

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, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. A régiak „gangraenás phagedaeniás-diphtheriás” sankerének, nosocomialis gangraenájának és seb-diphtheriájának, a Vincent-anginának, a stomacacénak, a nomának, a stomatitis mercurialis üszkösödésének és a tüdő-gangraenának aetiologiájához. 566. lap.

Schaffer Károly: A paralysis progressiva kórtana. 569. lap.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.) Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és inképlés izomhüvelyeknél és zsugoroknál. 571. lap.

Tárca. Grósz Emil: Ismétlődő tanfolyamok orvosok számára Poroszországban. 573. lap.

Közegészségügy. Elvi jelentőségű ministeri határozat. 574. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Kopits Jenő: A gümős esigolyagyuladás gyógyításának mai állása. 574. lap. — Könyvismertetés. The Medical Annual for 1903. (Erdős Adolf). 575. lap. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan.

A. F. M. Power: Inoperabilis rákok gyógyítása. (Picker R.) — Hügszervi betegségek. Carlo Ravasini: Adat a hólyag leukoplakiájához. (Guszmán.) — Bransford Lewis: A circumcisio egy új módszere. (Picker R.) — Bőr-kórtan. J. Ullmann: Tactovált területen fellépő sajátságos daganatképződés. (Guszmán.) — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Lévy: Theocin. — Floyd Stewart: Europhen. — Dor: Struma gyógyítása. — Hewitt: Elhízás gyógyítása. — Folyóiratok átnézete. 575–577. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kinevezés. — Kitüntetett egyetemi orvostanballgatók. — A X. nemzetközi szemészeti congressus. — A brüsszeli nemzetközi egészségügyi congressus. — A német orvosok és természetvizsgálók ezidei vándorgyűlése. — Az elmeorvosi értekezlet „Munkálatai”-nak megküldése. — Gyógyforrás-jelleg adományozása. — Fűrdőink személyforgalma. — Taufer tanár szülészeti poliklinikája. — Megjelent. — Elhunyt. 277. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A régiak „gangraenás-phagedaeniás-diphtheriás” sankerének, nosocomialis gangraenájának és seb-diphtheriájának, a Vincent-anginának, a stomacacénak, a nomának, a stomatitis mercurialis üszkösödésének és a tüdőgangraenának aetiologiájához.¹

Irta: Róna Sámuel dr., egyet. rk. tanár.

Gondolom, hogy sokan esővélják fejüket, midőn a czimben ezen különböző pathologiai egyedeket egymás mellett látják, de ha figyelemmel végigkísérik jelen közleményt, meggyőződhetnek arról, hogy összefüzésüket fejlődött ismereteink erőszakolják ráink.

I. A régiak „gangraenás-diphtheriás-phagedaeniás” sankere.

Jelen kutatásaim kiindulási pontja a következő volt: 1897-ben és 1899-ben három 16–17 év között levő virgo intacta került észlelésem alá, a kiknél *multiplex gangraenát észleltem a külső genitáliákon*, mely általános *sepsises intoxicatio* tünetei által kísértetett. Mindhárom esetben elsődleges és domináló volt a genitális laesio, mely *acut* módon keletkezett és legalább egy esetben (mert csak ezt észleltem végig) ilyen módon is folyt le. Sem régebbi tapasztalataimból, sem a leírásokból e kóralakot *nőknél* nem ismertem. Az esetek a következők:

I. eset. B. E., 16 éves, hajadon munkásnő, 1897. szeptember 6-dikán jött Rókus-kórházi ambulantiámra. Anamnesis: 6 nap

¹ Részben előadatott a budapesti kir. Orvosegyesületben 1903. január 24-dikén.

előtt egy kis pattanást vett észre a szeméremtesten; azóta több hasonló támadt; timsóval behintésre rosszabbodott.

Status praesens. A jobb nagyajk élén részint élesen met-szett, meredek szélű, mély sarjazó polycycikus anyaghiányok, részint sötétvörös udvar által körülvett porhanyós, erősen tapadó, zöldes vagy feketés necrotikus szövetrel fedett kölesnyi, lencsényi kerekded folytonosságihiányok láthatók. Az inguinalis tájakon csak babnyi mirigyek. Intact hymen; coituskísérletnek nyoma nincs. Nagyfokú anaemia; láz. A beteg büzt áraszt a genitáliákból. *Lefolyás.* 2–3 nap mulva újból jelentkezett és ekkor egyes gangraenás góczok nagyobbak voltak, az anaemia is fokozódott, a beteg elesett volt, naponta többször hasmenéstől szenvedett, alig tudott járni vagy állni; valóságos typhoid tünetek voltak jelen.

Ezenkívül semmi más elváltozás nem volt kimutatható. Az egész folyamat súlyos betegség benyomását tette rám és a betegnek ágybafekvést és házi vagy kórházi kezelést ajánlottam. Azóta nem láttam a beteget.

II. eset. Sch. O., 17 éves, cseléd, 1897. december 18-dikán jött rókusai rendelésemre. *Anamnesis.* 1 heti rosszullét után 3 nappal ezelőtt többszörös borzongás. *Status praesens.* Virgo intacta. Mindkét kisajk vánkosszerűen duzzadt, oedemás és belfelületükön, továbbá a clitorison kölesnyi, egész nagybabnyi, felületes, részben sarjazó, vérző, részben erősen tapadó, szürkés-fehéres necrotikus szövetrel fedett anyaghiányok. Külsőszak nyoma nincs. Az inguinalis mirigyek elváltozást nem mutatnak. Láz. Nagy büz a genitáliákból. Semmi más elváltozás nem található. A beteget azóta nem láttam. Ezen betegről a *necrotikus szövetből fedőlemezhéscsintmenteket* vizsgáltam és sem *Ducrey-bacillusokat*, sem *Löffler-féleket* nem találtam.

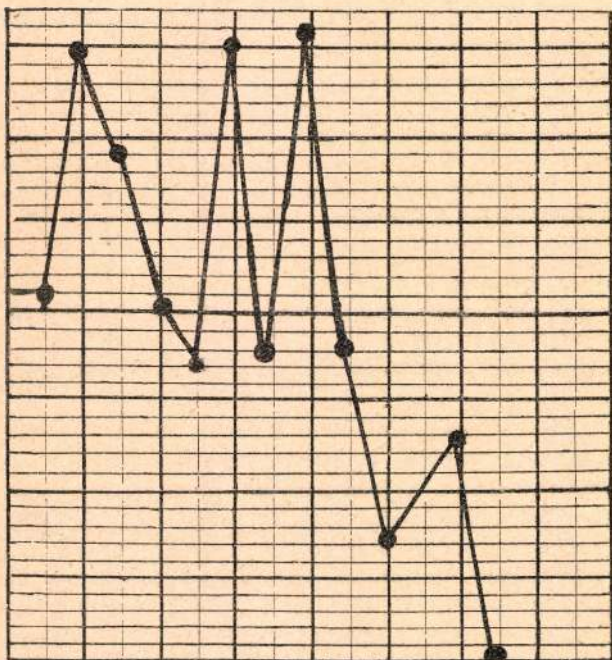
III. eset. J. J., 16 éves, hajadon cseléd, 1899. április 7-dikén vétetett fel jelenlegi osztályomra. *Anamnesis.* 2 hét előtt

étvágya hanyatlott és a hideg kirázta, sőt valamelyik napon 3 izben hányt is. A nemi szerveken levő baját 4 nap óta veszi észre; erről kérdésre azt mondja, hogy mindjárt fekete pörkök voltak jelen. Forrósságot csak 2 nap óta érez. Első menstruatioja 15 éves korában, az utolsó 1 hét előtt volt. Még nem közöszült.

Status praesens. Virgo intacta. A bal nympha belfelületén mintegy tízfíllérnyi és több lenesényi, a jobb belfelületén több nagy babnyi, a nagyajkakon és a hátsó commissurán több kisebb-nagyobb gangraenás gócz, melyek egyike-másika már teljes demarcationban van és bő genyes váladékot secernál. A pörköknek a demarkálódott helyekről erőszakos eltávolítása és a váladék leitatása után elég tiszta granuláló felület látható. Az anyagihiányok egyenletlen szélűek, körkörösök. A vizsgálat igen fájdalmas. Az inguinalis mirigyek nem tüntetnek fel elváltozást. Nagy bűz a genitáliákból. Nyákhártyák nagy mértékben anaemiásak; a nyelv vastag fehér lepedékkel borított. Mellkasi és hasi szervek semmi abnormitást nem tüntetnek fel. *Nagy elesettség, teljes étvágytalanság.* Hőmérsék reggel 38,1, este 39,5°.

Lefolyás. IV/8. A gangraenás tömegek részben ellökődnek; fekélyes felületek láthatók, melyek jodoformmal kezeltetnek.

IV/16. A beteg április 11-dikéig mérsékelten lázas (lásd a láztáblát), étvágytalan, igen gyenge volt és lefogyott; ezen egész idő alatt rajta semmi más rendellenesség nem észlelhető, mint a genitális bántalom, mely lassanként gyógyult, úgy hogy egyes helyeken friss felületes hegek láthatók. IV/11. óta este láztalan.



IV/25. A gangraenás területek utolsó is szépen sarjznak. Közérzet és étvágy jó; a beteg magához tért.

IV/26. Ismét étvágytalanságról és gyomornyomásról panaszkodott. IV/30-dikán kifejezett tonsillitis follicularis mindkét oldalt; *láz.* V/1. Tonsillitis és *láz* tart. V/2. Tonsillitis gyógyult; *láz* szűnt. V/7. Gyógyultán távozott. Ezen betegről is vettünk *detritust*, *Ducrey*- vagy *Löffler*-bacillust itt sem találtunk. Az oltás művi talajokra technikai okokból elmaradt.

Tehát 3, csaknem hasonló eset. Kérdés, mivel állottam szemben? Kizárhattam a *herpes* és *zoster genitalis*, *vulvitis aphthosát*, a *Ducrey*-fekélyt, a *szövődményes gangraenát* és a *diphtheriát*. Sokat gondolkodtam felettük, sokat olvastam miattuk, mert tagadhatatlanul igen ritka észleletet képeztek. A *vulva* laesioinak áttanulmányozása után a következő idetartozó közleményekre akadtam:

von Herff¹ „*Ein Fall von Hospitalbrand an der Vulva*“ címzen a következő eseteket közli:

I. eset. 43 éves, erős, egészséges nő intertrigojához pár nap alatt több centimeter hosszú és mély gangraenás fekélyek

társultak a jobb nagyajk küloldalán és a czombvágányokban, *láz* kíséretében. A lefolyás alatt friss góczok keletkeztek a nagy ajkakon, apró, mély, piszkos lepedékkel fedett fekélyek alakjában (*primaer gócz*).

II. eset. Egy erőteljes nőnél inguinalis tályoghoz társult hasonló folyamat egy nagy és több apróbb gócz alakjában.

Grenser¹ „*Ein Fall von phagedänischen, nicht luetischen. Geschwür der Vulva*“ cím alatt mutatta be a következő esetet: Egy chlorotica, de különben egészséges nőnél 20 nappal a defloratio után 2 cm. hosszú és 1 cm. széles phagedaeniás fekély támadt a nagyajkon és mellette, általános tünetek kíséretében. Ezt később parametritis követte. A férj egészséges volt.

A kifejlődött vitából kitűnik, hogy mily különbözően fogták fel e folyamatot, így: coitus okozta insulust, herpest, *ulcus mollet* hoztak szóba!

Henoch² leírja egy 2 éves, viruló színben levő kis leányka *elsődleges vulvagangraenáját*, mely általános tünetek által kíséretetett és beavatkozásra napok alatt gyógyult. Henoch traumás eredetűnek vélte.

Ez minden, a mit az irodalomban találtam. De úgy ezen irodalmi adatokból, mint az én fenti 3 esetemből annyi kiderült, hogy észlelünk a *nők genitáliáin és környékén* olyan elsődleges multiplex gangraenát, mely általános tünetekkel jár, és mely biztosan külső infectioval függ össze. És mintán *von Herff* az általa észlelt genitális és perigenitális laesiót a régiek *nosocomialis gangraenájával*, Grenser pedig a *phagedaenismussal* azonosítja, ezekre terelődött figyelmem. Ezek tanulmányozása vezetett rá 1901-ben Matzenauernak „*Zur Kenntniss u. Aetiologie des Hospitalbrandes*“ (Arch. f. Dermat.) jeles cikkére, melyben ez a régiek phagedaeniás-gangraenás-diphtheriás sanke-rét a nosocomialis gangraenával azonosítja. Megjegyzem azonban, hogy én a nélkül, hogy a fent említett 3 virgo baját azonosnak tartottam volna a férfiak ú. n. diphtheriás vagy gangraenás-phagedaeniás sankereivel, tisztán azon okból, hogy e rejtélyes folyamattal saját vizsgálataim alapján behatóbban megismerkedjem,³ már 1898 óta, tehát azon időtől, hogy jelenlegi osztályomat átvettem, gyűjteni kezdtem ezen eseteket, azaz felhalmoztam a klinikai észleleteket és kórbonczatani készítményeket, úgy hogy Matzenauer cikkének megjelenésekor már bő anyag felett rendelkeztem.

Matzenauer e cikkében 23 eset kapcsán annak bizonyításával foglalkozik, hogy a régiek hirhadt és kihaltak hitt „*kórházi üszke*“ nem halt ki, sőt ma is elég gyakran észlelhető, és pedig leggyakrabban a genito-analis tájakon, tehát oly localisatiókban, melyekben épen a régiek leírása nem említi. Tehát a diphtheriás vagy gangraenás, illetve phagedaeniás sanker nem volna más, mint a *genitáliák kórházi üszke*.

Matzenauer cikke rendkívül érdekelt, mert, a mint fentebb láttuk, Herff felfogását támogatta. Úgy látszik azonban, hogy Matzenauer figyelmét épen e dolgozat kerülte ki, mert cikkében kiemeli, hogy „a *genitáliák* gangraenás fekélyeit eddig még nem hozták a *kórházi üszkékkel* összhangzásba“. Tényleg nem is említi sem Herff, sem Grenser cikkeiket. De ez mit sem von le Matzenauer érdeméből, mert ő volt az első, a *ki a kérdéssel exact módon foglalkozott* és arról *befejezett* dolgozattal számolt be.

Matzenauer szerint ezen fekélyek a genitáliákon úgy önállóan és elsődlegesen mint ilyenek felléphetnek, vagy egy már létező venereás affectiohoz társulhatnak, miáltal ez utóbbiak azután jelle-güket azonnal elvesztik.

Az anamnesises adatok gyakran arról szólnak, hogy coitust a betegek már rég nem üztek, úgy hogy a coitusnál való átragadás kizártnak látszik.

Rendszerint piszkos egyéneket ért a baj, mely néhány nappal a kórházba jövetel előtt hirtelen, localis fájdalmak, forró-ság és borzongás kíséretében támadt. Eleintén csak kiesiny sebet vagy egy szürkés fehér helyet vettek észre, mely azonban rohamosan, ijesztő módon nagybodott. A vizsgálatnál egy vagy több

¹ Centralbl. f. Gynäkologie. 1891. p. 24.

² Előadások a gyermekek betegségeiről. 1893. p. 684.

³ Úgy az 1893-ban megjelent tankönyvemben, mint 1897-ben a Belgyógyászat kézikönyvében ezt újra tanulmányozandónak mondtam.

¹ Deutsche med. Wochenschrift. 1890. p. 949.

különböző nagy fekély található; legtöbbször egyetlen, a körképet domináló, ennek környékén, különösen a váladékelfolyás vagy érintkezés helyén jóval kisebbek, gyakran egészen felületesek, szabálytalanul fogazott anyagihiányok. A főfekély közepén sűrű, piszkos szürkés-zöldes egész barnás-fekete koecsonyas-pulpás lepedékekkel fedett, mely ujjnyi vastag is lehet és az alapról le nem választható. A széleken ezen necrotikus szövetből álló pörk piszkos szürkés-fehér. A fekély körül keskeny, élénk-vörös hyperaemiás udvar van. A zöldes-fehéres fekélyszélről sem lehet *genyet*, legfeljebb csekély detritust lekaparni, mert láthatólag nem genyes, hanem vékony *fibrinosus diphtheroid lepedék* van ott. Ezen fekélyek mindig *penetrans rothadt hússzagot* terjesztenek. E mellett gyakran láz egész 39^o-ig, a míg a fekély progrediál; nagy localis fájdalomosság.

Matzenauer észlelte e folyamatot a crena ani és keresztcsont táján is. Egy ízben a folyamat a csont lemeztelepedéséhez, egy másikban a sphincter ani elroncsolódásához és a rectumba betérjedéséhez vezetett. Észlelte a folyamatot egy *virgo intacta*-nál is a genito-cruralis vágányban, a hol az adductorok lemeztelepedését vonta maga után.

Ezen extragenitalis esetek voltak azok, melyek öt annak a felvételére indították, hogy a folyamatot a már kihaltak *hitt nosocomialis gangraenával*, és pedig annak *pulpás alakjával azonosítsa*. Ezen *typusos* eseteknek összehasonlító észlelése abortív lefolyású esetekkel, továbbá kiterjedt extragenitalis laesióknak a genitálisokkal egyidejű előfordulása csak évek folyamán taníták meg Matzenauert a bántalom teljes ismeretére, úgy hogy az utóbbi időben a legtöbbször könnyebb eseteket is felismerhette, és pedig a genitáliákon, hol ez azelőtt ismeretlen vala.

Az első forma, melyben a jövődő gangraenás fekély a genitáliákon jelentkezik, *nem anyagihiány, nem is pustula*, hanem abból áll, hogy egy helyen lapos, fehéres, gombostüfejnű, egész sörénnyi hártyszerű felrakódás keletkezik, mely körül keskeny, lobos udvar támad, és a mely felrakódás csak sekély anyagihiány visszahagyásával törülhető le, úgy látszik, mintha *macerált bőrreszecskek* vagy duzzadt epitheliumok halmozódtak volna fel, vagy mintha herpes hólyagcsák pattantak volna fel.

Ilyen fehéres hártákat főleg a glanson vagy a *fityma* bellemén, vagy a női genitáliák *nyákhártyáján* lehet látni többnyire egy nagyobb fekély szomszédságában, vagy abba való átmenetben. A *bőrön* azonban néha kisebb göcsök és pustulák alakjában is kezdődik.

A genitáliákon a hevesebb folyamat napok alatt igen nagy roncsolásokat, csonkításokat okozhat.

E mellett a fekélyek nem okoznak lymphangoitist, táji mirigyduzzanatokat, különösen nem genyedőket.

Legnehezebb a könnyebb, láztalan lefolyású esetek megkülönböztetése a *Ducrey-fekélytől*, különösen, ha a fekélyek a *fityma*-n *fészkelnek és phimosis van jelen*.

Még hangsúlyozza, hogy az ú. n. *diphtheriás fekély* a *pulpás* vagy *pulpás-ulcerosus*, az ú. n. *phagedaeniás fekély* az *ulcerosus nosocomialis gangraena*-alakot képviseli.

Ennyit a klinikai részből.

23 esetben végzett *histologiai* vizsgálatot. Megannyi esetben hasonló *histologiai* leletre és megannyinál a mélyben ugyanazon bacillusokra akadt.

Histologice a betegség egy lófolyamat, mely korán vezet a szövetek coagulációs necrosisához.

A legkezdetlegesebb alakok, a jelzett fehéres felrakódások részben tönkrement *epitheliumokból*, részben *fibrintömegekből* állanak.

Az epithel szétesése gyors, és az alatta lévő szemölcsös test eleinte átjáratik, majd később helyettesítetik kivándorolt polynuclearis leucocytaiból és burjánzó kötőszöveti sejtekből álló infiltratum által; ennek felületén teljesen elhalt szövetréteg van, melyben csak elszórtan láthatók sejtmagvak, vörös vértestecsek vagy ezek törmelékei. A lobos infiltratio nem sokkal terjed túl a beteg góczon, mert a lobos infiltratio mindig igen gyorsan lesz a coagulációs nekrosis áldozata. A necrotikus gócz és a lobos infiltratum átmeneti határán többnyire egy *fibrinhálóból* álló *sáncz* van. De a fibrintömegek gyakran messze és mélyen követhetők, különösen az edények körül, melyek legnagyobb mértékben tágultak és vérrel teltek. Falaik a lobos terület környékén korán mutatják a coagulációs nekrosis tüneteit.

A még nem obliterálódott edények falainak partialis coagulációs nekrosisát folytán *haemorrhagiák* keletkeznek, melyeknek szétesésétől függ a fekély *színárnyalata*. Az edényfalak korai coagulációs nekrosis

pontszerű vérömlések képződését vonja maga után, mely a kezdődő nosocomialis gangraena legkorábbi tüneteire tartozik.

A tovaterjedő necrosis folytán csakhamar egybeolvad a szemölcsös test és később az egész cutis minden eleme; a magtalan és homogenné lett sejtek a kiválasztott fibrinnel, rögös hyalín, rosszul festődő tömeggé olvadnak össze, mely a fekély felületét mint különböző vastag hártya borítja. Ezen elhalt szövetek az alattuk lévő lobosan infiltrálttal és a még éppel elválaszthatatlanul összefüggnek, tehát klinice egy erősen tapadó, le nem törülhető pulpás lepedéket képviselnek (*diphtheriás lepedék*).

Praedomináló a histologiai képen a fibrinosus izzadmány, különösen az edények körül; érdús szövetben még az ép területen is látható.

A hatalmas fibrinosus izzadmány körülburkolja a nyirok- és véreket, ezért hiányzik ezen fekélyes folyamatoknál eleinte a genyes exsudatum: a pulpás tömegek plastikus, puha, koecsonyas tapintatúak. Csak később, ha a necrobiotikus szövetrészek és a beágyazott fibrinosus izzadmány szétestek, jön létre pépes, iszapos, rongyos tömegek felrakódása.

A könnyebb és tisztán fekélyes-phagedaeniás alakok, melyeknél egyáltalán nem választatik ki oly tömegű fibrinosus izzadmány a mélyben és így nem is jön létre mélybeható coagulációs necrosis, mindjárt eleve fibrinosus-serosus izzadmányt választanak el, melyhez nagy tömegben keverednek vörös vérszálak, detritustömegek és elhalt szövetzafatok, úgy hogy higan folyó, rózsaszínű, barnás, eves váladék képződik. De még ezeknél is megvan az erek körül a fibrinkoszorú. A fibrinkiválasztás tömeges a pulpás alaknál és a progressio területén a legnagyobb.

Bakteriologia. Matzenauer mind a 23 esetben egy és ugyanazon bacillust találta, némely készítményben kizárólagosan, a legtöbbben oly túlnyomó számban és a szövetben oly elrendeződésben, hogy más bakteriumok nem jöhettek tekintetbe. Kiemeli azonban, hogy nem minden fekély minden darabjában találta meg, így a gyógyuló vagy megállapodott területeken nem.

A necrotikus hártában a *bacillus* vagy hiányzott, vagy csak gyéresebb számban volt jelen és degenerációs formákat mutatott és keverve volt más fajtákkal. A haladó fekély metszetében a necrotikus és lobos zóna átmeneti határán egymagában és többnyire óriási tömegekben található. *Kifelé* ezen bacilluscsíktól van a gangraenás szövet, befelé a lobos szövet. Heves folyamatnál ezen lobos szövet néha még teljesen elárasztott a bacillusoktól, úgy hogy hasonló a postmortalisan bevándorolt bacillusoktól áthatott szövethez.

Progrediáló fekély határából vett készítményben, mélyen a lobos, sőt még a nem lobos szövetben is láthatók a fibrinkoszorús erek és apró vérömlések körül egyenként vagy kis csoportokban és itt igen intensive és egyenletesen festődnek is.

A mélybe haladó virulens bacillusok majdnem mind egyenlők alakra, nagyságra, éles festődésre.

A bacillus kacsú, egyenes vagy néha gyengén hajlott, többnyire 3—4 μ hosszú, 0.3—0.4 μ széles, többnyire egyenként, néha kettesével helyezkedik el, végei többnyire nem szögletesek, hanem könnyen legömbölyítettek. Metszetben legjobban Weigert szerint festődik.

Az átmeneti zónában sok degenerációs forma van, mely *hiányosan, megszakításokkal* festődik. A necrotikus tömegben legritkább a jól festődő.

Tenyésztés absolute nem sikerült.

Állatkísérlet. Egy tengerimalacz előzetesen megzúzott bőre alá bacillusokat tartalmazott tömeget víve, typusos fekélyt kapott (szövetvizsgálat?), de továbboltás nem sikerült.

M. a folyamatot infection alapulónak hiszi, előidéztetve egy (anaërob) bacillus által, melyet ugyan nem tudott kitenyészteni, de a mely constansan és dús tömegekben a terjedő fekély szövet-metszeteiben kimutatható, és a mely Gram szerint festődik. Emberre átoltani nem könnyen sikerül.

Matzenauer e kész dolgozatával szemben számomra nem maradt más hátra, mint utánvizsgálni 1. M. klinikai észleleteinek, *histologiai*, *bakteriologiai* és *tenyésztési* leleteinek helyességét, 2. a szóban forgó folyamatnak a nosocomialis gangraenával összefüggését.

Saját vizsgálataim: ad 1. a) *Klinikai észleletek.* A mint jelzém, 1898 óta gyűjtöm az eseteket, és beleértve a 3 virgo esetét is a mai napig 40, legnagyobb részt klinice diagnostizált eset felett rendelkezem. Megannyi szegény ember (kézimunkás, iparos, cseléd, napszámos stb.) és kórházi ápolat volt. Ezek között 37 18—30 év közötti férfi és 3 16—17 év közötti nő (*virgo intacta*) volt. A férfiak közül csak egy volt körülmetélt, a

többi mind praeputiummal birt, és pedig sokszor könnyen járó fitymával.

Megjegyzem, hogy mentül több figyelmet fordítottam a kór-alakra, annál több esetre akadtam, úgy, hogy a míg 1898-ban, 1899-ben és 1900-ban csak egyes esetek vétettek ulcus gangraenosumnak, Matzenauer közleménye után évente átlag körülbelül egy tucsat eset választatott külön a közönséges sanker-fekélyektől. Megjegyzem továbbá, hogy két gangraenás esetet, azon okból, hogy náluk a kezelő orvos erős edző szereket (carbolf., cuprum sulf., argent. nitr.) alkalmazott, nem vettem fel az esetek közé, hogy továbbá nem vettem fel azokat az eseteket sem, a hol a gangraena már demarkálódott és nagyobb keringési akadály nyilvánvaló volt. A legtöbb beteg baját röviddel a közönsülés után támadottnak vallotta.

