezső fészlgb., Nagy-Bánya
10.	körorvos	Vémend	800 k.	Jeszenszky Gy. főszb., Pécsvárad
14.	körorvos	Nagy-Zsám	1200 k., 200 k. lakb., 200 k. hússzemle	Csapó Géza főszolgab., Versecz
30.	körorvos	Étéd	1000 k., 200 k. úti át. és lakás	Pálffy J. főszolgabíró, Székely-Keresztúr
nov. 3.	körorvos	Árpád	1100 k. és lakás	Nagy Márton fészlgb., Nagy-Szalonta

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Jó fogorvosi praxis

vidéki nagy városban lakással együtt november 1-jére átadható.
Czím a „Petőfi“ kiadó-vállalatnál, Budapest, III.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtilorum medicinale.

Kitűnő hatású **bélhurutnak** 1 üveg 1 kor. 60 f., 5 üveg bérmentes gyógyszer a **bélhurutnak** = postaszállítással 9 kor. 20 f. =
Készíti: **CORNIDES KÁROLY** gyógyszerész **Felka** (Szepesm.)

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszertárában Budapesten.

Előpatak fürdőről visszaérkezve, **massage-gyakorlatot** a körúti fürdő **hőgyógyító osztályán** folytatom. **Soványító kúrák. Utókezelés balesetknél. Forrólég-kezelés, massage a betegek lakásán is.**

Dr. Kelen József.

Az Ung.-t hydr. helyettesíti és felülmulja a

Mercurocrème.

Szabadalmazva.

Teljesen zsír-

Törv



védve.

és szagtalan.

33¹/₃ 0/0 higany-

tartalommal.

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

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

Vegy-, görcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

Pályázat orvosi állásra!

A Bihari Erdőipar és Mészégető r.t. betegsegítő pénztára keres egy kellő gyakorlattal bíró, nőtlen orvost, havonkénti részletekben folyósítandó 3600, szóval háromezerhat száz korona évi fizetéssel, szabad lakás, fűtés és világítás élvezete mellett.

Az állás 1902. évi október hó 15-dikén elfoglalandó. A megválasztandó orvos a pénztár elnökségének kívánságára személyesen is köteles bemutatkozni, az utazás költségeit azonban a pénztár megtéríti. Megjegyeztetik, hogy a megválasztandó orvos magánygyakorlatot is folytathat.

Kellően felszerelt ajánlatok folyó évi október hó 1-jéig a betegpénztár elnökségénél Bihar-Dobresten nyújtandók be.

Bihari Erdőipar és Mészégető r.t. betegsegítő pénztára.
Darvas, elnök.

UJ-TÁTRAFÜRED * Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), idegbajosoknak (function. zavarok, morb. Basedow, neurasthenia, álmatlanság stb.), anyagcsere-zavaroknál (diabetes, oxaluria, kösvény stb.), vérbetegségeknél (chlorosis, anaemia, leukämia, malaria stb.), üdüőknek, karlsbadi utókúra stb.

Gyógyeszközök: levegő- és fekvőkúra, daetikus gyógymód (hizlaló és soványító kúra), inhalatio (lignosulfid, törpefenyőgőz), hidegvíz-kúrák, moór- és törpefenyőfürdők, sanatoriumi kezelés.

— Mindig nyitva! — **Dr. Fái Mátyás Miklós**
rendelő orvos.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Felvétnék **benlakók** és **bejárók**. — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villamos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők**. — Daetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.

Telefon. — Prospektus. — Egész éven át nyitva.

MAI HENRIK ÉS FIA

könyvkereskedésében

Budapest, IV. ker., Múzeum-körút 31

megjelent a

Gyermektherapia. Szerkesztette **dr. Berend Miklós.** Ára füzve 8 korona 40 fillér. Kötve 10 korona.

Ugyanezen szerzőtől kapható:

A gyermekgyógyászati compendium	--- --- --- --- ---	K. 10*80
Róth-Szigeti: A birtbetegségek gyógykezelésének repertoriuma	--- --- --- --- ---	" 80
Kiss: Gonorrhoea kezelése	--- --- --- --- ---	" 150
Berger Mátyás: Törvényeségi orvostan	--- --- --- --- ---	" 7-
Porosz: Férfi ivarszervek kör- és gyógytana	--- --- --- --- ---	" 250
Réczey-Balás: Sebészet	--- --- --- --- ---	" 8-

Bármely művet az összeg előleges beküldése után bérmentve szállítjuk.

HAVAS ADOLF dr. egyet. tanár, főorvos a Mercurocrème-ről az Orvosi Hetilap 1902. évi 6. számában a következőket írja: „A Mercurocrème-t mint oly szert, melynél zavarokat a bedörzsölési kúra alatt nem észlelünk, mely nem vagy alig piszkít, a bőrt nem izgatja, nem büzös, a bedörzsöléshez csak **keves időt, 3—5 percet**, igényel és speciális ügyességet a bedörzsölésre nem feltételez, így tehát könnyen **otthon** vagy a **fürdőben** is végezhető, **haladásnak** tekinthetem a syphilis therapiájában és a tisztelt kollegáknak szives figyelmébe **melegen** ajánlhatom.“

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

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. Székely Ágoston dr.: Adat a vörhenyfertőzés ismeretéhez. — Loránd Leó dr.: Közlemény a budapesti „Stefánia” gyermekkórházból. Adatok a gyermek-kori echinococcus pleurae ismeretéhez. — Közlemények a székesfevárosi szent János-kórház gyermekosztályából. (Főorvos: Szontagh Felix dr.) I. Szilárik Ferencz dr. Hydrocephalus chron. cong. gyógyult esete. — II. Massanek Gábor dr.: Adatok a chorea minor kóroktanához. — III. Schüller Károly dr.: Laryngitis crouposa két-szeri fellépése öt héten belül. — Bíró Gyula dr.: Közlemény a székesfevárosi szent László-kórházból. (Főorvos: Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi magántanár.) A gyermekkori bronhopneumonia kezeléséről. — Deutsch Ernő és Faludi Géza: Közlemény a „Stefánia”-gyermekkórház Röntgen-laboratóriumából. — Tárca. Bókay János dr.: A tenger melléki kórházokról. — Irodalomszemle: I. Könyvismertetés. II. Lapszemle. — Vegyesek.

Adat a vörhenyfertőzés ismeretéhez.

Székely Ágoston dr. magántanártól.

A közelmúltban a vörhenyfertőzés egy esetét volt alkalmam észlelni, a mely mig egyrészt több tekintetben érdekes adatokat szolgáltat a vörhenyfertőzés ismeretéhez, addig másrészt alkalmas arra is, hogy a vörheny ellen való védőoltás esetleges lehetőségére reáirányítsa a figyelmet. Mindezek indokoltá teszik, hogy az esetet — az idetartozó fontosabb irodalmi adatok érintésével — röviden megismertessem.

Egy két gyermekkel bíró családban a nagyobbik gyermek (öt éves fiú) márczius hó 11-dikén vörhenyben megbetegszik. Az eset középsúlyos lefolyású volt, szövödmény nem jelentkezett. Némileg rendellenesnek volt mondható az a körülmény, hogy a hámlás kissé megkésve, csak a kilencedik napon kezdődött.

A kisebbik gyermeket (három éves fiú) már akkor, a mikor még csak gyanú volt arra, hogy bátyjánál vörhenyfertőzés esete forog fenn, tanácsomra elvitték egy távolabb lakó, gyermektelen rokonhoz és a legszigorúbban ügyeltek arra, hogy a két család között az érintkezés, még közben személyek útján is, lehetőleg teljesen szünteljen. Ezen eljárás-tól sikert vártam, mert a mig egyrészt a két család érintkezésének lehető kizárásával egy esetleges közvetett fertőzés lehetősége volt a legnagyobb valószínűséggel kizárható; addig másrészt kilátás volt arra nézve is, hogy a kisebbik gyermeknek jókor való eltávolítása által fertőződése megakadályozható, a mennyiben a tapasztalás tanúsága szerint épen vörheny eseteiben a megbetegedés kezdetén a fertőzés veszélye nagyon csekély, noha némelyek szerint már ekkor is megvan, sőt Vogl egy kaszányajrávány alkalmával szerzett tapasztalatai alapján azt állítja, hogy a vörhenyfertőzés a legtöbb esetben az incubatio szakában történő közvetlen érintkezés útján jön létre.

A nagyobbik gyermek meggyógyulása, illetve a meglehetősen hosszú ideig elhúzódott hámlás teljes megszűnése után a lakás lehetőleg alapos fertőtlenítésnek lett alávetve. Ismervén azonban a vörheny fertőző anyagának nagy szívósságát, másrészt a gyakorlatban használt fertőtlenítő eljárások — sajnos — ez idő szerint még nem tökéletes megbízhatóságát; indokoltnak tartottam javaslatba hozni, hogy a rokonnál levő, egészségesen maradt kisebbik gyermeket még ne hozzák haza a lakásba, annyival inkább, mert úgyis közel volt már az idő, a mikor nyári tartózkodásra elutaznak. Több rendbeli akadály folytán azonban ezen javaslatom nem volt kivihető s a kisebbik gyermek május hó 2-dikán visszakért a szülei házhoz.

Május hó 12-dikén este a kisebbik gyermek rosszkedvű, lázasnak látszik. Másnap reggel láttam, a mikor is kiskökü hörghurut mellett a torok erősebb belőveltségét találtam. Ezen utóbbi körülmény, egybevetve azzal, hogy a lakásban nemrégiben vörhenybeteg volt, azt a gyanút keltette, hogy talán szintén vörhenymegbetegedés van küszöbön. Délutánra a toroklob még kissé fokozódott, a bőrön azonban kiütés még nem volt észlelhető. A hőmérsék ekkor — a hónaljban mérve — 38,2° C. Megjegyzem, hogy az észlelés egész ideje alatt, dacára az elég gyakran végzett hőmérsék meghatározásoknak, ez volt a legmagasabb hőmérsék, a mely a késő délutáni órákban is még csak 1—2-szer emelkedett néhány tizeddel 37,5° C. fölé. A vörhenykiütés május 14-dikén délután jelentkezett, még pedig egészen szokatlan helyen, a jobb czomb hátsó felületén, a honnan azután gyorsan továbbterjedt és enye alakban a testfelület legtöbb részét ellepte. E mellett a toroklob tünetei még fennállottak, a gyermek azonban nagyon jókedvű, játszik, beteg benyomását épséggel nem kelti. A kiütés három napig tartott. Május hó 28-dikán, tehát a kiütés elmulása után 11 nappal, kismérvű hámlás jelentkezik, mely körülbelül 14 napon át tart; a hámlás előrehaladottabb szakában a kézujjakon, de még inkább a talpon nagylemezű, vörhenyre teljesen jellemző hámlás is észleltetett.

Most érkezünk az eset érdekességéhez, tudniillik a kisebbik gyermek fertőzése keletkezésének kérdéséhez. E tekintetben maga a művelt anya szolgáltat felvilágosítással, a mennyiben a kiütés jelentkezésekor sirva panasolta, hogy a saját könnyelműsége okozta gyermeke betegségét. Az előbb megbetegedett, nagyobbik gyermeknél ugyanis a hámlás idejében képződött bőrpedések gyógyulásának elősegítésére zinkkenőcsöt használt és ezt a kenőcsöt, a melybe használata közben

természetesen belekerültek lehámlott bőrreszletecskék és ezekkel valószínűleg a vörheny fertőző anyaga, elfelejtette megsemmisíteni. A kisebbik gyermek pedig már régóta szenved időnként kiütülő, apró genyes hólyagok képződésével és erős viszketéssel járó bőrbajban. Május 10-dikén ismét panaszkodott jobb czombja hátsó részén erős viszketésről, mire a reá felügyelő leány az említett zinkkenőccsel a viszkető helyet bedörzsölte.

Elemezzük már most az esetet. Mindenekelőtt nézzük, vajjon a kisebbik gyermek betegsége csakugyan vörheny volt-e? Tekintetbe véve a kiütés alakját, a toroklobot és a jellemző hámlást: azt hiszem nem foroghat fenn kétség az iránt, hogy csakugyan vörhenyvel állottunk szemben.

Hogy esetünkben a vörhenyfertőzés a bőrön át jött létre: ezen felvétel ellen — úgy gondolom — szintén nem emelhető jogos ellenvetés. Vörhenynél ugyanis a kiütés rendszeren a kulescsontok alatt és a nyakon jelentkezik először, innen terjed az arcz egyes helyeire, majd a koponyabőrre, azután a törzsre és a felső végtagokra és csak utolsó sorban támadja meg az alsó végtagokat. Esetünkben pedig épen az alsó végtagon kezdődött a kiütés, azon a helyen, a hova a fertőző anyag bedörzsöltetett.

Hogy a fertőző anyag tényleg a nagyobbik gyermek lehámlott bőrreszletei útján, illetve az ezeket tartalmazó zinkkenőcs használata folytán jött létre: az az előzőekben elmondottak alapján csaknem biztosnak mondható. Bizonyítékul felhozható volna talán a mindkét esetben egyformán kissé megkésve jelentkezett hámlás.

Felmerülhetne talán az a kétely, vajjon a két gyermek nem egyidejűleg fertőztetett-e, a kisebbik gyermeken azonban a szervezetében rejtett, ismeretlen okok miatt nem tört ki a baj már akkor, hanem hosszabb ideig lappangott. Tudjuk, hogy némelyek szerint a vörheny incubatio-ideje kivételesen hat hétig is elhúzódhatik. Esetünkben azonban még ennél is jóval hosszabb incubatiót kellene felvennünk (kilencz hét), olyan hosszú időt, a milyent eddig még sohasem észleltek, illetőleg nem irtak le. De másrészt az eset körülményei is mind olyanok, hogy határozottan a vörheny fertőző anyagát tartalmazott zinkkenőcs használatában kell a fertőzés útját-módját feltételeznünk.

Tekintetbe jöhetne továbbá az a kérdés is, vajjon nem hazajövele után fertőződött-e a kisebbik gyermek a már meggyógyult bátyjával való érintkezés folytán? Ez a kérdés azért volna felvethető, mert némelyek szerint még a hámlás befejezte után is fertőző lehet a vörhenyben szenvedett egyén. E tekintetben is csak az eset összes körülményeire utalhatok, a melyek mind a fertőzésnek általam felvett módjára utalnak és nem teszik szükségessé, hogy ilyen nagyon is valószínűtlen felvételekhez folyamodjunk.

Kár, hogy utólagosan nem volt biztosan eldönthető, vajjon a zinkkenőccsel bekenet területen volt-e nyílt sebzés? Az bizonyos, hogy a kis genyes hólyagok okozta erős viszketés miatt a gyermek már más alkalmakkor is sokszor véresre vakarta magát s így most sincs kizárva, sőt valószínű is, hogy vagy maguknak a hólyagoknak helyén, vagy környezetükben vakarás okozta folytonossághiányok a bőrön, illetve hámhórszólások jelen voltak. Ezen esetben az esetet az úgynevezett sebészi vörheny esetei közé sorolhatnánk, vagyis azon esetek közé, a melyekben a vörheny fertőző anyaga

sérüléseken át jutott a szervezetbe. Messze vezetne, ha bővebben ki akarnék térni a sebészi vörheny ismertetésére. Csak azt említem, hogy ilyen esetek aránylag csekély számmal vannak még csak ismertetve,¹ így Hoffa 1887-ben csak kilenc biztos esetet tudott az irodalomból összegyűjteni, míg Brunner 1895-ben 19 esetet sorol fel, ezek között van azonban néhány nem egészen kifogástalan is. Különben a kérdés iránt érdeklődők figyelmét felhívom *De Bovis* cikkére, mely a „Semaine médicale” ezidei 5. számában jelent meg s a mely nagyon szorgalmas összeállítását tartalmazza a sebészi vörhenyre vonatkozó irodalmi adatoknak. A közleményből csak a következő pontokat akarom kiemelni esetünkre való tekintettel: 1. sebészi vörhenynél rövidebb az incubatio; 2. a toroklob enyhe, sok esetben hiányzik; 3. a hámlás kissé korábban jelentkezik. Esetünkben is az incubatio meglehetősen rövid volt: két nap; a zinkkenőcs ugyanis május 10-dikén használtatott és 12-dikén megjelentek a prodromák. A toroklob szintén nagyon enyhe lefolyást mutatott. Csak a hámlásnak valamivel korábban jelentkezését nem észleltük.

Lehetséges azonban, hogy esetünkben sérülések nem voltak az illető bőrterületen, a honnan a vörhenykiütés a zinkkenőcs használata után kiindult. De hogy ezen esetben is az illető bőrterület lehetett a fertőzés kapuja, arra nézve utalhatok azon kísérletileg igazolt tényre, hogy mikroorganizmusok sértetlen bőrön át is bejuthatnak, még pedig különösen könnyen akkor, ha a mikroorganizmusok valami kenőcsalapanyaggal keverve dörzsöltetnek a bőrbe.

Most pedig még néhány szóval a vörheny ellen való védőoltás lehetőségének kérdéséről szeretnék megemlékezni. Esetemet ugyanis tulajdonképpen akaratlan védőoltásnak is lehetne tekinteni azon analógiák alapján, melyek más fertőzések ellen való védőoltásokkal fennállanak. Tudjuk, hogy a fertőző betegségek ellen való védőoltásoknak egyik leggyakoribb módját a gyengített fertőző anyagnak bevitelére képezi. A gyengített anyaggal fertőzés enyhe, hamar múló megbetegedést okoz, melynek átállása után a szervezet egy ugyanazon fajta erősebb fertőzést minden káros következmény nélkül eltűr. Esetemben valószínűnek tarthatjuk, hogy a fertőző anyag gyengült volt, mert tényleg szerfelett enyhe megbetegedést okozott. Lehetséges ugyan az a felvétel, hogy a megbetegedés enyhességének oka esetemben abban rejlik, hogy talán egy a fertőzés kifejlődésére kevésbé kedvező helyen jutott a szervezetbe a fertőző anyag. A fertőző betegségek kísérletes kórtanában találkozunk ugyanis olyan adatokkal, melyek ezen lehetőség felvételét megengedik. Azt ugyan, hogy rendszerint hol jut a vörheny fertőző anyaga a szervezetbe, biztosan még nem tudjuk; csak valószínűséggel veszik fel, hogy a bejutás a torok — főleg a mandolák —, továbbá a felső légutak és a nagyobb hörgők útján történik. De jelen esetben a rendszeres fertőző mód ismeretére nincs is szükségünk, mert hiszen a sebészi vörhenyesetekből ismerjük a bőr útján létrejött vörhenyfertőzés lefolyását. Láttuk, hogy ilyenkor a lefolyás tényleg többnyire valamivel enyhébb; olyan enyhe lefolyást azonban, a milyen a mi esetünkben volt, sohasem észlelték. Igaz ugyan, hogy a sebészi vörhenyesetekben többnyire tágabb, nagyobb kapu volt nyitva a fertőzés létrejöttésére s így a fertőző anyag nagyobb mennyiségben is juthatott a szervezetbe, a minek megfelelően erősebb fertőzés jöhetett létre.

Egészen határozottan bebizonyítani azt, hogy esetünkben a fertőző anyag gyengült volt, ismereteink jelen állása mellett nem lehetett. Tekintve azonban azt, hogy a fertőző anyag néhány hétig volt a zinkkenőcsben, a mely semmi esetre sem lehet kedvező tenyésztő talaja, a mennyiben be van bizonyítva, hogy a zink sóinak van némi antiseptikus hatásuk: valószínűnek mondhatjuk, hogy a zinkkenőcsben a fertőző anyag hatása gyengült.²

¹ E tekintetben szerzővel nem értünk egyet; a gyermekkorházak nem egy szomorú tapasztalata szól ellene ezen állításnak. (Szerk.)

² Nem tartom érdektelennek e helyen felemlíteni következő tájékoztató kísérletemet. Agar-agaron nőtt 24 órás lépfenebacillus-tenyészetet jól összekevertem zinkkenőccsel. Tizennégy nap múlva ezen kenőccsel, melyben mikroskoppal túlnyomó számban erősen elfajult, a festéket

Esetem ismerete alapján tehát felmerülhetne a kérdés: nem lehetne-e a zinkkenőcsben egy ideig tartózkodás folytán gyengült vörheny fertőző anyagot védőoltásra felhasználni. A vörheny fertőző anyagának ismeretlen volta, másrészt vörhenyfertőzés iránt fogékony állatok hiánya miatt a kérdés kísérletes megoldása úgyszólván leküzdhetetlen nehézségekbe ütközik. Csak egy esetet tudnék, a mikor ily irányú adatok gyűjtése lehetséges volna. Ha tudniillik oly körülírt helyen jelentkeznék nagyobb vörhenyjárvány, a mely helyen különböző kedvezőtlen körülmények összejárása folytán az elkülönítés a legtöbb esetben nem volna keresztülvihető s a mely helyen a járvány kiterjedt volna és az elkülönítés kivihetlensége miatt joggal volna feltehető az addig vörhenyben még nem szenvedett egyének egy jó részének megbetegedése: az ilyen körülmények között meg lehetne kísérlni vörhenybetegnek hámlási szakából származó oly hámrészletekkel, a melyek 1—2 hétig zinkkenőccsel összedörzsölve állottak, oltásokat végezni, még pedig enyhén sebzett bőrre való bedörzsölés útján. Ily módon lassanként oly adatok birtokába juthatnánk, a melyek alapján egy vörheny ellen való védőoltási mód volna esetleg kifejleszthető. A védőoltás ezen módja teljesen analog volna a himlőellenes védőoltással, mert ott is a betegség gyengült fertőző anyaga vitetnék csekély bőrsebzés útján a szervezetbe.

Végül még megemlítem, hogy *Jürgensen*-nek a scarlatináról írt monographiájában (Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie, 4. kötet) a vörheny ellen való védőoltásra vonatkozólag két adatot találtam felemlítve. Az egyik szerint *Sir Busick Harwood* „az exanthema jelentkezésekor a bőrön található hólyagocskák tartalmát beoltotta egészséges gyermekekbe; a kísérlet többször sikerült, az a remény azonban, hogy ezen gyermekek megbetegedése enyhébb lesz, nem ment teljesedésbe”. A másik adat a következő: *Miguel d'Amboise* 1834-ben a francia orvosi akademiának jelentést tett arról, hogy több gyermeket vörhenyhólyagocskából vett anyaggal beoltott; 30 óra múlva a beszűrés nyílása körül vörös udvar képződött, a mely vörhenykiütéshez teljesen hasonló volt; a pirosság 3 napon át fokozódott és csak az 5. napon múlt el; a pirosságot nem traumás lob okozta, mert a második oltás ugyanezen egyének eredménytelen maradt; az oltás folytán az illetők állítólag teljes védelmet nyertek a vörhenyvel szemben; egy 1½ és egy 9 éves gyermek, kik még nem szenvedtek e bajban, nem kapták meg azt, noha egy vörhenyben szenvedő beteggel együtt, ugyanazon ágyban aludtak. (Ugyanezt azonban oltás nélkül is akárhányszor észlelhetni!)

Közlemény a budapesti „Stefánia” gyermekkorházból.¹

Adatok a gyermekkori echinococcus pleurae ismeretéhez.

Irta: *Loránd Leo* dr. egyetemi tanársegéd.

Az echinococcus-megbetegedések a gyermekkorban feltehetően ritkák, dacára annak, hogy éppen ezen életkort különösen veszélyeztetettnek kellene tartanunk a gyermekeknek kutyákkal való intim érintkezése által. Ezen tapasztalati tény okát *Peiper*² szerint abban kell keresnünk, hogy a burkonytömlő fejlődése igen lassú, úgy hogy a betegség tünetei néha csak évtizedek múlva észlelhetők, sőt teljesen tünetek nélkül is lehet jelen, s ekkor csak mint véletlen lelet található a bonczolásnál. *Neisser*-nek³ régibb 500 echinococcus-esetre ter-

nem, vagy csak alig felvevő lépfenebacillusok voltak láthatók, ezek mellett azonban csekély számban még elég jól festődők is, egy fehér egeret próbáltam fertőzni, de eredmény nélkül. Magából a zinkkenőcsből azonban ugyanakkor sikerült agar-agaron kitenyészteni a lépfenebacillust és ez azután megint a szokott rövid idő alatt megölte a vele fertőzött fehér egeret. Ezen kísérleti eredmény behatóbb fejtegetésébe jelen alkalommal nem bocsátkozhatom. Csak azt akarom mint általánosan tapasztalt tényt felemlíteni, hogy a valami úton-módon gyengített bakteriumok az általuk megszokott tenyésztő talajra visszavive, itt eredeti fertőző képességüket nagyon sok esetben visszanyerik.

¹ Minden jog fentartva.

² Prof. *Erich Peiper*. Die Verbreitung der Echinococcenkrankheit in Vorpommern. Stuttgart, 1894.

³ Dr. *Albert Neisser*. Die Echinococcenkrankheit. Berlin, 1877.

jedő statistikájában az első tíz életévre 29 eset (48%) vonatkozik, *Finsen* 245 eset közül egyet talált öt év alatti gyermeknél s 19-et a tizedik életévig, míg *Thorstensen*¹ szerint 328 eset közül 26 vonatkozott tíz év alatti gyermekekre. A budapesti „*Stefánia*” gyermekkorház nagy anyagában 1890. és 1902. évek közt összesen 11 echinococcus megbetegedés képezte észlelés tárgyát s ezek közül egy gyermek volt egy éven alóli, egy az egy évtől három évig terjedő korban, három gyermek volt a 3—7-dik életév között s hat beteg a 7-dik és 14-dik életév között.

A gyermekkorban előforduló echinococcus-megbetegedés localisatióját illetőleg *Neisser*-nek újabb statistikájában² 983 esete közt, 46 vonatkozik a 14 éven alóli életkorra s utóbbiak közül májbeli fekvés volt jelen 24 esetben, a vesében s a koponyaüregben székelt a tömlő 6—6 esetben, háromszor találtatott a tömlő a tüdőben, míg 1—1 esettel szerepelnek a lép, a kis medence, a koponyacsontok, szemhéj, nyak, tarkótáj s a vesetáj köztakarója.

A *Stefánia*-gyermekkorház anyagában 1890 óta máj-echinococust találtunk kilencz esetben s két esetben intrathoracalis fekvésű echinococust. Csak utóbbi két eset képezi érdeklődésünk tárgyát, s míg az elsőt illetőleg, mely öt éves fiúra vonatkozott, utalhatok arra, hogy ezt *Bókay* tanár 1900-ban kimerítően közölte³ következő cím alatt: „*Adat a Baccelli-eljárás értékének megítéléséhez az echinococustömlő gyógykezelésénél (Echinococcus pleurae)*” — s ezen esetet annyival is inkább fontosnak s jelentőségteljesnek kell tartanunk, „mert ez az első eset az irodalomban annak bizonyítására, hogy az eljárás nemcsak máj-echinococcusnál, hanem a burkonytömlő intrathoracikus localisatiójánál is sikerre vezet” — a második intrathoracalis fekvésű echinococcus esetét, mely ritka elhelyezésén kívül különösen differential-diagnostikus s therapeutikus szempontból érdemel érdeklődést, következőkben leszek bátor ismertetni.

A tizenegy éves fiúbeteg 1901. november hó 28-dikán vétetett fel a budapesti *Stefánia*-gyermekkorházba következő anamnesissel. Vidéki gyógyszerésznek fia, szülei egészségesek. Négy testvére közül kettő él, egy három hónapos korában görcsökben, egy két éves korában alhártás gégelemban halt meg. Tuberculosisra családi terheltség ki nem mutatható. Beteg két éves korában hastyphust, majd hat éves korában ronesoló toroklobot állott ki. Ezután egészséges volt, míg 1898. évi áprilisban jobb oldaltáji mellkasfájdalmakkal betegedett meg s folyton soványodott, úgy hogy kezelő orvosa a beteget mint tbc.-ra suspectust nyárra Stoós fűrdőbe küldötte. 1899. évi júniusban beteget szülei *Bókay* tanár rendelkezésére hozták hasonló panaszokkal, ki akkor a késő délutáni órákban végzett próbapunctiót, s a jobb mellről tiszta folyadékot kapott; ekkor a kórismet savós mellhártyalobra téve, salicyl-kezelést rendelt el, mely után javulást észlelt. A fiú ezután meglehetősen jól érezte magát 1901. június haváig, ettől kezdve erős mellkastáji fájdalmakat érzett jobboldalt, köhögött s soványodott, de feltűnő módon csaknem teljesen láztalan állapot mellett. 1901. szept. hó 3-dikán beteg ismét jelentkezett *Bókay* tanárnál, ki ekkor az erősen lesoványodott fiúnál mellkasi csapolást végzett, mely viztiszta, világos folyadékot eredményezett. A kibocsátott folyadékban göresői vizsgálatnál echinococcus-horgok voltak találhatóak, s két nap múlva *Bókay* tanár a *Baccelli*-féle eljárást, melyet 1894 óta echinococcus hepatitis több esetében sikeresen alkalmazott,⁴ s intrathoracalis fekvésű burkonytömlőnél is jó eredménnyel kísértett meg, ezen esetben is megkísérelte s 40 cm³ folyadék kibocsátása után 20 cm³ 1/100-es sublimatoldatot fecskendített be a jobb mellkasfélbe. A beteget ezután hazavitték; otthon gyakoribb hányása s hasmenése volt. Október hó eleje után pedig három héten át lázas lett, a hőfok 39-50 C.-ig emelkedett. Beteg előadja, hogy október hónapban oly érzése volt, mintha mellkasában apró szappanbuborékok pattannának szét és egy alkalommal erősebb köhögési inger után körömperec nagyságú fehér tejüvegyszerű, lemezes, hártvas czaflatot köhögött ki s azóta gyakrabban ürített halvány rózsaszínű köpetet.

A „*Stefánia*” gyermekkorházba 1901. október hó 28-dikán következő jelen állapottal vétetett fel:

A jól fejlett, de rosszul táplált, erősen lesoványodott fiúgyermek csontrendszere lefolyt angolkórnak csekély maradványait tünteti fel. Izomzata különösen a felső végtagokon s törzsön petyhüdt, s erősen megfogyott; zsírpárna igen kis térfogatú. Bőr s látható nyálkahártyák halványak. Bőr jól ránczolható, kissé száraz tapintatú s sárgás-barnás színezetű. Nyak hosszú, vékony, rajta elszórtan borsónyi-babnyi miri-

gyek tapinthatók. Mellkas gracilis, kissé lapos s keskeny, s rajta csekélyebb fokú bordapereczduzzanatok tapinthatók. E mellett a mellkas két felé egyenlőtlen, a jobb oldal észlelhetően nagyobb térfogatú, mint a bal. A jobb mellkasfélén sajátságos alaki elváltozás is észlelhető, ugyanis jobboldalt a kulcsalatti árok belső fele az ellenoldalihoz képest be-süppedt. Ezenkívül egy körülbelül férfitenyérynai kerekded körülírt elő-boltosulás észlelhető a jobb mellkasfélén, mely a harmadik bordától az ötödik bordáig bezárólag, a szegycsonttól a bimbóvonalig terjed. Az ötödik borda tapadása alatt mindkét mellkasfélén harántirányú vajúlatot találunk, mely a kifelé s felfelé hajlott bordaívbe megy át. A jobboldali bordaközök különösen a hónaljban szélesebbek, kitöltöttek. A légzési mozgásokban a jobb mellkas felső harmada a bal oldalhoz viszonyítva csak igen csekély fokban vesz részt, míg egyebütt a jobb oldalon légzési kiteréseket egyáltalában nem láthatunk s csak feltett kézzel észlelhetjük a mellkas kisfokú emelkedését. A bal tüdő határai úgy mellül, mint hátul a normálison alig érnek túl, felette kopogtatva kissé dobozszerű hangot kapunk, hallgatózásnál eltérést nem találunk. A jobb mellkas felett kopogtatva, a parasternalis vonalban relativ tempulatót kapunk a második bordaközben, mely a harmadik borda alsó szélétől kezdve abszolút tempulatóba megy át; a bimbóvonalban a relativ tempulató a harmadik borda felső szélén, az abszolút tempulató a harmadik borda alsó szélén kezdődik. A mellő hónaljvonalban abszolút tempulató a hatodik borda felső, a középső hónaljvonalban a hatodik borda alsó, s a hátsó hónaljvonalban a teljes tempulató a hetedik borda felső szélén kapható, mely tempulató befelé a szívtempulatóba megy át. Hátul az interscapularis tér középső harmadától alafelé relativ, s a scapula csücs felett 1 1/2 ujjnyira abszolút tempulató nyerhető. A scapula külső fele felett a tempulató közvetlenül a tövisnyúlvány alatt veszi kezdetét. Mellül a tempulató alafelé a májtempulatóba, befelé a szívtempulatóba folytatódik. A jobb mellkasfél felett egyebütt úgy mellül, mint hátul, felül kissé dobos színezetű teljes éles kopogtatási hangot kapunk, különösen ilyen a kulcs alatti árok külső felében. Hanyattfekvő helyzetben a kopogtatási viszonyok következőképen alakulnak: a szegycsont melletti vonalban a harmadik borda alsó szélén relativ, a negyedik borda alsó szélén abszolút tempulató kezdődik, a bimbóvonalban a harmadik bordaközben relativ, a negyedik borda alsó szélén abszolút tempulató nyerhető s a hónaljban mindvégig tompa kopogtatási hangot kapunk. Beteget hasára fektetve a hátán a tempulató nagyrészt feltisztul, míg a hónaljban s mellül tompa kopogtatási hangot kapunk, a kulcs alatti árok külső részletén kívül. Hallgatózásnál a léghangot adó részletek felett hangos határozatlan légzés hallható, míg a tempulató felett légzés egyáltalában nem hallható, s úgy a pectoral fremitus, mint a bronchophonia erősen csökken.

A szívcsücsök s a bimbóvonalban az ötödik bordaközben tapintható. Szívtempulató felső határa rendes, kifelé a szívcsücsök helyéig ér. Befelé az abszolút tempulató a bal szegycsücsig terjed, ettől kezdve relativ tempulató nyerhető a jobb szegycsücsig, mely itt az előbb leírt abszolút tempulatóba megy át. Szív s nagy edények hangjai tiszták, kellőleg ékeltek.

A has felett váltakozva dobos a kopogtatási hang, a hasürben rendellenes resistentia nem tapintható. Lép felső határa rendes, alafelé a bordaív alatt homályosan tapintható. Máj a bordaív alatt a hasizomzat erősebb feszülése miatt nem tapintható, felfelé a jobb mellkasfél felett nyerhető tempulatóba megy át, alsó határa kopogtatással meghatározva a bordaív nem terjed túl.

Végtagokon mérsékelt fokú epiphysarius duzzanatok észlelhetők, s a kéz ujjainak körömperecei erősen dobverőszerűek; izgatott köhögési roham után a körömök cyanotikusok.

Légzés nyugodt, perenzként 30. Ajkak nem cyanotikusok. Beszédhang tiszta. Köhögés izgatott, rohamszerű; köhögés közben szájbüsz érezhető. Pulsus rendes.

Beteg felvételtkor láztalan, de gyenge, közérzete a gyakran fel-lépő izgatott köhögési rohamok által zavart.

Október 31. Probapunctio végeztetett a jobb középső hónaljvonalban a hatodik bordaközben. A punctió s folyadék zavaros, szürkés-fehér, gyorsan sedimentálódó, részben savós, részben alvadékos tömeget képez, mely erősen büzös. Göreső alatt polynuclearis leucocytákon kívül echinococcus-horgok találtak.

Esetünk átvilágításánál *Röntgen*-sugarakkal kiderült, hogy a jobb mellkasfélben a tempulatónak megfelelő helyen elmosódott határu, nem igen intensív homály látható, mely a tömlő fekvéséről s kiterjedéséről némileg tájékoztatást nyújtott s megengedte az elkülönítést a sötétebb árnyékképet adó máj convex felszínétől, eltérőleg *Levy-Dorn* s *Zadek*¹ esetétől, melyben a *Röntgen*-kép a mellett tanuskodott, hogy a tüdőbeli fekvésű echinococcus a máj convex felszínéből indult ki.

Tekintettel arra, hogy a punctió alapján is a tömlő elgenyvedést biztossággal megállapíthattuk, radialis műtetre vált szükség, melynek esélyei az irodalmi adatok alapján nem látszottak kedvezőtlennek, a mennyiben a *Maydl*² által említett intrathoracalis echinococcusban szenvedő 13 műtett egyén közül 10 gyógyult, s a *Thomas*³ által összeállított 32 műtett eset közül 27 gyógyult.

1901. november 2-dikán narcosisban a jobb mellő hónaljvonalban bemetszés s a hatodik bordának resectiója végeztetett.⁴ Négy cm.-nyi

¹ Lásd *Mosler* und *Peiper* Thierische Parasiten című monographiáját a *Nothnagel*-féle gyűjtőmunkában: *Specielle Pathologie und Therapie*. Wien, 1894.

² Lásd fentebb.

³ Orvosi Hetilap „Gyermekgyógyászat” melléklete 1900. 2. szám.

⁴ Prof. *Bókay*. A *Baccelli*-eljárás értéke a gyermekek máj-echinococcusánál. Orvosi Hetilap és Jahrb. f. Kinderhk. 1897.

¹ Dr. *Levy-Dorn* u. Dr. *Zadek*. Zur Untersuchung mit Röntgenstrahlen bei Lungenechinococcus. Berl. klin. Woch. XXXVI. 20. 1899.

² Prof. C. *Maydl*. Ueber Echinococcus der Pleura und die ihn vortäuschenden Localisationen der Echinococckenkrankheit. Wien, 1891. J. Šafár.

³ Lancet. 1887.

⁴ A műtétet *Verebély László* dr. sebészfőorvos, egy. m. tanár végezte.

bordarészlet eltávolítása s a fali mellhártya megnyitása után rögtön almányi hólyagszerű előesés mutatkozott, mely mállékony burok kifejtés közben beszakadt s belőle bűzös sárgás-barna, genyvel kevert folyadék ürült ki. Közben egy nagyobb lúdtőjásnyi fehér solitaer hólyag ürült ki, majd számos borsónyi egész mogorónyi áttetsző falú tiszta savós bennéki hólyagosa távozott. A nagy anyahólyagot, mely látszólag összenövést nem mutatott, könnyen sikerült kifordítani s bár erősen szakadékonny volt, teljesen ki lehetett fejteni. Kifordítása közben belőle körülbelül három genyveszényi részben genyvel kevert folyadék ürült. Egyes nagyobb fiókhólyagok megpukkadtak s sárgás nyúlós colloid-szerű bennéket mutattak. A tömlő kifejtése után az üreg steril bórsavoldattal lett kimosva s ekkor kitűnt, hogy az üreg a kulcsosont magasságától a diaphragmaig terjed. Az üreg alapján a teljesen összenyomott zsugorodott tüdőt a gerincoszlop mellett lehetett látni. Vastag drainesó behelyezése után az üreg jodoformgazeval lett kitöltve.

Délután a légzések száma 30, pulsus 108, láztalan. Hányás nem lépett fel.

November 3-dikán. Kötésváltoztatásnál elég bő sűrű genyes váladék. Közérzet jó.

Néhány napi mérsékelt lázas mozgalm után az üreg váladéka mindinkább esőkken s beteg erőbeli állapota fokozatosan javul. Műtét után testsúlya három hét alatt 5 kg. gyarapodást mutat.

December 14-dikén. A drainesó elhagyatott s a még meglévő fistulába gazecsik vezetett be.

1902. január 21-dikén. A seb, valamint a fistula teljesen záródott. A kopogtatási viszonyok a jobb mellkasfél egész kiterjedése felett teljes éles nem dobos kopogtatási hangot mutatnak, mely csak a mellő hónaljvonalban alul válik kissé dobos színezetűvé. Hallgatásnál a jobb hónaljban alul körülbelül fél férfitenyényi területen frictiós pleuritikus zörejek hallhatók. A fiú erőbeli és tápláltsági állapota kitűnő, s beteg teljesen gyógyultnak mondható, eltekintve a néhány nap óta törzsén s végtagjain észlelhető gyér herpes tonsurans foltoktól.

Beteg 1902. február hó 15-dikén teljesen gyógyult állapotban hagyta el a kórházat. Ekkor kopogtatási eltérés a mellkas felett már nem mutatható ki, a hónaljban alul mély légvételnél még néhány crepitáló zörejt hallható, egyebütt rendes, kissé érdes légzés. Testsúlygyarapodása kórházi tartózkodása alatt hét és fél kilogrammot tett ki.

Imént részletezett kórtörténethez legyen szabad még néhány megjegyzést fűzni. Az eset aetiologikus szempontból tisztázottnak tekinthető, miután a fiú sokat játszott a házukban lévő két foxterrier-kutyával, s így fertőzésre az alkalom megvolt. Kevésbé tisztázott azon kérdés, hogy mikor mutatkozott a betegség első fellépése. Ha tekintetbe vesszük azt, hogy a tömlő kifejlődése rendszerint igen lassan történik, úgy hogy *Barrier* és *Neisser* szerint a tömlő növekedése 2—30 évig tart, kérdés, hogy az 1898. év óta észlelt mellkastáji fájdalmak nem-e kezdettől fogva képezték az echinococcus fellépésének s fejlődésének tüneteit. Azon körülmény, hogy az 1899. évi júniusban eszközölt próbapunctio nem vezetett az echinococcus kórisméjének felállításához, hanem savós mellhártyabeli izzadmány felvételéhez, nem szól feltevésünk ellen, mert a késő délutáni órákban eszközölt csapolásnál a kibocsátott folyadéknak esetleges vízszertü kinézése félhomály mellett a figyelmet elkerülhette.

Érdekes az eset továbbá diagnostikus szempontból, mert miként gyakran, úgy ez esetben is nehézséget okoz annak eldöntése, hogy az intrathoracalis fekvésű echinococcusnak mely fajtájával volt dolgunk, vajjon mellhártyabeli vagy tüdőbeli tömlővel. Ha azt vesszük tekintetbe, hogy általában e két ritka localisatio közül melyik a gyakoribb, úgy a valószínűség az echinococcusnak tüdőbeli elhelyezése mellett szólana. Míg ugyanis a tömlőnek tüdőbeli fekvése *Neisser* szerint az összes echinococcus- esetek közt 7%-ban, *Madelung* szerint pedig 11·9%-ban fordul elő, addig a primaer pleura-echinococcus *Neisser* s *Madelung*-nak¹ 1179 echinococcus- esetet magába foglaló statistikájában csak 18 esetben, vagyis 1·5%-ban szerepel. *Maydl* és *Winzerling* pedig az összirdalomból elsődleges mellhártya-burkonytömlő 30 esetét gyűjtötték össze, míg valamivel gyakoribbaknak mondják azon eseteket, melyekben az echinococcus valamely szomszédos szervből a pleurába áttört.

Ha most betegünk kórtörténetét elemezzük, kétségtelennek állíthatjuk, hogy primaer intrathoracalis echinococcus-tömlővel, illetve multiplex cystákkal, talán anya- és fióktömlőkkel volt dolgunk, melyek közül az egyik tömlő elgenyedt s a tüdőn illetve bronchuson át spontán áttört s részben kiürült, úgy hogy betegünknek a kórházba való felvételekor pyopneumo-

¹ *Madelung*. Beiträge zur Lehre von der Echinococcuskrankheit. Stuttgart 1885. Ferd. Encke.

cystis volt jelen. Ennek megfelelőleg találtunk tompulatot, melynek határai helyzetváltoztatásnál módosultak, köhögéskor szájbüzt észlelhetünk s punctiónál bűzös szétesett folyadékot. Egyik kisebb tömlő tehát vagy a tüdő szövetében feküdt, vagy ha eredetileg a pleura lemezei közti úrból indult is ki, összenövést létesült az elgenyedt bennéki tömlő falzata s a tüdő viscerális pleura lemeze közt, majd körülirtan tüdőszövet szétesés s végül áttörés következett be a kifekélyesedett bronchusba. A tüdő szövetében fekvő echinococcusnak áttörése egy bronchusba a gyakoribb jelenség, ritkább az a pleurális fekvésűnél, de olykor már észleltetett¹.