De voltak betegek között (eltekintve a virgóktól) olyanok is, a kik hetekkel az utolsó coitus után vették észre a megbetegedés első jelét. Megerősíthetem klinikai észleletem alapján M.-nek azon észleletét, hogy a primaer laesio nem egy pustula vagy fekély, mint a sankernél, hanem a bőr niveaujában ülő, keskeny hyperaemiás udvar által környezett, gombostüfejni vagy lenesényi, piszkosfehér, szívós *diphtheroid* hártya a fityma által borított makkon, vagy a fityma bellemében, a koronaárokban, és hogy ennek leválasztása után sekély, vérző anyagihiányt kapunk. Gyakran együtt észleltem én is ilyen kezdeti alakokat előbbre haladott neerosissal, sőt a gangraena kifejezett alakjaival egy és ugyanazon egyénen. A folyamat in- és extensitásával arányos a rothadt hússzag és a fityma jelenléténél a phimosis foka; legsúlyosabb esetekben az egész fityma üszkösödése, perforatioja vagy partialis ellökődése és az egész folyamatnak a nomához feltűnő hasonlósága következik be, annyira, hogy az 1902 október 29-dikén a közkezdőházi orvostársulatban bemutatott 2 esetemet *Genersich* tanár egyenesen *noma* névvel illette.

(Folytatása következik.)

A paralysis progressiva kórtana.

Irta: *Schaffer Károly* dr., egyet. rk. tanár.

(Vége.)

Tisztelt Orvosegyesület! A p. és neurasthenia közötti differentiáló diagnosis nézetem szerint csakis akkor nehéz, ha somatikus tünetek hiányoznak. Mert hiszen, ha egy a súlyos agyi neurasthenia képét mutató egyén egyúttal fénymerev pupillákat, illetve a mi a legjellegzetesebb, egyoldalilag fénymerev pupillákat mutat s ha az ilyen egyén akár csak elvétve is muló aphasiával kapcsolatos szédülést szenvedett el, úgy nem eshetik nehezünkre a pszichikai állapot szempontjából csakis neurastheniának látszó egyénben a paralytikust felismerni. A nehézség akkor áll elő, hogyha a legszorgosabb vizsgálat sem mutatott ki somatikus eltérést és az egész kórképet csakis a subjectiv panaszok uralják. Nézetem szerint ilyenkor a legmagasabb functiókban, az ethikában, a jellemben fellépő elváltozások azok, a melyekre nekünk súlyt kell fektetnünk. Ha egy tisztán neurastheniának látszó egyén sokat tervelget, terveit folyton változtatja, tehát terveinek keresztülvitelében kellő következetességet és erélyt nem fejt ki, ha indulatkitörései féktelenek és ezek mindig igen csekély, aránytalan okból erednek; ha a hangulatváltozás a legnagyobb szélsőségek között hirtelen; ha a komoly dolgok közepette oktalanul feltűnő vidámság fogja el; ha a kellemetlenségeket az ilyen ú. n. neurastheniás egyén érezni nem látszik; ha túlkönnyen és kellő ok nélkül kötekedik, szóvitát folytat és e közben a szokott határt könnyen átlépi; ha viszonyaihoz mérten túlköltenek, bár e költsékezés önmagában véve még nem mondható nagyzasosnak, de az illetőnek anyagi helyzetéhez arányítva igenis (embryonalis nagyzás); ha végül magaviselete mindenkivel szemben hirtelen, durva, a helyzethez nem mért: úgy, ha ezen jellemzők, mint újabb jelenség fejlődött ki egy neurastheniás egyénen, akkor a p. sokkal valószínűbb mint a tiszta agyi neurasthenia.

Épen most említettem, hogy neurastheniás jelenségek mellett bizonyos somatikus tünetek, pl. az egyoldalig pupillamerevség és muló rohamok, pl. 1—3 óra alatt kiegyenlítő aphasia, a melyet szédülés vezet be, a p. diagnosisát nem csupán meg-

könnyítik, de egyenesen biztosítják. Különösen *Thomsen* volt az, a ki figyelmünket felhívta arra, hogy a p. prodromalis stadiumában főleg négy ú. n. agyi korai tünet fordulhat elő, a melyek a p. komoly előhírnökei lehetnek, de nem kell okvetlenül, hogy azok legyenek. Ezek: a beszédzavar, az ú. n. paralytikus rohamok, a szemizombénulások és a pupilla reflexmerevsége. A beszéd u. i. vagy állandóan vagy időszakosan már olyan időben mutat elváltozást, midőn egyéb paralytikus tünet nincs jelen; egy esetben pl. a betegséget 9 évvel megelőzőleg lépett fel a beszéd romlása.

Aphasiás rohamok legtöbbször a végtagok bántalmazottsága nélkül *Thomsen* szerint egy esetben 4, egy másik esetben 6 évvel előzték meg a p. kitörését. A magam észleléséből emlékezem egy esetre, a melyben a nyilvánvaló p.-t 3 évvel előzte meg egyetlen muló aphasiás roham, a mely 1—2 óra alatt kiegyenlítő-dött. Persze a jellegzetes ezen aphasiás rohamra nézetem szerint a kor, a melyben fellép, mert hiszen ha 50—60 év körüli egyénnel mutatkozik muló aphasia, ott a jelenlevő arteriosclerosisból magyarázható a dolog és nem p.-ből. Ámde egészen más színezete van a dolognak, hogy pl. egy 30—32 éves egyénnel lép fel ilyen roham. Az ú. n. *paralytiformis rohamok*, a melyek féloldali bénulás által kísértethetnek, szintén igen korán állhatnak elő, 7—15 évvel a p. kitörése előtt.

Szemizombénulások, muló jelleggel, többszörre csakis egyetlen izom bénulása, szintén 2—6 évvel a bántalom kibontakozása előtt jelentkezhetik. A ophthalmoplegia a p.-től többé-kevésbé független.

A legfontosabb korai tünete a p.-nek az egyoldalig pupillamerevség. *Thomsen* két esetet citál saját tapasztalásából, a melyekben csakis egyoldalig reflexmerevség mydriasisal, könnyű convergentialis hiánnyal, csaknem normális accomodatioval és ép szemfenékkal, mint egészen elszigetelt tünetcsoport, a p. kitörését 10—11 évvel előzte meg. *Thomsen* az egyoldalig pupillamerevség korai diagnostikai jelentőségét nem látja azzal csorbitva, hogy e jelenség ily hosszú idővel előzi meg a p.-t, mert joggal mondja, hogy ha a pupillamerevség a p.-t 5 évvel előzve meg, már a p. elismert előtűnete, akkor ép úgy tekinthető 10 évvel korábban fellépő pupillamerevség korai jelenségnak. Minden attól függ, hogy a kórbonezolás folyamat lassabban vagy gyorsabban folyik-e le.

A szakosztályi eszmecsereben főleg *Moravcsik*, *Salgó*, *Sarbo*, *Donath* és *Ranschburg* járultak értékes adatokkal a bekezdő p. tünettanához, valamint a p.-nek és neurastheniának egymáshoz való viszonyához.

Moravcsik hangsúlyozza, hogy nézete szerint a neurasthenia nem megy át a p.-be, hanem a neurastheniának látszó tünetek a p. kezdeti tünetei voltak akkor, a midőn a p. határozott képe bontakozott ki. Röviden kiemeli, hogy a neurastheniára jellemző a progressivitásnak, az intellectualis és súlyosabb mozgató zavaroknak hiánya, a tünetek nagy és néha gyors ingadozása. A neurastheniának, ataxiának imponáló tünet csakis pszichikai eredetű, mely suggestive megszüntethető.

Neurastheniásoknál az emlékezőképesség hiányossága, a beszédbeli nehézség, sőt a paraphasiára emlékeztető tünetek is előfordulhatnak, de ezek napról napra változhatnak, s az a beteg, a ki ma nem jól tudja rögzíteni a benyomásokat s felidézni az emlékezeti képeket s nehézkesen beszél, holnap már a legjobb memoriát tanúsíthatja és folyékonyan beszélhet órákig.

A neurastheniás gyakran összecsereél egyes szavakat, de a közönséges paraphasiástól eltérőleg nem a hasonhangzású, hanem többszörre egészen távol álló szavakat. Neurastheniánál tehát nem defectus van jelen, hanem működésbeli gyengeség. A beteg inkább csak érzi magát betegnek s baja pszichikai természetű. A paralytisis betegnek lehet néha derültséget suggerálni, de emelkedett hangulata mellett a beidegzési zavarok, a hűdéses tünetek nem fognak megszűnni. *Moravcsik* a p. kezdeti tünetei között saját tapasztalatai alapján kiemeli a hűtlenségi, üldöztetési téveszméket, az izolált hallucinációkat, a paraesthesiákat, az emésztési zavarokat, az acne-eruptiókat és a salivatio által kísért éjjeli hőemelkedéseket és azon sajátos tünet gyakoriságát, hogy a beteg környezetét tartja elmebetegnek („altero-aegrotismus“ *Moravcsik*) valamint az ok nélküli bágyadságot.

Salgó általánosságban azt hiszi, hogy neurasthenia, illetve cerebrasthenia elnevezés nem jelent betegséget, hanem egy lénye-

gében ismeretlen kóros állapotot, mely semmi egyéb, mint súlyos chronikus elmebetegségeknek fejlődő szaka és pedig vagy a chronikus paranoiának vagy a p.-nek bevezető szaka.

Sarbó nem hisz abban, hogy a neurasthenia p.-be meheszen át.

Donath említi, hogy Thomsen után ő figyelmeztetett a pupillaelváltozásra mint a p. korai tünetére. Úgy véli, hogy a neurasthenia önmagában, más különös hatások közrejátszása nélkül a p.-hez nem vezethet.

Ranschburg azt az érdekes és nézetem szerint fontos észlelést közli, hogy az ú. n. nervosus egyének, valamint a kényszerképzetes, sexualis, vasomotoros és paraesthesiás neurastheniások felfogó- és emlékezőtehetsége, valamint kényszerproductioja a normálisokéhoz képest határozott, de kisebb mérvű fogyatkozást mutat, melynek számértékei általában az el nem butult paranoiásokon talált számértékeknek felelnek meg. Ellenben a cerebraalis neurastheniában szenvedők az említett elmebeli képességeknek igen nagy mérvű megfogyatkozását mutatják, mely mennyiségileg éppen nem áll mögötte a kezdődő, de már biztosan felismert paralytikusokon talált fogyatkozási értékeknek. Tehát a cerebraalstheniánál és a p.-nél bizonyos jellegzetes tünetekre vonatkozó mérések egymásba összefolyó számbeli eredményeket szolgáltatnak. A paralytikusoknak és cerebraalneurastheniásoknak ezen kísérleti megegyezése dacára van Ranschburg szerint egy kettejüket egymástól megkülönböztető momentum is: míg u. i. a neurastheniás $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ órai vizsgálat után már élénk fáradtságot árul el, addig a paralytikusoknál a kifáradásnak sem objectiv, sem subjectiv nyoma nincsen. E jel diagnostikai értékesítését Ranschburg már több kétes esetben eredményesen alkalmazta.

Tisztelt Orvosegyesület! Referatumom utolsó pontjához, az ú. n. *pseudoparalysis*-ekhez érkeztem.

Binswanger ezeknek hét alakját különbözteti meg; ezek:

1. psychosis polyneuritica,
2. alkoholismus chronicus,
3. az agyvelő lueses bántalmai,
4. a praesenilis dementia,
5. az arteriosclerotikus agyfolyamatok,
6. encephalitis chronica progressiva,
7. neurasthenia.

Ez alakok közül a neurastheniát már letárgyalván, ez alkalommal csupán két, gyakorlatilag legfontosabb alakkal óhajtok egészen röviden foglalkozni, t. i. a lueses és az alkoholos pseudoparalysissal.

A lueses *pseudoparalysis* (psp.) megsértéséhez szükségünk van Fournier ama alapvető megkülönböztetésének ismeretére, a melyet e szerző a valódi p. és a lueses psp. között tett. A két bántalom u. i. aetiologia szempontjából egyenértékű Fournier szerint, mert mindkettő kifejlődéséhez a lueses előzmény szükséges, de lényegükre, kórboneczolástani jellegükre, valamint lefolyásukra nézve egymástól teljesen elütők. Míg u. i. a psychiatriai értelemben vett p. a luesnek utóbetegsége vagy egy ú. n. parasymphilis, addig a lueses psp. virágzó lueses bántalom. E megkülönböztetés alapján érthető is, hogy a paralueses bántalomnál a higany hatástalan, míg a lueses psp. higanyra gyógyul, illetve gyógyulhat. A lues a központi idegrendszert Oppenheim és Strümpell osztályozása szerint három főalakban támadhatja meg. Az egyik alak a meningitis gummosa, mely túlnyomóan multiplex alakban lép fel; a második alak a meningitis basilaris syphilitica; a harmadik alak a Heubner-féle peri- és endoarteriitis syphilitica alapján jö létre. Míg az első két alak kiváltképpen arra alkalmas, hogy gócztüneteket idézzon elő és így a lueses agybántalom felismerése nehezünkre nem eshetik, addig a harmadik alak, a lueses érbántalom diffus természeténél fogva kiválóan hajlamos arra, hogy az agykérget táplálkozásában megtámadja és így a szürke agykéregnek diffus degeneratioja állván elő, oly klinikai kép jöhet létre, a mely a valódi p.-hez rendkívül, a csalódásig hasonlatos. A differenciáló momentumok a következők:

A lues cerebri diffusa és a p. egymástól klinikai lefolyás, prognózis és therapiiai befolyásolhatóság tekintetében különböznek. Lues cerebri diffusa mellett szól a p.-hez hasonló tünetcsoportnak hirtelen fellépése beigazolt lueses infectio alapján;

továbbá gócztünetek jelenléte, a látó és szemmozgató idegek részéről mutatózó tünetek, mint a neuritis optica és az ophthalmoplegia, továbbá Jackson-epilepsia. A lues cerebri diffusánál kevésbé kifejezett és mérsékelt előrehaladó elmeengemeség mutatható ki; a szellemi kórtünetek gyakran a hysteria, a melancholia, a mania, a heveny-zavartság és a paranoia képét utánozzák és valamint a lueses testi tünetek gyakori hullámzásokat mutatnak, azonképen a lueses psp. pszichikai tünetei is sűrűn változtatják alakjukat. A lueses psp.-nél a betegségbe való belátás sokkal kifejezettebb mint a valódi p.-nél; idültlen lefolyó alakjainál különösen a paranoiás tünetek lépnek előtérbe, főleg hanghallások, beteges magára vonatkoztatás, az izomérzés hallucinatioi stb. Mindezen jelenségekből a valóságos paranoia kórképéhez teljesen hasonlatos kórállapot fejlődhet ki.

Ezen most említett elkülönítő kórtünetek kellő mérlegelés alapján tényleg elkülöníteni engedik a lueses psp.-t a valódi p.-től. De hangsúlyozom, hogy lehetnek oly alakok, a melyek pontos elkülönítést nem engednek meg; ezek a valóságos átmenetek.

A második fontos alak a *psp. alcoholica*. Eltekintve az alkohol által a peripheriás idegekben és a központi idegrendszerben előidéztet ismeretes elváltozásokról, van az alkoholnak még magára az elmeműködésekre is olyan hatása, hogy az előállott tünetek a p. tüneteivel rendkívüli hasonlatosságot mutatnak és így az összeeserelés lehetősége megvan. Az alkohol által előidéztet és a p.-hez hasonlatos kórkép főbb vonásai: járási és beszédzavarok, fokozott vagy hiányzó térdtünetek, differens alig mozgó pupillák, néha jelentékeny elmeengemeség, sőt virágzó nagyzasok avagy hypochondriás deliriumok. Salgó szerint a diagnostikai tévedés sokáig nem állhat fenn, mert szerinte a lefolyásnak első napjai is el fogják dönteni a kétes kérdést a mennyiben a delirium alcoholicum rövid néhány nap múlva gyógyul, a hűdéses elmezavar ellenben továbbra is fennáll. De ezzel szemben vannak esetek, a melyekben ez a tisztázódás nem áll be egyhamar, vagyis van eset, melyben az alkoholos kórképnek paralysises színezete sokáig áll fenn, a mint azt Klewe esetei bizonyítják. Krafft-Ebing szerint a megkülönböztető tünetek: alkoholos psp. mellett szól a rövidebb, inkább csak néhány hónapra kiterjedő lefolyás, a betegnek nagyfokú, többnyire általános remegése, az alsó végtagokra kiterjedő an- és hyperaesthesia, az intenzív fejfájás a bántalom kezdetén és lefolyásában, a nagyzasos téveszmék aránylagos ritkasága, a hitvesi hűtlenségi téveszmék maradványai, a gyakori alkoholos színezetű látási hallucinatio, a tipusos beszédzavar hiánya, végül a kevésbé ominosus lefolyás.

A szakosztályi eszmecserében Sarbó és Ranschburg szóltak az alkoholos psp. diagnostikájához. Sarbó súlyt fektet állatálmokra és a vizeletben kimutatható fehérjére mint oly tünetekre, melyek alkoholos eredet mellett szólnak. Ranschburg szerint az alkoholos p.-ben szenvedők még hónapok múlva is színtévesztők, míg a p. folyamán ilyen tünet nem mutatkozik.

Mindezek után a psp.-eknek a genuin p.-hez való viszonya a következőkben lenne körvonalozható.

Van egy kórkép, a mely bizonyos hűdéses tünetek és kiváltképen az előrehaladó, teljes kritikátlanságban megnyilvánuló elmeengemeség által van jellemezve. E kórkép, a melyet therapiailag eddig befolyásolni nem lehetett, a valódi p., a melynek aetiologiájában a terheltég, a lues és a surmenage testvéreileg osztozkodva, játszanak szerepet. Ezzel szemben létezik egy csoportja a különböző organizált, organikus és anorganikus mérgek behatására keletkezett és a p.-hez hasonlatos kórképeknek, a melyek az ú. n. pseudoparalysisek csoportját képezik. Utóbbiak a jó prognózis, a rövidebb lefolyás, az általában kisebb fokú elmeengemeség és főképen a therapiiai befolyásolhatóság által tűnnek ki. De a pseudoparalysisek egyes esetekben elhúzódó lefutásúak lehetnek, a bennük kifejezésre jutó elmeengemeség a szokottnál nagyobb, gyógyíthatóságuk igen csekély, jóformán semmis. Ily módon a psp. közeledik, illetve átmenet megváltozott klinikai jelleménél fogva a genuin p.-be. Tehát léteznek átmeneti alakok a valódi és a psp. között.

A fentiekben adott kép legfőbb körvonalaiban megfelel a p. tana jelen állásának.

Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.)

Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és inképlés izomhűdéseknél és zsugoroknál.

Irta: *Hevesi Imre* dr. klinikai I. tanársegéd.

(Folytatás.)

D) Négy izom hűdésénél:

1. ta, eh, ed, pl
TP, FD $\rightarrow$ spat. int. $\downarrow$ = ta; eh $\uparrow$ = ed;
lat. $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = ed; pl $\uparrow$ = PB
2. ta, eh, ed, pb
mint D 1, csak pl helyett: pb $\uparrow$ = PL
3. ta, eh, ed, tp
 $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = ta; FD $\frac{1}{2}$ PL $\downarrow$ = ed; tp $\uparrow$ = TS; eh $\uparrow$ =
4. ta, eh, ed, ts
kielégítő izompótlás nem várható; rögzítés inmegrövidítésekkel:
TP $\downarrow$ = ta; $>$ ed; PL, FD $\downarrow$ = ts
5. ta, eh, pb, pl
TP, FD $\downarrow$ = ta; eh $\uparrow$ = ed; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp
6. ta, eh, pl, tp
 $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = ta; FD $\downarrow$ = tp; $\frac{1}{3}$ TS vagy $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = pl; eh $\uparrow$ =
7. ta, eh, pl, ts
TP $\downarrow$ = ta; pl $\uparrow$ = PB; FD, FH $\downarrow$ = ts; tp $\uparrow$ = ts
8. ta, eh, pb, tp
 $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = ta; eh $\uparrow$ = ED $\downarrow$ = tp; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pb vagy: pb $\uparrow$ = pl
9. ta, eh, pb, ts
műtét: mint D 7, csak pl helyett pb
10. ta, eh, tp, ts
 $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = ta; PL, FD, FH $\downarrow$ = ts
11. ta, ed, pl, tb
EH $\downarrow$ = ta; FD $\rightarrow$ spat. int. $\downarrow$ = ed; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp
12. ta, ed, pl, tp
műtét: mint D 11 és tp $\uparrow$ = TS
13. ta, ed, pl, ts
TP $\downarrow$ = ta; EH $\downarrow$ = ed; pl $\uparrow$ = PB; FD, FH $\downarrow$ = $>$ ts
TP $\uparrow$ = ts
14. ta, ed, pb, tp
műtét: mint D 11 + tp $\uparrow$ = TS
15. ta, ed, pb, ts
műtét: mint D 13, csak pl helyett pb
16. ta, ed, tp, ts
EH $\downarrow$ = ta; FD $\downarrow$ = ed; PL $\downarrow$ = ts
17. ta, pl, pb, tp
EH $\downarrow$ = ta; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp; tp $\uparrow$ = TS
18. ta, pl, pb, ts
EH $\downarrow$ = ta; $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = pp; FD, FH $\downarrow$ = ts
19. ta, pl, tp, ts
 $\frac{1}{2}$ ED, EH $\downarrow$ = ta; pl $\uparrow$ = PB; FF $\downarrow$ = ts; $>$ tp
20. ta, pb, tp, ts
műtét: mint D 19, csak pl helyett pb
21. eh, ed, pl, pb
 $\frac{1}{3}$ TS $\rightarrow$ spat. int. $\downarrow$ = ed; eh $\uparrow$ = TA; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp
22. eh, ed, pl, tp
 $\frac{1}{3}$ TA, FD $\downarrow$ = ed; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pl; tp $\uparrow$ = TS
23. eh, ed, pl, ts
 $\frac{1}{2}$ TA $\downarrow$ = ed; pl $\uparrow$ = PB; FD, $\frac{1}{2}$ TP $\downarrow$ = ts
24. eh, ed, pb, tp
műtét: mint D 22, csak pl helyett pb
25. eh, ed, pb, ts
 $\frac{1}{2}$ TA $\downarrow$ = ed; pb $\uparrow$ = PL; FFes, TP $\downarrow$ = ts
26. eh, ed, tp, ts
 $\frac{1}{2}$ TA $\downarrow$ = ed; PL, FFes $\downarrow$ = ts; PL $\uparrow$ = PB; $>$ tp
27. eh, pl, pb, ts
 $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp; FD $\downarrow$ = tp; eh $\uparrow$ = TA
28. eh, pl, pb, ts
 $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = pp; FD, FH, PP $\downarrow$ = ts; eh $\uparrow$ = TA
29. eh, pl, tp, ts
 $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = pl; $\frac{1}{2}$ PB, FD, FH $\downarrow$ = $>$ ts; eh $\uparrow$ = TA
30. eh, pb, tp, ts
műtét: mint D 29, pl helyett pb

31. ed, pl, pb, tp
EH $\downarrow$ = ed; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp; tp $\uparrow$ = TS
32. ed, pl, pb, ts
 $\frac{1}{2}$ TA $\downarrow$ = ed; EH $\downarrow$ = pp; FD, $\frac{1}{2}$ TP $\downarrow$ = ts
33. ed, pl, tp, ts
EH $\downarrow$ = ed; pl $\uparrow$ = PB; FD, FH $\downarrow$ = ts; $>$ tp
34. ed, pb, tp, ts
műtét: mint D 33, csak (pl = PB helyett) pb $\uparrow$ = PL
35. pl, pb, tp, ts
 $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = pp; EH, FD, FH $\downarrow$ = ts; $>$ tp.

E) Öt izom hűdésénél.

Az inak megrövidítésével rögzített lábat egyensúlyban tartani a megmaradt két izom helyes felosztásával a következőképpen lehet, megjegyeztetvén, hogy azon esetben, ha az öregujj saját hajlítója és az ujjak közös hajlítója is épek, ezek is alkalmas módon felhasználandók.

1. TA, EH
EH $\downarrow$ = ed
2. TA, ED
 $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = pp
3. TA, egyik P
 $\frac{1}{2}$ TA $\downarrow$ = ed; peroneusok egymással
4. TA, TP
 $\frac{1}{2}$ TA $\downarrow$ = ed
5. TA, TS
 $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = ed; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp
6. EH, ED
EH $\downarrow$ = ta
7. EH és egy P
EH $\downarrow$ = ta; $\frac{1}{2}$ P $\downarrow$ = ed
8. EH, TP
TP $\downarrow$ = ta; EH $\downarrow$ = ed
9. EH, TS
EH $\downarrow$ = ta; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = ed; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp
10. ED és egy P
 $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = ta; p $\uparrow$ = P
11. ED, TP
TP $\downarrow$ = ta; $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = pp
12. ED, TS
 $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = ta; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp; tp $\uparrow$ = TS
13. PL, PB
PL $\downarrow$ = ta; $\frac{1}{2}$ PB $\downarrow$ = ed; PL $\uparrow$ = PB
14. PL, TP
TP $\downarrow$ = ta; $\frac{1}{2}$ PL $\downarrow$ = ed
15. PL, TS
 $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = ta; PL $\downarrow$ = ed; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp
16. PB és TP vagy TS
műtét: mint E 14 és E 15-nél, PL helyett PB
17. TP, TS
TP $\downarrow$ = ta; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = ed; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp.

F) Hat izom hűdésénél legjobb arthrodésist végezni. Ha azonban az ízület inkább az inak megrövidítésével akarjuk rögzíteni, a meglevő egy ép izmot — hozzávéve még az esetleg épen maradt ujjhajlító izmokat is — a következőképpen lehet észszerűen felhasználni:

1. TA
 $\frac{1}{2}$ TA $\downarrow$ = ed
2. EH
ta és ed $\uparrow$ = EH
3. ED
 $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow$ = ta
4. egy P
P $\downarrow$ = ta
5. TP
egész vagy $\frac{2}{3}$ TP $\downarrow$ = ta
6. TS
 $\frac{1}{3}$ TS $\rightarrow$ spat. int. $\downarrow$ = ta és ed; $\frac{1}{3}$ TS $\downarrow$ = pp;
tp $\uparrow$ = TS

A mint említve volt, a valóságban ép és hűdött izmok mellett rendszeren még félhűdéses, továbbá tétlenség vagy túlnyújt-

tás miatt sorvadtt és gyengült izmokkal is találkozunk, melyek némelyike a műtét által létesített kedvezőbb viszonyok között még erősödhetnek. Néha meg épen túlságosan tevékeny, spasmusos izmokkal kell számot vetnünk. A mennyiben tehát a műtönek rendkívül változatos eshetőségek toluhatnak elébe, még minden esetben tere nyílik arra, hogy a rendelkezésére álló erők csoportosításában saját belátását érvényesítse.