Maga az anyatömlő azonban a legnagyobb valószínűséggel a pleura lemezei között feküdt, s ezen nézetet támogatja először azon negatív lelet, hogy a tüdőben nagyobb fokú lobos elváltozások, melyek rendszerint phthisis képét szokták utánozni tüdőbeli echinococcusnál, a mi esetünkben teljesen hiányoztak. (*Vigla* szerint a tüdőben székelő echinococcus ott idegen test szerepét játszsza.) Másodszor azt tapasztaltuk, hogy műtétnél a bordaresectio után közvetlenül a fali mellhártyalemez megnyitása után nagy tömlőrészlet sérvszerűleg előesett. Ez az echinococcusnak primaer tüdőbeli fekvése mellett csak úgy lett volna lehetséges, ha a tüdőbeli echinococcus a pleuro felé nőtt volna át. De ekkor elvárhattuk volna pyopneumothoraxnak, vagy legalább is pleuritis exsudativának jelenlétét, a mi esetünkben hiányzott. A legfontosabb körülmény azonban, melyet pleurabeli echinococcus mellett hozhatunk fel, s mely a tömlőnek tüdőbeli fekvését kizárja, azon észlelés volt, hogy a gyermekfejnyi tömlő könnyű kifejtése után a tüdőt teljesen retrahált s hosszában comprimált állapotban láthattuk az üreg hátsó részében a gerincoszlop mentén. Ez alapon tehát felállíthatjuk kórisménket, hogy primaer multiplex² pleura-echinococussal volt dolgunk, melynek egyik fióktömlője a bronchusba tört át.

Ha esetünket így fogjuk fel, magyarázhatjuk azon therapeutikus szempontból indokolandó tény, hogy a *Bacelli*-féle eljárással esetünkben miért nem értünk el sikert. Míg *Bókay*³ tanár esetében a bal mellkasürben fekvő s annak egész terjedelmében tompulatot létesítő solitaer echinococcusnál két ízben ismételt *Bacelli*-műtéttel gyógyulást ért el, addig ezen esetben azt láttuk ugyan, hogy a nagy anyatömlőnek bennéke elhalásnak indult, hogy falzata szakadékonnyá vált s így a sublimat injectio hatása ez esetben is kétségtelenül érvényesült, de a sublimatoldat nem juthatott be a fióktömlőkbe, melyek közül egyik elgenyedt, s a hörgők felé áttört.

A *Bacelli*-eljárás ezen tapasztalatunk alapján mint kevésbé súlyos elsődleges beavatkozás jogosult az echinococcus intrathoracalis elhelyezésénél is, ha azonban a tömlő elgenyedésének vagy pyopneumocystis felléptének jeleit látjuk fennforogni, eredményt csak a radicális sebészi beavatkozástól, a tömlő eltávolításától várhatunk.

Közlemények a székesfővárosi szt. János-kórház gyermekosztályából.

(Főorvos: *Szontagh Felix* dr. magántanár.)

I.

Hydrocephalus chron. cong. gyógyult esete.

Irtó *Szlávik Ferencz* dr. v. alorvos.

A mily eléggé gyakori kórkép a gyermekkorban a hydrocephalus chron. cong., épen oly ritka a teljes gyógyulás. Egy ily szerencsés esetet óhajtok a következőkben röviden ismertetni.

¹ Lásd *Mosler* u. *Peiper*. Thierische Parasiten. I. c.

² *Könitzer* szerint az echinococcus multiplex elnevezés kizárólag oly esetben használandó, melyben több tömlő egy szervben van jelen, ellentétben az echinococcus disseminatus megjelöléssel, midőn a hólyagok legalább két vagy több szervben találhatók. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie LVI. 5. és 6. 1900.)

³ *Bókay*. Adat a *Bacelli*-eljárás értékének megítéléséhez, az echinococcus-tömlő gyógykezelésénél (Echinococcus pleurae). Orvosi Hetilap. Gyermekgyógyászat 1900. 2-dik szám.

K. M., hat hónapos, leánygyermek, a szt. János-kórház nyilvános gyermekrendelésén 1901. évi szeptember hó 26-dikán mutatott be először. Rögtön feltűnő volt a kis párnából kiemelkedő nagy fej s annak is aránytalanul nagy koponyarésze; balkonszerű homlok, szétválni törekvő falcsontok, vékony, halvány fejbőr, melyben vastag s telt vénák futnak végig; majdnem az egész fejtetőt elfoglaló s kiemelkedő feszes kutacs, közel ujjnyi széles varratok, gyér hajzat. A szemek állása úgyszólván normális, a fényes tárgyat (órát) minden irányban jól követik. Megtekintvén az egész gyermeket, feltűnő annak, dacára a természetes táplálásnak, korához képest való gyenge fejlettsége és tápláltsága. Súlya 4100 gr., fejkerület 46 cm., mellkőrfogata 35 cm., testhossza 58 cm. A bőrtakaró teljesen ép, úgyszintén a nyákhártyák; mirigyek nem tapintathatók, esontrendszer nagyon gracilis, mérsékelt rachitikus tünetekkel. Mellkas szervei épek. A vékony puha hasfalán át a lép egy, a máj három ujjnyival tapintható a bordaív alatt. Végtagokat akadálytalanul jó emeli, reflexek azonban kissé fokozottak. Pulsus rythmikus, feszes (120); hőmérsék 37.2°. Kórelőzményképen az anyától megtudható volt, hogy e gyermek a rendes időben végződött VII-dik terhességéből való; I. és II-dik gyermek él és egészséges, III. és IV-dik terhesség abortussal, V. és VI-dik terhesség halott koraszülöttekkel végződött. E gyermek bajára nézve pedig előadja, hogy már a 2-dik hóban vette észre, hogy a gyermek feje nagyobb a kellenél s hogy az utóbbi időben (hatodik hóban) rohamosabban nő. Nyilvánvaló volt ezek után, hogy egy luetikus alapon fejlődött hydrocephalus chron. cong.-szal állunk szemben. Az anyának kórházi gyógykezelés ajánlott; e célból azonban csak két hét múlva október 10-dikén jelentkezett; ekkor azonban a gyermek állapota súlyosbodott. A fejkerület ugyanis 2 cm.-rel nőtt (48 cm.), kutacs nagyon feszes, tekintet kissé merev, szemek állása kissé előre és lefordult; mindkét szem fenéken Goldzieher tanár papillitást állapított meg, végtagok kissé spastikusak, reflexek nagyon fokozódtak. A gyermek a felvétel napján Szontagh dr. magántanár lumbal punctio útján 85 cm³-nyi teljesen tiszta nagynyomású cerebrospinalis folyadékot bocsátott ki s ugyanekkor naponta 0.50 gr. higanybedörzsölést kezdtünk, támogatva jodkalium adagolásával.

Öt nap múlva, október 15-dikén, a lumbal punctio ismételtetett, a mikor nem nagynyomású sugárban 35 cm³ cerebrospinalis folyadék ürült ki.

Október 20-dikán az anya következő állapotban vitte el a gyermeket osztályunkról: Vidám, barátságos arczkifejezés, a nagy kutacs és varratok úgyszólván besüppedtek; fejkerület 47 cm., mellkőrfogat 36 cm., testhossza 60 cm., súlya 4400 gr. Ambulans megfigyelés mellett az antiluetikus kúra tovább végezhető.

Az időközben fellépett majd a higany terapiával összefüggő, majd attól önálló complicatiók miatt az inunctio kúrát csak december 23-dikán fejezte be, amikor is a következő állapotban mutatott be: súlya 5200 gr., fejkerület 44.5, mellkőrfogat 38 cm., testhossza 64 cm.; kutacs alig 2—2 cm. átmérőjű, majdnem szilárd varratok, alsó végtagok spasmusa teljesen elmulott, de a reflexek még kissé fokozottak. A gyermek különben jókedvűen gögicsél, környezetét szemléli, fejét forgatja s kissé fel is emeli. A további therapia syr. ferri jodati volt.

1902. évi január 20-dikán: súlya 5500 gr., fejkerület 44.8 cm., mellkőrfogat 39, testhossza 65 cm.; közérzet teljesen normális. Ugyanekkor Grosz tanár a szemfenék állapotát a következőleg írta le: mindkét látóidegfő határa elmosódott, de az erek aránya már normális. Látóidegfő nem emelkedik ki, pangás tünetei elmultak.

A kis betegünk, mint minden javuló ambulans, elmaradt s csak 1902. évi május hó 8-dikán került szemünk elé. Teljesen ép szellemi működés, alig ujjfejnyi kutacs, fejkerület 46 cm., mellkőrfogat 41, testhossza 68 cm.; azonban a gyermekben, szegény munkások leánykájá lévén, a hygienikus és diabetikus követelményeknek meg nem felelő viszonyok miatt is, a rachitis súlyosbodott, úgy, hogy a gyermek, dacára 13 hónapos korának, még állani sem tud. A hydrocephalus azonban teljesen gyógyultnak tekinthető.

A therapia e szép sikeréből az oroslánrész tagadhatatlanul a specifikus kezelésnek jut; a lumbal punctio csak mint támogató, előmozdító momentum szerepelt. A chronikus hydrocephalus azon eseteiben, a melyek nem luetikus alapon fejlődtek a punctiot követő néhány nap múlva mindig az eredeti állapot állott be. Therapeutikus értéke csak meningitis serosa, vagy cerebrospinalis epidemica kapasan fennálló hydrocephalus eseteiben van, mint a mily szép esetet folyó évben Bókay tanár mutatott be a kir. orvosegyletben. Palliatív célból alkalmaztuk a lumbal punctiot meningitis tuberculosis több esetében is s gyakran láttuk a fejfájás és görcsök gyors enyhülését. Kellemetlen utóhatásunk egy hydrocephalus chron. esetben volt, a mikor a lumbal punctio után, vékony tüvel 65 cm³ cerebrospinalis folyadékot bocsátván ki, a nyolcz hónapos gyermek collabált, s a személyesen mért hőmérséke láztalan állapotból hirtelen 43°-ig emelkedett, (több osztályzat nem lévén), meghatározhatatlan pulsus s negyed óra múlva exitus. E meglepetést valószínűleg centralis zavarok (hőszabályzó centrum és vagus hűdés) okozták.

Végül hangsúlyozzuk, hogy minden cong. hydrocephalus

esetében, minthogy aetiologiájuk úgy is még zavaros, bizonytalan s luetikus háttér mindegyiknél lehet, a lumbal punctio mellett az antiluetikus kúrát is megkíséreljük.

II.

Adatok a chorea minor kóroktanához.

Irtá Massanek Gábor dr. alorvos.

Régen elmultak azon idők, a mikor a choreáról azt hitték, hogy egy nagyobb ijedség elegendő annak kiváltására. Aetiologiája tisztázva ugyan még egyáltalán nincsen, de a modern irányzat kétségtelenül megállapította összefüggését egyes, hogy úgy mondjam, acut megbetegedéssel. Főleg a rheumás ízületi csúzzal való összefüggésének van sok lelkes híve s Heubner¹ már egyenesen „rheumás aequivalensnek” tartja. Kétségtelen az is, hogy a chorea és endocarditis rendkívül gyakran járnak együtt, még akkor is, ha előrement polyarthrititis nem is mutatható ki. Semmiesetre sem merném azonban egyesek nézetét elfogadni, a kik azt állítják, hogy minden choreánál áll fenn endocarditis, még akkor is, ha az a physialis vizsgálatok alapján nem is mutatható ki.

A chorea és polyarthrititis közötti összefüggésnek eclatáns példáját szolgáltatja a következő esetünk is.

I. Sp. József, 10 éves, fiú, 1902. évi február hó 17-dikén vétetett fel osztályunkra. Egészséges családból származó fiú, normális fejlődéssel, ki csaknem az összes infectiosus betegségeken átesett. Volt morbillije, scarlatinája nephritissel, volt pertussisa és kétszer tüdőgyulladás. Két évvel ezelőtt heves choreája, egy évvel ezelőtt pedig polyarthritise volt. Mindkettő teljesen elmulott. Pár héttel ezelőtt már feküdt osztályunkon egy térdalatti tályoggal, mely rendesen gyógyult. Három nappal mostani felvétele előtt hirtelen lábfájások és magas láz lépett fel nála.

Felvételekor mindkét bokaizület és a bal térdtáj duzzadt és fájdalmas. Szívtompulat rendes, de a jobb gyomrocs felett diastolés fuvózorej hallható. Egyéb lényeges elváltozás a szervezetben nem mutatható ki. Therapia 2.5 gr. aspirin pro die.

Február 19-dikén egy nyugtalan éjszaka után a fiú több ízben hány, szívtáját fájlalja. Csúcslökök kissé elmosódott, de helyét nem változtatta. A szívtájon dörzs-zörej tapintható és erős kaparó jellegű zörej hallható. 39.9-g emelkedő, alig remittáló lázak.

Február 20-dikától 25-dikéig a hőfokok 38—38.5 között mozognak, ezen idő alatt azonban óriási pericardialis izzadmány fejlődik ki, nagyfokú dyspnoet, cyanosist stb. vonva maga után.

Február 25-dike és márczius 23-dika között 39.2 és 40° között ingadozó lázak mellett baloldalt tüdőcompressióra utaló tünetek, tompulat és éles hörgi légzés, jobboldalt pedig egy exsudatív pleuritis lép fel.

Márczius 3-dikától kezdve a lázak successive esnek, s az összes tünetek javulni kezdenek, eleinte aspirin, majd natr. salicyl. adagolása mellett.

Márczius 5-dikén először veszünk észre a fiún choreás mozgásokat, melyek intenzitásukban meglehetősen gyorsan növekednek. Tetőfokát a chorea márczius 15-dikén érte el, a mikor is teljes incoordinatio áll fenn annyira, hogy a beszéd is teljesen érthetetlen, hebegő.

A szívtompulat ez alatt ismét elérte eredeti, közel normális határait s a tüdőbeli folyamatok is teljesen visszafelődtek. A szívhangok azonban zörejesek és pedig a csúcs felett egy eléggé változó intenzitású és jellegű systolés, a jobb szív felett pedig egy diastolés zörej hallható. A hőmérsék még naponta eléri a 38°-ot (per anum mérve).

Ettől kezdve, bár az endocarditis két ízben exacerbál is, a chorea rohamosan javul, minden külön erre irányuló therapeutikus beavatkozás nélkül, s már április elején teljesen meg is szűnik.

Nem irható azonban a chorea egyedül a rheumatismus rovására. Alig van infectiosus betegség, melynek kapasan fejlődött choreát le ne irtak volna s tagadhatatlan, hogy bizonyos causalis nexus fennáll ezek és a chorea között.

Főképen a scarlatina az, a melyet sokan okolnak a chorea előidézésével. Makenzie² és Osler³ óriási statistikákat közölnek. Előbbi 439 chorea-esete közül 129-et, utóbbi 410 esete közül 95-öt származtat le scarlatinától. Priestly⁴ 5355 vörhenybetegre közül 13-nak volt choreája, de utóbbiak közül 5-nél rheumatismus is állott fenn.

Azt hiszem, az utóbbi arány közelebb jár a valósághoz

¹ XVIII. Versammlung der Ges. für Kinderheilk. 1901.

² The Brit. med. Journ. 1887.

³ American Journ. of med. soc. 1887.

⁴ The Brit. med. Journ. 1897.

és fertőző bajok, in specie a scarlatina kapcsán fellépő choreák, inkább a ritkaságok közé tartoznak.

Egy igen érdekes esetet közöl *Rothschild*.¹

A gyermekem, kit november 8-dikán vettek fel scarlatinával, december 7-dikén tört ki a chorea. November 18-dikától kezdve azonban ízületi fájásai is voltak a gyermeknek, melyeket ő rheumás eredetűeknek tart, s tényleg endocarditis is csatlakozott a megbetegedéshez.

Részemről élénk bizonyágát látom fenti esetben annak, hogy a scarlatina, mint olyan, okozhat choreát, és egyáltalán nem tartom valószínűnek, hogy az arthritis és endocarditis rheumás eredetű lett volna. Több ízben volt ugyanis alkalmunk endocarditist direct scarlatinás alapon megfigyelhetni, a scarlatos arthritiseknek meg éppen egész gyűjteményét közli *Szontagh*.²

Nem tartom azonban érdektelennek egy esetünket közölni, a melyben a scarlatina és chorea oly szépen követi egymást, hogy teljesen lehetetlen összetartozandóságukat tagadni.

II. *M. László*, 6 éves, fiú, január 29-dikén hozatott osztályunkra, tipikus scarlatinával, mely szülei bementése szerint, már négy napja áll fenn. Polyarthritise, rheumatismusa soha sem volt. Ez idő szerint az exanthema mellett a torokban meglehetősen kiterjedt diphtheritikus folyamat áll fenn, a vizeletben pedig $\frac{1}{4}$ ‰ (Eschbach) fehérje van.

Két nappal a felvétel után az exanthema elhalványul, február 4-dikén pedig a fehérjének nincsenek már nyomai sem a vizeletben.

Február 5-dikén kezd fellépni a chorea, mely 10-dikén már oly fokot ér el, hogy a beszéd is teljesen érthetlenné válik, a szív működés pedig erősen arythmiás. Már 14-dikén kezd a chorea észrevehetőleg csillapulni, a beszéd ismét érthető, szív működés rythmikus. Ettől kezdve rendszerint estefelé egy morbilliszerű erythema lép fel, mely azonban 1—2 óra alatt ismét elmúlik.

A gyógyulás arsenterapia mellett ezután már rohamosan halad s február 26-dikán a gyermek már teljesen nyugodt, úgy hogy az arsen elhagyjuk és fel engedjük kelni.

A gyermek márczius 11-dikén teljesen gyógyulva, a choreának legkisebb nyoma nélkül hagyja el a kórházat.

Némi összefüggés talán a következő esetben is található a két betegség között, ha a scarlatina nem is szerepel mint direct aetiologikus momentum.

III. *H. János*, 11 éves, fiú, 1901. évi február hó 4-dikén vétetett fel, azon anamnaesissal, hogy két hét óta igen nyugtalan. Állítólag ezt megelőzőleg soha beteg nem volt, s így ízületi csúzban eo ipso nem szenvedett. Objective nagyfokú choreán és fokozott reflexeken kívül semmi elváltozás a szervezetben nem található. Szívhangok tiszták, tempulat normális. Láztalan.

A fiú a bevezetett arsenterapia alatt már-már kezd megnyugodni, mikor is február 11-dikén hányás, láz, majd kifejezett scarlat. exanthema lép fel nála.

Február 14-dikén a chorea ismét nagy vehementiával exacerbál, 18-ikától kezdve azonban ismét csillapulni kezd.

Márczius 3-dikán magas láz kíséretében zörejek lépnek fel a szíven, majd 6-dikán a kulcsosont sternalis végén fájdalmas duzzanat, 8-dikán már a jobb lábtőizületen is van hasonló duzzanat.

Márczius 26-dikán a chorea teljesen megszűnt, a szívhangok tiszták, s bár a bokaizület még kevésbé érzékeny, a gyermek fel is kel.

Április 13-dikán, miután az összes tünetek körülbelül két hete teljesen elmúltak, ismét zörejek lépnek fel a szíven, láz kíséretében. A láz és a zörejek azonban rövidesen megszűnnek, a gyermek 18-dikán ismét felkel és egy hónappal később teljesen gyógyulva hagyja el a kórházat.

Ezen esetnek természetesen semmi irányban sincsen bizonyító ereje, s belőle következtetést venni egyáltalán nem lehet, miután a chorea és scarlatina összeesése merő véletlen. Feltűnő volt azonban a csillapodó chorea heves exacerbatiója, és gyors elmúlása a scarlatina után, úgy hogy nem egészen valószínűtlen, hogy a scarlatina a chorea lefolyására befolyással volt.

Rendkívül érdekes úgy aetiológiáját, mint lefolyását illetőleg a következő eset.

IV. *Cz. Erzsébet*, 4 éves, cigányleány, 1901. évi szeptember 9-dikén egy lábsérülése miatt vétetett fel. Ettől eltekintve teljesen egészséges, jól fejlett gyermek; csak bő genyet secernáló vulvovaginitis áll fenn.

November 13-dikán a gyermek hányással és lázzal hirtelen megbetegszik, fizikális elváltozások azonban nem mutathatók ki. Ezen lázas állapot 25-dikéig tart el, meglehetősen rendetlen typust mutatva, a nélkül azonban, hogy a láz oka kimutatható volna.

27-dikén a gyermek kezd nyugtalan lenni s 30-dikán már tipikus chorea áll fenn. A gyermek ettől kezdve állandóan láztalan, s ha a

chorea hevesége csökkent is, az, dacára annak, hogy a gyermek állandóan ágyban fekszik s arsen alatt áll, teljesen meg nem szűnik, s a január 13-dikán a kórházat még fennálló choreával hagyja el.

Január 22-dikén visszahozták a gyermeket azzal, hogy három napja folyton hány és nagy láza van. Mi tényleg magas lázat és a szív felett intenzív zörejeket találtunk. Két nap mulva azonban moribund állapotban elviszik a gyermeket, s a mint értesültem, két nappal később meg is halt. Sectio nem történt.

Itt tehát, egyéb ok hijján, a gonococust kell a chorea és az endocarditis előidézésével vádolnunk, és ha a gonorrhéas endocarditisek és arthritisek nem is tartoznak a ritkaságok közé, a gonorrhéa a chorea aetiológiájában sehol említve nem találtam.¹

Mindhárom eset quasi typusa az infectiosus, illetve intoxicatios choreának, s azt hiszem némileg belevilágít a chorea aetiológiájának útvezetőjébe. S ha nem is ezek alapján fogjuk megtalálni az Ariadne-fonalát, némi consequentiát mégis le vélek belőlük vonhatni.