A transplantatióra alkalmat adó lábdeformitásokat okozták: néhányszor alszárizmok inainak traumás hézaga, két esetben a n. peroneus átmetszése (*Gocht, Vulpius*), egyszer peroneushüdés a n. ischiadicus túlnyújtása után világrahozott csipőficzam beigazításakor (*Gocht*), kétszer peroneushüdés idegzúzódás miatt (*Eve, Vulpius*); háromszor lobos idegefajulás a n. peroneuson osteomyelitis tibiae, o. fibulae és égési seb miatt, leggyakrabban gerinczagi gyermekhüdés, 18 esetben agyi gyermekhüdés, párszor apoplexiás féloldali hüdés, 20 esetben diplegia spastica, mely vagy világrahozott volt (*Little-kór*), vagy szerzett (kétoldali enccephalitis vagy meningitis, Strümpell-féle paralysis spinalis spastica hereditaria). *Apoplexiánál* jogosult a műtét, ha az emboliás eredetű; haemorrhagiánál, ha az egyén fiatalabb, a roham régen volt és nem kell újabb rohamtól tartani. *Vulpius* göresös lóláb miatt operált beteget két év múlva újabb apoplexiás insultusban beállt haláláig lábát jól használhatta. *Diplegia* esetén leghatásosabb a mozgászavarok megszüntetése műtét által, ha a szellemi képesség, melynek súlyosodásával rendszeren a hüdések kiterjedése lépést tart, nincs nagyon aláásva.

Az alszárizmok hüdéseiből eredő lábelferdülések különböző alakjainál egyes gyakorlati szabályok szem előtt tartandók. *Pes equinus paralyticus* ritkán mutatkozik tisztán; ha a m. ext. dig. ép, akkor p. equino-valgus, ha a m. tib. ant. működik, akkor p. equino-varus a következmény. Ha a m. triceps surae épen maradt, megrövidül és a deformitást fixálja. Ha sok izom hüdött, lötyögő izület keletkezik, melynek fixálására, ha az inas rögzítés nem látszik elegendőnek, arthrodesis végzendő. Az utókezelésnél főleg arra kell hónapokon át ügyelni, hogy a fiatal inhegek ki ne nyúljanak. E végből sines cipőt viseltetünk a kötés után, melynek bokatáji csuklóizületei úgy vannak készítve, hogy a talp felé való hajlítást meggátolják.

A hüdéses dongaláb.

Pes varus paralyticus előáll az ext. digit. comm. és a peroneusok paralytise vagy paresise folytán, az önsúly hozzájárulással, mely nemcsak lefelé, hanem supinatioba is húzza a lábfejet. Redressement után activ dorsalis flexiora és pronatora kell törekednünk. Minthogy e mozgásokat a m. ext. dig. együtt végzi, első sorban ezt kell restituálni; másodsorban a szárcapociszmozgásokat kell pótolni, mi ugyanazon forrásból mindkét peroneusra nézve létesíthető. *Lange* az ext. dig. és a peroneusok hüdésénél a m. tib. ant. inát kettéhasította, oldalsó felét az első ékalakú csonttól lefejtette, a lig. cruciatum alól kihúzta és a köbesontra erősítette. Ezzel izolált, activ supinatiót és pronatiót ért el, miközben az izom két felének külön-külön való összehúzódása volt észlelhető. Az utókezelés izolált önkéntes mozgások begyakorlására irányul; közben a kellő középállást oldalt magasabb talpú cipő tartja fenn, mely oldalsó sinnel és gátló csuklóizülettel van ellátva.

A hüdéses lúdtalp, *pes abductus pronatus paralyticus* oka: az összes izmok gyengeségénél a testsúlyal való megterhelés, részleges hüdésnél a supinatio és adductio hiánya, illetve az antagonisták túlsúlya. Legfontosabb a m. tib. ant. helyreállítása és pedig erőteljesen, hogy a testsúly borító hatásának is ellenálihasson; a pótlást lehetőleg a mellső és oldalsó izomcsoportból kell venni, szükség esetén a hátulsóból is. Rögzítés hypercorrectio-ban ináthelyezés, inmegrövidítés és kemény kötés által. Utókezelés: adductio, supinatio és dorsalis flexio gyakorlása; belső oldalán magasabb talpú cipő belső oldali alszárissinnel.

Pes calcaneus paralyticus. Ok: a m. triceps surae hüdése és a lábhati hajlító izmok ellenható működése. Gyakran van kombinálva cavo-valgitas-sal a m. peron. long. hatása alatt, mely az előlábát a belső szélén levő támadópontból hajlítja a talp felé. Minthogy a m. triceps surae igen erős izom, azért nehezen is pótolható; sikeres pótlás csakis több izomtól várható. Legalkalmasab-
bak e végre a peroneus longus és az ujjhajlító, mert a főmükö-

désük úgyis a talp felé hajlítás, csak hogy kedvezőtlen helyen; mellékhatásuk pedig, nevezetesen a peroneus longusé, egyenesen káros. A m. tib. post. is felhasználható abban az esetben, ha a m. tib. ant. ép és ha az egyik m. peroneus hüdött vagy szintén áthelyeztetik, különben a távolítás a közelítés felett túlsúlyba jutna. Calcaneo-valgusnál *Tubby* így operált: PL, $\frac{1}{2}$ BP $\downarrow = >$ ts; $\frac{1}{2}$ ED $\downarrow =$ TA. Harminecznál több eset bizonyítja, hogy a m. triceps surae elszigetelt hüdésénél a prognózis nagyon kedvező és hogy még kiterjedtebb hüdésnél is lehet olyan eredményre számítani, melylyel annnyival is inkább meg lehetünk elégedve, mert más módon egyáltalán nem lehetne segíteni.

Lötyögő bokaizület esetén, mikor az összes, vagy majdnem az egész izomzat hüdésével van dolgunk, *Vulpius* elvileg elégségesnek tartja az inas fixálást, mely mellett egyes, esetleg megmaradt izmok főleg az előláb emelésére használndók. Az újból való kinyúlást *Codivilla* az inak felhágó periostalis transplantatioja által akarja megelőzni. Két év előtt tanuja voltam *Hoffa* egy műtétének, mikor az inak, nevezetesen a lábhati inak megrövidítése után a sípontos medialis oldaláról egy csont-csonthártyalebenyt vésett le, melyet csonthártya-hidja körül lefelé fordítván, a sarkesonkhoz varrt, hogy a lábnak több támasztékot nyújtson. A mint azóta megjelent közléséből olvasom, ezen esetben a módszer igen jól bevált.

Legbiztosabb azonban és leggyorsabban célra vezet a felső ugrócsonti izületben végzett arthrodesis, melytől magam is tökéletes jó eredményt láttam. Végeztem három év előtt egy fiatal embernél gerinczagi hüdés folytán beállott lötyögő bokaizületnél és egy 56 éves férfinál, kinél a hüdés bemondás szerint fiatal korban szenvedett czombtörés után, valószínűleg a n. ischiadicus zúzódása miatt keletkezett. Utóbbi az ép, túltengett izomzatú végtag gyógyítása végett kereste fel a sebészeti klinikát. Az ép oldalon coxitisés tüneteket lehetett constatálni, melyeket túleröltetésből származottaknak tartottam, mivel mankóval járva mindig erre kellett támaszkodnia. Azért a hüdött végtagot vettem munkába, a láb nagyfokú equino-varusos deformitását korrigáltam, később arthrodesist végeztem inmegrövidítésekkel. Az e műveletektől feltételezett hosszabb ágybanfekvés alatt csipőizületi fájdalom elmultak s operált lába hasznavehetővé vált a után nem is tértek vissza. Ha az alsó ugrócsonti vagy Chopart-izület is lötyögő volna, az arthrodesist erre is ki kellene terjeszteni.

Ináthelyezés világrahozott dongaláb miatt.

Heusner, Vulpius, Curcio, Reichard nagyobb számú esetben végezték; szándékuk eleinte csak az volt, hogy olyan dongalábnál, melyet redressement után kiesinysége, a sarok rövidsége, kövérség stb. miatt nem lehet jól fixálni, a kiigazított állás jobban megtartassék az által, hogy a supinatorok és adductorok közt egyfelől, a pronatorok és abductorok közt másfelől, az utóbbiak rovására fennálló egyensúlyzavar kiegyenlíttessék. Ilyen műtétek alkalmával többször tapasztalták, hogy az izomzat ugyanolyan elváltozásokat mutat, mint a hüdéses dongalábnál, pl. tib. ant. piros, ext. dig. egészen halvány, degenerált. Közel áll a gyanu, hogy az ilyen dongaláb, ha világrahozott, magzatkori hüdésnek következménye, a mint hogy tényleg egy dongalábbal született egyén gerinczagyában a poliomyelitis anterior jellegzetes elváltozásai ki is voltak mutathatók. El kell tehát különítenünk a *pes varus congenitus paralyticus* a közösleges *pes varus congenitus* tustól. Előbbinél az ináthelyezés javallata, terve és kivitelezése a szerzett hüdéses deformitásával. A többinél a műtét jogosult, ha a kötések ismételt lecsúsznak, vagy ha egyáltalán nem lehet biztosan fixáló kötést alkalmazni. Ilyen esetekben jó szolgálatot tett az Achilles-in egy csücskének a peroneusokra, az ext. hall-nak, esetleg még a tib. ant. egy szeletének az ext. dig.-ra való áthelyezése.

Ináthelyezés *pes planus rhachiticus* miatt.

Hoffa a bokaizületi abductio megszüntetésére a m. tib. post. megrövidítését, *Francke* a m. tib. ant.-nak az I. ékalakú csont alsó felületére, *Bardenheuer* a m. tib. post.-nak a m. tib. ant.-ra, *Nikoladoni* az Achilles-in egy részének a m. tib. post.-ra való áttételét ajánlotta. Ezekkel szemben *Müller* egyáltalában „Plattfuss“- és „Kniefuss“-nál a m. tib. anticusnak tapadásáról

leválasztása után a sajkcsontra fűrt csatornán áthúzását, ez által megrövidítését, illetve rajta a lábboltozatnak a felnyomását ajánlja. Nem terjesztkedhetem ki ez eljárások kritikájára, sem a pes planus, pes valgus, pes flexus pronatus reflexus alaki viszonyaira, csak jelzem, hogy én a m. tib. ant. erejét alkalmas ináthelyezéssel is szándékozom növelni, a supinációt és az előláb adductióját a m. tib. posticus hatásának fokozásával öregbíteni és a m. triceps surae-nek az utólabát talp felé hajlító, ez esetben hátrányos hatását csökkenteni. E végre négy esetben — kétőben a fixált deformitás előrebocsátott erőszakos redressementja után bizonyos idő múlva — a következő műtétet végeztem, mely nézetem szerint a deformitást összetevő hibás állásokat egyenként hatékonyan támadja meg.

A m. tibialis anticus inát lefejtve ináthelyeztem az os navicularera, némi eltéréssel a Müller által ajánlott módon; a mellső sípizom inára, latásának támogatásául az alszáron ináthelyeztem a m. ext. hallucis inát oly módon, hogy annak eredeti hatása meggyengítve megmaradt. Ez által a lábboltozat felemeltetik és supinatio is éretik el. A supinatio fokozására és az előláb adductiójára a m. tib. posticusra a m. triceps surae egy harmadát úgy tettem át, hogy a művelet a tib. post. inát egyúttal meg is rövidítette. A rövidült Achilles-in hatását, mely az utólab láb-háti hajlítását is gátolja, az in plastikai meghosszabításával csökkentettem. A mint könnyen érthető, ezen eljárás igen alkalmas arra, hogy a testsúly káros befolyásával szembe lehetőleg activ izomerő állíttassék, az izomerőnek az a része pedig, mely a deformitás fokozásában tevékeny, kikapcsolassék.

Végül megemlíteném a *hallux valgus* ináttétellel való gyógyítást. *Ullmann* a m. flexor hall. long. inát, mely a valgítást növeli, az ext. hall. long. inára, *Weid* az ext. hall. inát az I. izperc medialis oldalának csontthártyájára tette át; utóbbi eljárás az elferdülésre kiigazítólag hat. A végperez feszítésének megtartása végett elég volna az in felét áttenni. Súlyos esetekben a flexor és extensor inát együtt lehetne a medialis oldalra helyezni.

Gyógyeredmények és élettani magyarázatuk.

Bizonyos gyógyeredmény a műtétet nyomon követi, t. i. az ízület középállásának létrejötte. Tartóssá tevésében azon szöveti folyamatoknak van részük, melyek a sebgyógyulás folyamán mennek végbe.

Egymásra áttett inak összeforradásánál hasonló szövetképlés mutatkozik, mint átvágott inak összevarrása után. *Hoffa* által operált állatoknak *Borst* pathologus által szövettanilag vizsgált készítményeiből kitűnt, hogy az első hetekben képződő heg megalkotásához egyrészt maga az ínszövet, másrészt a peritenonium internum és externum, valamint az in körüli kötőszövet járul hozzá. Az ínszövet jelentékenyen képlődik; fiatal inrostkötetek vonulnak be a hegbe és hasonlókkal fonódnak össze. Az első hetekben még többé-kevésbé kötőszöveti heg később kiválóan inassá lesz, de hónapok múlva is dúsabb sejtekben, mint a régi in.

Ha könnyű sebfertőzés forgott fenn, akkor az inból kiinduló szövete képlés elmaradt a kötőszövetből eredő mögött. Nagyobb vérömlenyek is késleltették az összegyógyulást. Az ültésekbe fogott, megszorított inokotégek elfajulnak, majd később regenerálódnak.

Vulpinus pótműteteinél tapasztalta, hogy a pólyarés mindig záródott, az inüvelyek ellenben nem alakultak ki a remélt mértékben. Az in ugyan a környező szövetektől el volt határolva és mozgékony volt, de az ép inak burkaira nézve sajátos fény és finomság hiányzott. Az áttett incsücskők többször szürkés, heges elváltozást mutattak. Megrövidített inak redői és kettőzetei helyén hónapok múlva csak némi hegesnek látszó vastagodás volt látható.

Általában a boneztani restitutio tökéletlenebbnek látszik a functionalisnál.

Lange-nak a mesterséges inak begyógyulására nézve vannak bővebb klinikai tapasztalatai. Munkaképességükkel teljesen megvan elégedve, noha 20 cm. hosszúak is voltak köztük. Működés közben a műin megvastagszik; volt esete, hogy kötőtűnyi selyemin két év alatt ujjnyi vastag lett. Egy a m. biceps femoris inának kitoldására használt műin egy darabját utóműtét alkalmával kivette és vizsgálta. Az inat laza, eltolható kötőszövet vette

körül, inüvelye nem volt. Az in plajbászvastagságú, tömött, kerek, kékes színű köteget alkotott.

A 12 cm. hosszú selyeminat ínszövethez hasonló, 2—3 mm. vastag falú henger zárta körül, melynek alsó vége a sípcsont csontthártyájába ment át.

A kezdeti eredmény, mint mondtuk, az ízület inas megtartása bizonyos kívánt állásban. Ez az állapot némely körülmények közt már lényeges eredmény, a mikor az illető ízület rögzítése szomszédos ízületek használatát előmozdítja, vagy éppen az egész végtag hasznavehetőségének feltétele. Ennyivel annál inkább megelégszünk, mentül kevesebb ép izommal rendelkezünk; ha csak arthrodesis nem nyújt több előnyt, mint pl. a bokaizületnél. Még ez esetben is hasznos szerepük lehet egyes éppen maradt, jól felhasznált izmoknak.

Az intransplantatio azonban tulajdonképeni és legszebb diadalát akkor üli, ha elegendő számú és erejű ép izmok helyes elosztásával már elvesztett cselekvő izomműködéseket sikerült helyreállítanunk. Mentül tökéletesebben értük el ezt, annál közelebb jutottunk a functionalis restitutio ad integrum eredményéhez. A siker gyorsabban és tökéletesebben jelentkezik ha rokon hatású izmokat használtunk fel; de akkor sem marad el, ha ellenhatású izmokat voltunk kénytelenek igénybe venni. Egyes esetekben az ináthelyezett izmok már igen korán, 2—4 hét múlva kezdték a pótoló működést végezni. Egy általam operált 3½ éves leánykánál az áttett m. ext. hallucis a 20. napon észrevehetőleg emelte a láb mellső szélét. Rendesen azonban az agynak hosszabb időre van szüksége, hogy a változott viszonyok által kívánt beidegzést megtanulja. Azért az új mozgások kezdetben bizonytalanok, rendezetlenek, a beteg pedig eleinte nem bír helyes tudomással a mozgások iránya felől. Az eredmény azonban nemcsak abban keresendő, hogy előbb lehetetlen mozgások kivihetőkké válnak, hanem más tényezőkben is. Közreműködik az is, hogy az áttételre használt izmok addigi zavaró hatása megszűnik és hogy igen gyakran a tevékenységgel együtt a tétlenség miatt sorvadott izmok felélednek. Általában az egész végtag mintegy új életre ébred, miután működésének visszaadatott. Már *Drobnik* észlelte, hogy hidegség, cyanosis, fagydagاناتok eltűntek, sőt hogy a végtag hosszirányban való növése is kedvezően befolyásoltatott.

Teljes sikertelenségtől, ha alkalmas esetben, czélyszerű tervvel és helyes technikával dolgozunk, alig van mit tartanunk. Ha a siker egy része mégis veszendőbe menne — minek oka a kivétel valamely hibájában, az utókezelés elmulasztásában vagy hiányos voltában rejlik —, pótműtét a hiba akkor is jóvá tehető. (Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Ismétlő tanfolyamok orvosok számára Poroszországban.

Poroszországban a katonaoorvosok s orvoshivatalnokok számára tartott állami tanfolyamokon s az orvosi fakultások előadói által tartott díjazott szünidei cursusokon kívül három év óta még egy szervezet létezik, mely központi bizottság vezetése alatt főleg a vidéki városokban igyekszik az orvosoknak módot nyújtani, hogy foglalkozásuk megszakítása nélkül gyarapíthassák ismereteiket. A központi bizottság tiszteleti tagja maga a közoktatásügyi minister, elnöke *Bergmann* tanár, tagjai az orvosegyesületek, orvosi kamarák, az orvosi fakultások, a kultusministerium, a kórházak, a katonaoorvosi kar képviselői s ezenkívül a vidéki városok helyi bizottságainak elnökei, számszerint 24-en! Már maga a vezetőség összeállítása bizonyítja, hogy a fontos czél szolgáltatása, mely iránt az elhunyt *Frigyes* császárné s jelenleg maga a német császár annyi érdeklődést mutat, a társadalom összes irányadó tényezői egyesültek. A most megjelent 3-dik évi jelentés az eredményes működés bizonyítéka. A lefolyt évben 24 vidéki porosz városban tartottak tanfolyamokat 3 kivétellel nem egyetemi székhelyen.

A tanfolyamok 2 hónapig tartottak s rendszeren a városi kórházban folytak, a helyi orvosok 40—50%-a résztvett, a tanfolyamok díjtalanok, beiratáskor mindössze néhány márkát fizetnek. Az előadások úgy a főklinikai tárgyakat, mint a specialis szakokat felölelik. Poroszország példáját Bajorország, Baden, Braunschweig, Coburg-Gotha követék. Ezen azon körülmény, hogy a tanfolyamokat többnyire nem egyetemi székhelyeken tartották, teremtette meg azon szükségletet, hogy a központi bizottság kikölesönözhető taneszközökről gondoskodjék. E czélból mindenekelőtt kiállítás rendeztek, melyen a gyárosok és magánosok az eszközök egész seregét állították ki. Ezek egy részét azután a közoktatásügyi ministerium megvette, másik részét a gyárosok díjtala-

nul engedték át. Így rövid idő alatt máris létesült a gyűjtemény, melynek tervezetét a következőképp állapították meg: bonczani és kőbonczani mintakészítmények, mikroszkopi készítmények, plastikus utánzatok viasz, gipsz és papier-machéból, atlasok és fali táblák, átlátszó képek, stereoskopok, mikroszkopok, phantomok, projectió készülékek, diapositivok és tankönyvek. Most már e gyűjtemény elhelyezéséről kellett gondoskodni, s minthogy a díjtalan orvosi ismételő tanfolyamok szervezése az elhunyt Frigyes császárné eszméje volt, a központi bizottság elhatározta, hogy az orvosok továbbképzése számára a császárné nevét viselő házat létesít. Az eszmét az összes illetékes tényezők felkarolták s elsősorban maga a német császár. Az e tárgyban kiküldött bizottság tiszteleti elnöke a birodalmi kancellár: Bülow gróf, elnöke a közoktatásügyi miniszter. 2 hónap alatt, még a nyilvános gyűjtés megkezdése előtt 1.150.000 márka gyűlt egybe s a projectált két millió márka minden valószínűség szerint még az év vége előtt együtt lesz és pedig nem állami segítséggel, hanem a társadalom áldozatkészségéből! Bergmann tanár a Frigyes császárné-ház rendeltetését a következőképp körvonalazza: Egy olyan alkotás, mint a tervezett, magában rejti a haladást úgy a technika, mint az orvosi működés terén. Utóbbi pedig a nép jólétét szűkebb s tágabb értelemben egyaránt átöleli. A mit a boldogult császárné szem előtt tartott: a nép egészségéről való gondoskodás, a tervbe vett ház létesítése által hatalmas támogatva lesz. A közegészségügy végrehajtása az orvosok feladata, mindaz, a mi ezek erejét s munkáját előmozdítja, közérdek. Ezen cél szolgálatában álljon azon ház, mely a Németbirodalom második császárnéja emlékének van szentelve. Így a háznak nemcsak az iparra és az orvosokra van jelentősége, hanem az egész népre. A nemzeti oly kincsét nyer, a melyet egy más nép sem bír s a mely méltán fog például s mintaképpül szolgálni az egész világ számára.

Nálunk a szűnidei orvosi cursusok intézménye teljesíti azon feladatot, a melyre a Németbirodalomban három szervezet szolgál. A mi viszonyaink között nem is volna értelme egy újabb organizációt létesíteni, de időszéri volna, ha a budapesti egyetem orvosi karának előadói a vidéki cursusok szervezését is felvennék programjukba. Az utolsó évtizedekben az országban számos jól felszerelt kórház épült, melyekben a tudomány színvonalán álló orvosok működnek. A vidék orvosai számára áldás volna, ha e kórházakban az egyes osztályos főorvosok minden évben hat héten vagy két hónapon át, a hét bizonyos napján tanfolyamokat tartanának, melyen a környék orvosai nagyobb mulasztás nélkül résztvehetnének. A cursusoknak díjtalanoknak kell lenni s az előadók díjazásáról a törvényhatóságnak vagy az államnak kell gondoskodni. Egyes bevezető előadásokra az egyetem előadói is vállalkozhatnának s ezzel a vidéki collegáknak s így az ország közegészségügyének megmérhetetlen szolgálatot tehetnének. A X. szűnidei orvosi cursus vezetőségének feladatát képezné ez eszmével foglalkozni.

Grósz Emil.

Közegészségügy.

Elvi jelentőségű minisiteri határozat.

Kórházi megkeresések elfogadására és szabályszerű elintézésére a V. Ü. Sz. 98. §-a (a megkeresés és az intézkedés közvetlensége) nem terjed ki. (A belügyminisiternek 34.675/1903. sz. a H. vármegye alispánjához intézett rendeletéből.)

... A főszolgabírák megfelelő utasítása végett értesitem, hogy miután a nyilvános betegápolás ügye nem tartozik azok közé, melyek a felettes hatóság ellenőrzését feltétlenül nem igénylik, tehát ily ügyekre a Vármegyei Ügyviteli Szabályzat 98. §-ának első bekezdése nem alkalmazandó; a kórházi megkeresések elfogadása és szabályszerű elintézése tekintetében a 35.000/1902. számú kórházi szabályrendelet 42. §-ában foglalt és a Vármegyei Ügyviteli Szabályzat által nem érintett rendelkezéseknek pontos teljesítésével járjanak el.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gümös csigolyagyulladás gyógyításának mai állása.

Közli: Kopits Jenő dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

A tályog feltárása csak akkor indikált, ha az a jodoformkezelésre már nem alkalmas, fala annyira elvékonyodott, vagy arra kivételesen nem gyógyul meg. A feltárás után a tályog falát borító szakadékon, könnyen leváló pyogen hártya steril mull-törlekkel (Dollinger) erősen letörleendő, de nem szabad kiirtani a rostos tokot, mert az a szervezet védelmét képezi az általános gümös fertőzés ellen. A tályog kiirtása után, ha a bürszelek épek, a tályogot bevarrjuk.

A retropharyngealis tályogot nem szükséges a nyak oldalán át hosszú úton megnyújtani, hanem id. Bókay János ajánlata direct a torokban. A bemetszésen át a geny kiszívárogoz s a tályog rövid idő alatt gyógyul.

Szólnunk kell még a psoas-tályoggal kapcsolatban egy más complicatióról, a czomb zsugorodásáról (psoas contractura). Legtöbbször mechanikus oka van a contracturának: a psoas-izom alatt fekvő tályog akadályozza meg az izom s ezáltal a czomb kinyújtását, máskor magának az izomnak gümös beszűrődése okozza az izom zsugorodását. Ez

utóbbi az ágyékesigolyák gyuladásánál szokott bekövetkezni, ha a gümös gócz az izom tapadásánál van. A zsugorodás javulása legtöbb-ször lépést tart a tályog gyógyulásával; ott, a hol tályog nem volt jelen, vagy annak meggyógyulása után is megmarad a zsugorodás, a gümös gócz meggyógyulása után a zsugorodott czombot gypskötéssel kinyújtjuk.

A gümös csigolyagyulladásnak egyik legsúlyosabb complicatioja a bénulás, melynek terjedelme függ a gyuladás helyétől, illetve attól, hogy a gerincezvelő mely szakaszának a magasságában van a gümös gócz. A bénulás szorítkozhatik csak az alsó végtagokra, de kiterjedhet a hólyagra és végbélre, sőt a felső végtagokra is. A bénulás nyilvánulhat paresisben, spastikus bénulás alakjában vagy teljes bénulásban. Az anatómiai viszonyokból következik, hogy a bénulás inkább a gerincezvelő magasabb szakaszának a gyuladásához járul, így leggyakrabban társul a nyak- és hátszigolyák gyuladásához.

A bénulás mindig a lobos folyamatnak az epiduralis ürbe betörését jelenti. A csigolyatestnek a gerincezvelő felé eső részén sarjak képződnek, melyek ugyanitt tályogképződéshez vezethetnek, ezek, valamint a sarjak is beoltosodva a gerincezüreg felé annak lumenét szűkítik s direct összenyomják a gerincezvelőt. E nyomás a gerincezvelő körülírt vérszegénységet okozza, a miáltal annak functionja akadályozott lesz. Schmaus az irodalomból csigolyagyuladással társult bénulás következtében elhalt 52 egyén bonczleletét közli, melyek között 32 esetben a gerincezvelő direct összenyomtatása volt kimutatható annak keresztmetszeten. Kraske a freiburgi kőbonczani intézetben hasonló ok miatt bonczolt 10 egyén jegyzőkönyvében 5 esetben találta megjegyezve a gerincezvelő direct összenyomását.

Mielőtt azonban még a sarjak és a képződött exsudatum direct összenyomják magát a gerincezvelőt, máris bénulást okozhatnak, Kahler kísérletei szerint azért, hogy nyomást gyakorolnak a dura spinalis nyirkedényeire, valamint vívőereire és az epiduralis sinusokra, megakadályozva a nyirk és vér szabad lefolyását. E nyomás pangást okoz, minek következménye a gerincezvelő vizenyője. Mindkét esetben tehát a gerincezvelő vér- és nyirkkeringésének mechanikus akadályozása okozza a bénulást, mely akadály, ha elég rövid idő alatt megszűnik, a gerincezgy functionja visszatér néha hónapok, sőt évek múlva is. Ha azonban e nyomás nagyfokú és túlsokáig fennáll, úgy az idegelemek pusztulását vonja maga után s bizonyos idő múlva az idegelemek degeneratioja folytán a bántalmazott helyen sclerotikus heg képződik. A gümös gyuladás a bántalom előrehaladtával átterjedhet a gerincezgy burkaira és magára a gerincezgyra is — ha a beteg elég sokáig él —, a mely esetben regeneratio szintén nem várható.

Végül egyes kivételes esetekben a bénulást maga a gerincezvelő megfertőzése, a gibbus okozza. Ez rendesen oka a bénulásnak, ha a gümös gyuladás az első vagy második nyakesigolyában székelt, de különben nagyon ritka. Kraske összeszámítva Schmaus idevágó eseteit, 52 eset közül 1 esetben talált a gerincezvelő deviatioja által okozott bénulást, a mi 20%-nak felel meg, míg az összes többi esetben a nyomást peripachymeningealis exsudatum okozta.

Ez utóbb említett esetekben spontán gyógyulás nem várható, míg azon esetekben, melyekben a bénulást a gerincezgy vérszegénysége, illetve vizenyője okozza, az akadály megszűnésével, illetve a gümös gyuladás gyógyulásával várható a gerincezgy és ennek jelétől a bénult végtagok functionjának a visszatérése.

A csigolyagyulladás által okozott bénulás gyógyítása e szerint tehát nem különbözik a csigolyagyulladás gyógyításánál követett eljárásoktól, azaz a gerincezvelő nyugalmába helyezéséből áll. Miután a beteg locomotioja a bénulás miatt úgy is akadályozott, az ambulans kezelésnél használt rögzítő készülékek csak ritkán alkalmazhatók. A beteget ágyba fektetjük és fekvő helyzetben igyekszünk rögzíteni a gerincezvelőt.

Dollinger a bénult beteget ugyanazon fekvőkészülékre helyezi, melyet általában éjjeli használatra rendel. Ily módon kezelt 15 végig-élesztett betege közül 1 halt meg, 13 meggyógyult, 1 pedig gyógykezelés alatt állott a közlemény idejében. Ugyancsak eredménnyel használhatók a többi alkalmas fekvőkészülékek is.

Reinert nem elégszik meg csupán a rögzítéssel, hanem extenziót is alkalmaz, mert theoriája szerint a gerincezvelő megnyújtása direct befolyásolja a gerincezvelő circulatio-zavarának a megszűnését. A gerincezvelő megnyújtásával, nézete szerint, ugyanis megnyúlik annak ürege is, ezáltal a gerincezatorna belső nyomása csökken, a mi szívólag hatván a gerincezvelő és burkainak nyirkedényeire és venáira, azok kitágulnak, vérről erősen megtelnek, miáltal az előbb vérszegény vagy vizenyős gerincezvelő normális vérkeringése helyreáll. Reinert az extensiora a Volkman-féle nyújtást ajánlja. E végből a fejet a Glisson-féle függesztő készülékkel rögzíti az ágy fejrésszébe, a lábakra pedig súlynyújtást alkalmaz. A tübingeni klinikán extensioval kezelt 10 bénult beteg közül 6 gyógyult (60%), 3 javult, 1 meghalt (10%). Ezzel szembe állítja az ugyanazon klinikán csak ágynyugalommal kezelt 23 bénultat, kik közül 14 meghalt (60%), 8 meggyógyult.

Így feltüntetve mindenesetre nagy a különbség a két gyógyító-mód eredménye között, de ebből nem következtethető biztosan, hogy a distractio alkalmazásánál tényleg a megnyújtás, s nem a rögzítés volt-e a hatóerő, sőt valószínű, hogy a distractio is csak mint exact rögzítés hatott, míg a csak ágynyugalommal gyógyított esetekben a rögzítés teljesen hiányzott.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

The Medical Annual for 1903. John Wright & Co. Bristol. Ára 9 korona.

Angolországban, a hol ma az orvosi irodalom oly nagy lendületet vett, hogy a legminutiosabb témákról egész kötetre terjedő monographiákat írnak, az orvosi közönség mindig örömmel fogadja az olyan jellegű munkát, mint a múlt hónapban megjelent orvosi évkönyvet, a mely összefoglalva nyújtja elénk az 1902-dik évben az orvosi téren tett haladásokat. Lapozgatván e könyvet, határozottan a legnagyobb örömet kell éreznie az olvasónak, a mikor 600 oldal átolvasásából egy egész éven át folytatott kutatások eredményét ismerheti meg. A mellett korántsem kell azt gondolnunk, hogy itt dióhéj kivonatot kapunk. Sőt ellenkezőleg, a valóban értékes sikerek teljes részletességgel vannak leírva, míg eredménytelen szárnypórbálgatások teljesen mellőztettek.

Az ismertetések sorát a szorosán vett gyógyítás fejezete nyitja meg Hobart Amory Hare tollából. Nem kell azt gondolnunk, hogy ez ismertetés az újabb fantastikus nevű gyógyszerek catalogusát képezi. Sőt ellenkezőleg, ezeket meg sem említi, hanem már régen bevált gyógyszerek alkalmazásának kiszélesítéséről, illetve korlátozásáról szól. Így például a cocainról írva, ennek a múlt évben felfedezett és ismertetett azon tulajdonságát írja le, a melyet az orrgyógyászatban alkalmaznak sikerrel. Továbbá mint az opiummérgezés antidotumát is kezdik újabban alkalmazni. Sokat ír az adrenalinról, ennek alkalmazásáról a szem-, fül- és orrgyógyászatban. A Röntgen-photographia, mint therapiai segédeszköz szintén igen objective van tárgyalva. Mítmem vesz el annak nimbusából, azonban leszálítja annak értékét azon optimisták előtt, a kik az x-sugarakat a tyúkszemtől kezdve a fejkorpáig minden betegségnél panaceául óhajják alkalmazni.

A nőgyógyászat haladását (nemcsak az angol nyelvet beszélő területeken, hanem az egész világon) Howard Kelly, az ureter-katheterizést ismert feltalálója foglalta össze. Kimerítően ír az emlőrák és méhnyakrák kezeléséről. Kiváló czikkeket találunk a dyspepsiáról, gonorrhoeáról, fertőző betegségekről és az ezekre vonatkozó újabb irodalomról. A könyv végén az újabb sebészeti eszközök és az újabb közegészségügyi rendelkezések vannak ismertetve, és rövid összefoglalásban emlékezik meg a múlt évben megjelent kiválóbb munkákról.

Sajnos, egyetlenegy magyar munkáról sem találtam ott említést, bár szerénytelenség nélkül legyen megemlítve, jó magam sok magyar szerző czikkeit és műveit ismerttettem a londoni "The Medical Press and Circular" hasábjain. Remélem, hogy a jövő évben már magyar munkák dícsőségét is fogja hirdetni ezen az egész világon ismert évkönyv.

Erős Adolf dr.

Új könyvek. *Deiters*: Über die Fortschritte des Irrenwesens. Halle a. S., C. Marhold. — *Herzfeld*: Handbuch der bahnärztlichen Praxis. Berlin, Schoett. — *Stadelmann*: Schulen für nervenkranken Kinder. Berlin, Reuther und Reichard. — *Moeller*: Die Medicin im Herodot. Berlin, S. Karger. — *Cassirer*: Tabes und Psychose. Berlin, S. Karger. — *Anschütz*: Über die Resektion der Leber. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Reichmann*: Percussorische Auseultation, Phonendoskopie und Stäbchenauscultation. Berlin, Fischer. — *Fischer*: Laienwelt und Geistesranke. Stuttgart, F. Enke. — *Poncet et Mailland*: Rhumatisme tuberculeux. Paris, Masson et comp.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Inoperabilis rákok gyógyítása. Azon ténnyől kiindulva, hogy a formalin a fehérjét megalvasztja és a szöveteket megkeményíti, A. F. M. Power, egy vidéki angol orvos azon kérdést vetette fel, nem lehetne-e a formaldehyd ezen hatását a rosszindulatú daganatok elleni küzdelemben felhasználni. Okoskodása szerint a formalin megalvasztja a daganatszövetet, mely azután így mint idegen test a környezet reakciója által kiküszöböltetik. Ezen feltevését az általa végzett ezirányú kísérletei teljesen igazolják is. Eljárása a következő: A daganatra 20%-os formalinba (19 rész vízre 1 rész a kereskedésbeli formaldehydből) áztatott vatta tétetik, föléje ismét vatta és vízhatlan szövet; az egész kötéllel rögzítendő. Eleinte 6 óránként ismétlendők ezen borogatások. Már a 3-dik-4-dik váltás után a daganat kellemetlen bűze megszűnt és a 3-dik naptól a 8-dik napig váltakozó időközben egy demarcációs vonal képződése mellett a daganat mállékonyvá és érzéstelelné vált. A lelködés ugyanúgy megy azután véghez, mint az egyébként gangraenuskált szövetek kiküszöbölése; az erre szükséges idő a daganat nagysága és tulajdonságai szerint változó; szükség esetén egy-két ollócsapás ezen időt lényegesen megrövidíti. Ily módon Powell képes volt 12—16 nap leforgása alatt egy sarcomát, egy mellscirrhuszt és egy ajaképietheliomát eltávolítani. Ha a daganat levált, az orvos egy jól sarjadzó sebfelülettel áll szemben, melyen újból alkalmazott formolborogatások hatás nélküliek, annak jelölül, hogy az összes rákszövet eltűnt. A sebgyógyulás ezután zavartalanul folyik. Nagyon fontos, hogy a fent jelzett 15—20% töménységű formalinoldatokat, akár glycerin, akár víz segítségével legyenek készítve, alkalmaztassanak, mivel higabb oldatok túlságosan lassan hatnak, erősebb oldatok alkalmazása pedig egyrészt igen fájdalmas, másrészt a daganat kiküszöbölését igen megnehezítik.

Tiszta formalinnal, vagy ennek 30—50% glycerines oldatával már egy másik angol orvos, S. D. Mc Feely dr. (Dublin) ért el bőrepietheliomáknál igen szép eredményeket. De ezen alkalmazás a helybeli

vagy általános narcosist tette szükségessé, mi a fentjelzett eljárás igen csekély fájdalommassága mellett felesleges. (British Medical Journal, 1903. május 23.) *Picker Rezső dr.*

Húgyszervi betegségek.

Adat a hólyag leukoplakiájához czímen ismertet egy érdekes esetet *Carlo Ravasini*. A hólyag leukoplakiás elváltozása, melyről *Rokitansky* tett először említést, nagyobb kiterjedésben igen ritkán előforduló bántalomnak tekintendő, úgy hogy még kevés az eddig ismert eset az irodalomban. Így *Hallé* a párisi Necker kórházból mindössze hét esetet tudott összegyűjteni. Szerzőnek jelen esete már a második. Az első, melyet az Association française d'urologie-ben is ismertett, az egész hólyagot érte. Jelen esete, melyben a leukoplakia mindössze 20 fillér nagyságú folt alakjában mutatkozott a hólyag hátsó falán, cystoskopiával nem volt körismézhető, a mennyiben egy incrustált tumornak imponált. Vizsgálat alá a 67 éves férfibeteg prostatahypertrophiája miatt került s épen ez a körülmény teszi érdekessé az esetet, mert szerzővel fel lehet venni, hogy a leukoplakia primer okát a prostata bántalma képezte. Az állítólagos daganat exstirpálása végett cystotomia suprapubica végeztetett, mely alkalommal a vélt tumor helyén fehér, sima s fénylő folt alakjában a leukoplakia lett láthatóvá, a melyet négy borsónyi phosphatconcrementum borított. A leukoplakiás folt éles kanállal távolíttatott el s azzal együtt a hólyagba előnyomuló két oldalsó prostataleány is kiirtásra került. Az eltávolított leukoplakiás részlet szövettani vizsgálata a bántalom lényeges tüneteit derítette ki, a mennyiben a hámnak erős hypertrophiája mellett vastag elszarusodási réteg is volt kimutatható. A beteg gyógyultan távozott, a mit a megejtett cystoskopos vizsgálat is megerősített. (Centralb. f. Harn- u. Sexualorgane, XIV. kötet, 5. füzet, 1903. május hó.)

Guszman dr.

A circumcisio egy új módszerét írja le *Bransford Lewis*, a St. Louisi Marion-Sims-Beaumont College tanára. A praeputium belső lemeze egy csavarral nyitható tágitónak a praeputialis zsákba bevezetett két kara által rögzítették és előhúzzatik a külső lemezzel együtt. A makk előtt az így előhúzott bőrkettőzet egy külön e czélra készült, automatikusan záró csipeszzel lesz lefogva, melynek szárjai ablakosak. Ezen ablakok segítségével egy egyenes tű mind a négy jól rögzített bőrfelszínen egy szúrásban könnyen áthatol. A fonalak hosszan hagyatnak (körülbelül 35—40 cm.). A fonalak lerakása után egy ollócsapással a csipetző mentén az előtte kihúzott praeputium levágatik. A fonalak a közepén előhúzzatnak, itt kettévágatnak és megcsomóztatnak. A felső és alsó sarokba szükség esetén pótló varratok jönnek. A műtét a himvesző circularis constrictioja után cocainanaesthesiában történik, egy hajlítót, nem hegyes — kissé bunkós — végű tűvel, mely egy érzéstelenített kis bőrrnyíláson keresztül bevezetettik és a praeputium két lemeze közt eszközli az érzéstelenítést 4—5% cocainoldattal segítségével. A kötést keskeny, gazecsikba göngyölt vattacsíkból készíti, melyet az amerikai tinctura benzoini comp.-vel rögzít. Műtét után az immobilisatio egy Teufel-féle háromszögletű suspensorium segítségével történik. [En ilyen esetekben a kötés kifogástalan rögzítését úgy tudom elérni, ha igény vékony vattaréteget híg collodiummal a glansra és a kötésre reáragasztok. Ref.] (Centralblatt f. d. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, 1903. 8. füzet.) *Picker Rezső dr.*

Bőrkórtan.

Taetovált területen fellépő sajátságos daganatképződésről tesz említést *J. Ullmann* (Hamburg). Teljesen egészséges 19 éves férfi jobb felkarját másfél év előtt piros és kék színben taetováltatta. A kékes-fekete szín elérésére számos anyag használható, a pirosra főleg csak a zinober. A taetoválás a rendes reactiv lobtól eltekintve csakhamar meggyógyult és pedig „igen szép eredménnyel”. Csak mintegy 1 1/4 évvel később léptek fel ismét fájdalmak a régi taetoválás helyén, melyek néhány hónapig tartottak. A megfelelő elváltozások olyképen mutatkoztak, hogy míg a piros impraegnatiós helyek mind kiemelkedtek s duzzadtak voltak, addig a kék részletek teljesen lobmentesek, laposak maradtak. Ily körülmények között egészen esinos, gracilis bőraffectio jött létre, mely megfelelő kezelésre csakhamar meggyógyult. A kiemelkedő piros területekből exindált részleteknek göcsövi vizsgálataból az derült ki, hogy azokban egy idegen test körüli (zinober szemcsék) chronikus lobos folyamat jött létre, mely granulomazzerű elváltozásokra vezetett. Lobindító oknak ez esetben egyedül a zinober-szemcséket lehet felvenni, mert a folyamat csak a piros részletekre szorított, tehát partialis volt, mely ily viszonyok között infectiós természetűnek nem tartható. Hogy taetoválás alkalmával complicatióképen lymphangitis, orbáncz, gangraena, lupus, syphilis stb. előfordulhat, az az irodalomból már eléggé ismeretes, de hogy több mint egy év múlva egy daganatképződéssel járó zinober-dermatitis lépjen fel, az eddig még nem volt ismeretes s épen ez a körülmény teszi érdekessé az esetet. (Monatshefte f. praet. Dermat. 37. k. 2. f. 1903.)

Guszman dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A theocint *Lévy* myodegeneratio cordis, insufficientia valv. mitralis, stenosis ostii venosi, insufficientia aortae, nephritis chronica, cirrhosis hepatis több esetben használta. Eleinte csak 0.1—0.2 grammot adott 3—4-szer naponként, később azonban 0.3 grammot 5—7-szer pro die. Különösen jók voltak az eredmények arteriosclerosis alapuló nephri-

tis-esetekben. Szerző megerősíti Minkowski nézetét; azt hiszi, hogy a theocin hatalmas diuretikus hatása mellett a néha észlelhető kellemetlen mellékhatások, főleg gyomorzavarok, nem igen jöhetnek számításba. (Ungar. medic. Presse, 1903. 10. szám.) Stein 10 esetben használta a theocint. Ezek közül azokban, melyekben szívbajok okozták az oedemat, kifejezett diuretikus hatás (2–6 liter vizelet naponként) volt észlelhető. Teljesen eredménytelen maradt a theocin használata peritonitis tuberculosa egy esetében, cirrhosis hepatitis esetében pedig nagyon mérsékelt volt a hatás. Kellemetlen mellékhatásokat nem észlelt. A szert 0.3 gramm adagokban 3-szor naponként adta. (Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 16. szám.)

Az euophent jó eredménnyel használja Floyd Stewart cystitis eseteiben. Előzőleg kalium hypermagnicum vagy argentum nitricum-oldattal kiöblíti a hólyagot és viszi be az euophen olajos oldatát (1:25–1:45), melyet legalább 15 percig vissza kell tartani. (Interstate medical journal, 1903. 4. szám.) Spencer S. Fuller nagyon dicséri az euophent mint sebhintőport; izgató hatást sohasem gyakorolt. Különösen kiemeli szárító hatását égési sebeknél, a pörkképződés nagyon gyorsan áll be alatta. (The railway surgeon, 1903. 10. szám.)

Struma eseteiben Dor dicséri a Bayer-féle jodothyrint használatát és egy 40 éves beteg kórtörténetét is közli pontos adatokkal a nyak körfogatót illetően a kezelés előtt és után. Kezdetben 2 tablettát adott naponként, majd több napos időközökben 3, 4 és 5 tablettára pro die fokozta az adagot; minden tablettát 0.25 gramm hatóanyagot tartalmazott. Thyreoidismus nem volt észlelhető. (Gazette des hôpitaux, 1903. 51. szám.)

Elhízás számos esetében nagyon jó eredménnyel használta Hewitt a jodothyrint, még pedig tablettá alakban (0.3 gramm jodothyrint-tartalommal) háromszor naponként. Több esetét behatóan ismerteti, így az egyikben a 47 éves nő testsúlya 4 hét alatt 185 fontról 167 fontra csökkent, vagyis 18 fontot veszített. Az említett kicsiny adagok használata mellett és a pajzsmirigyetétésnél is számbaveendő óvintézkedések betartása esetén kellemetlen esélyektől nem kell félni. (The medical bulletin, 1902. december.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 35. szám. Grász Menyhért: Elmebetegség színelése. Jellachich István: Robbanószerek és robbanások, egy eset kapcsán. Bleier Gusztáv: A vidéki gyakorlatból.

Orvosok lapja, 1903. 35. szám. Dillnberger Emil: A localis kezelés szerepe a női betegségek balneoterapiájában. Kolozs Mihály: A tüdővész mai állása, tekintettel az újabbkori terapiára.

Budapesti orvosi újság, 1903. 23. szám. Máyer József: A nyelv jóindulatú daganatairól, egy eset kapcsán. Angyán Béla: A croupus tüdőgyulladás kezelése creosottal. Glass Izor: A vakok képzéséről. Waldmann Fülöp: Az egészségtan tanításának hasznáról a leányiskolákban.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 35. szám. Königstein: Az epe és a vérsavó agglutináló sajátága icterus eseteiben. Joachim: A Gruber-Widal-féle reactio icterus eseteiben. Kraus és Lipschütz: Normális szervek antihemolysinjai. Schick és Ersettig: A diphtheria-bacillusok variabilitásának kérdéséhez.

Wiener medicinische Presse, 1903. 34. szám. Njemtschenkow: Körülírt, felületlen fertőzőgócok gyökeres kezelése. Bloch: A retroflexio kérdéséhez. Weiss: A syphilis gyógyítása.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 35. szám. Fleischl: A fül arteriális racemosus angioma. Frankl: A köldöküterek elzáródása. Herz: A méh és a hüvely teljes inversioja és prolapsusa. Englisch: Betokolt húgykövek. Stenczel: A lágy fekély és szövődmenyei orvoslása.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 32. szám. Seliger: A shock és a shock-halál, különösen has-contusiók után. Kohn: Ritka kanyaró-fertőzés. 33. szám. Kraus: Empyiform, új kátránykészítmény. Lucksch: Ritka rendellenesség a vas deferenseken. Holtscher: Alkohol használata lázas betegségekben, főleg pneumoniában.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1903. 15. szám. Stooss: Barlow-kór. Wieland: A diphtheriaserum. Glatz: Az ischiás kezelése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 35. szám. Ehrlich: A diphtheria-toxin mérgecomponensei. Heunberg és Stelzner: Pygopagok pszichikai és somatikus viselkedése. Overlach: Trigemini, új analgetikum és sedativum. Tuszkai: A szülés megindításának javalatai hyperemesis és cardiopathia eseteiben. Czerno-Schwarz és Bronstein: Cytodiagnosis.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 35. szám. Behring: A tetanus gyógyítása antitoxinnal. Joseph: Velezületett rosszindulatú újképződmények. Wiesinger: Hydrops intermittens gyógyulása jodoform-glycerin-injectiók után. Abelsdorff: A blepharoptosis mechanikai kezelése. Behrendt: Új módszer a vizelet czukortartalmának mennyileges meghatározására.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 33. szám. Wullstein: A caput obstipum új műveismódja. Müller: A Maydl-féle hólyagectopia-műtét Borelius-féle módosításának javítása.

Neurologisches Centralblatt, 1903. 16. szám. Pick: Adat a tetania kórtanához és az elmeszesedett agydegyek kémiaiához. Pfister: A gerincezvelő anthropológiájához. Alter: Pervers hőérzés. Fraenkel: Új velőshüvelyfestés. Bielschowsky: A sclerosis multiplex szövettanához.

Centralblatt für innere Medicin, 1903. 35. szám. Klein: Lymphocythaemia lymphomatosis.

Archiv für klinische Chirurgie, 70. kötet, 3. füzet. Heine: A sinus transversus otitis thrombosisának operatív kezelése. Ssaaveljew: Hepatoptosis. Philipowicz: Belső bélelzáródás, különös tekintettel a flexura sigmoidea volvulusára. Fantino és Valan: Csonthiányok mesterséges kitéltése. Schablowski: A poroz elváltozásai gümőkóros izületlobnál. Müller: A patellatörések casuistikájához. Gross: A luxatio ossis lunati mechanizmusa és ezen csont törésének keletkezésmódja. Coenen: Az orrüreg elsődleges gümös daganata. Loeb: Rák állatokban. Bogoljuboff: Anastomosisképződés a herében mellékhereresectionál. Dobroworski: Módosított vizeletrecipiens állandó suprapubikus hólyagsipolyok számára.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 4. kötet, 4. füzet. Elkan: A beteg-otthonok jelentősége a gümőkór elleni küzdelemben. Blumenthal: A gümőkór ellenes propaganda eszközei és útjai. Cybulski: Megjegyzések a tüdővérzésekre vonatkozólag. Moeller: A belzigi sanatorium évi jelentése. Kluge: A gyermekkori gümőkór ismeretéhez és prophylaxisához.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 14. kötet, 1. füzet. Tuczek: A dementia fogalma és jelentősége. Aller: Felélesztett akasztottak körjelenségeinek pathogenesise. Cassirer: Az Oppenheim-féle alszár-reflex. Ziehen: Rostlefutás a Tarsius spectrum középgyágában. Daus: A peroneus-hűdés kórtana.

Ziegler's Beiträge, 33. kötet, 3. füzet. Herxheimer: A gümöbaciillus hatásmódja kísérletes tüdőgümőkórban. Strähuber: Degenerációs és proliferációs folyamatok az idegrendszer multiplex sclerosisánál. Kuliga: A veleszületett vékonybél-stenosisok és atresiák genesise. Best: A glycogenről, különös tekintettel jelentőségére a lobnál és genyedésnél. Pettersson: A vese elváltozásai a papilla sértése után háziynál.

Virchow's Archiv, 173. kötet, 2. füzet. Meyer: A vese fejlődés zavarai. Schenkl: A foetalis óriás vese és viszonya a vese fejlődéstörténetéhez. Beck: Akadályozott fejlődésű vesék. Thorel: A mellékpankreas szövettana. Hansemann: A húgyhólyag malakoplakiája. Janusz-kiewicz: Heveny leucaemia esete. Abrikosoff: Myeloma multiplex esete diffúz elterjedéssel a csontvelőben. Scaffidi: A retinaglioma histogenesise. Lichtwitz: A dura mater sarcomája és összefüggése traumával. Schreiber: Velezületett szívtorzképződés esete. Pinkus: A scrotum veleszületett epithelialis fistulája.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 68. kötet, 5. és 6. füzet. Jacobsthal: Adatok az operative kezelt aneurysmák statistikájához. Graf: A koponyaalap töréseinek prognosisa. Söhngen: Prostatitis acuta tályogképződéssel furunculosis után. Grunert: Herniotomiák a gyermekkorban. Maass: Jelentés Neumann gyermekpoliklinikájának sebészeti és orthopaediai eseteiről. Thierry: Az exophthalmus pulsans casuistikájához.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, 76. kötet, 4–5. füzet. Romberg és Haedicke: A lakás befolyása a gümőkórban való megbetegedésre. Sawada: A tüdők haematogen miliaris gümőkórjának ismeretéhez. Staehelin: Vervizsgálatok lépkírtás egy esetében. Finkelnburg: Kísérletes vizsgálatok a gerincezvelőszákheli nyomásnövekedésre vonatkozólag. Grober: A lép daganat keletkezése. Gross: Amoeba-enteritis. Schlippe: Physicalis vizsgálatok a gyomorsó használatakor. Jancsó: A klinikán keletkezett malaria-endemia. Jolles: Colorimetriás vasmeghatározás a vérben.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 23. kötet, 3. és 4. füzet. Erbslöh: A sulfonalhasználat után keletkező toxikus polyneuritis kórtanához és kórboneztnához. Bikes és Franke: A plexus brachialis legfontosabb idegeinek érző és mozgó segmentlocalisatioja. Kornilow: Cerebralis és spinalis reflexek. Rossolimo: Thermoanaesthesia és analgesia mint göcztünetek. Pini: Adat a sclerosis multiplex differential-diagnosisához. Biro: Valódi és látszólagos serratus-hűdés. Müller: A neuroglia résztvétele a hegképződésben. Müller: Chorea chronica progressiva három esete. Laquer: Psychikai diaeta.