Nem akarom felsorolni mindazon aetiologikus momentumokat, melyeket a legkezdetelegesebb megijedéstől kezdve napjainkig a chorea előidézésével vádoltak, csak a legmodernebb álláspontot kívánom röviden vázolni, az infectiosus theoriát.

Ennek eszméjét először *Leube* vetette fel s egy közölt esete alapján oda concludál, hogy az összes choreáknak egy egységes okának kell lennie, mely szerinte valamely vegyi fertőző („chemisch-infectiös“) inger lehet.

Koch már egészen külön vírusnak imputálja a choreát, mely szerinte közelebbi rokon a rheumatismus vírusával.

Mások viszont, főleg *Sahli* és *Strumpell*, magát a rheumatismust staphylococcus-infectionnak tartják, melynek kapuját megtalálni sokszor teljesen lehetetlen, s egy angina, egy bélhurut stb. teljesen elegendő erre. Ezen nézethez csatlakozik *Wollenberg*² és elfogadva a két megbetegedés közti rokonságot, a chorea-infectionnak ugyanezen kapukat nyitja meg és minden egyéb okot csak segédeknek minősít.

Igen plausibilisnek látszik nekem ezen felfogás már azért is, mert szépen összeegyeztethető azzal, hogy a chorea főleg a gyermekkor betegsége. Hisz az infectiosus megbetegedések is főleg a gyermekkor betegségei és a gyermek agya talán kevesebb ellenállást is képes kifejteni azok vírusainak toxinjai iránt, mint a felnőtté.

Részemről azonban még tovább mennék és azt állitanám, hogy minden lobokozó coccus toxinja befolyásolhatja az agysejteket oly módon, hogy choreát váltson ki.

Mert, habár még a heveny fertőző betegségek kórokozóját nem igen ismerjük, igen valószínűvé van már téve, hogy azoknál a lobokozó coccusok in specie strepto- és staphylococcusok igen fontos szerepet játszanak, ha nem ezek maguk okozzák a megbetegedést. S ha ez utóbbi tétel nem is áll meg, bizonyos az, hogy minden infectiosus betegségnél jelen vannak, ott toxinokat termelnek, s így hatástalanok a szervezetre nem lehetnek. Nem hiszem, hogy a chorea előidézésénél bármelyiknek is specificitas volna tulajdonítható, az oroszlanrész azonban a streptococcusnak látszik jutni, a mely újabb vizsgálatok szerint valószínű előidézője a polyarthritise rheumatikának és a scarlatinának is mindenesetre igen fontos szerepe van.

Természetes, hogy az infectio kapuja bárhol lehet s egy angina ép úgy okozhat choreát, mint bármely septikus megbetegedés. *Mircoli*³ plane „a pyaemia halvány képének“ tartja a choreát.

Hogy pedig az infectio helyét magát legtöbbször nem sikerül kimutatnunk, s így a statistika inkább az infectiosus theoria ellen szól, az szerintem onnan van, mert az alapbántalom esetleg már régen legyógyult, mire következménye, a chorea kitör s teszem egy angina anamnaestice a legritkább esetben puhatható ki. Analogiát erre nem is kell soká ke-

¹ *Szontagh* tanár figyelmeztetése folytán utólag olvastam el *Heubner* „Über Choreae“ című cikkét (*Leyden-Festschrift*), melyben egy önmaga és *Litten* észlelte esetről tesz említést.

² *Nothnagel*: *Spec. Path. u. Ther.* XIII.

³ *Berliner Klin. Wochenschr.* 1900. ápr. 2.

¹ Archiv f. Kinderh.

² Orvosi Hetilap „Gyermekgyógyászat“ 1901.

resnünk, megtaláljuk ezt a diphtheriánál. Az alabántalom, a diphtheria mint olyan, már régen meggyógyult, igen gyakran észrevétlenül, s a polyneuritis, a hűdések csak hetek mulva lépnek fel, s csak ezen jellegző tünetekből következtethetjük immáron, hogy hetekkel ezelőtt az illető gyermek diphtheriában szenvedett.

Ép így van ez a choreánál is. Meglehető ritkaság azonban, hogy a chorea szemünk előtt fejlődjék s így tudjuk, hogy mennyi idő szükségeltetik az infectiótól a chorea kitöréséig. S talán ép e tárgyban legérdekesebbek megfigyeléseink, mert a chorea a meglehető pontosan megállapított kezdetű alabántalom után előttiink fejlődött ki; az I. esetben 16—17 nappal a polyarthritiss fellépése után, a II-ban pedig a scarlatinás megbetegedés 11-dik napján, a mi ismét erősen a toxinus eredet mellett szól.

Mind ezekből tehát oda mernék concludálni, hogy az összes choreák eredetüket egy a szervezetben bárhol székelő, localis gyuladás toxinjainak köszönik, s hasonló módon jönnek létre, mint a diphtheriás polyneuritis.

Igen szépen összeegyeztethető, azt hiszem ezen felvétellel az, épen a choreánál oly gyakori recidivák kérdése is. Igen plausibilisnek látszik ugyanis, hogy a toxinok által bántalmazott agysejtek, melyek több-kevesebb idő alatt ismét regenerálódnak, egy ideig sokkal kisebb ellentállási képességgel fognak bírni. Így azután már egy csekélyebb insultus, teszem ismét egy angina, melyre az egészséges szervezet ily vehemens tünetekkel még nem reagálna, épen elégséges lesz egy újabb alak kiváltására, egy új chorea előidézésére.

III.

Laryngitis crouposa kétszeri fellépése öt héten belül.

Irta Schöller Károly dr., segédorvos.

A jelen cikkben a gyermekosztály ragályos anyagából egy esetet óhajtok közölni, mely tanubizonyoságul szolgál annak, hogy aránylag rövid idővel a diphtheria-serummal történt beoltás után Löffler-féle bacillusok által előidézett újbóli megbetegedése a garatnak és gégeinek lehetséges. Érdekes az eset már azért is, mert tulajdonképpen egy vegyes fertőzéssel állunk szemben, t. i. kanyaró kombinálva Löffler-diphtheriával és laryngitis crouposával.

Az eset maga a következő:

H. T. 3¹/₂ éves leányka 1901. december 16-dikán stenotikus légzéssel hozatott az osztályra. A mandolák duzzadtak, rajtuk fehér lepedék látható. A hőmérsék 40.3. Az epigastrium minden belégzésnél erősen behúzódik. A köhögés ugató, száraz. A tüdők és szív épek. A vizeletben idegen alkatrészt nincsen.

A garatból vett váladék bakteriologikus vizsgálata Löfflerre, positiv eredményt adott.

A beteg a felvétel napján 3000 egység serumot kapott. Ezenfelül alkalmaztatott: gözölés,¹ meleg borogatás a nyakra, belsőleg Ipecac. c. apomorph.

December 17-dikén. A nehézlégzési rohamok fokozódnak, a beteg cyanotikus, úgy hogy reggel 6 órakor intubálni kellett. Hőmérsék: 39.0.

E naptól kezdve egészen december 25-dikéig a beteg kevés kivétellel mindig tubussal légzett, mert a többször végzett extubálás után csakhamar ismét nagyfokú stenotikus légzés lépett fel, a mi miatt a beteget újból intubálni kellett. Az intubatio össztartama 123 óra volt.

December 21-dikén. A beteg még 1500 egység serumot kapott, úgy hogy most már 4500 egység serummal oltatott be összesen.

December 25-dikén. E napon történt a végleges detubálás. A beteg ezentúl teljesen szabadon légzett, hangja azonban még nem volt, a mi mit egy keletkezett gégedecubitusból magyaráztunk.

December 30-ikán. Az egész testen kiterjedt urticariaserű serumexanthema. Hőmérsék 38.0.

Január 1-jén. A serumexanthema eltűnt. A bal térd duzzadt, fájdalmas. A beteg a térdet kinyújtani nem tudja. Aspirin 0.30 p. dos. kétszer naponta.

Január 3-dikén. A térd duzzanata elmúlt. A beteg láztalan.

Január 5-dikén. A beteg teljesen jól érzi magát, felkel.

¹ A gözölés az osztályon külön e célra felállított gözölővel történik, melynek leírása, kezelésének magyarázata és a vele elért eredmények ismertetése egy később megjelenő cikknek fogja tárgyát képezni.

Január 10-dikén. A beteg gyógyultan távozik. Hangja még mindig rekedt.

A beteg tehát 1901. december 16-dikától 1902. január 10-dikéig enyhe torokdiphtherián és súlyos gégecroupon ment keresztül, melyből teljesen kilábalván, gyógyultan bocsátott ki.

1902. január 29-dikén a beteg újból behozatott a kórházba. Anyja előadja, hogy január 26-dikán a gyermek hányt, feje fájt. 27-dikén már kiütés volt látható. 28-dikán nehéz légzés lépett fel, mely azóta változatlanul fennáll, sőt valamivel fokozódott is. A gyermeket átvizsgálván, a következőket találtuk: az egész testen lencsényi, az alapról kissé kiemelkedő, livid színezésű foltocskák voltak láthatók. E mellett a torok képletei belöveltek, pirosak, duzzadtak; mindkét tonsilla belfelületén szürkés lepedék látható. Az egész garat telve sűrű nyákos genyes váladékkal. A nyelv száraz, erősen bevont. A köpet sűrű zölde, nyákos genyes.

A hőmérsék 40.0. A pulsus igen kicsiny, fonálszerű sz. p. 142. A légzés sz. p. 25, igen hangos; az epigastriumban az inspiriumnál erős behúzóadás.

Szív és tüdők épek.

Vizelet, miután a beteg azt mindig maga alá bocsátotta, nem volt vizsgálható.

A nehéz légzés és folyton fokozódó cyanosis délután 3 órakor az intubatiót tette szükségessé. Az intubatio után a beteg a tubuson keresztül nagy mennyiségű zölde színű nyákos genyes, bűzös váladékot ürített.

3 óra 10 perczkor a beteg a tubust kiköhögte. A tubus kiköhögése után a légzés szabadabb mint intubatio előtt volt. 5 órakor ismét nagyfokú stenosis és cyanosis lép fel, mire a beteget ismét intubálni kellett. Együttal 1 Pravaz oleum. kamphor.

Január 30-dikén. Reggel 8 órakor extubálás. A légzés szabad, pulsus szapora, de elég telt. Hőmérsék 40.0

10 óra 30 perczkor újra stenosis lép fel, mire a beteget intubálni kellett. Meleg fürdő, tarkóleöntéssel. Kamphorinjectio.

Délután 3 órakor. A légzési nehézségek a tubus daczára fokozódnak.

Délután 6 óra 30 perczkor. Nagy cyanosis közepette exitus.

A Minich főorvos úr által megejtett bonczolat a következő kórbonczatani diagnosist szolgáltatta:

Pharyngitis, laryngitis et bronchitis crouposa, tonsillitis crouposa insularis, subsequeute bronchopneumonia disseminata insulari utriusque pulmonis. Decubitus lentem aequans partis anterioris tracheae. Cicatrices rugosae cricoideae utriusque lateris, ligamentorum vocalium verorum in sequelam intubationem 5 hebdomina, propter diphtheriam (croup laryngis) ante obitum facta. Degeneratio parenchimatosa renum. Dilatatio cordis.

A gégeből vett alhártáryészlet bakteriologikus vizsgálata Löfflerre, positiv eredményt adott.

Egy torokdiphtheriával és gégecroupal kombinált morbillivel állottunk tehát szemben, mely vegyes fertőzés, mint tudjuk, rendkívül rosszindulatú és az esetek túlnyomó többségében halálhoz vezet.

A midőn a beteg másodizben hozatott osztályunkra, közel-fekvő volt azon gondolat, hogy egy a septikus morbillinél előforduló streptococcus croupal állunk szemben. Szóba jött egy a géget szűkítő peritrachealis phlegmone, valamint a Löffler-croup is, mely utóbbira Szontagh Felix dr. főorvos figyelmeztetett.

Serumot, tekintettel a beteg teljesen reménytelen és a sepsis képét mutató állapotára, nem adtunk. A bonczolat Löffler-diphtheriát és descendáló croupot mutatván ki, felmerül azon kérdés, mi módon jutott a beteg aránylag rövid idő mulva ezen a Löffler-féle bacillusok által előidézett megbetegedéshez?

Kétféle magyarázat adható:

1. Tudjuk azt, hogy Löffler-féle bacillusok az általuk előidézett lobos folyamat lezajlása után még rövidebb-hosszabb ideig mutathatók ki a garatváladékban. A mi esetünkben a betegnél 1902. január 10-dikén eltávozásakor is lehettek még Löffler-féle bacillusok a garatváladékban, melyek azonban virulentiájukban csökkentve voltak. Midőn azután a beteg a morbilli vírusával fertőztetett, miután a morbillinek egy majdnem állandó kísérő tünete a laryngitis catarrhalis acuta, ezen bacillusok tenyészésükre alkalmas talajra találván, virulentiájukban növekedtek és kifejtették hatásukat egy újabb diphtheriás megbetegedés képében. Biztosan ez nem állítható, mert a beteg első megbetegedése alkalmával serummal beoltatván, tudvalevőleg körülbelül három hétig immun diphtheria ellen.

2. Felvehető az is és ezen magyarázat plausibilisebb is, hogy ezen második Löffler-diphtheria és croup egy egészen új fertőzés kivülről, virulens Löffler-bacillusok által előidézve, melyre a beteg a morbillinél fogva annál disponáltabb volt.

Közlemény a székesfővárosi Szent László-közkórházból. (Főorvos: Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi magántanár.)

A gyermekkori bronchopneumonia kezeléséről.

Irta: *Biró Gyula* dr. orvos.

A zsenge gyermekkori egyik igen gyakori megbetegedése — mondhatjuk elég sok áldozattal — a hurutos tüdőlob, mely rendszerint nem önállóan jelentkezik, hanem a légutak hurutos megbetegedéséhez és igen gyakran hevenyész fertőző betegségekhez szokott csatlakozni. Rendszerint gyenge, rhachitikus és skrofulás gyermekeket támad meg, elég rossz prognoszt nyújtva ezen konstitutionális betegségek által megrongált szervezeteknél. Ugyancsak komoly prognoszt adnak ragadós bajok: morbilli, diphtheria, pertussis stb.-hez csatlakozó hurutos tüdőlobok is, mert itt a megkevesbedett lélegző felület nem egyedül, de az alapbetegség által okozott toxinhatással együtt támadja meg a beteget.

Valamely konstitutionális bajban szenvedő gyermek egyszerű légesőhurutja — tapasztalat szerint — elég gyakran halálos lefolyást vesz az által, hogy a lob feltartóztatlanul terjed le a tüdőszövetre. Képzeliük el egy angolokoros gyermek deformált mellkasát, a mely a szükséges kitéréseket nem képes végezni s így a tüdőt kellő mennyiségű levegővel ellátni; avagy egy lymphatikus, vérszegény gyermeket, a kinek ugyancsak egyszerű légesőhurutja oly könnyen idéz elő tüdőlobot az által, hogy a vézna, gyenge légző izomzat az erélyes expectorálásra szükséges működést nem tudja kifejteni. Súlyos, lázas betegségben szenvedő gyermeknél, a ki napokon át apathikusan fekszik, s szapora, felületes lélegzeteket vesz, akár a mindig jelenlevő légesőhurut tovaterjedése, akár a fekvés folytán is keletkező légtelen tüdőterületek meglöbösödése igen könnyen következik be. Kisebb gyermekek álhártyás gégelobjához — akár kezeltetett a baj intubálással, akár nem — igen gyakran társul hurutos tüdőlob és sokszor esik áldozatul a croupból gyógyult gyermek tüdőlobjának, a melyre a serum gyógyító hatást nem gyakorol.

Mielőtt a bronchopneumonia kezelésmódjaira áttérnék, érinteni fogom röviden azok fejlődésének és kórboncztanai képének vázolását.

Nagyjában megállapodás történt a pathologusok között arra nézve, hogy a bronchopneumonia legtöbbnyire a kis bronchusok elzáródása következtében jön létre. Ezen folyamat mechanizmusa úgy megy végbe, hogy a kis lobos hörg nyákos, genyes dugaszszal elzáródva, a hürghöz tartozó alveolusokban a levegő felszívódik, helyét desquamált hám és fehérvérsejt, továbbá csekély nyákos-savós köztí anyag foglalja el. Ezen légtelen terület elhalt anyagokkal kitöltve, kitünő tenyésztalajt képez a lobot gerjesztő microorganismusok számára. Hogy pedig ezek bejutása a légtelen tüdőrészekbe a rosszul szellőzött, fertőzött levegőjű lakásokban és kórházakban mily könnyen történhetik meg, nagyon is kézen fekvő dolog. És valóban a szegény néposztály, és a kórházak fertőzött helyiségeiben feltünő sok a hurutos tüdőlob, a mint aránylag ritkább az úri rend világos, jól szellőzött lakásaiban.

Ha a hurutos tüdőlob fejlődésében első stadium a légtelenség, akkor a légtelen területek levegővel való ellátása által azok lobosodását lehetne meggátolni, illetve a légtelen területek kifejlődésének megakadályozása által palliative és curative avatkozni be. A bronchopneumonia tudvalevőleg nem cyclikusan lefolyó betegség, mint a croupos tüdőgyulladás, a melynek gyógyítása nem áll az orvos hatalmában, hanem itt aktív és energikus beavatkozások által egyenesen curatív működést fejthetünk ki.

Ismert tény, hogy a légtelenné vált, de nem lobos tüdőrészt a légesővön keresztül felfújható, azaz levegővel ellátható; mennél korábbi a légtelenség, annál tökéletesebben, mennél régebbi, annál kevésbé.

Tény, hogy az atelectasia közvetlen oka: a kis hörgök eldugaszolása főképp erőtlen expiriumok folytán jöhet létre.

Tény az is, hogy a felületes és szapora légvétel a tüdő szellőzésére delectaer hatást gyakorol.

Ezen tények alapján kell felépülni azon módszernek, a melynek segítségével a tüdőlégtelenséget meggátolni, avagy a kifejlődött atelectasia megszüntetését el lehet érni. Ezen cél elérésére az osztályunkon újabban alkalmazott módszert ajánlom, mint a mely sok olyan esetben hatásos lesz, a mely ezen kezelés nélkül talán gyógyulatlan maradna.

A fenyegető vagy kezdődő légtelenség, illetve tüdőlobosodás megelőzésére, illetve gyógyítása végett *hydrotherapiai*, *mechanikus* és *gyógyszeres* kezelést egyesítünk.

Akár fenyegető, akár kezdődő, vagy kifejlődött légtelenséggel, illetőleg lobos tüdővel állunk szemben, szabály szerint *fürdőket* adatunk betegeinknek és pedig magas hőmérséklet esetén három, alacsony hőmérséklet esetén két fürdőt oly módon, hogy 26 R⁰-ú langyos vízben 20—30 percig tartózkodó beteget hűvöselt 10—12 R⁰-ú vízzel többször leöntetjük, mi által mély légvételekre kényszerítjük. Ennek természetes következménye lesz, hogy ugyanazon idő alatt nagyobb energiával több levegő hajtatik be ellátva az ép tüdőrészt s így akadályozva a légtelenség kifejlődését; másrészt meg a már légtelenné vált területeket többé-kevésbé ellátja levegővel. Természetes, hogy ha valamely tüdőrészt már meglöbösödött, eme második várható következmény elmarad, mert a lobos izzadmánnyal kitöltött alveolusok levegőt nem képesek magukba fogadni. De várható ez esetben is az egyik jó hatás: megakadályozása a légtelenség kifejlődésének az ép tüdőrészekben.

Eme fürdőkúra könnyebb esetekben eredményes lehet. Ha azonban a folyamat már nagyobb területeket vesz igénybe, erélyesebb eljárásra van szükség. Ezen esetekben *hűvös mellkasborításokat* adunk oly módon, hogy (a fürdőkön kívül) egy-két óránként, a hőmérsék magassága szerint állott vízbe mártott ruhákba takarjuk a gyermek mellkasát keresztköztes alakjában, úgy hogy abban az egész tüdő a csúcsokkal együtt bennfoglalatik. Ezen hűvös, nedves borítás fölébe száraz ruhát adunk. A hűvös borításokkal, részben az alkalmazásuk kezdetén kiváltott mély légvételek útján érjük el a kívánt hatást, részben pedig a borítás felmelegedése által a bőrbeli vérkeringés élénkítése útján a tüdőbéli vérkeringési viszonyokat javítjuk.

Ezen hydrotherapiai hatányok együttvéve sem járnak kellő eredménnyel a súlyosabb esetekben. Különösen a fertőző betegségekhez csatlakozó bronchopneumoniák eseteiben a gyermek oly elgyengült állapotban lehet, hogy kellő expectorálásra képtelen; ennél fogva légutaiban a folyton képződő hurutos váladék pang, megsűrűsödik s ez által az expectorálásra még alkalmatlanabbá válik. Ezen esetekben *nedves vízgőzűk beléjeztetése*, a mi által a pangó váladékot lazábbá s így az expectorálásra alkalmasabbá tettük, szokott jó eredményekkel járnak, természetesen az előbbi kezelési módokkal kapcsolatban.

Extrem, igen súlyos esetekben, a hol nagy tüdőfelület van érintve, *mechanikai* kezelést veszünk elő, a mely eljárás a mult év folyamán külföldről lett ajánlatba hozva.