Zeitschrift für klinische Medicin, 50. kötet, 1–2. füzet. Rosenbach: Tudományos következtetések az orvostanban. Tiedemann: A haemorrhagiás tüdőinfarctus. Reckzeh: Adatok a leukaemia kérdéséhez. Mosse: Kísérletes ólomkólika. Mosse: A lymphatikus leukaemia histogenesise. Roos: Súlyos csontmegbetegedés a gyermekkorban. Winternitz: A subcutan táplálás zsírral. Sinnhuber: Adatok a muscularis cardiazaródás ismeretéhez. Inouye: Distomum Ringeri. Krause: Uratlerakódások a szövetekben. Meyer: Antistreptococcus-serum. Braunstein: Urobilin előfordulása és keletkezése a gyomorban.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 7. kötet, 4. füzet. Einhorn: Sitophobia, inanitio és kezelése. Schmidt: A bőrbajok radiotherapiája. Aldor: Az epeköbetegség diatetás kezelése. Boehr: A kreuznachi fűrdők befolyása szívbajosokra. Weber: Tabesekes gyakorló orvoslása kerékpár segélyével. Laquer: Aphorismák a pszichikai diatetát illetően.

Die Therapie der Gegenwart, 1903. 5. füzet. Strauss: A vesevízkór kezelése és megelőzése. Bergmann: A nyál mint gyógytényező. Kochmann: A scopolaminum hydrobromicum használatának javalatai. D. Gaspero: A teret szűkítő agybajok symptomás kezelése. Klink: Idült traumás csípőizületi ficzomok kezelése. Feis: A septikus puerperalis méh teljes kiirtása. Haiké: A yohimbin mint helyi anaestheticum, különösen orr- és fülbajokban. Schede: Újabb törekvések a vesesebészeten. Müller: Az alkartörések kezeléséhez.

Therapeutische Monatshefte, 1903. 6. füzet. *Berent*: Veronal. *Schaeche*: A reformruházat kérdéséhez. *Herxheimer*: Némely olaj használata a dermatológiában. *Mayor*: Kísérletes adatok némely morphin-származék ismeretéhez. *Schreiner*: A számarhurut kezelése oxykámforral és citrophennel. *Krefft*: Az ischias kezeléséhez. *Jaworski*: Ex tempore készíthető vasas víz. *Neuwirth*: Tapasztalatok ichthargannal. *Clemm*: A gümőkör kezelése. *Schlagintweit*: Brückenau gyógyfürdő. *Katz*: Styptol. *Dorn*: Az ichthyolidin befolyása a hűgysavra.

La semaine médicale, 1903. 34. szám. *Raymond*: Neurofibrosarcomatosis.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 34. szám. *Stordeur*: A Saint-Jean kórházban 1902-ben kezelt szívbajok. *Verhoogen*: A vér histológiai elváltozásai tabesben.

Bulletin général de thérapeutique, 146. kötet, 4. füzet. *Robin*: Az appendicitis orvoslása. *Dresch*: A chorea pathogenesise és kezelése.

Archives générales de médecine, 1903. 32. szám. *Carrice*: Malaria okozta májinsufficiencia. *Gourand*: A vizeletelválasztás megváltozása alimentaris glycosuria következtében. *Vaschide* és *Draghicesco*: Az intelligencia mérgei. Az alkoholismus pszichológiája. *Katscher*: A rák gyógyítása Adamkiewicz-féle caneroinnal. 33. szám. *Greene Cumston*: Adat a hernia epigastrica ismeretéhez. *Houzel*: A végbél visszerei. *Guillaume-Louis*: Subpleuralis gümő áttörése a tüdőbe. *Desesquelle*: Milyen higanykészítményt használjunk bőr alá fecskendésre syphilis esetében.

The lancet, 1903. II. 6. szám. *H. Timbrell Bulstrode*: A tüdőgümőkör okai és megelőzése. *R. Jones*: Az elmebetegségek elterjedése és a civilisatio közötti összefüggés. *W. Elder* és *E. Matthew*: Anaemia pernicioza parturitio után. *F. J. Strong Heaney*: Septicaemia esete. *C. O. Hawthorne*: Heges barázda a has körül, a köldökzsinór nyomása által előidézve. *Harry Campbell*: Masticatio. *J. E. Sandilands*: Vaccinatio-statistika. *F. T. Paul*: Colotomia és colectomia. *J. Hartley*: Emborból származó, respirabilis termékek hatása. *J. Burnet*: Ichthyol használata tüdőbajokban. *J. E. Squire*: Tüdőechinococcus spontán gyógyult esete. *B. G. A. Moynikan*: Háromosztatú gyomor.

British medical journal, 1903. augusztus 22. *J. B. Christopher*: Vértés a bursa patellaebe. *J. L. Sireton*: Polyp okozta invaginatio ileocecalis. A „British medical association” 71. évi összejövetelének tárgyalásai. Augusztus 29. A „British medical association” 71. évi összejövetele gyermekgyógyászati szakosztályának tárgyalásai.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. szeptember 4.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 33. hetében (1903. augusztus 16-dikától augusztus 22-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 390 gyermek, elhalt 259 egyén, a születések tehát 155-tel múltak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 25.7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.0, az egy éven felüli lakosságnál: 12.7, az öt éven felüli lakosságnál: 11.6. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 8, gümös agykérlob 5, agyguta 4, rángörös 3, terjedő hűdés 2, hátgerinczsorvadás 0, szívbaj 9, hörglob 3, tüdőlob 12, hurutos tüdőlob 4, mellhártyalob 2, tüdővész 43, tüdőleégdag 3, bélhurut 45, májbajok 3, hashártyalob 4, kizárt sörv 0, Brightkór 8, veleszületett gyengeség 12, gyermekaszály 1, aggaszály 5, rák 13, méhrák 6, egyéb álképlet 6, gümös bajok 4, kanyaró 0, vörheny 10, álb. gégelob 3, ronesoló toroklob 3, hökhurut 2, gyermekági láz 0, hagymáz 0, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 3, gyilkosság 7, öngyilkosság 7, baleset 2, erőszakos, kötes 1. II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A múlt hét végén volt 2986 beteg, szaporodás 884, csökkenés 813, maradt e hét végén 3057 beteg. b) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi aug. 16-dikától augusztus 22-dikéig terjedő 33. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 30 (43), vörheny 52 (45), álb. gége- és ronesoló toroklob 32 (34), hökhurut 8 (13), gyermekági láz 1 (1), hasi hagymáz 7 (6), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 4 (10), vérhas 3 (0), orbáncz 14 (22), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 0 (0), trachoma 4 (5), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

+ Kinevezés. A belügyminister a budapesti állami gyermekmenhelynél a második másodorvosi teendőket ellátásával *Gobbi Gyula* dr. körorvost bizta meg.

⊕ Kitüntetett egyetemi orvostanhallgatók. A budapesti egyetemen az utolsó orvostgyakorlati szigorlatokat kitüntetéssel tették le: Bartha Andor, Breitner Gyula, Dadidovics Izidor, Engel Károly, Erdélyi Jenő, Fodor Leó, Fonyó János, Genersich Margit, Herczog Ferencz, Hirschl Győző, Hollós Gábor, Katona Zoltán, Kálmán Szigfrid, Lichtenberg Sándor, Lobmayer Géza, Lobstein Leó, Mann Ábrahám, Mihálkovits Elemér, Nagy László, Neumann Miksa, Preisz Károly, Prokes Viktor és Schwacz Mór.

□ A X-dik nemzetközi szemészeti congressus a jövő év szeptember 19., 20., 21-dikén Svájcban, Luzernben fog megtartatni. E con-

gressus csak öt évenként tartatik. Svájc, a szabadság hazája, melyet a természet szépségeivel oly gazdagon megajándékozott, valóban alkalmas hely a tudományos eszmecserére. De ezenkívül nemzeti szempontból is kívánatos, hogy a megizmosodott magyar szemorvosi iskola tagjai mennél nagyobb számban legyenek képviselve a congressuson, hol alkalom nyílik nemzeti jellegűnk megóvása mellett a nagy nemzetek tudományos munkásságában a magunk szerény erejével, de becsületes törekvésével részt venni.

G. E.

— A brüsseli nemzetközi egészségügyi congressust szeptember 2-dikán nyitotta meg *Albert* kir. herczeg.

∞ A német orvosok és természetvizsgálók ezidei vándorgyűlését Casselben tartják meg szeptember 20-dikától 26-dikáig.

— Az elmeorvosi értekezlet „Munkálatai”-nak megküldése. A belügyminister az 1902. év október havában megtartott második országos elmeorvosi értekezlet „Munkálatai”-nak egy-egy példányát valamennyi törvényhatóságnak a tisztí főorvosi hivatal számára megküldötte. (69,514/1903. B. M. szám)

< Gyógyforrás-jelleg adományozása. A belügyminister *Vay Gábor* gróf berkeszi lakosnak Vámfalu és Turvékonya községek határában fakadó „Mária” és „Mártha” forrásai számára a gyógyforrás-jelleg adományozta s egyúttal e források vizének forgalomba hozatalára engedélyt adott. (70,986/1903. B. M.)

△ Fürdőink személyforgalma. Tatrafüred VIII/27. 2442. Előpatak VIII/29. 1385. Lipik VIII/28. 3744. Tatra-Széplak VIII/25. 1044. Szt. Lukács-fürdő VIII/28. 771.

— *Taufner* tanár szülészeti poliklinikájának segélyét július havában 118 esetben vették igénybe, 65 műtétet.

× Megjelent. *Korányi Frigyes* dr.: Záróbeszéd a Sanatorium-Egyesület V. rendes ülésén. Budapest. 1903. — *Róna Sámuel*: Venereás betegségek. Második, újra átdolgozott kiadás. Budapest, Dobrowsky és Franke kiadása, 1903. — *Sellei József*: A bőr- és veneréas betegségek tankönyve. Budapest, Mai Henrik és fia, 1904. — *Rigler Gusztáv* dr. és *Filep Gyula* dr.: Vezető Kolozsvár városában. A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlésének számára. Kolozsvár, 1903.

+ Elhunyt. *Wellner Lajos* dr. Veszprémben 67 éves korában. — *W. H. Corfield* hírneves hygienikus, a londoni University College közegészségtan tanára, augusztus 26-dikán.

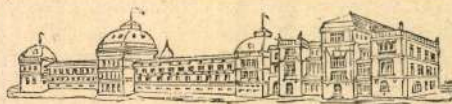
„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3.

Orvost

vagy fogorvost keresek társul egy 5 év óta fennálló s igen jól jövedelmező fogorvosi és fogtechnikai praxis nagyobbitása céljából.

Levelek „Budapesti Fogorvos” jelige alatt a „Petőfi” kiadó-vállalat (III., Zsigmond-u. 70. sz.) címére kéretnek.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapestben.

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

Budapesti

Mechanikai Zander-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyógyítás. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára.) Szénsavas fürdők. Vizgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54-20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1902. évi szeptember hó 1-én tartott szakülés.) 578. l. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (III. szakülés 1903. évi április hó 3-dikán.) 578. l.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon.

1902. szeptember 1-jén tartott szakülés.

1. Kiss Vilmos egy beteget mutat be, a kinél a biharmegyei közkörházban ajkkrák-kiirtást és plastikát végeztek.

A beteg 42 éves férfi. Alsó ajkának egész terjedelmében egy év óta fennálló dudoros, helyenként kifeléyesedett s a szomszédos bőrrel összekapaszkodott térfogatnagybodás. Állkapocs alatti mirigyek mindkét oldalon nagyobbak. A műtét augusztus 22-dikén végeztették. Az alsó ajknak a bal szájug meghagyásával a nyákhártyának a gingivára való áthajtásáig történt az eltávolítása. Mivel az eltávolítás által keletkezett hiány nagy volt s hogy a felső s alsó ajk kiterjedése között nagy különbség ne legyen, a hiány pótlására lebenyt a műtő a felső ajak jobb feléből s részben a pofáról vett; ezt a felső ajkpír eltávolítása után a friss sebfelülethez erősítette. Alsó ajkpír képzésére a lebeny belfelületén levő nyákhártyát a bőrhöz kiharatta.

A megnagyobbodott állkapocs alatti mirigyek egyszerű rámetéssel távolítottak el.

A beteg a műtét utáni 11-dik napon per primam gyógyult. A műtétet Fráter Imre végezte.

2. Kiss Vilmos egy második beteget mutat be, a kinél ugyancsak Fráter Imre körházi igazgató-főorvos magas kömettséget végzett.

A beteg 14 éves gyermek, kinek vizelésnél fájdalmi voltak s kinél a megejtett hólyagvizsgálat a hólyagban székelt követ derített ki. A műtétet narcosisban végezték. Műtét előtt bőrvizet megtöltötték a hólyagot. A metszés a symphysis feletti redőben, az egyik oldali inguinális csatorna feletti résztől a másik oldali lágyékcsontra ugyanazon részéig történt, hogy a műtéthez kellő tért nyerjenek. A metszés a hasfal összes lágyrészeit át vezetett. Ujjal a symphysis mögé menve, a műtő a peritoneum áthajlasi redőjét kereste fel és ez alatt, valamint a hólyag elérhető legmélyebb pontján, a középvonalban, vastag fonalat vezetett a hólyag izomzatán át — a melyekkel a rögzítés történt — és a fonalak közötti részen körülbelül 3 cm. hosszú függélyes irányú metszést ejtett, a melyen keresztül a hólyagban levő bőrvíz egy részének kiömlése után a követ köfogó segítségével eltávolította. A hólyagfal egyesítése két etageban történt: az alsó szűcsvarrat a nyákhártya kivételével az egész hólyagfalon keresztül hatolt, e fölé Lambert-féle csomós varrat jött. Ezután a hasfalat 8 varrattal egyesítették s csak a hasseb közepén hagytak egy csik jodoformgaze számára egy kis nyílást, mi a hólyag és a symphysis közötti rész drainozására szolgált. A drainezést 4 nappal a műtét után beszüntették.

Műtét után esetleges hólyagvizsgálatok elkerülése végett állandó kathetert nem vezettek be, hanem a beteget 3 óránként katheterizálták. Erre azonban csak kétszer volt szükség, mert a harmadszori katheterizálás idejére beteg már spontán vizelt. A vizet csak az első két napon volt kevés vérral kevert, később egészen tiszta. A beteg a műtét utáni 21-dik napon per primam gyógyult.

Előadó ezután bemutatja az eltávolított követ.

3. Kiss Vilmos egy harmadik beteget mutat be végül, a kinél maga távolított el húgycsőmetszéssel követ a húgycsőből.

Az 52 éves férfibeteg három hó óta sűrűn, de keveset vizelt. Gáttáján a húgycsőben egy diónyi, kemény tapintatú, fémsondával való vizsgálatnál kőre jellegző tüneteket adó térfogatnagybodás észlelhető. A műtétet narcosis nélkül a következőképen végezte: a raphéban a húgycsőbe a kő elé vezetett itinerariumra 3 cm.-nyi metszést végzett s az ejtett sebet át a bemutatott, kis diónyi, orsóalakú kő kőkanál segítségével volt eltávolítható. A kő helyének megfelelő ür láthatóvá lett a feltárásnál. A sebből a hólyagnak is könnyen elérhető volt. Műtét után a sebet jodoformgazeval tömte ki. A sebet spontán ürül vizet. Műtét után naponta kétszer 30/0-os bórolddal öblítette ki a hólyagot.

4. Grósz Menyhért: az epilepsziások kolóniáiról tart előadást.

A kérdés a humanitarius és orvosi működés meggyőződés vezeté végig. Hasonló joggal mint a kórházak, gyermekmenhelyek és lelenezházak, a melyek az ápoltak egészségének megóvásával a népesség számának gyarapodását vannak hivatva előmozdítani, az epilepsziások kolóniáknak részben humanitarius ügye is az orvosi közönség elé tartozik, mert orvosi közreműködés nélkül aligha sikerülhet az epilepsziások kolóniájának felállítása és vezetése.

Míg ily irányú intézetek külföldön, Angliában, Németországban és Svájcban, Amerikában már rég működnek, hazánkban csak egy orvos, Turnowszky foglalkozott a kérdéssel, 1900-ban, az országos elmeorvosi értekezleten.

Az epilepszia főbb jelenségeinek ismertetése után előadó a gazdag és szegény epilepsziások helyzetét jellemzi; az utóbbiaknak nyomorúságos helyzetét még az súlyosítja, hogy ily betegeket cselédek és munkások gyanánt sem szeretnek alkalmazni. Azután az epilepsziának bűnügyekben való szerepéről szól s végül statisztikai adatokat sorol fel.

Turnowszky szerint hazánkban 18—20,000 epilepsziás van, ebből

körülbelül 4—5 ezer jómódú, 14—15,000 szegény, úgyszólván a társadalomból kiközösített nyomorult.

Szól a kolóniáknak jótékony hatásáról az epilepsziásokra. Siebold erről így ír: „Eleinte attól féltek, hogy ha az epilepsziásokat tömegekbe gyűjtik, a rohamok gyakori szemlélése ártani fog s gyarapítja szenvedéseiket. Csakhamar belátták azonban, hogy ez aggodalomnak nem volt alapja. Az intézetbe lépő betegnél a rohamoktól való félelem és ijedezés már az első napokban eltűnik s a rohamok alkalmával a készséges és kölesönös segélynyújtás a betegekben a bizalom és együtvértartozás érzését ébreszti fel s megnyugtat s mindezt a szegények azelőtt nem tapasztalták.”

A kolóniák főképp az epilepsziás gyermekekre gyakorolnak jótékony hatást. Fontos az is, hogy véget ér a szánakozással vegyes lenézés, irtózat és tartózkodás s hogy az ily betegeknek alkalmuk legyen arra is, hogy hajlamaiknak megfelelő munkát végezzenek, önbizalmuk és életkedvük nő.

Ezek után előadó két kolóniát ismertet. Egyik Berlin mellett van, az „Anstalt für Epileptische der Stadt Berlin”. Ebben 1901. április 1-jén 1031 beteg tartózkodott, köztük 71 gyermek. A betegek részint iskolába járnak, részint valamely foglalkozást űznek (könyvkötészetet, kosárfonást, kertészetet stb.) Munkadíjából a bevétel 72,441 márka, a kiadás fejenként és naponta 2-60 márka. A másik az 1866-ban alapított bielefeldi kolónia, a melyet Turnowszky részletesen ismertetett s a melyben csaknem 2000 epilepsziás tartózkodik. Ebben három osztály, három fizetési fokozattal van. A szegények az ápolási díjakat többnyire munkájukkal keresik meg. Van ott asztalos-, lakatos-, kovács-, szabó, cipész- és esztergályos-műhely stb., van nyomda, a melyben a szedők és korrektorok epilepsziások. Vannak köztük lithographusok is. Az erdőt, kertet és szántóföldet is ők művelik.

Az ügy ismertetése után előadó a következő conclusiókra jut: 1. Hazánkban is szükség van epilepsziás kolóniákra. 2. E kolóniák nem kapcsolandók össze tébolydával, a mely utóbbiakba csak tényleg elmebetegeket kell elhelyezni, a kik társas együttélésre alkalmatlanok vagy teljesen munkaképtelenek. 3. Az intézményt kis méretekben kell kezdeni, később várva fejlődését. Ha az állammal vagy társadalommal szemben nagy igényeket támasztunk, ezek visszariadnak a nagy feladattól, de ha kisebb intézet létesítésével az ügynek felkarolásra érdemes voltáról győződik meg az illetékesek, nagyobb áldozattól sem fognak visszaretenni. 4. Ily kolónia felállítására törekvő mozgalomnak az orvosok köréből kell kiindulnia.

Direct indítványt a kezdeményezésre előadó nem tesz, mert nem egy szép tervnek korai kimúlását észlelte, mert nem eléggé erőiesen és lelkesen karolták fel a kezdeményezett ügyet, de az ügyet ajánlja az egyesület figyelmébe.

Az előadáshoz Konrád Márk, Bodor Károly és Kornstein Lajos szóltak hozzá s miután előadó e felszólalásokra reflectált, a szakülés elhatározta, hogy ily kolónia létesítését társadalmi úton szorgalmazni fogja s egy bizottságot küld ki, a melynek feladata lesz a mozgalmat megindítani.

5. Baróthy Ákos: Nagyvárad 1902. augusztus havi népmozgalmi statisztikáját ismerteti.

E statisztika adataiból kiemelendők:

Elve született 141 gyermek (törvénytelen 36), halva 3 (törvénytelen 1).

Az évi születési arányszám (50,860 lakos mellett) 33-20/00, az évi halálozási arányszám 22-00/00, csak helybelieket véve, 17-40/00.

0—1 éves korig elhalt 28 gyermek (törvénytelen 6), 1—5 éves korig 6. Hét éven alóli korban elhalt 37-00/00. Megbetegedett: kanyaróban 1 egyén, vörhenyben 1 (halálozás 1), croup és diphtheritisben 2, hökhurutban 3 (halálozás 1), typhusban 10 (halálozás 4), tuberculosishalált 15, bélhurutban 14 egyén.

Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(III. szakülés 1903. évi április hó 3-dikán.)

Elnök: Lőte József. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Brandt egy beteget mutat be, a kinek duodenumából egy tűt távolított el.

a) L. Veronika, 15 éves, 24 órával előbb szájában tartva egy varrótűt, azt véletlenül lenyelte. Vizsgálatnál a serobiculum cordis alatt négy harántujnyira nyomásra szűrő fájdalmak. Burgonya, sok kenyér és ismételt hashajtók bevétele után állapot csak annyiban változik, hogy kisebb fokú hőemelkedések mutatkoztak. 1903. március 2-dikán, vagyis a tű lenyelése után 12 nappal műtét alkalmával a duodenum alsó szakaszából egy nagyobbfejű varrótűt távolított el. Sima gyógyulás. Beteg ma teljesen gyógyult. Előadó megjegyzi, hogy indikálnak tartja az ilyen idegen testeket műveleg eltávolítani.

Purjesz megjegyzi, hogy ebben az esetben nem lehetett volna

Röntgen-nel a tü helyét megállapítani, mire előadó megjegyzi, hogy ezt több ízben sikertelenül kísérlette meg.

b) Ugyancsak Brandt a folyó évi január hó 30-án tartott szakülésen bemutatott három echinococcus-esethez még egy negyediket mutat be. P. Gy.-né, 24 éves. Nyolcz hó óta hasában daganata nő. Vizsgálatnál a jobb bordaív alatt a középvonal mellett egy a köldök alá mintegy 8t harántujnyira terjedő, hosszúkas, lapos kiemelkedés, a mely elég élesen határolt, ruganyos, a mélyben fluctuál, nem fájdalmas, a genitáliától jól elkülöníthető, surranás felette nem érezhető.

1903. március 20. Műtéténél 700 gm. tiszta savószerű folyadék és egyetlen egy nagy hólyag. A savóban és hólyagban górcső alatt echinococcus-horgok. Beteg ma jól érzi magát, jó étvágya van, s így a gyógyulás normális lefolyása.

2. Hevesi Imre újra bemutatja a legutóbbi szakülésen már bemutatott betegeket s demonstrálja az inatültetés sikerét.

Marschalkó az innervatoria vonatkozólag tesz kérdést. Az így kifejlődött vitában résztvettek előadón kívül Szabó és Purjesz.

3. Kugel Ede szülészeti és nőgyógyászati gyakornok „Ovariotomia terhesnél” czímen értekezik; bemutatja a beteget s előadja, hogy irodalmunkban az idevágó kimerítőbben közölt esetek száma aránylag csekély; ez a körülmény, valamint a jelen eset másfélben is említésre méltó volta ennek bővebb ismertetését kívánatosá teszik.

34 éves, férjes asszony, havibaját 16 éves korában kapta meg, ez azután rendszeresen jelentkezett, négyhetenként 7 napi tartammal, utolsó tisztulása 1902. szeptember elején volt; 1903. február elején 8—10 napon át volt világos véres folyása.

IVP. 1. 15 év előtt, utolsó 4 éve; mind rendes időre rendszeren. Gyermekegyes rendes lefolyásúak voltak 1—2 heti fekvéssel.

Röviddel utolsó gyermekegye után hasában baloldalt csomót érzett, hasa azóta fokozatosan, 1902. szeptember óta gyorsabban nagybodott, 1903. január óta fájdalmas feszülést érzett hasában, melyhez február óta nehézlégzés is csatlakozott.

Status praesens március 9-dikén. Közepesen fejlett, mérsékeltén megfogyott nőbeteg, mellkasi szervek épek, emlőkből savószerű váladék nyomható ki.

Has bőre mérsékeltén vékony, has egészben elődomborodik, köldök hólyagszerűen kiemelkedik. Has köldökkörüli kerülete 113 cm.

Has bal oldala meredek, jobboldalt lapos lejtő a lumbalis táj felé. Gyomorgödörben három ujjnyi széles felületen, innét a mellső hónalj-vonalakig a bordaív alatt tenyérnyi felületen éles, dobos kopogtatási hang. Elénk fluctuatio a has bal oldalát és eljéjét elfoglaló területen, az ettől sekély behúzóddással elkülönített és a jobb lumbalis tájéktól kidudorító külön karély fluctuatiót nem mutat.

Belső vizsgálat: Hüvelybemenet nyákhártyája kifejezetten livid, a hüvely nyákhártyája felpuhult. Portio folytatásában méhtest nem követhető. Mellső és hátsó boltozat elastikus puha rész által ledomborított.

Diagnosis: Kystoma ovar. bilat.; graviditas?

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

A nagyméltóságú m. kir. belügyministerium rendelete folytán a lipótmezei m. kir. állami elmeegógyintézetnél megüresedett másodorvosi állás, a mely 1200 korona évi fizetés, I. osztály szerinti élelmezés, egy butorozott szobából álló lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve, két évi időtartamra betöltendő.

Felhívatnak tehát mindazon orvostudor urak, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy egykoronás bélyeggel ellátott s keresztlevél vagy születési bizonyítvány, továbbá orvostudori oklevél és eddigi alkalmazásukról szóló egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz címzett folyamodványaikat jelen pályázatnak a Budapesti Közlönyben való első beiktatásától számított két hét alatt alulírt igazgatóságához nyújtsák be.

Későbbben beérkező folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Budapest, 1903. évi szeptember hó 2-dikén.

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

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati osztályán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona készpénz-fizetés, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Lukács György dr. Békés vármegye és Hódmezővásárhely

város főispánjához intézve, hozzám folyó évi szeptember hó 10-dikéig küldjék be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A kinevezett állását azonnal elfoglalni köteles.

Gyula, 1903. évi augusztus hó 25-dikén.

2—2

Kórházi igazgató.

1935/1903.

A budapesti kerületi betegsegélyző pénztár igazgatósága ezennel pályázatot hirdet egy évi 800 koronával javadalmazott, ideiglenesen betöltött orvosi állásra a VIII. kerület területére. Lakóhely: a Baross, Illés- és Ludoviczeum-utca, az Üllői-út, a Nagy- és Kistemplom-utca, a Mária Terézia-tér és a Baross-utca közt.

Pályázni kívánók e hó 12-dikéig nyújtsák be kérvényüket a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosi hivatalához, hol bővebb felvilágosítás nyerbő naponta déli 12 órakor.

A pályázati kérvénynek tartalmaznia kell:

1. az oklevél keltét és kiállításának helyét;
2. az esetleges kórházi, illetve kórodai gyakorlat kimutatását;
3. annak felemlítését, hogy más pénztárnak vagy egyesületnek orvosa-e;
4. annak határozott ígéretét, hogy a pályázó a szolgálati szerződést magára nézve kötelezőnek elfogadja, illetve megválasztása esetén aláírja.

Budapest, 1903. évi augusztus hó 31-dikén.

A budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosi hivatala.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárati	Állás	Hely	Fizetés	Czím
szept. 8	körorvos	Gyula-Varsánd	1600 k., kézi gyógytár	Mladin Miklós fszb., Elek
" 8	fürdőorv.	Tusnád	600 k., lakás	Fürdőigazgatóság
" 9	isk. orv.	Nagy-Kanizsa	400 k. fizetés	Lengyel Lajos, polgm.
" 9	közs. o.	Magyar-Pécska	1000 k. fizetés	Senk Fer. fszb., Pécska
" 15	vgy. főo.	Zólyombrezó	2200 k., lak., 420 k. mellékilletmény	Államvasutak központi igazgatósága
" 15	kinestári erdész. o.	Rahó	1600 k. fizetés	Erdőigazgatóság Máramaros-Sziget
okt. 1	körorvos	Jablonka	1400 k. fiz., gyógytár	Csillaghy, főszolgabíró
" 1	ker. bet. pénzt. o.	Kolozsvár	2000 k. lakás, házi gyógyszerár	Titkár

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion forrás

Salvator



kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és közsvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csíramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperj szén.

CONTRATUSSIN

(Elixírium Thymí „BAYER“.)

Szamárhurut, gégefő és bronchialeatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készítő

BAYER ANTAL gyógyszerész,

BUDAPEST, VI., Andrassy-út 84

Minden gyógyszerárban kapható. — Ára 1 korona 40 fillér. Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Dr. Brehmer-féle
gyógyintézet tüdőbetegek számára
Görbersdorf—Schlesien.

Főorvos: Dr. v. Hahn.

Prospektusok ingyen.

Vegyszeti gyár
Dr. Fritz és Dr. Sachsse

ALBOFERIN

WIEN, I,
Bauernmarkt 14

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

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

Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, Alboferin-tabletták hozzátevel nélkül 100 db. = K. 1.50, Alboferin-chocolate-tabletták 100 db. K. = 1.80.

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

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

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

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

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, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

László Gyula: Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. (Igazgató-főorvos Kuthy Dezső dr., egyet. m. tanár.) A psychicus állapot befolyása a hőmenetre tüdőbetegeknél. 580. lap.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfevárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. A régiék „gangraenás phagedaeniás-diphtheriás” sankerének, nosocomialis gangraenájának és sebdiphtheriájának, a Vincent-anginának, a stomacacnak, a nomának, a stomatitis mercurialis üszkösödésének és a tüdő-gangraenának aetiologiájához. 583. lap.

Hevesi Imre: Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.) Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és inképlés izomhúdséknél és zsugoroknál. 585. lap.

Tárca. A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlése Kolozsvárt. 587. lap. — Erdős Adolf: A londoni himlőjárvány tanulságai. 587. lap.

Közegészségügy. A főorvosi képesítésű bábák részére kiadott „Utasítás” és „Kis bábakönyv” szétküldése. 588. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Kopits Jenő: A gümös csigolyagyulladás gyógyításának mai állása. 589. lap. — Könyvismertetés. Lehrbuch der Urologie mit Einschluss der Sexual-Erkrankungen. (Pickar R.) 589. lap. — Lapszemle. Belgyógyászat. Achard: A chlornatrium oedemát okozó hatása. — Laumonier: A tüdőgümőkór gyógyításához. — Sebészet. Jordan: A primaer acut typhlitis. (Török.) — Bergmann: A csipőizület szabaddáttele a Larghi-féle ívalakú metszéssel. (Török.) — Venerés bántalmak. Richl: A foetalis syphilis gyógykezelése. (Sellei.) — Kisebb közlemények az orvosi gyakorlatra. Gayle: Salochinin. — Rider: Vasas somatose. — Keown: Agurin. — Bergmann: A nyál mint gyógytényező. — Folyóiratok átnézete. 590–592. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Megválasztások. — A brüsseli egészségügyi congressus. — Dadogók gyógytanfolyama. — Az Erdélyi Múzeum-Egylet emlékkönyve. — Fürdőink személyforgalma. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — A budapesti poliklinika. — Az egyetemi I. számú női klinika. — Az egyetemi II. sz. szülészeti és nőgyógyászati klinika. — Megjelent. — Elhunyt. 592. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. — Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. (Igazgató-főorvos Kuthy Dezső dr., egyet. m. tanár.)

A psychicus állapot befolyása a hőmenetre tüdőbetegeknél.

Irta: László Gyula dr., az Erzsébet királyné-sanatorium I. assistense.¹

A tapasztalat számos alakban győz meg bennünket azon tényről, hogy a lelki folyamatok a szervezet életműködéseire befolyással vannak. De a kórtani adatok egész tömege is bizonyítja, hogy az érzetek, képzetek s érzelmek nagy mértékben befolyásolhatják a különböző szervek működéseit. A külföldi irodalomban Hack Tuke állította össze az idevonatkozó tényeket „Mind and body” (Szellem és test) című munkájában, mely német fordításban is megjelent, rendszeresebben és physiologiai alapokra fektetve pedig irodalmunkban Ranschburg gyűjtötte össze „Lelki gyógy módok” című művében az idevágó biologiai, lélek-élettani és kórtani tapasztalatokat.

Észlelhető, hogy főleg savanyú ízek elképzelésénél fokozott nyáleválasztás következik be. Gondok, kedélyi rázkódtatások behatása alatt étvágyunk, emésztésünk befolyásoltatik, a mi csak úgy magyarázható, ha felteszszük, hogy a lelki tényezők befolyanak az emésztő váladékok előállítására. Az epe elválasztására az idegrendszer szintén befolyással van, hiszen ideges egyéneknek kedélyi izgalmak hatása alatt gyorsan léphet fel sárgaság. A garat, bázsing, gyomor, belek, szóval az egész tápcsatorna mozgásai és a psyche között szintén megtaláljuk az összefüggést. Fájdalmas

érzéseknél, vagy ha a sírást elfojtani akarjuk, érezzük torkunk összeszorulását. Igen közönséges a psychikus tényezők befolyása a peristaltikára. Ijedtség, vagy egyéb izgatottság hatása alatt hasmenés léphet fel. A tejmirigyek elválasztása erős felindulások után hirtelen megszűnhetik; a vese kiválasztó functionja, a trophikus működések, légzés, köhögés, ásítás, sírás és nevetés, az ivari folyamatok és lelki behatások közötti összefüggést csak úgy, mint az előbbieket, jól ismerjük tapasztalatból, valamint azt is, hogy érzelmek, indulatok a szív működést észrevehetőleg befolyásolják. Izgatottság szívdobogást, vagy a szívnek pillanatra való megállását eredményezheti. Az elpirulás és elsápadás pedig a lelki működéseknek a vérkeringésre való hatása mellett szól.

A lelki működések behatásáról, a somatikus állapotra szóló közlemények egyik igen érdekes fejezete az, a mely a hőmérséklet és psyche közti viszonyt tárgyalja. Már physiologikus viszonyok közt is kimutatható, hogy bizonyos szellemi, vagy kedélyi folyamatok hatása alatt testünk hőmérséklete mérhető módon emelkedik, mások hatása alatt csökken.

Mosso vizsgálataiból tudjuk, hogy psychikai izgalom, pl. félelem, az agyvelő temperaturáját emelni képesek, hogy alvásakor az agyvelő hőmérséklete magasabb mikor az alvó álmodik s alacsonyabb, ha mélyen aluszik. Mosso assistense kísérleti célból naponta mérte hőmérsékletét. Midőn Mosso őt váratlanul az előadás megtartásával bizta meg, assistensének hőmérséklete 37°20-ról 38°70-ra emelkedett az előadás megtartása után. Ugyancsak Mosso tapasztalta, hogy egy leánynak hőmérséklete azonnal jelentékenyen emelkedett, mihelyt tudtára adták, hogy megoperálása céljából chloroformozni fogják. A hysteriás láz, az elmebetegeknek előforduló hőemelkedések, melyek minden egyéb szerv kóros elváltozása nélkül jelennek meg, eléggé bizonyítják a hőmérséklet függését az agyvelői kéregtől.

Bár tagadhatatlan, hogy pl. súlyos betegségből felépülő

¹ Felolvastatott a budapesti kir. orvosegyesület tuberculosis-bizottságának 1903. évi március 10-dikén tartott ülésében (elnök: Korányi Frigyes dr.)

reconvalescensek már csekély izgalomra is igen hamar lesznek lázasokká, mégis kétségtelen impressiónk az, hogy a phthisikusok közt találjuk meg a legnagyobb contigensét azon betegeknek, kiknél a *hőmérsékletet szabályozó centrum labilitása igen nagyfokú s a legcsekélyebb behatásra is érzékeny delectu módjára menten reagál*. Rövid séta oly napon, mikor az ordinatio még physikai nyugvást rendelt, beteglátogatás, hosszabb ideig tartó társalgás, zene, több tizeddel képesek a normális fölé emelni a hőmérsékletet. Az évek sorára terjedő betegség alatt sokat szenvedett idegrendszer játszik itt szerepet. Hiszen látjuk, hogyan társul lépten-nyomon a neurasthenia is előszeretettel a tüdőtuberculosis képéhez, nem egyszer végigkísérve azt egész lefolyásában.

Psychikus momentumok által kétségtelenül befolyásolt hőmeneti változásokat intézetünk betegein többször volt és van alkalmunk tapasztalni. Róluk kíván szólni jelen kis dolgozat.

Elsőben a kedélyi izgalmak által létrehozott *hőemelkedéseket* vesszük szemügyre. Hogy ezeket kellőleg megvilágíthassuk, alábbi casuistikánkban csupán olyan esetek felsorolására szorítkozunk, melyekben a febrilis *hőemelkedésnek rövid tartama*, az ezt megelőző és követő subfebrilis vagy éppen afebrilis hőmenet, nemkülönben az ad hoc *constatált lelki emóciók* igazolták a psychikus befolyást a kiváltott hőemelkedésre. Mellőzzük tehát a következőkben azon esetünket, a hol a hőmenet egy-egy felszökkenésének okai közt psychikus motívumokra is gyanu esett, de a toxinhatás által is többszörösen módosított hőgörbe nem ad tiszta képet. Mellőzzük azon eseteket is, hol a hőmenet semmiféle határozott typust nem mutat, avagy, hol az antipyreticumok beiktatása és kihagyása okozhatja a feltűnőbb változásokat. Ellenben felsorolhatóknak véljük az egyébként teljes afebrilitást mutató, avagy bizonyos határozott febrilis hőmeneti szabványt feltűntető eseteket, melyek hőmérséki tábláin — somatikus ok nélkül — egyes *rövid ideig tartó olyan hőemelkedések észlelhetők, melyek éles ellentétben állanak az előző s azt követő napok hőfokainak magasságával*. Ezekben ugyanis, mint látni fogjuk, a hőmenet görbéje rendszerint már másnap ismét a régi képhez hasonló, sem feltűnő súlyedést a normális alá, sem lytice alakuló typust nem mutat.

A tüdőgümőkór második stadiumában (*Turban*) levő B. Gy. 37 éves kereskedő hőmérséklete heteken keresztül 37.5° C. és az alatt ingadozik — mindig sublingualis mérésről van szó — csupán kétszer emelkedik 24 nap alatt 37.7° -ra egymástól távoli napokon. Ellenben 38.2° -os lázzal fekszik ágyba azon napon, midőn a különben is ideges egyénnél nagyfokú kedélyizgalmat szült jelentéktelen haemoptysis mutatkozott. Megnyugtató s a vérzésnek megszűnése után másnap hőmérsékletének maximuma 37.0° , a következő napokon pedig a 37.5° -ot sem éri el.

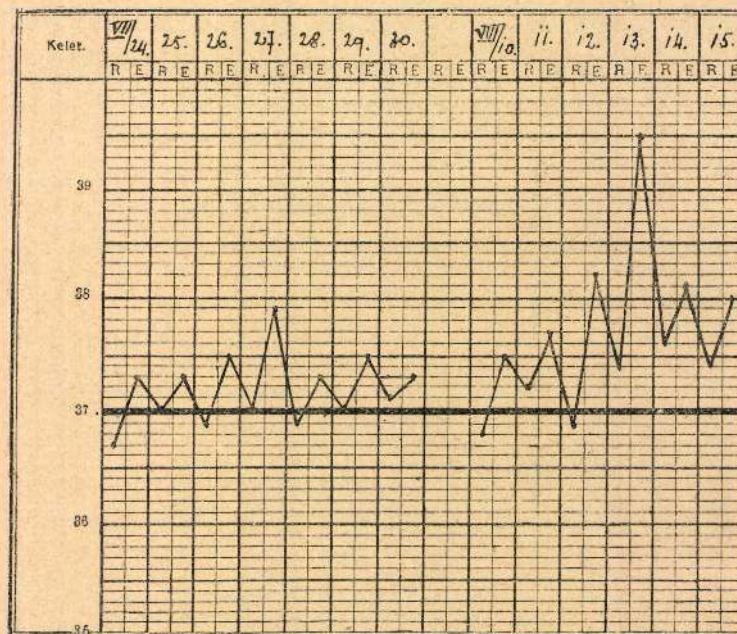
Teljesen analog ezzel — de talán még tanulságosabb — G. B. (24 éves nőbeteg) esete, hol egy haemoptysis napján hirtelen, az előző nap 37.2° maximuma után 37.7° -ra emelkedik a hőmérséklet, hogy másnap ismét normális (max. 37.3°) legyen. Ezen betegünk könnyű csúcsmegbetegedésével nyolcz hónapig tartózkodott a sanatoriumban, s egyébként mindvégig teljesen láztalan volt.

A tuberculosis harmadik stadiumában levő 48 éves A. Gy.-né hőmérséklete húsz napalatt egyszer emelkedik 38° C. fölé haemoptysissal egyidejűleg, egyébként a különben javulást alig mutató nőbeteg hőmérséklete állandóan 37.5° körül ingadozik.

R. G. 36 éves, hivatalnoknak állandóan 37.0° alatti hőmérséklete 1902. június 21-dikén 37.5° minimumot mutat már reggel csekély vérzéssel kapcsolatban, s a vérzés erősödésével még azon nap 38° -ra emelkedik hőmérséklete. Két-három nap alatt szűnik meg fokozatosan a haemoptoe, s már másnap, a vérzés csökkenésével 37.5° -ra, majd 37.4° -ra száll alá a hőmérséklet, hogy a vérzés teljes megszüntével ismét 37.1° körül ingadozzék. A hónapokon keresztül teljesen láztalan, minden megszakítás nélkül szép javulást mutató beteg hőemelkedése sem egy tüdőbeli progressionnak, sem toxinhatásnak nem tudható be, mert a hőmenet magasabb szárnyalása tapasztalásunk szerint mindkét esetben tovább tartott volna.

Míg a most említett beteg aránylag nyugodt temperamentumú egyén, addig O. F. 18 éves tanuló a tüdőtuberculosis második stadiumában minden csekélység miatt aggódó természetű,

kinek lépten-nyomon szüksége van megnyugtatóra, hogy kedélyi állapota az egyensúlyt el ne veszítse. Legelőször jelentkező haemoptoe miatt 37.9° -kal fekszik ágyba, holott hőmérséklete előzőleg heteken át 37.6° -nál többet nem mutat. Már másnap 37.3° a maximum. A futólagos hőemelkedés nyilvánvalóan itt is psychikus izgalom okozta felszökkenés volt. Szembeállíthatjuk ezzel az ugyanazon egyénnel két héttel később jelentkező következő hőmeneti viszonyokat: hőmérséklete ekkor három nap alatt fokozatosan 39.5° -ra emelkedik, s napok alatt lytice végződik. Ime, egy enyhébb karakterű progressió s láz. Képesek is voltunk ez alkalmával a jobb tüdő alsó lebenyében érdes be megnyúlt kilégzés s száraz szörtyőzörejekkel a tüdőbeli affectio egy új góczát kimutatni (l. 1. ábrát).



1. ábra.

Mint más rokon intézetek, mi is éber figyelemmel kísérjük a betegek testsúlyviszonyait, mely czélból hetenként egyszer lehetőleg valamennyi betegnél súlymérést eszközölünk. Ez alkalmával a mutatkozó súlyfogyások okait is mindjárt behatóan kipuhatolni igyekszünk. Sokszor megesik — torpid egyéneknek —, hogy csak ilyenkor derül ki némi étvágytalanság, kisebb fokú hasmenés, lehangoltság, vagy más egyéb tényező, mint a beteg kellő javulását akadályozó ok, melyről azonban a naponta kétszer tartott orvosi viziteken a beteg említést tenni elmulasztott volt. A testsúlyméréssel kapcsolatban egy nagyszabású orvosi rendelésben van tehát egyúttal részük betegeinknek, s így nem csoda, ha a patiens érdeklődése különösebb mértékben van felhíva súlymenetére, s nem egy betegünk elpalástolt izgalommal várja kúrája azon létre eső eredményének feltűntetését a mérlegtől. Ezen elkerülhetlen hátránya a heti testsúlyméréseknek itt-ott futólagos hőemelkedést képes kiváltani, főképen a súlyosabb betegeknek, kiket épen erre tekintettel lehetőleg ritkábban is mérünk. Súlyosabb betegeink ugyanis látják s érzik azt, hogy a náluk könnyebb betegeknél szépen harmonizál a testsúlygyarapodás a közérzet javulásával, míg ők sem gyarapodásukon, sem állapotuk könnyebülésén oly fokban nem örvekedhetnek. Ez kedélyi depressiót s néha hőemelkedést szül. Szándékosan választottam ennek documentálására két, betegségüknek harmadik stadiumában levő nőbetegünk láztábláját.

St. A.-né, 21 éves nőbetegünk hőmérséklete az előző napi 37.5° maximum után 38.3° -ra emelkedik a testsúlymérés napján. (Másnap maximum ismét 37.5° .) Igaz ugyan, hogy a beteg egyébként ágyhoz kötött, azonban a legszükségesebb mozgás keresztülvitelére mégis csak elhagyja ágyát a nap folyamán, nagyobb mozgásnak pedig nem nevezhető az, ha le és fel személyfelvonón szállíttatik a közeli mérés helyére és vissza.

Hogy ilyenkor nem a mozgás okozta hőemelkedéssel van dolgunk, arra egyenesen rántal a második eset. Egy 48 éves nőbete-

günk, A. Gy.-né, a mérést megelőző kilencz napon keresztül a fő-épület azon emeletét, melyen lakik, orvosi rendeletre — physical sub-aktivitás céljából — el nem hagyja. Hőmenete ez idő alatt sub-febrilis. A méréshez liften jön le s utána még négy napot tölt az ő emeletén. Ennek elteltével, minthogy apró hőemelkedései így sem szűnnek, rendes kúrát végezve résztvesz a sétákban, s hőmérséklete a séták mellett sem emelkedik 37.7° fölé, míg a mérési napon 38.5° -os maximuma volt. 0.8° -kal emelkedett tehát a súlymérés következtében azon betegünknek hőmérséklete, ki előzőleg ismételt mérések alkalmával egyszer sem volt képes gyarapodni súlyban.

A beteglátogatás az intézetben korlátok közé lévén szorítva, csak minden vasárnap van megengedve. Kissé szigorúnak látszik, de az alábbi két példa is igazolja ezen intézkedés szükségességét, s azt, hogy a beteg lelki nyugalmanak megőrzése mily fontos szerepet játszik a phthiseo-therapiában.

B. V. 19 éves, gymnasiumi tanuló 1902. július 6-dikán, vasárnap látogatónak fogadása után 38° -os hőmérséklettel fekszik ágyba. 0.6° -kal emelkedett hőmérséklete az előző napéhoz képest, s másnap már ismét 0.4° -kal volt alacsonyabb maximuma. 38° -os hőmérséklete egyébként a bemutatott láztáblán feltüntetett három-heti időtartam alatt egyszer sem volt.

G. J., 15 éves férfibeteg, állandóan 38.0° körüli maximumokat mutató hőmérséklete 38.7° -ra emelkedik 1902. szeptember hónap egyik vasárnapján, látogatók várásával egybekötött izgalom kapcsán. Kétségtelen, hogy hozzátartozóinak szokatlan elmaradása e napon csak fokozta izgalmát. (Az intézet főorvosa figyelmeztetni is szokta a betegeket, hogy írják meg hozzátartozóiknak, mennyire káros rájuk nézve az ígért látogatás nem teljesítése.) E hőemelkedés az előbbi napéhoz viszonyítva teljes egy fokot tesz ki; másnap már 0.7° -kal volt alacsonyabb a hőmérséklet maximuma.

Ha a beteg állapota egyébként nem követeli, tüdőbeli elváltozásainak esetleges módosulásairól a sanatoriumokban bevett szokás szerint háromhetenkénti vizsgálatok útján szerzünk meggyőződést. Bár ezen legtöbbször felette chronikusan lefolyó bántalomnál csekély idő három hét, mégis a beteg szempontjából hosszú; mi látjuk nem egyszer, minő várakozással néz ápuultunk az újabb vizsgálat elé, melyen esetleg azt is megtudni óhajtja, meddig ajánljuk még számára a sanatoriumi gyógykezelést, mikor lesz ismét munkaképes stb. Mint ilyen a háromhetes vizsgálat esetenként erősebben izgató hatást fejt ki, s nem marad befolyás nélkül a hőmenetre sem.

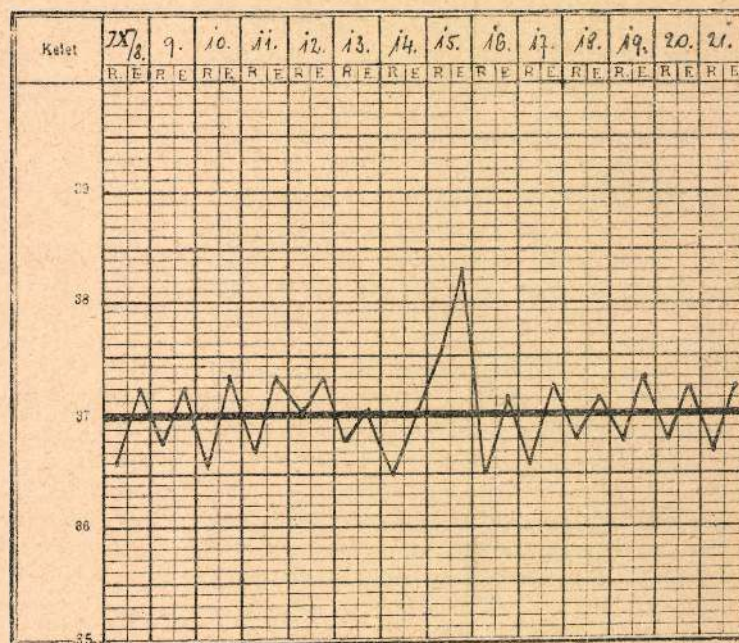
J. K., katonai számtiszt, előzetesen állítólagos gyomorbaja miatt karlsbadi kúrát használt sikertelenül, s meglehetősen súlyos állapottal lett felvéve az Erzsébet-sanatorium betegek közé. Az új kezelésmódtól újból remélni kezd, és izgatott várakozással néz mostani kúrájának eredménye elé. A felvételi napon beteg hőmérséklete 39.7° volt. Bár meg nem állapíthattuk az előző napok hőmenetét, valószínűnek tartom, hogy a felvétel izgalmainak tudható be ezen magas hőemelkedés, mely már másnap 38.3° -ra süllyedt. A következő napok temperaturája 38° körül ingadozik, a második vizsgálat előtti napon csak 37.8° . Teljes egy fokkal, tehát 38.8° -ra emelkedik azonban a beteg hőmérséke az újból megvizsgálás napján, mely vizsgálat pedig az egyén physical tevékenységének számbavehető fokozásával nem járt. Temperaturája másnap 38.0° -ra süllyedt s az említett maximumot azóta egyszer sem érte el.

Catarrhus apicissal felvett F. A. 21 éves, nevelőnő, hysterica, hőmérséklete 37° -ról 38° -ra emelkedik a vizsgálat napján teljesen olyan életberendezés és kúrabeszámítás mellett, mint a minőt előzőleg és utóbb az intézetben folytatott. Egyébként sanatoriumi tartózkodása alatt egy két minimalis subfebrilitástól eltekintve (37.6°) láztalan.

S. E., 24 éves férfibeteg (kiterjedt infiltratio) 37.9° -kal s zavart közérzettel fekszik ágyba a háromhetes vizsgálat után. Előzőleg, valamint a vizsgálatot követő három héten keresztül egyszer sem volt 37.4° -nál magasabb hőmérséklete.