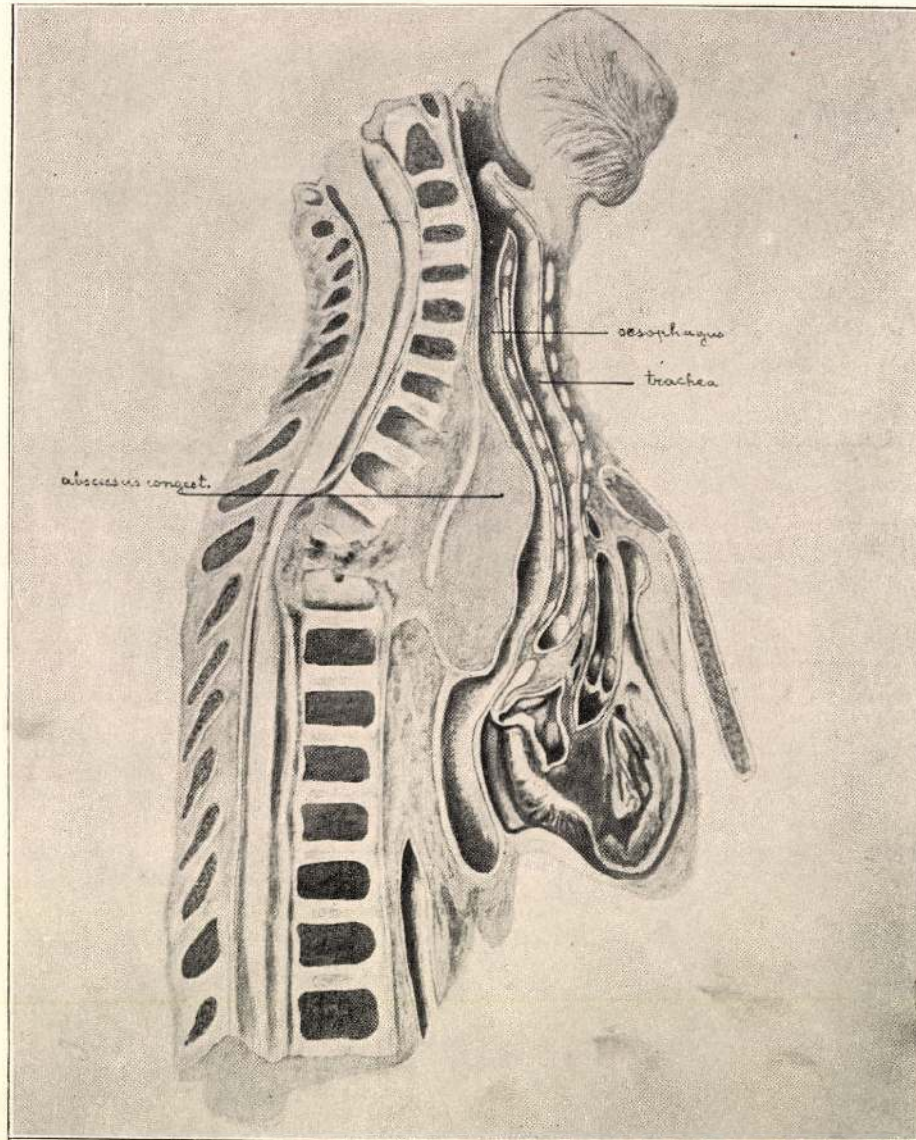
Ezen kezelés *mesterséges légzés* alkalmazásában áll, a mi naponként háromszor 20—30 percnyi időtartammal vétetik alkalmazásba. A mesterséges légzés által az inspirium alatt nagy mennyiségű levegő hajtatik be az ép és légtelen (de nem lobos) tüdőrészekbe, az expirium alatt pedig a hörgőkben képződött stagnáló váladék löketik ki, s ez által a hürghöz tartozó tüdőrészt ismét hozzáférhetővé válik a levegő számára. Ezen módszert igen súlyos — sajnos csupán — fertőző betegeken próbáltuk ki s így a tőle várt általános jó eredmény nem következett be. Ezen súlyos esetekben ugyanis a szervezet annyira meg van viselve az alapbetegség következtében, hogy e kezelési módok által remélt és elért megjavulása a hurutos tüdőlobnak, a beteg életét csak ritkán képes megmenteni; mert a parenchymás szervekben végbemenő degeneratív folyamat az életet lehetetlenné teszi.

E kezelési módnak igen szép és realis theoretikus alapja van. Ha szem előtt tartjuk az atelectasia fejlődésének mechanizmusát, úgy beláthatjuk, hogy ezen módszer által a folyamat egyenesen coupírozható. Itt különösen arra helyezem a súlypontot, hogy általa igen sok hörgőváladék távolítottatik el, s így a levegő bejutásának lehetősége adatik meg a tüdőbe, továbbá azon sokszor demonstrált tényre, hogy a légtelenné vált (de

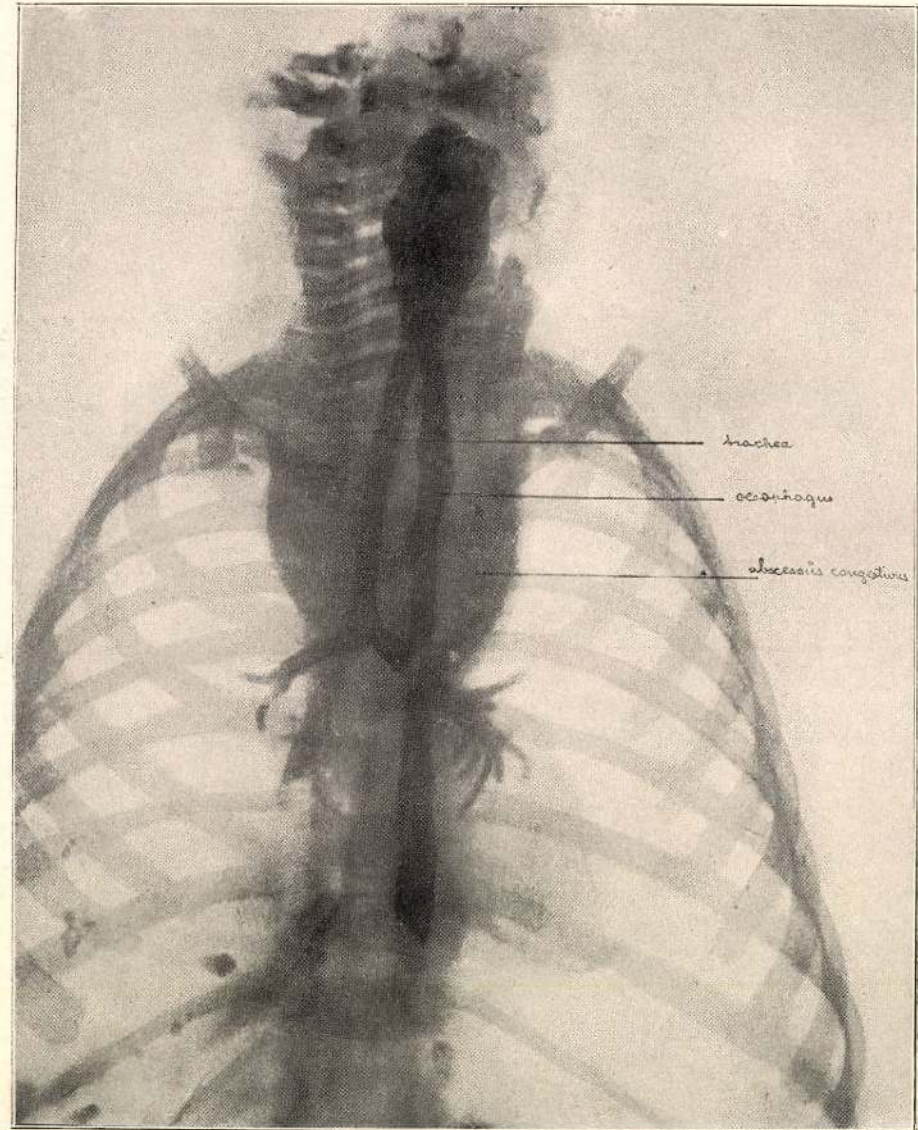
Közlemények a budapesti „Stefánia“ gyermekkórház Röntgen-laboratóriumából.

Deutsch Ernő dr. és Faludi Géza dr.-tól.

IV. tábla.



1. ábra. Spondyl. c. absc. congest.



2. ábra. Ugyanazon hulláról Röntgen-kép.

nem lobos) tüdő mechanikus úton levegővel felfújható. Ezen eljárás az egyszerű hörghuruthoz csatlakozó bronchopneumoniáknál — azt hiszem — jó eredményeket fog adni, hiányozván itt az életet oly nagy mértékben fenyegető hatány: az intoxicatio, a mely eseteinkben nagyon is fontos szerepet játszott.

Ezen módszerrel kezelt és gyógyult eseteink — megvallom, nem nagy számúak, mert a kórházi nagy beteglétszám mellett eféle, naponta több órát igénybe vevő kezelés nagyon nehezen viheto ki — jó részben a kanyarós bronchopneumoniák közül került ki. Ennek természetes magyarázata, hogy a bronchopneumonia a kanyarónak leggyakoribb szövödménye s így legnagyobb számban ott fordul elő.

Az egyes kórtörténeteket itt mellőzve, röviden leírom szerzett tapasztalatainkat.

A legelső e módon kezelt betegünk, egy súlyos gégecroupban szenvedő öt éves leánygyermek, kinél betegsége negyedik napján magas láz kíséretében kiterjedt bronchiolitist konstatáltunk. Lobos góczokat kimutatni nem tudtunk, azonban a magas láz és szapora légzésből jelenlétüket sejtteni lehetett. A hiányos expectoratio miatt atelektaziás és pneumoniás góczok fejlődésétől tartván, a hydrotherapiai kezelés mellett mesterséges légzést indítottunk meg. Ezen esetben valóban szép eredményt értünk el. Az értelmesebb gyermek felszólításunkra a mesterséges légzéssel kihajtott váladékot kiköpte és valóban meglepő volt, hogy 15 perc alatt milyen óriási tömegű nyákos-genyes váladékot tudtunk egy törülközőben összegyűjteni. Néhány nap alatt feltűnő gyors javulás állott be a hőmérsék fokozatos csökkenésével. A beteg meggyógyult.

A második esetünk: négy éves fiúgyermek kanyarója ötödik napján halványodó kiütéssel került hozzánk, mindkét alsó lebeny és a bal felső lebeny hátsó részének confluáló tömörülésével. Már másnap igen szapora, nyögő légvétel, nagyfokú cyanosis, az orrszárnnyak élénk játéka s a beteg súlyos apathikus magatartása, szapora kis hullámú érverése a legrosszabb körjólátot adták. A kezelés: fürdők, kereszt-kötések és mesterséges légzés alkalmazásából állott. Az állapot az első napokban egyre rosszabbodott, úgy hogy a nyolczadik napon már az exitust vártuk. Meglepetésünkre a gyermek állapota e naptól kezdve egyre javult: a hőmérsék délután is 38^o-on alul maradt, míg eddig minden délután 38–38⁷⁰ közt ingadozott. A tizennegyedik naptól kezdve a délutáni hőmérsék is 37^o alatt maradt, a gyermek mindig jobban megerősödött, úgy hogy három hét múlva a hurutos tünetek megszüntése után gyógyultan bocsátottuk el. Megjegyzem, hogy a tüdő naponta megvizsgáltott, s a kórisme, mely három tüdőlebeny, tömörülését tételezte fel, naponta megerősítettett. Ezen eset tehát a legsúlyosabb bronchopneumoniák közé tartozott s hogy dacára a gyermek nagyfokú rhachitisének — négy éves kora mellett még nem járt — ilyen nagy kiterjedésű bronchopneumoniájából meggyógyult, csakis úgy tudom magyarázni, hogy a tüdő hátsó részén három lebeny felett észlelt tomputat és hörgi légzés nem csupán lobos góczok, hanem a köztük elszórt atelektasiás területek által is okoztatott; ez atelektasiás területek a kezelés által levegővel láttattak el s így azok meglobosodása elmaradt. Egészen bizonyos vagyok benne, hogy a légtelen területek meglobosodása ilyen súlyos állapotban nem maradt volna el a kezelés nélkül.

Még egy morbilli-croup esetben értünk el ily frapps hatást, a kinél tudniillik szintén három lebenyre vonatkozó confluáló tömörülés volt jelen. Az összes kezelési módokat alkalmazásba véve, két hét után csupán a hydrotherapiai eljárást hagytuk meg további két hét tartamára. A beteg gyógyultan távozott. Több könnyebb esetben szintén szép eredményt értünk el, de ezt nem akarom kezelésünk javára írni, mert kis kiterjedésűknél fogva spontán is meggyógyulhattak volna. Több súlyos esetben az exitust nem lehetett feltartóztatni vagy az intoxicatio súlyossága, vagy a tüdőlob nagy kiterjedése miatt. Ezen esetek bonczolásánál láthattuk, hogy a nagy kiterjedésű lobos góczok mellett relatív kevés volt a légtelen terület, jelölül, hogy azok keletkezése a kezelés által meggátolatott, vagy jelenlétük esetén meggyógyítottatott.

A gyógyszeres kezelés minden esetben köptető és tonizáló szerek adagolásából állott.

Ezek alapján ezen módszert a bronchopneumoniák kezelésére, mint igen hatásos eljárást merjük ajánlani különösen nem hevenyész fertőző bajokhoz csatlakozó esetekben, a hol egyedül ezen baj ellen kell és azt hiszem eredményesen lehet küzdeni.

Közlemények a Stefánia-gyermek-kórház Röntgen-laboratoriumából.

Deutsch Ernő dr. és Faludi Géza dr. segédorvosoktól.

*Spondylitis dorsalis sup. c. absces. cong.*¹ A mellékelt thorax-átmetszet és Röntgen-kép jól érzékitik a csigolyák kóros elvál-

¹ Winternitz Arnold főorvos egy későbbi közleményben az esetet bővebben fogja leírni.

tozását, a torlódási tályog és az általa dislokált szervek tájboncztatni helyzetét.

A hullarészt *Hildebrand* módszere szerint praeparáltuk és azután készítettük a Röntgen-képet.

TÁRCZA.

A tengermelléki kórházokról.

Irta dr. Bókay János egyet. tanár.¹

A görvélykóros gyermekek védelme több mint egy évszázad előtt került felszínre Angliából s dacára ennek, a kérdés nálunk ép úgy, mint mindenhol, ma is még aktuális, mert a görvélykórosok nagy számával szemben sehol sem történetett eddig ezen irányban elegendő. A védelem ezen a téren ma talán sikeresebbnek is ígérkezik, mint valaha, mert a társadalom s államok végre egyaránt átlátták, hogy a tuberculosis ellen küzdeni kell s vajjon mi más a görvélykór elleni küzdelem, mint küzdelem a gümőkór ellen? Hisz — fájdalom — nagyon is jól tudjuk, hogy ezen kórság nem egyszer melegágyát képezi a tuberculosis csirájának, a gümőkór bacillusának.

A védelem ezen a téren tehát közérdek; exquisit nemzetgazdasági feladat, küzdelem a depopulatio ellen, mert jól mondja egy jeles szakiró: „*Lorsque les enfants scrophuleux restent sans traitement et sans guérison, le tort qu'ils font à la société et à la prospérité générale est doublement grave, car ces individus enfantent à leur tour des enfants sans force*“.

* * *

A görvélyes betegség kórnemzői részben a szennyes, romlott levegő s a szervezet rossz táplálkozása s azért a scrophulosis legnagyobb részét a nagy városok, különösen a gyárvárosok szegényosztályú gyermekeinek nem irigylendő osztályrésze.

A görvélykór elleni küzdelemben ennél fogva mint fontos tényezők szerepelnek a tiszta, szabad körlevegő s a lehetőleg erős táplálkozás s ezen gyógytényezők kiváló óvó (prophylactikus) erejére támaszkodtak azon társadalmi alkotások, melyek „szünidei gyermektelepek“, „fél-coloniák“, „tej-stációk“, „Stadt-Colonie“, „Ferien-Milchkur“, „soupes scolaires“ és „schools-dinners“ stb. név alatt eléggé ismeretesek.

Bizonyos irigységgel olvassuk, hogy a nagy angol fővárosban, Londonban egy jótékony egyesület, az ú. n. „Metropolitan Public Garden-Association“ azon célzattal alakult meg több év előtt, hogy elősegítse a túlságosan lakott városnegyedekben nyilvános parkok s játszóterek létesülését (Drezdában a „Volkswohl“ ugyanily célból létesült) s ezen társaság oly buzgalommal s odaadással működött, hogy 1882-től 1890-ig 65 parkot s játszótérrel létesíthetett, részben önállóan, részben a hatóság közreműködésével. Angliában általában, mint minden a közegészségügygel kapcsolatos kérdésnél, úgy ezen irányban is megvan a helyes érzék, a mennyiben újabban államilag is gondoskodva van arról, hogy minden grófságban, nagyobb városokban nyilvános parkok, játszóterek létesíttessenek s 5000 városi lakosra e célra egymásfél hektárnyi terület van számításba véve.

Mily lélekemelő a lagunák városának, Velenceze városi hatóságának azon intézkedése, hogy a fürdési időszak alatt szegénysorsú, gyengébb alkatú gyermekeket küld nagy számmal naponta 3 órára a Lido partjára, hogy legalább néhány órahosszat élvezhessék a tenger sós vizét s a tiszta tengeri levegőt, melyet ugyan csak nélkülöznek Velenceze szűk sikátoráiban.

New-Yorkban a közjótékonyosság (Stuart Johns Society) által fenntartott, elmésen kigondolt „Floating-Hospital“ a legmelegebb évszakban reggel 8-tól esti 6 óráig gyenge gyermekeket és anyákat visz ki a tenger vizére egy vontatóhajón, körülbelül öt mérföldnyire a new-yorki kikötőtől s ezen társadalmi alkotás oly buzgalommal működik, hogy a „Floating-Hospital“ pl. 1893-ban július 12-től augusztus végéig 44,750 gyermeket s anyát szállí-

¹ Szerző ezen előadását, laikus körben, azon célzattal tartotta, hogy mozgalmat indítson meg egy tengermelléki kórház létesítésére, a magyar partvidéken.

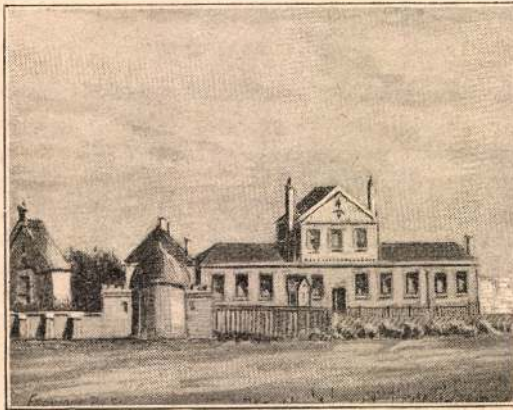
tott ki a tengerre, gondoskodva jó ápolásukról s erőteljes táplálásukról s a kihajóztak 10,000 tengeri fürdőt használtak a szabadban. A „*Floating-Hospital*“ egy kimustrált, átalakított nagy tengeri hajó. Hossza 210 láb s szélessége 30 láb. Refectoriuma 600 gyermekre szolgál; hálótermében 14 ágy áll a gyengélkedő gyermekek rendelkezésére.

Mindezen, jórészt társadalmi alkotások előtt, mindenki kell, hogy tisztelettel kalapot emeljen; mindezen intézkedések s intézmények azonban a görvélykór elleni küzdelemben csak óvó, prophylacticus értékűek.

Gyógyérték szempontjából a tengerparti „*Hospice*“-ek érdemelnek kiváló figyelmet, mert a tenger melléki kórházak *legfőbb* célja *különösen görvélykóros gyermekeknek rövidebb-hosszabb időre oly otthont teremteni, hol állapotuk gyógyulására a lehetőség, mint bő tapasztalatok mutatják, inkább van megadva, mint akárhol egyebütt.*

S mik a gyógytényezői ezen intézeteknek?

Ezen hospice-ek tengerparti fekvése biztosítja első sorban azon célt, melyet ily gyógyintézet létesítői feladatul tűztek maguk elé; mert gyógyhatányai: *a végtelen tiszta sós levegő, annak magas nedvességtartalma, a sósfürdők, a nap erős sugárzása*, melyek mindmegannyian hatalmas gyógyeszközök a gyenge és erőtlenségek ellentámasztási képességgel bíró szervezet megerősítésére s a lassúbodott anyagcsere felhangolására. Mindezekhez hozzájárul a tenger közelsége által okozott *enyhébb hőmérséklet*, mely lehetővé teszi esetleg az egész éven át a szabad levegő-kúra használatát s a testedzés keresztülvitelét. Hogy e mellett ily intézetekben a



A margate-i hospice Angliában 1796-ban.

sebész keze sem nyugodhatik tétlenül, hanem beavatkozik ott, hol a beavatkozás nem odázható el, azt szükségesnek tartom hangsúlyozni, mert jól mondja egy francia orvosiró, hogy:

„*La mer sans bistouri guerit un grand nombre de manifestations scrophuleuses; le bistouri sans la mer n'en peut guérir qu'un nombre limité, mais ils s'aident mutuellement, ils se complètent l'un l'autre; unis, ils mènent à bien les cas de scrophule les plus graves et les plus invétérés.*“ (Houzel.)

* * *

A tenger melléki kórházak fejlődését s jelen állását Európában vagyok bátor röviden a következőkben vázolni:

Richard Russell angol orvos volt az első, ki a scrophulosis gyógykezelésénél a tenger fontosságát felismerte (1750-ben) s irodalmi munkálataiban szükségességét hangsúlyozta annak, hogy a tenger vize — *mint gyógytényező* — a görvély gyógyításánál minél inkább kihasználtsék. Az első tengeri hospice negyven évvel később alapított Angliában, Margateben, „*Royal sea bathing infirmary*“ név alatt. Az intézet 1796-ban nyílt meg a trónörökös, a későbbi György király jelenlétében.

Jótékony adakozásokból s alapítványokból létesült s négy ízben: 1816-ban, 1837-ben, 1848-ban és 1882-ben újabb és újabb építkezések által bővített, mely építkezések közül különösen az utolsó bír a legnagyobb fontossággal, a mennyiben általa a margate-i kórház Europa legjelentékenyebb tengeri hospice-ei közé emelkedett. Ezen építkezést a nagy hírű börgyógyásznak, *Sir Erasmus Wilson*-nak 30,000 fontnyi alapítványa tette lehetővé.

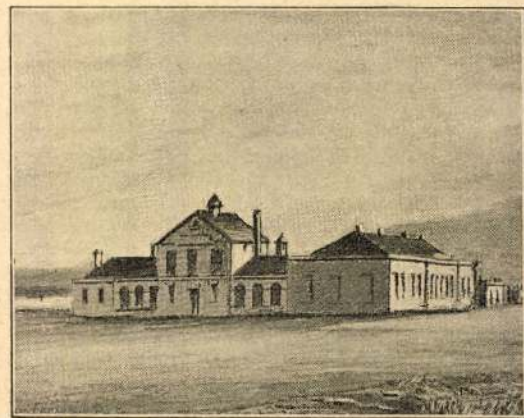
A kórház szerény kis épületben, 16 ágygyal kezdte meg működését; 1797-ben ágy száma 25-re emelkedett, 1798-ban 48-ra, 1800-ban 83-ra, 1833-ban pedig 250-re. Működése az utolsó években is jórészt csak a nyári időszakokra szorítkozott s a betegeknek csak kis töredéke állt a téli hónapokban is kezelés alatt. A kórház bejáró betegekkel is foglalkozik s alapítása óta 1883-ig összesen 42,233 bennlakó és bejáró beteget ápol.

Az intézet közvetlen a tenger partján fekszik, melynek szelíden emelkedő, homokos partja lehetővé teszi a gyermekeknek veszélytelen fürdését a szabadban. Az építkezés célszerű; a barátságos, fődött folyosók megengedik, hogy a betegek még esős napokon is hosszabb időt tölthessenek a szabadban.

Az átlagos kezelési tartam három hét; súlyos esetek kivételesen azonban hónapokig is benntartatnak. Felvétetnek a 6-ik évtől a 16-ik évig; nyolcz heti intézeti ápolásért a tehetős betegek két fontot tartoznak előre lefizetni. 1880-tól 1883-ig összesen 508 tizenhat éven aluli beteg vétetett fel s ezek közül gyógyult 121, javult 347, nem javult 28, meghalt 12.

Margate 18,000 lakossal bíró tengeri város, nyolcz órányira Londontól. A hospice öt pereznnyire fekszik a vasúti indóháztól.

Margate-en kívül Angliában még több tenger melléki intézet áll rendelkezésre gyenge alkatú beteges gyermekek ápolására, „*convalescent houses*“, „*homes*“ s „*seaside houses*“ elnevezéssel, ezen intézetek azonban nem tartoznak a szó szoros értelmében vett tengeri hospice-ekhez, hanem inkább *sanatorium* jellegével bírnak. Ezek közül egyesek lábbadozó nőket is befogadnak. A



A margate-i hospice Angliában 1816-ban.

tengerparton 33 ily intézet van; a legkiválóbbak közülök: *Bournemouth*-, *Eastburne*-, *Southport*-, *Rhyl*-, *New-Brighton*- és *Weymouth*-ban létesültek.

Franciaországban az első tengeri hospice-t magánjótékony-ság alapította 1847-ben Cetteben. 1861-ban a párisi kórházak kezelésére, az „*Assistance publique*“ hasonló intézetet létesített Berck sur Mer-ben, közvetlenül a tenger mellett. Ez, a méltán nagy hírű „*Hôpital maritime à Berck sur Mer*“, melyet a császárság idejében „*Hôpital Napoleon*“-nak neveztek. Az intézet létesítésének eszméje *Perrochaud* dr. érdeme, — meggyőződve ugyanis *Perrochaud* a tengeri fürdők kiváló jó hatásáról a görvély gyógyításánál, 1857 nyarán egy szegénysorsú özvegy asszony, *madame Duhamel* segítségével néhány gyermeket, kiket a párisi lelenzházból választott ki, elhelyezett Grosfliers községben, honnan *Duhamel* asszony talicskán maga vitte ki őket a tengerpartra kétszer naponta, gondozva őket, fűrésztve, mosogatva sebeiket. Ez képezi a nagyszabású francia hospice fejlődésének magvát.

Az ily módon nyert tapasztalatok adták meg az impulsust arra, hogy létrejűjön a partvidéken azon intézet, melybe a párisi kórházak kezelésére eddig körülbelül negyedfél millió frankot fektetett s mely intézet 734 betegágyával nemcsak a világ *legnagyobb*, hanem egyszersmind *legjobb* berendezett tengeri kórháza is.

Kezdetben az intézet egyszerű faépületből állott 100 ágygyal, ma a hospice egész épület-tömb, patkóalakú elhelyeződés-sel s hat hektárnyi területet foglal el. A nagy kórház hat pavillonból álló téglalapítmény; a pavillonok egymással fedett átjárók-

kal állanak összeköttetésben. Mindegyik pavillon kétemeletes épület, főhomlokzatukkal a tenger felé néznek. Az épület mögött nagy kiterjedésű sétányok állanak a betegek rendelkezésére. A nevezett pavillonokban összesen 14 hálóterem van, egyenként 36 ágygyal s 5 kisebb terem 16—16 ágygyal. 1895-ben egy új épületet emeltek 60 ágygyal, ezen épületben lesznek megfigyelés céljából elhelyezve a Párisból érkezett gyermekek, nehogy fertőző bántalmakban szenvedők jussanak a tulajdonképeni hospice-ba. A kórházi tartózkodás tartama nincs korlátozva s a beteg állapotától, illetőleg a bántalom minőségétől tétetik függővé az ápolás hossza. A hospice egész éven át szakadatlanul folytatja működését. A napi ápolási költség fejenként 2 fr. 10 centime. 1869-től 1882-ig összesen 4692 beteg ápolatott s egy betegre átlag 423 ápolási nap esett.

Berek sur Mer vasúttal öt órányira van Páristól, Boulogne s Étaples között egy délről északra majdnem egyenes irányban nyúló strandon. Ugyancsak Berek sur Mer-ben van az „Hôpital Rothschild”, továbbá az „Hôpital Bouville” s az „Hôpital Parmentier”. Mindhárom hospice görvélyes és gyenge alkotású gyermekek befogadására létesült; az első James Rothschild báró kizárólagos alapítványa, a két utóbbi magánvállalkozás, annyiban azonban nyilvános jelleggel bír, hogy Páris közseggtanácsa szegény beteg gyermekeit ezen két intézetben helyezi el 1 franc 85 centime ápolási díjért. A Rothschild-kórház 1870-ben alapított s 60 ágyra van berendezve; a felvett gyermekek kora 2—16 év között ingadozik; a felvételnél vallásra és nemzetiségre tekintettel nincsenek. Az intézet egyike a legjobban felszerelt hospice-eknek. Egyegy beteg ápolás-napjainak átlaga 90.

A felsorolt tenger melléki kórházakon kívül Franciaországnak összesen még tíz hasonló intézete van, részben sanatorium jellegével s mindent összevéve körülbelül kétezer ágygyal rendelkezik ezen intézetekben görvélyes és gyenge alkotású gyermekek számára. Központjuk az „Oeuvre des Hôpitaux marins”.

A beruházási költségek a francia intézeteknél ágyanként átlag kétezer francot tesznek ki s az ellátási költség naponként és fejenként körülbelül 2 franc. Az ápolási díj 1 franc 45 centime és 3 franc körül változik.

Olaszországban a tengeri hospice-ek *Barrellai* doctornak lelkes felhívására s fáradságot nem ismerő buzgólkodása folytán létesültek s 1862 óta, a mióta az első ily intézet Viareggio-ban

megalakult, összesen *húsz* intézet keletkezett és pedig mindannyia kizárólag társadalmi úton. (Megjegyezzük, hogy ezen számban nem foglaltatnak benn az úgynevezett „*Scuoli dei Rhachitici*”, mely intézetek angolkóros gyermekek számára szolgáló paedagogikus menhelyek.)

Az egyes intézetek, melyek az olasz tengerpart legkülönbözőbb helyein létesültek, alapítási évük s földrajzi elhelyezésük szerint a következők:

Tirrhéni tenger:

Viareggio 1841, Voltri 1862, Sestri-Levante 1864, Nervi 1865, Porto d'Anzio 1867, Porto San Stefano 1870, Ceceina 1871, Loano 1872, Celle 1872, Livorno 1872, Palermo 1874, Bocca d'Arno 1875, Cagliari 1879.

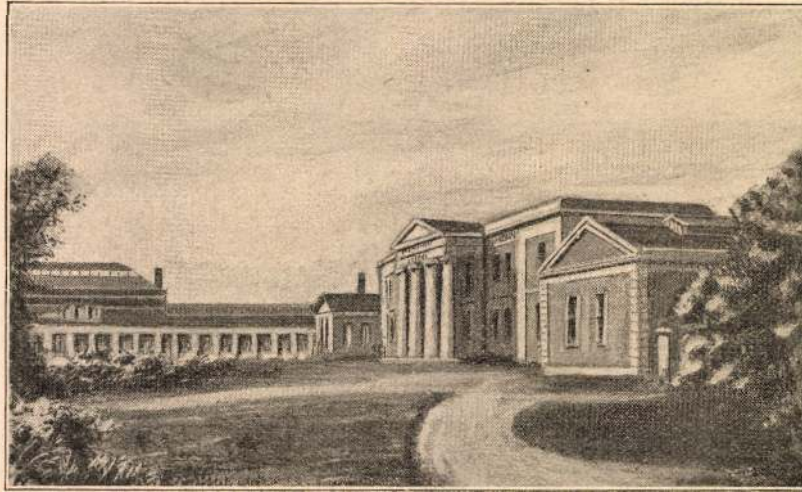
Adriai tenger:

Fano 1863, San Benedetto de Tronto 1865, Riccione 1866, Lido 1868, Rimini 1870, Pesaro 1872, Barletta 1873, Santa Cesaria 1882.

Mindezen intézetek közül ma 16 áll s körülbelül 1650 ágygyal rendelkezik. Hogy mily intenzív s áldásos működést fejtenek ki ezen intézetek, eléggé illusztrálhatom, ha felemlítem, hogy 1880-ban a hét legnagyobb tenger melléki intézet és pedig Palermo-, Loano-, Lido-, Viareggio-, Sestri-, Levante-, Porto d'Anzio- s Rimini-ben összesen 3076 gyermeket ápoltak.

A legszebb intézetük a viareggio-i „*Ospicio Vittorio Emanuele*” s a lido-i terjedelmes hospice. Az első 100 ágyra van berendezve, az utóbbi 200 gyermeket fogadhat be. Míg a viareggio-i intézet solidan épült díszes kőépület, addig a lido-i hospice egyszerű, de jól felszerelt három tágas udvarral bíró faépítmény, melyet 360,000 líra költséggel 4000 négyszögmeternyi területen emelt az olasz közjótékonyosság.

Az olasz intézetek — a palermo-i hospice-t kivéve, mely egy volt királyi kastély átalakításából keletkezett s jól berendezett, kies fekvésű épület — mindannyian csak a nyári hónapokban, tehát körülbelül három hónapig működnek s a gyermekek átlag alig egy hónapot tartózkodnak az intézetben. Az ápolási díj jobb módú betegeknek másfél-három líra közt változik. A legnagyobb intézetük Porto d'Anzio, melynek 500 ágyra van helye s melyben a nyári időszakban évente körülbelül 2000 gyermek fordul meg Rómából s környékéből. Hogy mily könnyedén s egyszerű módon létesült Olaszországban egyik-másik intézet, mutatja a livorno-i kis hospice, melyet ma egy florenzi izraelita egyesület tart fenn, melyet azon-



A margate-i hospice ma.



A berck sur mer-i hospice Franciaországban 1861-ben.



A berck sur mer-i hospice 1872-ben.

ban eredetileg egy florenzi kis kávéházi asztaltársaság kezdeményezett oly módon, hogy kötelezték magukat arra, hogy évente egy Napoleon d'or-t fizetnek, hogy egy-két szegénysorsú görvélyes gyermeket a nyári időszakra a tengerpartra küldhessenek.

Belgiumnak két nagyobb hospice-e van; az egyiket 300 ágygyal a brüsseli kórházvezetőség létesítette Middelkerke-ban

— Ostende mellett — *Roger de Grimberghe* félmillió alapítványából, a másik — közel Blankenberghe-hez — *Venduyne*-ben van, 200 ágyra van berendezve s *Abeelen* doctor magánkórháza. Mindkét hospice létesítésénél *Berek sur Mer* szolgált mintául s ennek megfelelőleg télen át is nyitva állnak s a betegek kezelésének tartama egyik intézetben sines korlátok közé szorítva.

Hollandiában a tenger-melléki intézetek nem foglalokznak kizárólag görvélykórosok kezelésével s általában inkább az angol intézetek mintájára létesítettek. A szó szoros értelemben vett hospice jellegével tulajdonképpen csak a *scheveningeni* intézet bír, a felvétel azonban itt is csupán a juniustól szeptemberig terjedő időszakra szorítkozik. Ezen intézetet *Zsófia* királyné alapította 1866-ban. 1880-ban a kórház modern stílusban épült fel s 100 ágygyal rendelkezik s kizárólag gyermekek számára szolgál, míg a *zandtvoort-i* intézet pl. felnőttekkel is foglalkozik s inkább üdülőház, mint hospice.

Dániának összesen egy tengeri hospice-e van s ez a *Koppenhágától* körülbelül hetven kilométerre fekvő s *Seeland* szigetén létesült *kies fekvésű* s teljesen *berek sur mer-i* mintára létesített *refsnäs-i Kysthospitalet*. Az intézet *Engelsted* tanár buzgólkodása folytán közadakozásból létesült. A kétemeletes főépület, mely közvetlen a tenger partján áll, 150 gyermek számára van teljesen felszerelve s az egész éven át nyitva áll.

Oroszországban a finn tengeri öbölben — negyvenkét kilométerre *Szt.-Pétervártól* — *Oranienbaum*-ban van egy 50 ágyra berendezett intézet, melybe a *szt.-pétervári* gyermekkórházak s a „*Haza-fias társaság*“ iskoláinak lábadozó vérszegény és görvélyes gyermekei vétetnek fel a nyári hónapokra, ezen intézet azonban szigorúan nem sorozható a tenger-melléki kórházak közé, a mennyiben itt a tengervíz gyógyhasználat a háttérbe szorul, lévén a tenger eléggé távol az intézettől, úgy hogy a fürdést igénylő betegek kocsikon kell, hogy szállíttassanak a tenger mellé.

Németországban *Beneke* tanár lelkes buzgólkodása folytán alakult meg 1881-ben a „*Verein für Kinderheilstätten an den*

deutschen Seeküsten“ s nevezett egyesület 1886-ban adta át a nyilvánosságnak az általa létesített „*Kaiserin Friedrich Seehospice*“—át *Norderney*-ben s ezen szép intézet megalkotásával *Némethon* egy oly hospice-et teremtett, mely bátran felveheti a versenyt a franciai berek sur mer-i kórházával. A *norderney-i* intézet nyilvános adakozások útján jött létre s hogy ezen adakozások mily gyorsasággal történtek, kitűnik

abból, hogy midőn *Beneke*, *Vilmos* császár figyelmét felhívta a mozgalomra, az uralkodó megígérte, hogy ha egy ily hospice létesítéséhez egy év alatt össze tudnak adni 250,000 márkát, akkor ő ugyanannyit ad sajátjából, — s a németek a jelzett idő alatt 350,000 márkát gyűjtöttek.

A nagyszabású intézet pavillon-rendszerben van tartva s az egész éven át folytatja működését.

Az intézet áll: 1. egy főépületből, mely a directio s az orvosok lakóhelye s 21 jobb módú beteg számára pensionatus; 2. hat beteg-pavillonból, melyek mindegyike 36 gyermek számára van teljesen felszerelve; 3. két elkülönítő barakból fertőzött betegek elhelyezésére; 4. egy nagy épületből, mely a főzohelyiségeket foglalja magában s ugyanitt van a nagy ebédlőterem is, mely 300 gyermek számára szolgál; 5. külön épület tartalmazza a mosásra szolgáló helyiségeket; 6. az etablissement-t kiegészíti egy fürdőház, közvetlen a tengerparton. Az épületek, kivéve a gazdasági épületet, kétemeletesek. Az intézetbe a görvélykórosokon kívül felvétetnek angolkóros gyermekek, továbbá ideg- s oly tüdőbeteg gyermekek, kiknél a betegség még csak a kezdeti időszakban van. A heti ápolási díj vagyonosoknak 15—20 márka, kevésbé módosoknak 5—10 márka. Az intézetben az utolsó tíz évben, *Rode* dr. igazgató jelentése szerint összesen 7561 gyermek kezeltetett.

A *norderney-i* intézetet kívül az egyesület még három intézetet alapított és pedig: *Wyk*-, *Gr. Müritz*- és *Zoppot*-ban 80, illetőleg 70 és 40 ágygyal, ezen intézetek azonban csak nyáron át működnek.

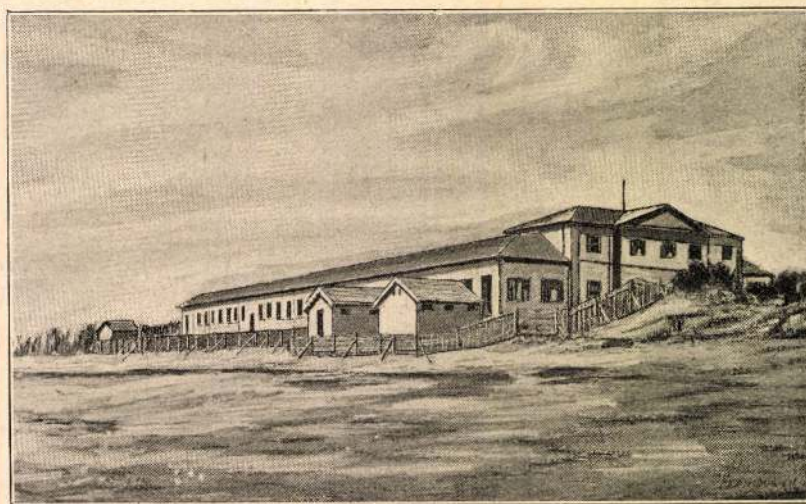
Ezeket kívül Németországnak még hét tengerparti intézete van és pedig: *Colberg*-, *Dühren*- (*Cuxhaven*

mellett), *Heringsdorf*-, *Travemünde*-, *Wangervog*- és *Westerland-Sylt*-ben s ezen elősorolt tíz intézetben 1893-ban 2188 gyermek ápolatott 159,033 márka költséggel.

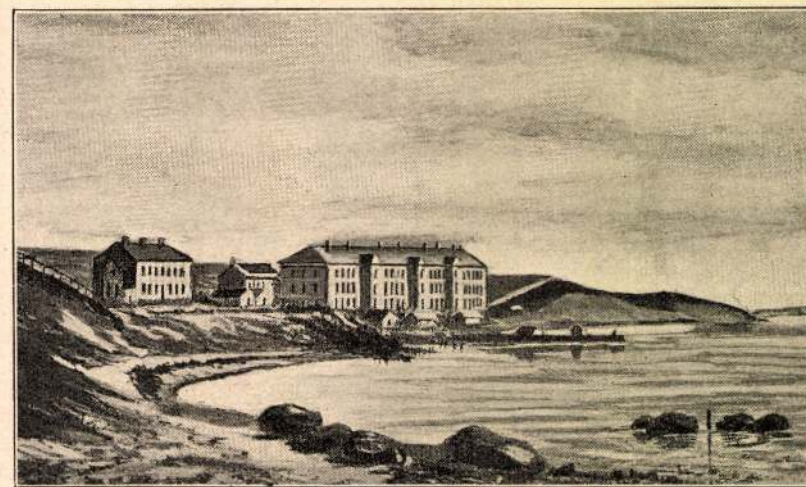
Ausztriában összesen három hospice van és pedig a már régebben fennálló *grado-i „Primo ospicio marino Austriaco*“, mely 1873 óta működik, s melyet *Barellai* lelkesítő felhívására *triesti*



A viareggio-i hospice Olaszthonban.



A lido-i hospice Olaszthonban.



A refsnäs-i hospice Dániában.

s görzi emberbarátok alapítottak, továbbá az 1884 óta fennálló triesti „*L'ospicio marino per i poveri scrophulosi*“, melyet a triesti gyermekbarát-egyesület alapított s végül az 1888-ban megnyitott nagy „*Maria Theresia Seehospice*“ San Pelagio-ban, Rovigno mellett, az istriai tengerparton, mely intézetet a Bécsben székelő „*Verein zur Errichtung und Förderung von Seehospicen und Asylen*“ létesített.

Míg a triesti intézet szerény keretben működik s sanatorium jellegével bír, addig a grado-i hospice 70 ágyával már kiterjedtebb működést fejt ki, bár csak a nyári hónapok alatt folytatja munkálkodását, a sanpelagio-i kórház pedig oly intézet, mely méltán sorakozik Europa legjobban berendezett s vezetett tengerparti hospice-ai mellé. A kétemeletes, patkóalakban épített köépület 150 ágyra van berendezve s egy jól felszerelt hospice minden kellékeivel el van látva. Az intézet télen át is nyitva áll s a betegek lehetőleg teljes gyógyulásig tartatnak benn. 1888-ban az ápolási napok száma 29 és 237 között ingadozott. Az ápolási költség fejéenként s naponként 86.4 krajczárt tett ki, mely összeg, tekintetbe véve az intézet intenzív orvosi működését, magának egyáltalán nem mondható. Négy év előtt tavasszal látogattam meg ezen igazán szép osztrák intézetet, s mondhatom, nem csekély meghatottsággal szemléltem a tengerpart szeliden lejtős, fővenyes partján szórakozó gyermekereget, melyen meglátszott, hogy nem synylódik, hanem idül s jórésze gyógyulást nyer a gondos ápolás, a tengervíz és levegő jótékony hatása folytán.

Az intézet összes ágyai úgyszólván folyton le vannak foglalva s előjegyzések a jobb módú családok részéről nagy számmal történnek, mi kétségtelen bizonyítéka az intézet iránt tapusított bizalomnak.