Érdekesebb ezeknél K. S. né, 21 éves betegünk esete. A néhány hónapja férjével levő fiatal asszony természetesen szorongva várta a vizsgálat eredményét, hisz mielőbb szeretett volna gyógyultan visszatérni urához. A háromhetes vizsgálat napján tempe-

raturájának minimuma 37.5° , maximuma a vizsgálat után 38.3° . Egyébként a harmincz napi temperaturát feltüntető hőmeneti táblán egyetlen egyszer sem fordul elő 37.5° -os feljegyzés sem, a maximumok is ennél alacsonyabb értékek. Az előző nap hőmenetének tetőpontja 37.0° , a vizsgálatot követő napé: 37.1° C. Utólag értesültünk róla, hogy a vizsgálati napon a beteg sokat sirt, mert nem ismerve még eléggé lelkületét, elmulasztottuk őt a rendesnél is nyomatékosabban megnyugtató tüdőbeli állapota felől. (Az izgalom által kiváltott hőemelkedés tehát 1.3° C. (lásd a 2. ábrát).



2. ábra.

H. dr., fiatal, kezdő ügyvéd, kúrájának egész ideje alatt láztalan, azonban a háromhetes vizsgálati napokban hőmérséklete mindannyiszor a normális fölé emelkedik. 1902. október 11-dikén 37.8° , november 3-dikán 38.0° , november 22-dikén 37.7° -ot mutat a hőmérő, s még ugyanazon napon ismét a normálisra száll alá.

Az említett okokból kifolyólag azonban aránylag mégis ritkábban látunk psychikus vonatkozású hőemelkedéseket. Sokkal gyakoribbak azon esetek, melyekben a hasonló karakterű hőemelkedést a beteg kedélyére ható egyéb izgató befolyások váltják ki. Ilyen befolyások: levél útján nyert kellemetlen hír, beteg-társak közt itt-ott (120 egyén társas együttélésénél minden fegyelem mellett is) néha előforduló egyenetlenségek, az alsóbb néposztályok előtt még nálunk ismeretlen kezelésmód egyik-másik részétől néha még jelentkező idegenkedés, vagy épen félelem; az intézetből való távozás idején felmerülő gondok, esetleges operatív beavatkozás stb. Az idevágó esetekből csak néhány példát említünk fel a következőkben:

L. L., 21 éves, kishivatalnok, levelet kap, melyben értesítik, hogy hosszas betegeskedése miatt állása forog veszélyben. Az előző napok maximumához képest egy fél fokkal emelkedik hőmérséklete s eléri a 38° -ot. Másnap már, valamint a következő napokon mindvégig láztalan.

Betegtársával való összekoczanása miatt 37.8° -ra emelkedik az addig láztalan S. E. hőmérséklete. Másnap már ismét láztalan, 36.7° maximummal.

W. J. betegünknek egyik harmincz napos hőmeneti lapján egyszer látható csak 37.6° -os hőemelkedés, és pedig azon napon, a melyen egyik szobatársnőjével összekülönbözött.

Érdekesebb azonban ezeknél azon csoportos hőemelkedés, mely egy és ugyanazon napon több betegünkön egyszerre lépett fel egy, bár kiesnyes incidens következtében, melynek a benne részes betegek szemében azon körülmény adott főképen jelentőséget, hogy egy szobatársuk azon napon — bár jelentéktelen — haemoptysist kapott s ők ezt az incidens rováására irván, kétszeresen tartottak tőle, hogy az ügy az intézet vezetősége részé-

ről komolyan fog elbíráltatni. A dolog egyszerre három olyan nőbetegünkkel idézett elő ugyanazon a napon hőemelkedést, kik valamennyien láztalanok voltak egyébként. S. B. és Sch. H.-nél 1902. június 27-dikén 37°-ot, P. E.-nél ugyanekkor 38°-ot mutat a hőmérséklet feljegyzés.

Hasonlóképpen három férfibetegünkkel egy szintén jelentéktelen affairjükből kifolyólag tapasztalhattuk a lelki emotio okozta hőemelkedést. Egynél 1902. július 29-dikén (W. J.), kettőnél, kik a dolgok fejlődése folytán csak másnap lettek exponálva (P. Á. és N. J.), július 30-dikán. Ezek egyikének, N. J. máv. alkalmazottnak pl. hőmérséklete egy teljes fokkal emelkedett a jelzett napon az előző napi maximumhoz képest (37°—38°). Hőmérséklete már másnap ismét normális, s továbbra is ilyen maradt. A másik kettőnek temperaturája az említett napon 0°-ig, illetve 0°-kal emelkedett az előző napéhoz viszonyítva; egyébként egész kúrájuk alatt láztalanok voltak.

Feljegyzésre érdemesnek találtam S. L. nevű, 23 éves férfibetegünk következő esetét: a beteg hozzánk azon suggestioval érkezett, hogy neki a hydriatikus kezelés nem való. E körülményt csak utóbb deríthetvén fel, a lázas betegnek kombinált therapiánkhoz híven ágybanfekvés mellett részleges ledörzsöléseket és törzsborításokat rendeltünk antipyreticum mérsékelt adagolása mellett. Valamivel 38° felett ingadozó hőmérséklete ezen kezelés mellett változatlanul maradt napokon keresztül. Midőn a beteg félénken a vízkúra iránti aggodalmának adott kifejezést, kísérleti célból az egész lázellenes activ kezelést kihagytuk s néhány napon át tisztán a beteg ágybantartására szorítkoztunk. Ezen időszakban a hőmérséklet, dacára az antipyretikum egyidejű kihagyásának, nem hogy magasabb röptűvé vált volna, hanem az addigi maximumok alatt maradt, s midőn utóbb a betegnek suggerált félelmét a vízkúra iránt eloszlatnunk sikerült, az újból felvett kombinált kezelés mellett a hőmérséklet zavartalanul szállott alá a subfebrilitás regiojába.

Végül még ezen csoportban megemlítsük érdemesnek találtam S. S. 24 éves férfibetegnek esetét, kinél hőemelkedést okozott egy ízben az, hogy atyjának egy látogatása alkalmával az intézet elhagyásának terve merült fel, melybe betegünk beleegyezni nem akart; hét nappal később pedig a betegnél szokatlanul magas hőemelkedés volt észlelhető (38°-39°), miután aznap rajta thoracalis punctiót kellett végeznünk. A következő napokban — bár ez alkalommal lytice szállott alá a hőmérséklet — ily fokú emelkedés nem ismétlődött.

(Folytatása következik.)

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

A régiék „gangraenás-phagedaeniás-diphtheriás” sankerének, nosocomialis gangraenájának és sebdiphtheriájának, a Vincent-anginának, a stomacacenak, a nomának, a stomatitis mercurialis üszkösödésének és a tüdőgangraenának aetiologiájához.¹

Irta: Róna Sámuel dr., egyet. rk. tanár.

(Vége.)

Már a könnyebb eseteket is láz kíséri, súlyosabbakat mérsékelt, sőt esetenként magas vagy igen magas láz. Észleltem ugyanis 40° C. lázat is. Ilyen volt V. S. nevű és 1902. október 29-dikén bemutatott betegemnél is. Még az igen könnyű, hogy úgy mondjam abortív esetekben is, legtöbbször legalább, lázas állapot volt észlelhető.

Többször észleltem a könnyebb esetek spontán lefolyását. A táji mirigyek részvételét ismételtén constatahadtam, és pedig egyszer-máskor nagy mogorósnál, de mindig fájdalommentes duzzanatok alakjában; elgennyedésüket vagy nyirokérlobot sohasem észleltem. A genitalis folyamat visszafelépülésével arányban visszafelépültek a mirigyduzzanatok is.

A léptompulat megnagyobbodását még a súlyos esetekben sem találtam. Egyes esetekben igen nagy fájdalom, nagyfokú anaemia, teljes álmatlanság, szédülés, étvágytalanság és napjában többször vizes székletét kísérte a bántalmat. Kisebbszerű vérzés elég gyakori; egyes esetekben nagyobb vérzést észleltünk. Orvosi

beavatkozásra, a mely rendesen a necrotikus tömegeknek éles kanállal kikaparásából, phimosi jelenlétének a phimotomia előrebocsátásával, majd jodoformmal behintés és záró kötés alkalmazásából állott, legtöbbször prompt megállapodott a folyamat. A délelőtt megejtett beavatkozást követő estén már tetemesen leszállt a hőmérséklet, és legkésőbb 24—36 óra múlva a rendeshez tért vissza, az összes többi tünetek elmaradásával. Csak két ízben észleltem azt, hogy phimotomia után a metszési sebek 1—2 napig tartó diphtheroid lepedékkel vonattak be.

b) *Histologiai és bakteriologiai vizsgálatok*: 19 eset részben histologice is feldolgoztatott általam. A szövétvizsgálatra legjobbnak bizonyult a Matzenauer által ajánlott Weigert-féle festési eljárás. (A Gram-féle eljárás megbízhatatlan; nekem többször elszíntelenedtek Gram-ra a bacillusok.) Nagyjában megerősíthetem Matzenauer leleteit, a mennyiben vizsgálataim a legtöbbször analog viszonyokat tüntettek fel, és a mennyire göreső alatt megítélni lehet, hasonló bakteriumokat többé-kevésbé hasonló elhelyezkedésben találtam, mint Matzenauer, úgy hogy leleteim leírásával csak a fentiek ismételésebe kellene becsatlakoznom.

Kiemelem azonban, hogy én sem találtam a *klinice ulcus gangraenosumok* *diagnostizált* laesio minden megvizsgált darabjában a bacillusokat, sőt két esetben az elemi laesiókban egyáltalán csak *mikrococcusokat* találtam óriási tömegekben és csaknem tiszta culturában, úgy hogy kétségtelen, miszerint a 40 eset között több olyan észlelet is volt, melyeket ki kell vennünk a csoportból. Mindez azonban nem von le semmit a tiszta esetek értékéből.

Kiemelem továbbá, hogy megannyi eset histologiai vizsgálatánál *Ducrey-bacillusokra* is vizsgáltam; de sem a kezdetleges, sem az előrehaladott laesiókban *streptobacillust*, vagy a sankerfekély szöveti szerkezetének megfelelő histologiai elváltozást nem találtam. A sankerfekély histologiai képe ugyanis élesen elüt az *ulcus gangraen.*-nél találttól; ez *diphtheroid*, amaz *genyes necrosist* mutat. Controlvizsgálatokat is végeztem. Megvizsgáltam ugyanis számos más természetű genitalis laesiót is; így számos *Ducrey-fekélyt*, egy húgyinfiliatós, egy kankós periurethritishez társult *gangraenát* és pedig ugyancsak Weigert szerint festve és sehol sem hasonló szöveti structurára, sem hasonló bakteriumflórára nem akadtam. Felemlítem itt még azt is, hogy 1896-ban közöltem egy *erysipelas okozta mony- és borékgangraena*-esetet (*Arch. f. Dermat.*), hol csak *streptococcusokat* tudtam kimutatni.

c) *Oltási kísérletek.* a) *Emberre.* Már említém, hogy 2 esetben, annyi sok között, a phimotomia sebe 1—2 napig diphtheroid lepedékkel vonattott be; a legtöbb esetben azonban sem metszések, sem varrat nyomán nem keletkezett újabb fertőzött gócz; már ezáltal is élesen elüt a sankertől, mely szabályszerűen beleoltja mérgét minden sebzett területbe. De directe beoltani is hasztalan kísértem meg. 9 esetben végeztem oltásokat magára a védőre. Az oltások részint a necrotikus felületről vett kaparékkal, részint a mélyebb szövet elhalt részeiből, részint az ép és beteg határról vett anyaggal történtek, és pedig 5-ször az egyik vagy mindkét czomb mellső felületére (több példányban), 4-szer ezeken kívül a makkra és fityma bellemezére is előzetes scarificatio után. Az oltás után steril gáz-, vagy guttapercha-kötés. Megannyi esetben reactio nélkül folyt le az oltás. Ezen negativ eredmények után 2 betegnél újból oltottam, a bőrnek előzetes megzúzása (vérömlésig) és scarificatioja után, és egynél a mai beoltott negativ, de hyperaemiás részletének felsebzése után, szintén hiába.

Úgy hogy ezek alapján egyetértek Matzenauer-rel, miszerint az *ulcus gangraenosumnak* művi továbboltása emberre nehezen sikerül.

b) *Állatokra oltás.* Dacára Matzenauer negativ eredményeinek, állatkísérletet is végeztem, bár az adott viszonyoknál fogva eddig csak keveset. Csak egy betegről olthattunk, de ez kifogástalan (klinice végigészlelt, histologice verifikált) eset volt, mérsékelt lázzal. Az exstirpált részletnek steril mozsárban szétdörzsölt anyagából 2 házi egér felhasított bőre alá vittünk bő anyagot. Semmi localis reactio.¹

d) *Diphtheriacellenes serummal oltások.* Több szerző a noso-

¹ Azóta még egy esetben oltottunk, szintén negativ eredménnyel. Az oltási kísérletek folytatását Anjeszky dr. úr volt szíves magára vállalni.

comialis gangraenát *diphtheriás complicationak* tartván, úgy hogy v. Herff már iparkodott az általa észlelt és általa genitális „nosocomialis gangraenának” tartott esetet a diphtheriától klinice elkülöníteni, és erre való tekintettel 2 nő esetem nekrotikus szövetét már én is Löfflerre is vizsgáltam, továbbá, miután Freymuth és Petruschky (1898) a *vulva gangraenás lobjának* egy esetében (melyet szerzők zárjel között *noma genitaliumnak* is neveztek) diphtheria-bacillusokat leltek, és miután azt néhány nap múlva garatdiphtheria követte: érthető, hogy iparkodtam a diphtheria fennállását kétségtelenül kideríteni vagy kizárni.

E czélból két kifogástalan, klinice, histologice, bakteriologice beigazolt esetben diphtheriaellenes serumot fecskendeztem be *negatív eredménnyel*, különösen az egyiknél a folyamat rohamosan progrediált; az eseteket 1902 október 29-dikén a közközhízi orvostársulatban (I. Orvosi Hetilap) bemutattam.

e) *Kaparekvizsgálat.* 10 esetben vizsgáltam a friss kaparekot Löffler-bacillusra, mindig abszolút negatív eredménnyel.

f) *Szövetvizsgálat.* Az összes 19 histologice vizsgált esetben diphtheria-bacillusokra is vizsgáltunk, mindig negatív eredménnyel.

Ugy ezek alapján, mint a következő tenyésztési eredmények alapján biztosan kizárhattam a *diphtheriabetegség* fennforgását a szóban forgó tiszta esetekben.

g) *Tenyésztési kísérleteket* 6 esetről végeztünk. Ugy mint Matzenauernek, nekem sem sikerült a művi tenyésztés, akár magam végeztem az oltást, akár hivatott bakteriologusok.

Akár felületről vett kaparekot, akár mélyből vett szövetet vittünk át, mindig *negatív eredményt kaptunk* a bacillusokat illetőleg; csaknem mindig coccusok tenyészttek ki, Löffler-bacillus sohasem. A tenyésztési kísérleteket is folytatjuk.

Tehát saját vizsgálataim alapján nagyjában megerősíthetem Matzenauer észleleteit és leleteit, és mondhatom, hogy a régebben „diphtheriás”, „phagedaeniás”, „gangraenás” sanker nevek alatt ismert folyamatok egy része (a mint azt különben már régebben is gyanított) biztosan helyben fertőző s önálló betegség, és hogy az sem a Ducrey-, sem a Löffler-bacillus által nem okoztatik.

Hogy a Matzenauer által először talált bakteriumok oki összefüggésben lehetnek a localis folyamattal, e mellett a következők szólnának:

1. A legkezdetibb szakban tisztán ők mutathatók ki, és pedig gyér számban.

2. A folyamat, illetőleg elhalás fokozódásával növekszik számuk.

3. Nem ők haladnak a nekrosis nyomában, hanem a nekrosis az ő nyomukban.

4. A folyamat megállapodásával fogy a számuk, és a gyógyuló helyeken ki nem mutathatók.

5. Hogy más fekélyes genitális laesionál a *szövetmetszetekben* eddig nem találtattak.

Ezek után áttérhetek a második kérdésre: *a folyamatnak a nosocomialis gangraenával való azonosságára.* Láttuk ugyanis, hogy M. a genitális szóban forgó gangraenás stb. laesiót azonosítja, és pedig klinikai, kórboneztani és már most hozzá tehetjük, bakteriologiai alapon is a *nosocomialis gangraenával*, a mennyiben fenti bakteriumokat azonosnak mondja a Vincent által 1896-ban 47 kórházi üszök esetében találtakkal. M. ezen felfogását csakhamar czáfolat érte; ugyanis Brabec, ki 1901-ben, tehát mindjárt M. közleménye után egy eset kapcsán (I. a II. fejezetben), melyben a gangraena az alszáron volt, igen tüzetesen foglalkozik a nosocomialis gangraena kérdésével, és szintén elfogadja Vincent azon nézetét, hogy a nosocomialis gangraenát a V. által először leirt fusiformbacillusok és spirillumok okozzák.

Brabec Matzenauer fenti dolgozatára a következő ellenvetéseket teszi: 1. Vincent 47 esetében nem egy bizonyos bacillus jelenléte, hanem egy *jellemző pálczikának és egy spirillumnak* combinatioja adja meg a lelet specificitását, minél éppen a spirillum jelenléte a fő. Szerinte a spirillumok csak a szájüri fekélyekben fordulnak elő, máshol fészkelő sebeken nem. Kiemeli, hogy Matzenauer a *spirillumokat* nem constatálta.

2. Matzenauer esetei mind a genitáliakon és környékén fészkeltek. A nosocomialis gangraena mindenütt előfordulhat, az 1850—70-diki adatok azonban azt mind a *genitáliáktól távoli helyeken* említik. Matzenauer bakteriologiai leleteinek helyességét

feltételezve, kérdés, hogy ezen lelet nem-e constans a *phagedaeniás* fekélyek számára? Annyival is inkább, mert Matzenauer eseteiben hiányoztak a kórházi üszökre jellemző általános tünetek: a) enormis idegesség, b) hasmenés, c) láz.

Az utóbbiakat egyelőre (I. a II. fejezetet) tekinteten kívül hagyva, Brabec-nek a *spirillumokra* vonatkozó állításainak helyességéről akartam meggyőződést szerezni, a gangraenás fekélyeknek újbóli vizsgálata által. Matzenauer ugyanis tényleg egy szóval sem említi a kaparekban a spirillumleletet, Brabec pedig éppen a kaparekban talált óriási mennyiségű spirillumokat.

Vizsgálataim azon meglepő eredménnyel végeződtek, hogy a míg a *szövetmetszetekben* én sem akadtam sohasem spirillumokra, óvatos kaparekvételnél mindig több-kevesebb, néha óriási tömegű spirillumra akadtam a genitális ulcus gangraenosumánál is. A spirillumlelet tehát nem szölt Matzenauer felfogásának helyessége ellen.¹

A spirillumokon kívül azonban a 15 újból megvizsgált ulcus gangraenosum penis eset közül tizenkettőnél a detritus fedőlemez-készítményében tiszta culturában, vagy praedomináló mennyiségben egy 3—4 μ hosszú egyenes vagy félholdalakúlag hajlott, közepén vastagabb, 2 végén kihegyezett bacillust is találtam, melyek közül számos középi osztódásban volt. Sem alakra, sem nagyságra, sem festődésre nem különböztek ezek az ulcus gangraen. szöveti metszeteiben talált bacillusoktól.

1 esetben nagyon keverve találtam őket más bakteriumokkal; 2 esetben a bacillusokat egymagukban, spirillumok nélkül találtam. Sohasem akadtam ezen készítményekben Ducrey-bacillusokra. Megjegyzem azonban azt is, hogy 2 esetet histologice is feldolgozván, az átnézett metszetekben csak coccusokra akadtam.

Sem a bacillusok, sem a spirillumok kitenyésztése eddig nem sikerült.

Függelék.

Spirillumok és sajátsterű bacillusok a külső genitális nemely laesioinál.

Mintán sem a spirillumoknak (a balanitist és a hüvelyváladékot kivéve), sem a szóban forgó bacillusoknak a genitáliakon előfordulásáról az irodalomban adatot nem találtam, ezen leleteim jelentőségéről meggyőződést szerzendő, a következő további kutatásokat végeztem.

Vizsgálatot végeztem összesen 120 egyénen, és pedig:

a) 18 ép férfi praeputialis smegmáján. Ezek közül csak három-nál találtam gyér számú spirillumot; a leirt bacillust soha.

b) 20 ép nő genitális smegmáját. Ezek közül négynél volt gyér számú, kettőnél sok spirillum; a leirt bacillus soha.

c) 14 férfi primaer sclerosisáról kaparekot; megannyinál balano-posthitis is volt jelen. 8 esetben praedomináló mennyiségben volt a kérdéses bacillus és spirillum jelen; további 2 esetben csak a bacillus, egyben csak a spirillum volt, 2 esetben sem spirillum, sem bacillus.

c1) 1 körülmetélt sklerosisáról vett kaparekban sem spirillum, sem bacillus nem volt.

d) 1 férfinak diphtheroid lepedékkel bevont sklerosisáról ismételtén vett kaparekban sem bacillust, sem spirillumot nem találtam.

e) 2 előzetesen emplastr. hydrargyr.-val kezelt sklerosisról vett kaparekban sem spirillumot, sem bacillust nem leltem.

f) 1 kérdéses sklerosisnál csak a szóbanforgó bacillust találtam; sem spirillumot, sem Ducrey-bacillust.

g) 8 balano-posthitis simplex eset közül a kaparekban 7-nél sok bacillus és spirillum, egynél gyér bacillus és spirillum volt látható.

h) 2 még nem coitált fiú simplex balano-posthitisénél a genyben sem bacillus, sem spirillum nem volt.

i) 4 balano-posthitis areatánál a fitymaüri váladékban sok

¹ A mi különben a spirillumoknak máshol, mint a szájüri laesióknál előfordulását illeti, Brabec figyelmét kikerülte azon körülmény, hogy Berdal és Bataille (1891) és azóta mások is (Csillag 1896, Archiv. f. Dermat.) balano-posthitis areatanál mindig igen sok spirillumot találtak, sőt egyenesen ezeket tartották a lobos folyamat előidézőinek. Hasonlót észleltek a praeputium clitoridis megfelelő bántalmánál is, sőt Menge és Krönig (1897) a rendes hüvelyváladékban is láttak spirillumokat.

másfajta bakterium mellett *feltűnő sok* félhordalakú bacillust és túlnyomó számban spirillumot leltem.

j) 3 phimosistól kísért balano-posthitisnél, hol a spirillum, hol a bacillus volt gyérből.

k) 6 condyloma latum ad anum körül csak egyénél gyér spirillum és sok bacillus a felületről vett kaparékban.

l) 1 monyitói condylománál sem spirillum, sem bacillus nem volt.

m) 15 egyén szabadon fekvő ulcus Ducrey (molle) kaparékban csak Ducrey-bacillusra akadtam; soha spirillumra vagy a kérdéses bacillusra; sőt ezek közül 5-nek fitymával borított fekélyében sem.

n) 1 nem kezelt, de gyógyuló félben levő ulcus Ducreyben sem volt spirillum vagy bacillus.

o) 1 gyógyuló ulcus Ducrey mellől vett smegmában sok félhordalakú bacillusra akadtam, de spirillumra nem.

p) 9 balano-posthitis által kísért Ducrey-fekély közül a kaparékban kétszer sok spirillum, gyér bacillus, egyszer gyér spirillum, sok bacillus volt; 6 esetben sem az egyik, sem a másik.

q) 1 extragenitalis Ducrey-fekélyben csak streptobacillus volt.

r) 1 praeputialis herpesről vett kaparékban sem bacillus, sem spirillum.

s) 1 női genitális herpesznél gyér spirillum.

t) 4 nő hüvelyváladékában sem spirillum, sem bacillus.

u) 1 nagyajk-erosionál gyér spirillum.

v) 4 nagyajk-condyloma körül 1-nél csak sok bacillus, 1-nél csak gyér spirillum; 2-nél sem az egyik, sem a másik.

w) 1 nő Ducrey-fekélyénél csak streptobacillus.

Alig kell külön említenem, hogy a pozitív leletek eseteiben mindannyiszor más sok fajta bakteriummal együtt találtam úgy a bacillusokat, mint a spirillumokat.

Ezen vizsgálataimból kiderült:

1. Hogy spirillumok nem csupán a szájon és nem csupán a nosocomialis gangraena laesiojában fordulnak elő, hanem igen közönségesen a genitális lobos, leggyakrabban balanitiszes folyamatoknál is, sőt, ritkán ugyan, még látszólag ép genitális nyákhártyákon is.

2. Most, miután művileg nem tenyésztethők, és nagyságra, alakra és festődésre pedig egymástól nem különböznek, a Berdal és Bataille által a balano-posthitis areatára jellemzőnek, sőt azt előidézőnek mondott spirillumokat nem különíthetjük el az általam talált spirillumoktól.

3. Hogy legtöbbször együtt észlelhetők egy eddig tudtommal le nem írt félhordalakú Gram-negatív, nem saválló bacillussal.

4. Hogy ezen bacillusokat és spirillumokat viszont nem lehet az ulcus gangraenosumnál a kaparékban csaknem tiszta culturában találhatók bacillusoktól és spirillumoktól elkülöníteni, valamint nem lehet a bacillusokat ugyancsak az ulcus gangraenosum szövetszeteiben találtaktól különválasztani.

5. Hogy legállandóbban hiányzik úgy a spirillum, mint a félhordalakú bacillus a biztosan streptobacillus által előidézett, szabadon fekvő, és balano-posthitisről nem kísért fekélyek (ú. n. puha sankerek) kaparékában, sőt még a balano-posthitis által kísért sanker-fekély kaparékában is legtöbbször (9 eset közül 6-ban) hiányzik, mintha a streptobacillus nem tőrné meg őket maga mellett.

Ha ezek után a mikroorganizmusok jelentőségét mérlegeljük, egyelőre csak arra az eredményre jutunk, hogy ezek, ha ugyan azonosak, a genitális különböző lobos és nekrotizáló folyamatainak — úgy látszik, az ulcus Ducrey-t kivéve — legtöbbször nagy számban jelen vannak.

Ezen kis excursus után vissza kellene térnem Brabečnek klinikai szempontból tett ellenvetéseire, de miután ezek elbírálása magának a nosocomialis gangraenának további kiterjedt tanulmányozását, és ennek folyamánaként pedig újabb klinikai, histológiai és bakteriológiai vizsgálatok végezését tette szükségessé, az ellenvetésekkel való foglalkozás előtt ezek eredményéről akarok leszámolni.

Közlemény a kolozsvári egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Brandt József dr. min. tan.)

Transplantatio tendinum. Ináthelyezés és inképlés izomhúdségeknél és zsugoroknál.