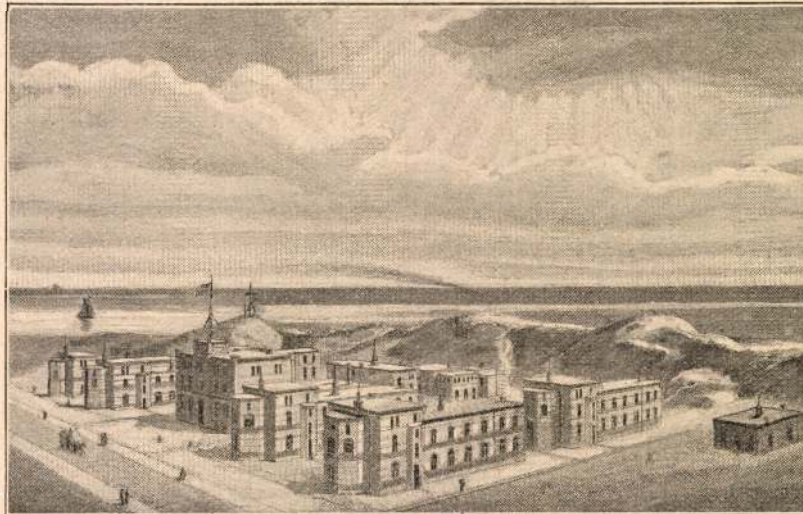
Hazánknak eddig összesen csak egy tengerparti intézete van, s ez a horvát parton, Cirkveniczán létesült „*László-Otthon*“, mely létezését József főherceg s Klotild főhercegné asszony kegyeletes érzésének s áldozatkészségének köszönheti. Az intézet ma úgyszólván még csak gyermekkorát éli, de már eddig kifejtett áldásos működésével is megmutatta, hogy kitűzött céljának teljesen megfelel s bár egyelőre szerény keretben működik, idővel kétségtelenül teljesen felveszi a hospice karakterét s működését nagyobb körben is érvényesíti.

Ezzel a tenger melléki intézetek revuejét kimerítettem s bár jól tudom, hogy nem adtam teljes képet s csak halványan rajzoltam meg azt, talán mégis nyújtottam oly áttekintést, melynek alapján a tárgy további fejtegetése lehetővé válik.

* * *

Mint láttuk, mindenhol lassan érlelődött az eszme s lelkes munkásokra volt szükség, hogy a társadalom megértse a nemes intenciót és segédkezésével diadalt üljön az eszme felett s létrejöjjenek a tenger melléki intézetek. Nem volt elég, hogy *R. Russell*

1750-ben Oxfordban megjelent alapvető munkájában reámutatott a tengervíz-lesodás gyógyító hatására a görvélykórnál, apostolokra volt szükség s *John Latham*, *Guiseppe Barellai*, *Paul Perrochaud* s *Beneke* lelkes és kitartó közreműködése nélkül ki tudja: állana-e ma a három legnagyobb s igazán áldásos működésű intézet, t. i. az angol *margate* i, a francia *berck sur mer*-i s a hatalmas német *norderney*-i kórház, valamint az olasz hospice-ek imponáns légiója, élükön a *viareggio*-i „*Ospicio Vittorio Emanuele*“-vel, s a *lido*-i szép intézettel.



A norderney-i hospice Németországban.

érdemelte azt, hogy a viareggio-i intézet emeletén ott diszelegjen márványba faragott mellszobra.

A tengerparti gyógyhelyek építése s berendezése természetesen függ attól, hogy *üdülő-telepet*, tehát *sanatoriumot* (*Pflegestätten*), avagy tengerparti *hospice-et* akarunk-e létesíteni; míg az első kevés anyagi áldozatot igényel, mert ily helyek csak könnyebb, fenjárom s operatív beavatkozást alig szükségesítő eseteket fogadnak falaik közé, addig egy hospice felállítása már aránytalanul nagyobb költséget kíván, mert ide oly görvélyesek is felvétetnek, hol esetleg behatódó sebészi beavatkozás is szükséges, minélfogva ezen utóbbi intézetek kórházi jelleggel kell, hogy bírjanak s kórházilag kell, hogy felszereltessenek. Míg egy sanatorium fentartása aránylag kevésbe kerül — hisz ily intézet a mi klimatikus viszonyaink mellett csak alig egynéhány hónapig működne évente, — addig a hospice a komplikáltabb berendezés s nagyobb személyzet folytán nagyobb fentartási összeget igényel s a fentartás természetesen még költségesebb leend akkor, ha a hospice et oly alakban óhajtjuk létesíteni, hogy az állandó felvétellel bírjon s működését télen is rendszeresen folytassa, bár jelentékenyen redukált beteglétszámmal.

Kétségtelenül nagy anyagi áldozatot igényelnek mindazon tenger melléki intézetek, melyek a mellett, hogy hospice jellegével bírnak, állandóan működnek s a betegek kezelési tartamának megállapításánál mindenkoron a bántalom minőségét tartják szem előtt; de ezzel arányban azután az általuk elért eredmények is megfelelőbbek, mint azon intézetek eredményei, hol a berendezés a hospice jellegét nélkülözi s a betegek intézeti kezelése erősen korlátok közé van szorítva. Nem az a fő, hogy egy év alatt minél több görvélyes gyermeknek nyujtsunk menedéket, hanem oda kell



Az osztrák hospice San-Pelagio-ban.

törekednünk, hogy mentési munkánkat, ha kisebb számban is, de minél alaposabban végezzük, mert így fog működésünk igazán hasznára válni a társadalomnak. S ha azt olvassuk, hogy a római jótékonyág által fentartott porto d'anizio-i hospice tizenöt év lefolyása alatt a nyári időszakban összesen 5271 gyermeket vett ápolásba, egyik-másik gyermek azonban alig töltött tizenkét napot az intézetben, úgy mi is azt mondhatjuk, a mit *Cazin* tesz ezen adata megjegyzés gyanánt, hogy: „*Cela est très beau; mais j'aimerais mieux un chiffre moins élevé et un séjour plus prolongé*“.

Lássuk már most: mi legyen a mi programunk? Kezdjük mindenesetre munkánkat szerényen *s ne ábrándozzunk arról, hogy rövid idő alatt egy nagyszabású intézetet leszünk képesek alkotni*. Hisz láttuk, hogy a *margate-i*, valamint a *berck sur mer-i* hospice is igen szerény alaptól fejlődtek, — első működésüket *Cazin*, a francia tekintély méltán nevezi „*timides essais*“-nek. Ideális vég-célünk legyen azonban kezdettől, fokozatosan egy oly intézetet alkotni, mely egy tengeri hospice igazi jellegével bír, melyben a felvételt állandó, melyben a görvélly legsúlyosabb esetei is mendéket találnak, s melyben a beteg ottartózkodásának ideje korlátok közé szorítva nincsen.

Megelégszem én működésünk kezdetén egy tenger melléki sanatorium felállításával, de ezt a programot csak kezdetnek fogadhatom el, minden törekvésünknek oda kell irányzódnia, hogy a sanatorium, a mint kissé megismosodtunk, szerényebb keretű hospice-szé fejlődjék ki.

Ezen program alapján természetesen elsőrendű fontossággal bír a hely megválasztása. Legyen *abszolút tiszta levegője*, nagyobb tengerparti város közvetlen szomszédságában tehát ideális gyógyhelyet nem ereálhatunk. *Folyó torkolata közelben ne legyen*, mert az intézet lakói ki lennének téve a posványképződés folytán malaria-fertőzésnek. *Legyen a part lehetőleg védett*, erős hőmérsék-ingadozásnak s erős zivataroknak kitéve ne legyen. *Partja legyen szelíden lejtős s homokos*, hogy a szabadban-fürdést minden vesztély nélkül, még kisebb gyermekeknek is lehetővé tegyük. *Legyen jó ivóvíze s oly fekvése*, hogy az intézettel való közlekedés lehetőleg könnyen történhessen s így az intézetnek érlelmi szerrekllel való ellátása s a betegek szállítása nehézségekbe ne ütközzék.

Ezek a fő kellek!

Kérdés, hol találunk a mi partvidékünkön oly helyet, mely a fent elősorolt követelményeknek többé-kevésbé megfelel? *A szó szoros értelmében vett magyar tengerparton* — s ezzel eleve kell, hogy tisztában legyünk, — *fájdalom, ily terrenumot nem lelhetünk*. Kénytelen vagyunk tehát a horvát partvidéken kutatni s magánértesüléseim azt mutatják, hogy itt *Porto Recé-től le Dubno-ig* céljainkra alkalmas helyek volnának. Elsősorban tehát azt a partvidéket kellene tanulmányozni erre vállalkozó szakembereknek, mely partvidéknek mindenesetre nagy előnye az, hogy rendszer gőzhajójaratokkal Fiumével is állandó összeköttetésben van.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

B. Bendix. *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Urban u. Schwarzenberg. 1902.

1899-dik évfolyamunk 4-dik számában ismertettük behatóan *Uffelmann* gyermekgyógyászati tankönyvének második kiadását, melyet, szerző halála után, a kiadó ezé megbizásából a német gyermekorvos-gárda egyik jeles fiatal tagja, *Bendix* dr., dolgozott át. A jelen tankönyv az *Uffelmann-féle* gyermekgyógyászat *harmadik* átdolgozott kiadása, bár ez a címlapon, nézetünk szerint indokolhatatlanul, teljesen elmaradt. Hisz teljesen igaz az, hogy *Uffelmann*-nak 1892-ben megjelent tankönyve ezúttal lényegesen átdolgozva, új köntösben látott napvilágot, de ez nem menti fel szerzőt s a kiadó ezéget az alól, hogy a munka első szerzőjét a címlapon fel ne tüntesse. Azon részletes bírálat, mely az *Uffelmann-féle* munka *Bendix* által átdolgozott második kiadásáról a „*Gyermekgyógyászat*“ 1899-diki évfolyamában megjelent, feleslegessé teszi a mű *harmadik* kiadásának részletesebb bírálatát, csak hangsúlyozzuk, hogy *Bendix* dr. teljesen a modern elveknek megfelelőleg dolgozta át a munka második kiadását s az immár saját neve alatt forgalomba hozott mű a német irodalomban egyike azon gyermekgyógyászati tankönyveknek, melyeket a tanuló s a gyermekgyógyászatban csekély jártassággal bíró orvos a legnagyobb haszonnal s egyszersmind élvezettel is fog olvasni. Gratulálunk szerzőnek a hasznos, derék munkához. B. J.

II. Lapszemle.

F. Kuhn: *A peroralis intubatio*. Szerző célul tűzte ki magának, eszközt szerkeszteni, melynek segítségével a szájír áthidalása mellett, a légcső előzetes megnyitása nélkül, összeköttetés létesíthető a légcső és a küllevegő között, úgy hogy narcosis alkalmával tetszésszerű mennyiségű levegőt vezethessünk közvetlenül a légcsőbe. Célja volna ez eszköznek minden prophylaktikus és időleges légcsőmetszés elkerülése s a narcosis folyamán beálló elégtelen légzés javítása. Eljárását ép egyéneken s műtétknél próbálta ki, s *peroralis intubatio* nevet adott neki. Eszköze egy spirális fémcső (Metallschlauchrohr), melyet félkör-alakúlag görbített fogantyúval ellátott fém vezetődrót segítségével vezet a légcsőbe. A cső helyzetének állandósítására, a cső száji végén alkalmazott tracheotomia-canule-ök pajzsához hasonló keresztresz szolgál, melyet a fej körül vezetett gummicsővel fixál; ezen pajzsszerű részzel összefügg egy nyúlvány, mely a fogakat kellően távol tartja egymástól s a csövet a harapás ellen védi. Szerző eszközét nem tartja véglegesnek s megfelelő javításokat, a szerkezetet illetőleg szívesen fogad. A műtét kivitele szerző szerint egyszerű, különösebb gyakorlatot nem igényel. A gégefedőnek a bal mutatóujjal való fixálása és előhúzósa után, mellé a csövet a larynxba enyhe esavará s oldalmozgásokkal tolja. A vezető drót kihúzósa közben a bal mutatóuj a csövet fixálja.

Nem elég mély narcosis esetében, az eszköz bevezetése köhögési inger, esetleg fuladási rohamokat vált ki, ezek azonban mihamarabb szűnnek. A gége nyákhártya érzékenysége cocain-antipyrinnel csökkenthető. Fontos a bennfekvő csőnek gyakori tisztogatása spirális kefével. A mi a cső vastagságát s hosszát illeti, az erre vonatkozó adatok közlését szerző későbbre igéri.

A műtétet javultnak tartja: 1. strumektomiáknál, mikor a trachea compressiója fenyeget s a műtét nyugodt lefolyását biztosítani akarjuk. Itt az előzetes tracheotomiával szemben előnye a gyors kivétel és a sebek aseptikus megőrzése, a mi légcsőmetszésnél el nem érhető. 2. Oly esetekben, hol sebváladék vagy vérnek a légutakba való jutását kell elkerülni. Tapasztalatai szerint eszközének alkalmazása mellett a lógó fejfel való műtéves legtöbbször elkerülhető; a bevezetett cső körül a torokkür kitamponálható. 3. Mindennapi narcosisnál is eljárásával a légutak szabadon tarthatók, a nyelv előhúzósa és az állkapocs rögzítése nélkül is. Hasznos szolgálatot tesz nyaki lobos bántalmaknál fenyegető oedema glottidis eseteiben is; végre asphyxia esetében eszközén át közvetlenül levegőt fújthatnak a tüdőbe. (Centralblatt f. Chirurgie. 1901. Nr. 52.)

Faludi Géza dr.

Tommaso Guida: *Riga-féle betegség vagy produzione sottolinguale* (Archivio di Patologia e Clinica infantile). Guida, hogy a bántalom keletkezését megmagyarázhassa, szükségesnek tartotta megvizsgálni az emlőmirigy működését és megállapítani azon összefüggést, mely a szopás művelete és az elválasztott tej mennyisége között fennáll. Normális viszonyok közt a gyermek úgy szopik, hogy az emlőbimbót a nyelvhat és keményszájpad közé szorítja, itt ürt képez, melybe a tejcsatornák tartalmukat ürítik. Az emlőmirigy ezen működése közben a gyermeknek alig kell szopnia. Rendszeren néhány apró mozgást végez, megvárja míg a tej a szájürben összegyűl, hogy utána lenyelje, e közben a nyelvfelek nem dörzsölődik az alsó metszőfogakhoz. Rendszerint 10 perc alatt elegendő mennyiségű tejet szopik a gyermek, utána az emlőbimbót ajkai közül elbocsátja. Ezen esetben a gyermek szopás után nyugodt és ha rögtön utána megnézzük a nyelvfeket, az még csak nem is nedves, mert érintkezése az alsó metszőfogakkal normális maradt, a nyelv nem mozgott ide-oda. Míg ellenben, ha az emlő nem választ el elegendő tejet — már hosszú idő óta szoptat a nő, vagy egyszerre csak igen kevés tej jö ki az emlőből — a gyermek hozzászokik a tejszegénységhez és sajátzerű módon végzi a szopás műveletét, hogy az emlőben meggyülemlett kevés tejet kiszívassa. Hogy ezt megtehesse, kénytelen nyelvét folyton mozgatni, hogy a pófák is hozzájáruljanak a szájban létrejövő ür képzéséhez; a nyelvfelek pedig folyton súrolja az alsó metszőfogakat. Guida azután a klinikai észlelések alapján levonja következtetéseit: 1. Az emlő elégtelen működése hosszabb ideig tartó szopásra kényszeríti a gyermeket (paradox szopás). 2. Az emlő kielégítő vagy elégtelen működése súlyméréssel deríthető ki. 3. Ha a gyermek csak megerőltetéssel tud szopni, kénytelen nyelvét ide-oda mozgatni, minek folytán a nyelvfelek az alsó szájpadívhez szorul; ha pedig ezen már fogak vannak, a folyton ismétlődő trauma okozhat: a) nyákhártyahiányt a nyelvfeken, b) nagyobb fokú anyagihiányt (fekély, nekrosis) vagy végül c) idült nyákhártyatünetegést, mely aztán idővel még ki is fekélyesedhetik (*produzione sottolinguale*).

Ha a gyermek egészséges és erősen, hosszasan szopik, a nyelvfelek erősebben sérül meg és néhány nap alatt már nyelvvalatti növedék fog képződni, már most ezt izgatják a metszőfogak, minek folytán kifekélyesedik. Ha a gyermek gyenge, cachectikus, nem képes erőteljesen szopni, a létesülő sérülés más természetű lesz: álhártyát találunk, kifekélyesedett felszinnel, mely a pertussisnál látható fekélyre emlékeztet. A mi a képlet-szöveti szerkezetét illeti, Guida szerint lobos eredetű idült nyákhártyatünetegésnek felel meg. A mi a bántalom diagnosztikáját illeti, ez könnyű. Ha tumort képez, akkor nem lehet összetéveszteni; de ha csak fehéres izzadmánytól fedett álhártyaszerű képletet látunk, akkor pertussisra gondolhatunk; a köhögés útba igazít. A bántalom felismerésének magában véve nincs semmi jelentősége; de megítélhető belőle, hogy az emlőből való táplálkozás kielégítő-e. Prognosis kedvező, csak a táplálkozási viszonyokon kell változtatni, javítani. Helybeli kezelés felesleges és eredménytelen.

Baranyai Vilmos dr.

F. Mendel: *Thymus és angolkór*. (Münch. med. Wochenschr. 1902. Nr. 4.) Az angolkór okroktanát illetőleg még mindig újabb s újabb

hypothesisek merülnek fel, s míg előbb általános szervezeti bajnak, majd idült fertőző kórnak tartották, egy-két év előtt *Stöltzner* a mellékveséssel hozta oki összefüggésbe az angolkórt s mellékvese adagolással jó eredményeket látott, mit azóta mások tagadnak. Jelenleg *Mendel* a thymusnak tulajdonítja a főszerepet az angolkór kifejlődésében, *Friedleben* vizsgálatainak következő tételére támaszkodva: A thymusmirigy-től megfosztott állatok esontfejlődésükben visszamaradnak. A thymusmirigy legerősebb secretorikus működése a 9-dik hó s a 2-dik év közti időre, tehát a legintensebb esontnövekedés idejére esik. Angolkórnál a thymusmirigynek úgy abszolút, mint relatív súlya túlalacsony. S ha *Friedleben* ezekből azt következteti, hogy a thymus oly szerv, mely a test legnagyobb növekedése időszakában a szövetek s különösen a esontrendszer felépítésének szolgál, szerző még hozzáveszi saját megfigyeléseit, melyek szerint a thymusuktól megfosztott állatok az angolkórnak még néhány jellegzetes tünetét mutatták, így profus izzadást, anaemiát, s a szénavkilehelés csökkenését, s ezek alapján szerző az angolkór s a zavart thymus-működés közt okozati összefüggést vesz fel. A megkisebbedett thymus helyett a gyermekeknél rendszeren nagyobbodott lépet találunk, míg az ideges tünetei az angolkórnak, így különösen a hangrészgörcs is a thymus zavart működésétől származnak s ez analogonja volna a pajzsmirigy hiányos functiojának myxoedemánál.

Ezen theoria alapján szerző száznál több angolkóros gyermeket kezelt, kezdetben friss borjúthymus-adagolással, melyet felaprítva húslevesben adott, még pedig annyi grammat a mirigyből, a hány hónapos a gyermek. Később *Burroughs Welcome & Co.* tablettáit adta tejben, naponta 6—12. Kellemetlen mellékhatást sohasem tapasztalt, s habár a gyermekeknél az életmódon s táplálkozáson semmit sem változtatott meg, már 2—3 heti kezelés után jelentékeny javulást látott. Előzetesen phosphorral eredménytelenül kezelt s már hónapokon át ismétlődő gégegörcs, melyet rendszeren súlyos convulsiók kísérték, néhány napi thymus-kezelés után végképen megszűnt s három hónapig folytatott thymus-esetei után az angolkórnak többi tünetei is mind visszafejlődtek. A túlságos izzadás megszűnése, gyorsabb fogátörés s a lépduzzanat jelentékeny csökkenése voltak a javulás leggyorsabban észlelhető tünetei. Az elért eredmények mindenesetre indokolttá teszik az ily irányban eszközözendő ellenőrző kísérleteket.

Loránd dr.

I. Edward Stubbert: Tüdőtuberculosis korai diagnosztizálása Röntgen-sugarakkal. (The Journal of the Americ. Medic. Association Nr. 1. 192.) Szerző a Röntgen-sugarakat a tüdőgümőkóros megbetegedések korai szakában diagnosztikus szempontból értékeseknek tartja. Azon időben, midőn enyhe szakgatott köhögés, váladék kiürítésével vagy a nélkül, mérsékelt esténkénti hőemelkedések s emésztési zavarok felkeltik a tuberculosis gyanúját, de a tüdők felett zörejek csak ritkán hallhatók, s a köpet vizsgálata tuberculosis-bacillusokra esetleg még negatív eredményt ad, a kulcsosont tájainak ellapulása s csekélyebb kiterés a légzésnél a kóros oldalon, valamint hangosabb, s megnyúlt kilégzés képezik a kezdődő csúcsbeszűródés legfontosabb tüneteit. Ha ilyenkor a mellkas átvilágítását végezzük a tüdőcsúcstól kiindulva lefelé, rendszeren ép viszonyok mellett is az eseteknek körülbelül egy harmadában a jobb csúcs kevésbé tiszta képet ad mint a bal. Ha a pleura lobos, ez is enyhe homályt okoz. Ha azonban a beteget felszólítjuk, hogy mélyen lélegezzék, az egészséges tüdő képe feltisztul, míg a kóros oldalon a homály változatlanul megmarad. Gyakorlott szem a Röntgen-átvilágítással már kezdődő góczy tüneteket is felismer. A kóros oldalon a diaphragma csökken kiterése csaknem pathognomonikus értékű tünet.

Loránd dr.

Concell L.: A Löffler-bacillus actinomycotikus alakjáról, saprophyta életének némely állapotában. Lassú lefolyású laryngitis esetében, *Neisser* festődési fonálszerű, vastag, segmentált, bunkós végű bacillusokat talált. Agar-lemezen vastag, sárga, hártyszerű tenyészetet képezett, úgy hogy actinomycosisra vagy tuberculosisra emlékeztetett. Átoltásnál újabb agarsíkra, az első 24 órában jellegzetes diphtheria-coliákat alkotott, melyek 48 óra múlva összefolytak, majd pörkszerű hártáv alakultak. Hasonló módon tenyésztet más táplálajokon is. Az eleinte fonalas, bunkós, sokszor streptococcuszerű bacillus 3—4 hónap múlva, többszörös átoltás után coccus-halmazokká alakult, az ilyen tenyészetből bouillonban 24 óra alatt tipikus *Löffler*-bacillus fejlődött. Ezen alak tengerimalacra és háziállatra sehogyan sem volt pathogen. Streptothrix okozta pathogen jelenségek sem állottak elő; ebből *C.* azt következtette, hogy nincs dolga valódi actinomycotikus alakokkal, hanem *Löffler*-bacillusból alakult degenerációs formával áll szemben. Ennek bizonyosságául anaerob tenyészetet készített, a streptothrixeknek ugyanis anaerob alakjai a parasitaéletre a legalkalmasabbak. Ezen tenyésztési móddal, bacillusból a *Löffler*-bacillus normális típusát nyerte, alakra mint pathogen és toxikus sajátosságaira nézve.

Leletét eléggé autentikusnak tartja annak bizonyítására, hogy a *Löffler*-bacillus a streptothrixekkel rokon, saprophyta életében ennek egyik alfaja, ilyen lehet a tuberculosis és a takonykór bacillusa is. Ezeknek visszatérését az actinomycosis primitív típusához rossz életviszonyok okozzák. Kedvezőtlennek tartja a diphtheria-bacillusra a streptococcusal való symbiosist. Ellentétbe helyezkedik a francia iskolával, midőn azt tartja, hogy a rövid, parallel elrendeződésű bacillus az, a mely igazán pathogen, a hosszú bunkós alak pedig degeneratio eredménye.

Azt hiszi, hogy eddig leirt több streptothrix alak és ezek által okozott kórfolyamatok, diphtheriára vezetendők vissza. További vizsgálat tárgyává akarja tenni, hogy az actinomycosisnak, streptothrixnek különböző alakjai, melyek a levegőben, vízben, talajban, még inkább emberi és állati szervezetben oly gyakoriak, nem-e képesek arra, hogy

kedvező viszonyok között pathogen alakokká, például diphtheria bacillussá átalakuljanak. (Archiv f. Kinderheilkunde Bd. XXXI.)

Preisich dr.

Flamini: A jodizált tejről. Szerző azon tényből kiindulva, hogy a szervezetbe jutott jod az ex- és secretumokkal mihamarabb ismét kiküszöbölődik, azon kérdést tanulmányozta, nem lehetne-e a jod ezen tulajdonságát felhasználva, joddal kezelt állatok tejét gyógyszerként alkalmazni (különösen csecsemőknel.) Kísérleteit, melyek különben nem úttörők ezen téren, csak háziállatokon tette oly módon, hogy Lugoldattal (2% J és 6% KJ tartalommal), majd fémjódval 5%-os olajos oldattal végzett bíralatti s izomközi befeeskenedéseket, s azután a tejnek pontos elemzése útján megállapította a jodkiválasztás tartamát s ingadozásait, a halálos adag minimumát stb. Kísérletei alapján az olajos jodoldatnak intramuseularis befeeskenedéseit ajánlja, mint legkevésbé ártalmas módszert, melyet az állatok igen jól tűrtek. Az ily úton bekebelezett jod leginkább a tejjel (1/3) s a vizelettel (2/3) küszöbölődik ki, s a kiválasztott jod egyenes arányban áll a bekebelezett jod mennyiségével. Az állatnak joddal „telítése” után a tejnek bizonyos állandó jodtartalmát el lehet érni s valószínűleg nagyobb értékeket is, mint szerzőnek sikerült, ki 0.12% J-nál többet nem tudott a tejben kimutatni. A „jodizált” tejben levő jod nagyobbik fele fehérjeanyagokhoz kötve, szerves vegyületek alakjában foglaltatik, míg a tehez in vitro adott jod csaknem egészében anorganikus vegyületek alakjában mutatható ki. A tej összetételének egyéb megváltozását hosszabb ily kezelés után sem észlelte. (Revue d. maladies de l'enfance. 1902. III.)

Linsbauer dr.

Caccia és Luigi (Florenz): A diphtheriás folyamat localisatiójáról. Körülbelül 1000 diphtheriáson tett észlelések alapján azon következtetést vonják le, hogy bizonyos antagonismus áll fenn a diphtheriás megbetegedés localisatióját illetőleg egyrészt a gége s a garat respiratorikus része között; másrészt a tonsillák s a szájjadivek lepedéke közt. Tényleg állítható, hogy ha igen kiterjedt torokbeli álharthás folyamat van jelen, úgy felette ritkán észlelhető egyidejűleg gégecroup is, s viszont gége-diphtheriánál ritka a súlyos s kiterjedt angina diphtheritica. A gyermekgyógyászati tankönyvek eddig ezen tényre a figyelmet nem hívták fel. (Olasz paediatrák congressusa 1902.)

Loránd dr.

Lapeyre: az adenoid vegetatiók gyógyszeres kezelését jodinctura belső adagolásával kísérte meg. Eredményei jók. 28 betege — 5—9 év közötti gyermekek, kiknél a garatmandola nagy légzési nehézségeket, némelyeknél nehéz hallást és egyéb következményes tüneteket okozott — jórészt mind meggyógyultak. 4—6 hónapon át naponta 40—70 csepp jodincturát szedtek be. A kezdeti adag naponta háromszor 6 csepp volt. Naponta egy cseppel emelte a napi adag összmenyiségét. A gyógyszer cukros vízben adta. A jodincturát egész a jodmérgezési tünetek bekövetkeztéig adatta. Úgy tapasztalta, hogy a gyomor a készítményt annyira jól tűri, hogy olykor még az étvágy is fokozódott. (Bulletin de la Société de pédiatrie de Paris. 1901.)

C. Folger: Nehezített decanulement diphtheriás tracheotomizált gyermekeknél és annak kezelése. A nehezített decanulement okát gyakran a trachealis seb körül kiinduló granulatiók képezik, F. szerint főleg angolkóros gyermekeknél. A granulatiók leginkább a felső és alsó sebszélén, ritkábban a trachea mellső falán ülnek.

Kevésbé gyakori okai a nehezített decanulementnak a diphtheriás fekélyekből származó heges szűkületek és ezek is csak akkor, ha kiterjedtek és mélyre hatolnak. F. figyelmeztet arra, hogy kis tracheális sebbe bevezetett vastag canul szűkületet okozhat azáltal, hogy a szét-feszített tracheális gyűrűk hűzás folytán a hátsó membranosus trachea-falat félhaldalukú redő képeben előbóltosítják, a mi hosszas canulviselés mellett állandó szűkületet képezhet. Ujabbán *Bodea* arra hívja fel a figyelmet, hogy rosszul görbített canul-nél a tracheális felső sebszél feletti légesörészlet oly módon szoríttatik hátrafelé, hogy ez által expiratorius, majd inspiratorius dyspnoé áll elő. Akadályozhatja a decanulement-t továbbá a subglottikus táj duzzanata, chondritis inferior, mely esetben asphyxia esetén *Folger* szerint a rögtöni intubatio a souverain segítség.

Secundaer tracheotomiák utáni nehezített decanulement okai decubitalis fekélyzések. *Folger*, néhai *Wiederhofer* tanár klinikáján átlag 80 órai tubus fekvési időtartam után végezte a secundaer tracheotomiát: csak azon esetben később, ha az ex- és intubatio tartama közti időköz mind hosszabb és hosszabb időre volt meghosszabbítható. *Folger* szerint a tubus által okozott decubitalis fekélyzések létrejötténél nagy szerepe van az állandóan magas hőfoknak. Ugyanis ilyenkor a nyálkahártya vulnerabilisabb. Ezért F. állandó 39.5—40 C° temperatura mellett az intubatio elhagyását ajánlja, a tracheotomiát tartja indicálnak és pedig annál inkább, minél fiatalabb gyermekekről van szó. F. a decanulement-t intubatio segítségével végzi: granulatiók, decubitus után fejlődött heges szűkületek, chondritis inferior és a gégeizomzat paralysisise esetében; és pedig oly módon, hogy a trachealis fistulát nyitva tartja dugós canul segítségével. Ezen canule 3 cm. hosszú, a tracheába érő végénél zárt. F. a behelyezésnél ügyel arra, hogy vége a trachealis seb belső nyílásáig érjen, vagy azon csak kissé érjen túl, továbbá, hogy lapja a trachea mellső falát befelé ne nyomja. Különösen jó eredményt látott F. secundaer intubatio-tól a gégeizomzat inaktivitásból eredő hűdésnél, főleg 2—3 éves gyermekeknél, kik tracheotomia után a laryngealis légzést rövid idő alatt elfelejtik, valamint oly gyermekeknél,

¹ *Variot* szerint már *Parrot* alkalmazta a tinct. jodi-t hasonló esetekben, bár sokkal kisebb adagokban. (Szerk.)

kiknél az izgatottság és félelem okozta a canule eltávolításának nehézségét.

F. ily eseteiben az extubatio előtt nagyobb adag NaBr-ot adott és alvás közben fonál segítségével végezte az extubatiót. F. a canule-t tracheotomia utáni harmadik napon elhagyni próbálta; ezt ismétli minden canule-változtatásnál 2—3-ad naponként. Ha a decanulement nem sikerül, minden alkalommal más-más görbülettel bíró canulet vezet be decubitus elkerülése céljából.

Folger szerint minél fiatalabb a gyermek, annál hamarabb kell a decanulement-t megkísérteni, esetleg secundaer intubatio igénybe vételével. (Jahrbuch f. Kinderheilk. Nr. 54. 4. Band. 5. Heft. 1901.)

Perényi Vilmos dr.

Dubief és Rabot: Meningitis tuberculosa tipikus esetét írja le, melyben csak a beteg fiatal kora: 2½ hó, az érdekes. Szerzők azon megjegyzést fűzik az esethez, hogy a tuberculosus, syphilis és alkoholismus terjedésével a jövőben ily zsenge korban is gyakrabban fogunk találkozni ezen betegséggel. (Revue m. d. mal. de l'enf. 1901. XII.)

Paul J. Barcus: Acut izületi csúsz esete 27 napos csecsemőnél. A mesterségesen táplált csecsemő 27 napos korában hirtelen betegedett meg, ekkor bal karja hűdöttnek látszott s mozgatásnál fájdalmas volt. Vizsgálatnál a bal könyökizületet duzzadtnak találta, bőre kipirosodott s igen érzékeny. Hőfoka subfebrilis, pulsus száma 120. Három nap múlva a bal kéztőizületben hasonló fájdalmas duzzanat lépett fel s a hő 39° C-ra emelkedett. Következő napon a bal térd s lábtőizületek is, másnap pedig a jobb térd s lábtő mutattak mérsékelt fájdalmas daganatot, a láb állandó volt, pulsus száma 130. Bö savanyú izzadás. A következő napokon a hő s a többi tünetek lassan engedtek. A betegség 11-dik napján a jobb könyök csúszos bántalma lépett fel, s harmadnapra a jobb kező is megduzzadt; hőfok 39° C., pulsus száma 150. Négy nap múlva a hőmérsék a rendszerre szállt alá, az izületek mind szabadok, kivéve a bal könyököt, melynek újabb fájdalmas duzzanata három napig tartott. Három hét múlva ismétlődött az attack a jobb térdizületben, mely körülbelül egy hétig tartott. Ezután újabb izületi megbetegedés már nem lépett fel: a szívhangok tiszták, pulsus száma 125, szívésűs kissé kihelyezett. Beteg teljesen gyógyult; az alkalmazott natrium salicylicumot jól tűrte; valamely enyegőző, amely az izületi megbetegedéshez vezethetett volna sehol kimutatni nem lehetett. Anyja terhességének hatodik hónapjában tarkó izmaiban egy héten át csúszos fájdalmakban szenvedett, de láztalan volt s izületi megbetegedése nem volt. (Archives of Pediatrics. January 1902.)

Loránd dr.

VEGYESEK.

— E helyen is mély fájdalommal regisztráljuk a berlini egyetem tudós tanárának, *C. Gerhardt* dr.-nak július hó 20-dikán történt gyászos elhunytát. Bár az elhunyt évek óta, kizárólag belgyógyászattal foglalkozott, a gyermekgyógyászatnak, fiatalabb éveiben, még wüzburgi tartózkodása idején kiváló munkása volt s a nagyterjedelmű „*Handbuch der Kinderkrankheiten*” megalapításával a gyermekgyógyászat terén elévülhetetlen érdemeket szerzett.

— *Az amerikai orvos-szövetség* (American medical association) ez év június 10—13-dika között *Saratoga Springsben* (New-York állam) tartotta 53-dik évi nagygyűlését. A gyermekgyógyászati szakosztályban *Mc. Clanahan* elnökösködött. Megnyitó beszédében a gyermekgyógyászati irodalom újabb kérdéseivel foglalkozott. A napirendre tűzött tárgyak a következők voltak: *Th. Morgan Rotch*: A peritonitis tuberculosa; *Crozer Griffith*: A meningitis cerebrospinalis; *E. F. Bush*: A typhoid-láz a gyermekkorban; *Edwin Rosenthal*: A serumtherapia klinikai eredményei; *Margaret Taylor Shutt*: A gyermekkori acut gastroenteritis; *Louis Fischer*: A gyermekek tejiszonya; *Th. Southworth*: A szoptatás időszakának megnyújtása; *Mc. Alcister*: A gyermekek táplálása; *Freudenthal és Lautenbach*: Az adenoid vegetációk; *G. Richard*: Az otitis media kezelése kis gyermekeknél; *J. Cook*: Gyermekkori vese angio-sarcomat mutatott be; *W. Holloper*: A gyermekkori anaemia okaival foglalkozott; *Lovett Morse*: A garatmögötti tályogról értekezett; *A. Cotton*: egy bulbaer paralysis esetet ismertetett; *Abt*: A gyermekkori spontan haemorrhagiákról; *Wahrer*: a chlorosis-ról tartott előadást. — Minden előadást a nagyszámú hallgatóság sok tagjának hozzászólásával élénk megvitatás követte. Az ülészek végeztével a szakosztály jövő évi elnökévé *J. Cook* chicagói gyermekgyógyász tanárt választották meg.

— *Monti* tanár bokros érdemei elismerésül a rendes tanári címet nyerte a bécsi egyetemen. Az érdemekben gazdag szakmunkásnak mi is őszinte szívvel gratulálunk kinevezetéséhez.

— *Schlossman* dr. egyet. magántanár, a drezdai polytechnikán rendkívüli tanári címet nyert. Érdemes szaktársunk ezen kitüntetése méltó jutalmazása azon kiváló munkálkodásnak, melyet a chemia terén is kifejt.

— A krakói „*Szent Lajos*”-gyermekkorház a közelmúltban ülte meg fennállásának negyedszázados jubileumát. Az áldásosan működő intézetet *Jakubowsky* tanár alapította s ma is az ő gondos vezetése alatt áll a kórház. A kórház nemcsak a gyermekgyógyászat gyakorlásában, hanem annak tudományos művelésében is derekasan kivette a részét, mi első sorban *Jakubowsky* érdeme. A krakói gyermekgyógyászati klinika

ezen kórház keretében nyert annak idején elhelyezést s ma is e kórház keretében foglal helyet.

— „*Archivio di Patologia e Clinica infantile*” cím alatt *Tommaso Guida* dr. egyet. tanár, ismert szaktársunk igazgatása mellett szakfolyóirat jelent meg. A szerkesztőség tagjai: *A. Martuscelli*, *E. del Gaudio*, *R. Mercurio*, *F. Franzi*. A folyóirat kéthónaponként jelenik meg s előfizetési ára tíz lira.

— Mint értesülünk *Keller A.* dr. a borszlói gyermekklinika tanáresegége, *Czerny* (Borszló), *Johannessen* (Christiana), *Marfan* (Páris) s *Mya* (Florenz) tanárok közreműködésével internationalis gyermekgyógyászati havi folyóiratot indít meg még a jelen év folyamán. A folyóirat, melynek sikert kívánunk, a bécsi *Deuticke* czég kiadásában fog megjelenni.

— *Jacobi* neve annyira egybeforr a gyermekgyógyászat tanításával s gyakorlatával Amerikában, hogy megválása a Columbia-egyetemtől a tengeren-túl epochális jelentőségű. Pályafutása, mint a gyermekbetegségek tanítója 1857-ben kezdődött, midőn a „*College of Physicians and Surgeons*” docenturát ruházott rá, a gyermekek kórtanából. Három évvel később a *New-York Medical College* kinevezett tanára lett s a *College* gyermekgyógyászati klinikát állított fel számára. Ez volt az első alkalom az Egyesült-Államokban, hogy egy tanárt kizárólag specialis szakmája számára neveztek ki. *Jacobi* szervezte ezután 1865-ben a gyermekgyógyászati külön szakma tanítását a new-yorki egyetemen, valamint 1870-ben a *College of Physicians and Surgeons*-ban. Utolsó állásában 32 éven át maradt meg. A *Roosevelt*-kórház 1898-ban *Jacobi* után nevezett el egy termet, mely klinikai czélokra szolgál. 45 évi tanítás mellett világhírre tett szert. Nem csekély tanújele volt ennek, hogy a berlini egyetem meghívta a gyermekgyógyászati tanszék elfoglalására *Henoeh* utódjául, mely meghívást azonban nem fogadta el; valamint a 70-ik születése napjára tanítványai s tisztelői által neki felajánlott hatalmas „*Festschrift*”. Ő alapította a gyermekgyógyászati szakosztályt az amerikai orvosgyesületben, s a new-yorki orvosi akadémián, s ő volt első elnöke az *American Pediatric Society*-nek.

— *S. A. van Leer* állítólagos gyakorlati czélokra bonyolult mathematicai formulákat ajánl (Arch. f. Kinderkunde. 34. k. 3—4 f.) a testsúly, mellkőrfogat és a test hosszának bizonyos korra vonatkoztatott normál értékeinek meghatározására. Egyszerű és valóban használható ily képleteket csak üdvözölni lehetne, de *van Leer* egyenletei csak arra valók, hogy az egyszerű számadásokat complicált képletek helyettesítsék. Ime a formulák, melyekben *h* = a hónapok, *é* = az évek számát jelzi.

A testsúly grammokban (csak az első életévben használható!)

$$= 3250 + 750 h - \frac{h(h-1)}{1.2} \cdot 50$$
; a test hossza cm.-ekben a 18. életévig

$$= 50 + 5 \sqrt{h} + 2\frac{1}{2} \text{ é}$$
; a mellkőrfogat pedig a 12. életévig

$$= 34 \times 2 \sqrt{h} - \frac{1}{2} \text{ é}$$
.

Ugy látszik, *van Leer* kitünő matematikus!

— **Sajtóhiba.** Lapunk ez évi második számában megjelent tárcza-cikknek címében: „*Egy XV. századbeli gyermekgyógyászati könyv*”, a XV. század XVI-ra javítandó át.

*

— *Új könyvek.* *Ashby H.* Health in the nursery. 3-rd ed. London. — *E. Kirmisson.* Les difformités acquises de l'appareil locomoteur. Paris. — *A. Baginsky.* Lehrb. d. Kinderkrankh. 7. Aufl. Leipzig. — *E. Schreiber.* Die Krankh. der Verdauungsorgane im Kindesalter. Würzburg. — *B. Bendix.* Lehrb. d. Kinderheilk. 1903. — *Lange-Brückner.* Krankh. des Kindesalters. 2. Aufl. 1902. — *G. Peritz.* Pseudobulbär- und Bulbärparalysen des Kindesalters. Berlin. 1902. — *Beaucamp.* Die Pflege der Wöchnerinnen u. Neugeborenen. 4. Aufl. Bonn. — *Elisab. Bode.* Die Kinderstube. Stuttgart.

*

— *Új dissertatiók és thésék.* *P. Mir.* Les idées actuelles sur le traitement du choléra infantile. Paris. 1902. — *A. Nicollas.* Étude sur la conjonctivite à pneumocoques. Paris. 1901. — *L. Ikonnikoff-Goguelia.* Ophthalmoplégie extérieure double congénitale. Lausanne. 1901. — *M. Champendal.* Des varices congénitales. Genf. 1900. — *J. Toussaint.* Le lait de chèvres de races sélectionnées, son rôle dans l'allaitement. Paris. 1901. — *P. Valentin.* Les paralysies de la coqueluche. Paris. 1901. — *H. Centurier.* Vices cardiaques congénitaux, contribution à l'étude de la maladie de Roger simple et combinée. Lausanne. 1901. — *Brilland.* Traitement du pied bot congénital chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. Paris. 1901. — *H. Albrecht.* Ein Fall von Scharlach mit interessanten Nebenbefunden. Kiel. 1901. — *F. Rabert.* Zur Aetiologie von Chorea minor im Kindesalter. Berlin. 1901. — *J. Lauper.* Beiträge zur Frage der peritonitis tuberculosa. Bern. 1901. — *A. Maquart.* Beiträge zur Kenntnis der Lues hereditaria tarda. Berlin. 1901. — *W. Grotefend.* Die Kinderverluste der Marburger Entbindungsanstalt in den J. 1883—1899. Marburg. 1901. — *Ch. Willeis.* Beiträge zur Lehre von Purpura im Kindesalter. Göttingen. 1901. — *E. Wittfeld.* Ueber den angeborenen Hochstand der Scapula. Bonn. 1901. — *A. Simonis.* Statistische Untersuchungen über die Diphtheriebewegung in Rostock von 1884 bis 1895. Rostock. 1901. — *E. Knopfl.* Ueber angeborene Defecte der Kammercheidewand des Herzens. Zürich. 1901. — *P. Krause.* Ueber congenitale Nieren-syphilis. Leipzig. 1901.