Írta: Hevesi Imre dr. klinikai I. tanársegéd.

Nem érdektelen még élettani szempontból vizsgálatni azon észleleteket, melyeket az ináthelyezés — rövid időre visszanyúló története alatt — élénk tárt.

Már a műtetre ösztönző kórképnek előzetesen megejtett és műtét közben kiegészített vizsgálata jelentékenyen bővíti azon ismereteinket, melyek az izmok elkülönített és együttes működésére vonatkoznak.

Még érdekesebb a mozgató tevékenység tanulmányozása, a hogy az a műtét által módosult. Nevezetesen előtérbe tolul a kérdés: mi módon jönnek létre akaratlagos, helyesen társult mozgások oly izomban, mely az előtt nem mostani célját szolgálta, mely tehát úgy az egyénél, mint elődeinél mindig másnemű és más irányú mozgás szándékával idegeztetett be?

Tekintsük az izomerő teljes áttételét. Az új munka akadálytalan teljesítése könnyen érthető, ha az erőt adó izom az erőt kapóval rokon működéssel bír, ennek mintegy segédizma volt, mely az előtt is rendesen vele együtt idegeztetve be, hatásában is hasonló mozgást végzett. Ilyen a viszony pl. a m. ext. hall. és a m. tib. ant. között, melyeket szinte nehezünkre esik külön-külön beidegeznünk. Máskülönben is minden mozgás több együttható izom (synergisták) működésének eredője. Ha most ezek közül valamelyik munkaképtelen lett és feladatát egy másikra bizzuk, ez azt rögtön és fennakadás nélkül átveheti. Minthogy az előtt is ugyanazon mozgás szándékolásakor rendesen beidegeztetett, az ingereknek nem szükséges új pályákon járniok.

Annál feltűnőbb az a tény, hogy bármely izom működését olyan izom is átveheti, melynek tevékenysége az erőt kapótól távol állott, vagy éppen azzal ellenkező irányú volt (antagonisták). Ez beállhat lassan, hosszas gyakorlat után, de gyorsan is, mint Francke egy esetében, mikor az áthelyezett kéztő hajlító izom az ujjak feszítőjének működését 14 nap múlva már átvette. Hasonló esetekre több példa van.

Ezen jelenségek értelmezése végett az izommozgások élettani elméleteire kell rövid pillantást vetnünk.

Régebben Galenus példájára azt vélték, hogy egy bizonyos mozgás egy bizonyos izom vagy izomcsoport működéséből ered, míg az ellenkező irányú mozgást ezek antagonistái hozzák létre; t. i. mindegyik mozgásnál csak az egyik csoport volna tevékeny. Duchenne, Brücke és más physiologusok azon nézetet voltak, hogy minden mozgás akarásánál kétféle izmokhoz mennek psychomotorikus ingerek: a szándékolt mozgás irányában ható izmokhoz és antagonistáikhoz. A létesülő mozgás irányát az egyik vagy a másik csoporthoz küldött inger némi túlsúlya szabná meg. Némely physiologusok ugyan, mint Hering, Sherrington bizonyítani akarják, hogy valamely izomhoz küldött mozgató ingerrel együtt antagonistájához ellazító inger indul. E szerint az izmoknak állandó feszülésben kellene lenniök.

A mozgások szabatos, erőre és gyorsaságra nézve tetszés szerint és finoman szabályozható kivételét legjobban meg tudom érteni Duchenne elmélete alapján.

De akármelyik tan szerint magyarázzuk is az élettani, akaratlagos mozgásokat, annyi bizonyosra vehető, hogy a központi idegrendszer összes működései nem jönnek kiképezve a világra, hanem a kapcsolódás, társulás pályái gyakorlat, tanulás, szóval fejlődés útján alakulnak ki. A mi a mozgásokat illeti: az izomérzék minden mozgásnál bizonyos érzeteket közvetít az agy bizonyos góczaihoz. Ezen érzetek gyakori ismétlésével a centrifugális és centripetális pályák olyképen járatnak ki, hogy feltevő és indító góczok bizonyos egymás mellé rendelt rendszert alkotnak, és bizonyos összerendezett mozgásokat kormányoznak.

Drobnik az izomhelyettesítés jelenségét úgy magyarázza, hogy az idegközpontok a változott izomcsoportosuláshoz annyiban módosulnak, a mennyiben másnemű környi benyomásokat az izomérzés más érzetek alakjában közvetít, melyek új központok kép-

ződését, vagy azok átalakulását, vagy elrendeződésük módosulását vonják maguk után.

Új központok, új góczok keletkezéséről aligha lehet szó oly értelemben, hogy új agysejtek képződjenek, hanem addig nem használt pályák nyílhatnak és új összeköttetésekre léphetnek. Az izom összehúzódása egy testrész állásváltozásában nyilvánul, melyet az agy az izom útján percipál. Hogy az ú. n. izomérzés lényegében micsoda? és hogy miképen közvetít az inát-helyezés után az eredetitől különböző érzeteket? e kérdések elül az eddigi magyarázók kitérnek és általánosságokra szorítkoznak. Nem lehet feladatunk ezeket eldönteni; de természetes, hogy az itt mutatkozó hézagot gondolatmenetemben kitölteni igyekeztem.

Az izomérzék mibenlétét a physiologusok még nem tisztázták. Wundt, Bain és mások elméletét, kik azt tisztán a központban végbemenő folyamatnak tartják, több tény látszik cáfolni. Sok kísérlet és észlelet szól a mellett, hogy tényleges környi behatásokat közvetít az izomérzék, melylyel passiv és activ mozgásokról, izületállásról, súlyról és ellenállásról szerzünk tudomást. A kik külön izomérzék tagadnak, ezt bőr-, izület- és infeszülés és nyomás érzésének tulajdonítják. De talán elég rámutatni arra, hogy pl. a bőrérzés hiánya az izomérzést — fenti értelemben véve — alig zavarja; továbbá, hogy az izmokban minden valószínűség szerint érző idegvégkészülékek vannak, melyek a tapintó testecsekhez hasonlítanak. A mozgató idegekben érző idegek is haladnak, melyek az izom összehúzódása, feszülése által keltett ingereket továbbíthatják. Redlich szerint az izmok saját érzőidegei a többi érzőidegpályáktól elválva haladnak, és pedig a capsula interna hátsó szárában a pyramispálya után következnek s a fali lebenyben végződnek.

Goldscheider, Rollett szerint az izomérzék sem más, mint a legtágabb értelemben vett tapintó érzék egy neme.

Ha az izületállásokat csak a bőrben és izületben keletkező érzésekből ítéljük meg, akkor az áthelyezett izom által végzett mozgást, állásváltozást is mindjárt úgy kellene érzékelni, mint régebben, mert hiszen azok a viszonyok nem változtak. Változott csak a mozgató izom. Ebből — a benne foglalt érző-készülékek útján — új működésekor is csak a régivel azonos érzések indulhatnak ki, mert az izom összehúzódása, feszülése ugyanazon végkészülékekre és ugyanoly módon hat. Már most a tapasztalat azt deríti ki, hogy az in- (izom-) áthelyezés után az egyénnek eleinte nincsenek helyes képzetei a módosult mozgásirányról, nem is tudta a kívánt izületállást azonnal szándékosan létesíteni; de gyakorlattal mindezt képessé lesz. Egy Müller által operált felnőtt egyén, kinek hűdött m. ext. digitorumja a m. flexor. carpi uln. által helyettesített, úgy nyilatkozott, hogy „a mozgások irányára nézve eleinte zavarban volt, keze nem úgy akart, mint ő maga akart volna és hogy az első sikerült feszítő mozgásoknál sem érezte azt, hogy ő most feszít”. Későbbben rendes mozgások és érzések álltak be nála. Ezt kétféleképpen tudnám magyarázni. Először — felvéve azt, hogy az izületmozgásokat az izomban keletkezett és egyéb (izület-, bőr- stb.) nyomásérzések összetétele adja tudomásul — úgy, hogy most egymásnak ellentmondó érzetek közvetítettek: az izületből, bőrből olyanok, melyek egy megszokott állást jeleznek, az izomból ellenben olyanok, melyek egészen más, esetleg ellenkező irányú izületmozgással voltak kapcsolatban. Semmi sem fejezi ki jobban most az agy helyzetét, mint a Müller betegének kijelentése: hogy eleinte zavarba jön a valódi állást illetőleg. Az új viszonyok helyes megítélése akkor áll be, mikor az eredetileg nem együtt működő pályák a központban összerendeződnek. Másodszor — ha az agy a mozgásokat csak az izomból eredő érzésekből ítélne meg — úgy, hogy az agy más érzékek, pl. látás útján győződnek meg arról, hogy ez az izomérzet most nem azt a mozgást, állást jelenti, a mit az előtt. Müller betege nem mondta azt, hogy ő, mikor feszített, úgy érezte, mintha hajlítana; csak azt mondta, hogy nem azt érezte, hogy feszít. Mikor az agy a mozgásokat már helyesen ítéli meg, még ahhoz is szoknia kell, hogy a mozgások végrehajtására szokatlan izomhoz, szokatlan pályán küldjön ingereket. Látnivaló tehát, hogy a coordináló központban új összeköttetésekre, vagy mondjuk pályák új kijárására van szükség. Ezt a folyamatot nevezzük az agy alkalmazkodásának.

Hogy ez az alkalmazkodás néha igen gyorsan beáll anta-

gonisták felhasználása esetén is, azt legjobban érthetjük a Duchenne-féle mozgáselmélet alapján. Ha egy izület hajlító és feszítő izmai mindig egyszerre, coordinálva működtek, akkor az egyik csoport elvesztével a másik hosszabb ideig még mindannyiszor kap ingereket, valahányszor a már kivihetetlen mozgások akartatnak. (E jelenséget klinikailag minden esetben észlelhetni részleges hűdésnél, más eredetű zsugoroknál, hol egyes izmok tétlenségi sorvadás miatt be nem idegezhetők.) Ha a hűdés bekövetkeztétől számítva nem nagyon hosszú idő múlva helyezzük át egy antagonistát, pl. hajlító feszítőre, akkor a mozgás akarásánál nem történik egyéb, mint hogy egy ezen impulussal még mindig coordinálva maradt inger, illetve izomösszehúzódás váltatik ki, mely azonban most más irányú izületmozgásra szolgál; a feszítés tehát csakhamar létesül. Ha a hűdés régi, akkor a coordinationnak mintegy fel kell ébrednie szunyadásából, mi hosszabb időt igényel.

E szerint a zavar kiegyenlítésében ugyanazon tényező jön segítségünkre, melynek a Selligmüller által védett antagonizmusmechanikai elmélet szerint a hűdéses zsugorok létrejöttüket köszönik. Az új működés átvételére a legközelebbi lehetőség az antagonisták mindig meglevő együttes tevékenységében rejlik; azután az új irányú működés tökéletesítéséhez az idegközpontok hozzáigazodása és begyakorlása is hozzájárul (Vulpinus, Codivilla, Gerulanos; a physiologus Thilo).

Rendkívül érdekesek az in- és izomelhasítással tett működésmegosztásnál nyert tapasztalatok. Az meg magától értetődik, hogy az így kétfelé osztott izom egyszerre kétféle hatást fejt ki: ha összehúzódik, az elhasított in mindkét tapadási pontját maga felé húzza.

Újszerű volt azonban az az észlelet, melyet nevezetesen a m. tib. ant.-t illetőleg Lange is, Vulpinus is kétséget kizárólag megállapítottak. Mikor ugyanis az in oldalsó felét a külső láb-szélre tették át, egy idő múlva a betegek szándékosan tudták akár a medialis, akár a lateralis lábszélét külön-külön emelni, miközben az izomhas megfelelő felének összehúzódását szemmel láthatólag lehetett constatalni. Egy izomból tehát két izomegység lett, elkülönített beidegzéssel és önálló akaratlagos működéssel.

Codivilla e tünemény magyarázatát abban keresi, hogy itt ontogenetikailag folytatódik az a folyamat, mely az izomzatot a phylogenesis rendjén differentiálja. Érthetőbb és egyszerű a Moritz magyarázata, mely abból indul ki, hogy az izom beidegzése a szürke agykéreg sok sejtjéből indul ki, melyek rendszeren közösen tevékenykednek. A míg az izom insertioja egységes, addig, ha csak egy részük is állna munkába, ennek sem lehetne egyéb következménye annál, hogy az izom kisebb erővel dolgoznék. Ha ellenben az izom egyik felét másfelé tettük át és ha egyszer csupán az ezen félt ellátó sejtek lépnek actioba: akkor új mozgás és az egyénnek új mozgásérzete és képzete támad. Ezen mozgásképzet gyakori ismétlődésével és alapján lassanként megtanulja, hogy az odavaló agysejtescsoport akaratlagosan külön működtesse. Mihelyest a mozgató környi végkészülékek a kellő erőművi feltételek megvannak, csak az agy begyakorlása kell ahhoz, hogy az izomkészülék használatában ilyen differentiálódás kialakuljon.

A spasmusos hűdés miatt végzett inát-helyezéseknél szintén figyelemre méltó jelenségek merültek fel. Ezek főtünete a görcsös zsugortól származó deformitás; a görcsös zsugort meg a beidegzés aránytalan megoszlása okozza. Az egyik izomcsoportnak a mozgató idegingerekből fölösen, a túlsónak talán rendes mennyiségben, de viszonylag elégtelenül jutott. Ha ezt az aránytalan-ságot kiegyenlítettük, a rendes összehúzódásra képes izmok, illetve az áttétellel erősített izmok a spasmusos izmok részéről jelentkező ellenállást legyőzhetik, az izületet középállásban tarthatják: a deformitás megszűnik. Ebben nincs semmi különös; az egész nem egyéb az erők mechanikailag arányos elosztásánál.

Hanem a műtét másik hatása, melyet Codivilla, Eulenburg, Vulpinus ismételt tapasztaltak, annál sajátosabb. Az izomgörcs megszűnik, mi szabad, activ mozgásokra képesít, még pedig nemcsak a műtéttől közvetlenül érintett izületben, hanem sokszor még szomszédos izületekben is.

E váratlan és fontos hatást többféleképen igyekeztek magyarázni. A mennyiben Eulenburg magyarázatát jól értem, annak

magva ez volna: Az izommerevséget és kényszerállásokat a beidegzés felforgatottsága, az ellenhatású impulsusok közti egyensúly megzavart volta okozza. Másrészt nagyon valószínű, hogy az összfűzést ellátó központokba centripetaliter izgalom jutnak. Ezek a rendszerek erősebb környi ingerek — pl. a spasmusos inak vöngálásából származók — a központ izgalmi állapotát még növelik. A transplantatio a beidegzés egész eloszlásának újra szabályozását azáltal vezeti be, hogy a beidegzés áramát a peripherián félretereli, a mi megfelelően módosult centripetalis hatásokat von maga után, talán nyílt pályák elzáródását, újak megnyílását.

Codivilla az áthelyezés által elért környi egyensúlyozást a gerinczagy mellőli szarvaira nézve valóóságos sedativumnak tekinti, melyek ingerlékenységét leszállítja. Ezután enyhébb izgalommal haladnak a pyramispályák és nem folynak szét, mint a spastikusoknál szoktak épen a pályák hiányossága miatt. A cortico-medullaris pályák most már sikeresen gyakorolhatók.

Akárhogyan áll is a dolog, a műtét görcsmegszüntető hatása meg van állapítva; oly eredmény, melyet mindenki méltányolni fog, ki előtt a spasmusban szenvedők származásos erőlködése ismeretese.

Hogyan értsük egyes ujjak elszigetelt mozgását, mikor azok inai közösen nyertek egy inról erőpótlást? Pl. a *Müller* esetében, a hol radialis hüdeknél a m. flexor carpi uln. a hüdött m. extens. carpi ulnarist és m. ext. dig. communist, a m. flexor carpi rad. pedig a hüdött hüvelyk- és kéztöfeszítők helyét pótolta. *Müller* a kéztö, valamint az ujjak egymástól független feszítését az áthelyezett izom részleges beidegzéséből magyarázta, mit semmilyképen sem lehet elfogadni, mert egy in nem közvetíthet többféle, elszigetelt mozgást. Könnyebben érthető az a magyarázat, hogy itt is antagonizmusos működéssel van dolgunk, mely a többi ujjakat rögzíti akkor, mikor az illető egyén csak egyiket akarja feszíteni.

Mindezek hozzávetések, melyeket fel kellett említenem, mert az észlelt jelenségeket természetesen meg is szeretnők érteni. Az ináthelyezés tapasztalatait bizonyára fel fogják használni a physiologusok a központi idegrendszer berendezéséről birt ismereteink gyarapítására.

Irodalom. Vulpus: Die Sehnenüberpflanzung und ihre Verwertung in der Behandlung der Lähmungen. Tartalmazza az 1902. év elejéig megjelent munkák teljes jegyzékét, melyben a rendelkezéseimre állottak, czímei is többnyire befnoglaltatnak. Leipzig, Veit et Comp. 1902. — *Gibney*: Techniques of the operation and results of tendon transplantation at the hospital for the ruptured and cripples. New-York med. journ. 1902. 19. sz. Ref. Centralbl. f. Chir. 1902. 34. sz. 909. l. — *E. Müller*: Sehnen transplantation und Verhalten der Sehnen beim Plattfusse. Centralblatt f. Chir. 1903. 2. sz. 40. l. — *Hoffa*: Lehrbuch d. orthopädischen Chirurgie. Stuttgart, Ferd. Enke, 1902. IV. kiadás. — *Seeligmüller*: Contractur Eulenburg Realencyclopädiájának 3. kiadásában. — *Rollett*: Muskel, Muskelsinn. Ugyanott. — *Kollmann*: Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen. Jena. G. Fischer, 1898.

T Á R C Z A.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlése Kolozsvárt.

Ötvenkilenc év után újból Kolozsvárt gyűltek egybe a magyar orvosok és természetvizsgálók, hogy az „orvosi, természet- és rokon tudományokat fejlesszék, terjeszszék és népszerűsítsék”. Önkéntelenül is a 6 évtized előtt megtartott vándorgyűlésre irányul a figyelem. Az egykori hírlapok szerint 1844 szeptember 2-dikán „a nagy és e czélra feldiszi-tett tánczteremben” nyitották meg a gyűlést, melyen a 300-an felül levő rendes tagokon kívül a karzaton „sok főrangú asszonyok” is voltak. A nagygyűlés elnöke: Erdély főkörmányzója s a magyar tudományos Akadémia elnöke, *Teleki József* gróf megnyitójában a következő szavakkal utalt az első kolozsvári vándorgyűlés jelentőségére: „A gyászos mohácsi veszélytől fogva ez az első alkalom, mely a két haza lakosait barátságos egyesületbe vonván, a közérdeknek kölcsönös erővel felfogására, az iránti szerény tanácskozársra módot nyújt”. Az uniót tehát tulajdonképpen a tudomány munkásainak együttműködése készítette elő, s *Teleki József* búcsúbeszédében újból kiemelte, hogy a két testvérházat összefoglaló kötelékek egygyel szaporodtak, azok egymáshoz megint közelebb jöttek, szorosabban összekapcsolódtak, min lehetetlen, hogy minden igaz magyar szív repesve ne örvöljön.

A mi történelmünk tehát a tudomány és munkásainak ilyen politikai szereplésére hasonló példát tartalmaz akkor, a melyet a német

egyetemek s tudósok később a Német Birodalom megalkotásának előkészítésekor mutattak.

A vándorgyűlések nem is tévesztették soha szem előtt, hogy az általános érvényű tudományos kérdések tárgyalásán kívül a hazai föld ismertetése is feladatuk, s *Eötvös József* 1863-ban mint a IX. vándorgyűlés elnöke joggal mondhatta, hogy „ez ország természettudósai a tudomány általános érdekeit épen azáltal mozdítják elő leginkább, ha feladatukat e hazai szempontból fogták fel”.

Az első kolozsvári vándorgyűlés óta sokat változott ugyan a helyzet, de a tudomány magyar munkásainak még mindig feladatát alkotja az egységes magyar nemzeti állam kiépítésében való buzgó közreműködés és pedig nem az erőszak, hanem a cultura fegyvereivel. S épen ezen eszközök gyarapodásában, tökéletesedésében bámulatos fejlődést mutat Kolozsvár. A tudományos és oktató intézmények olyan gazdag tárházát tartalmazza a város, hogy joggal tarthat igényt arra, hogy Magyarország másik, Budapesttel egyenrangú központja legyen. Csak természetes, hogy ilyen körülmények között a XXXII. vándorgyűlés iránt országsszerte nagy érdeklődés mutatkozott s ha az őszi megindult munka nem lett volna akadály, úgy a tanárok, mint orvosok még nagyobb számmal jelentkezték volna. Így is 400 tag iratkozott be, kik közül 300-an meg is jelentek, sőt 127-en (aránytalanul sok!) előadást is jelentettek be.

A megnyitót ülést a *Ferencz József* tudomány-egyetem tágas, egyszerű, de izléses aulájában tartották meg. Az elnöki székben *Eszterházy Kálmán* gróf ült s megnyitójában korának gazdag tapasztalatával s lelkesedésének fiatalos tüzevel fejtegette a tudomány és szabadság áldásos kölcsönös hatását. A város nevében a polgármester, a tudomány-egyetem megbízásából *Apáthy István* rector, az orvosi facultás részéről *Hoor Károly* dekan, a természettudományi kar nevében *Fabinyi Rudolf*, a Múzeum-egyesület megbízásából *Szamosi János* tanár tartottak üdvözlő beszédeket. *Boros György* a táviratokat s beérkezett iratokat ismertette, melyek között volt a Magyar Tudományos Akadémia, a budapesti királyi Orvosegyesület, az országos balneológiai egyesület, az országos közegészségi egyesület, az állatorvosi főiskola, a Nemzeti Múzeum stb. köszöntései. Ez intézetek és testületek képviselőket is jelentettek be. *Prochnov József* titkár jelentésében a központi választmány által kitűzött új pályakérdést is bejelentette: „A nép táplálkozása Magyarországon, különös tekintettel a halandóságra, főleg a tuberculosis halandóságra”. Ezután a két ünnepi előadás következett: az első, a „Kovács József-előadás” *Szabó Dénes* tartotta, s a vándorgyűlés volt elnökének jellemzéséhez fűzte fejtegetéseit, melyek főleg az orvosi felelősség fontos kérdéseire vonatkoztak. *Apáthy István* „Hódításaink a mikromilliméter világában” czímmel feltárta műhelyét, melyben a tudomány előbbrevitelén annyi sikerrel és eredménynyel dolgozik. A mikroszkopium világának jelenlegi mértékegysége a mikromilliméter, rövidesen mikrom, a milliméter ezredrésze. Ha a csillagok világának mértékegységeül nem a kilométert, hanem 1000 kilométert veszünk, a mit makronnak nevezhetnénk, emberi megismerésünk két szélső határán a nagysági viszonyok úgy aránylnak egymáshoz, mint 1 a 100,000-szer 100,000-hez, vagyis egy milliomed meter a millió meterhez. De a mikroszkopium világába lassanként oly mélyen behatoltunk, hogy az eddigi mértékegységet, a milliméter ezredrészt a milliméter milliomedrésze kell hovatovább leszállítanunk. A milliméter milliomedrészeinek elnevezéseül az előadó a millimikron szót ajánlotta. A physikusok már régen milliomedmilliméterekben fejezik ki a fény hullámhosszait; ma már az élő szervezetekben is látunk olyan finom alkatrészeket, a melyeknek méreteit legezelszerűbben milliomed milliméterekben fejezhetjük ki. Az utolsó évtizedeknek a mikroszkopium világában tett hódításait a legrövidebben az fejezi ki, hogy mértékegységül a mikron helyett a millimikron vált szükségessé. Előadó ismerteti a szűk korlátokat, a melyek között mozog a mikroszkopiumos látás a mult század első évtizedeiben és azoknak az akkori mikroszkopiumok fogyatkozásaiban okát adja. Kapcsolatosan röviden kifejti a mikroszkopium és a mikroszkopiumos látás lényegét. Vázolja azután a mikroszkopium világában való előnyomulásunknak legnevezetesebb mérföldköveit. A mult század huszas éveiben olyan vonalakat, a melyek egymástól 2-2 mikron távolságra voltak, már nem lehetett megkülönböztetni és semmiféle, a valóságban bármily kis méretű tárgy, nem látszhatott 2-2 mikronnál kisebb méretűnek, 2-2 mikronnál kisebb dolgok különben is annyira elmosódtak a mikroszkopium képben, hogy csak kivételesen voltak egyáltalában láthatók. Nevezetesen az élő szervezetek ilyen finomabb alkatrészeinek létezéséről sem lehetett tudomást szerezni. Ma jól megkülönböztethetünk még ugyanolyan világitással is, a minővel régebben 2-2 mikron távolban levőket sem tudtak, olyan vonalakat, a melyeknek távolsága egymástól 0-22 mikron.

A *Kovács József*-éremet *Eszterházy Kálmán* gr. adta át *Szabó Dénes*-nek, ki válaszában munkakedvéről s ideális törekvéseiről tanuskodó nyilatkozatot tett. A déli órákban a szokásos társas ebéd, s este a színházi diszéladás szakította meg a komoly munkát. Szeptember 7-dikén az orvosi szakcsoportot *Lechner Károly* „Psychopathiai irány a gyógyászatban” czímű, a természettudományi csoportot *Fabinyi Rudolf* „Tulajdonság és vegyi összetétel”, a társadalomtudományi csoportot az akadályozott *Kuun Géza* gr. helyett *Ruffy Pál* „A társadalom a közgazdaságban” czímű előadásokkal nyitották meg. A szakülésekre csak délután került a sor, s az előadók nagy száma miatt az orvosi szakcsoport újabb 4 alosztályra oszlott, a természettudományi is újabb kettőre.

Ezen túlságos, de a jelenlegi viszonyok kényszere folytán elkerülhetetlen felaprózás eredménye, hogy egy-egy csoport ülésein csak kevesen lehetnek jelen. Már pedig egy rövid ideig tartó s szerfelett

heterogen tudományos színvonalú hallgatóság számára sokkal inkább való *kevés, általános érdekű* előadás, mint sok, de csak a legszűkebb kört érdeklő részletkérdés fejtegetése. A legközelebbi jövő feladata, hogy a vezetőség a mai helyzet sanálását napirendre tűzze.

A vándorgyűlés postája már az első napon egy nagyon hasznos kis könyvet hozott a tagoknak: a „Vezető Kolozsvár városában”, melyet *Rigler Gusztáv* és *Filip Gyula* szerkesztettek, a második napon pedig megjelent a kolozsvári magyar királyi Ferencz József tudomány-egyetem emlékkönyve, melyet a vallás- és közoktatásügyi m. k. ministerium költségén a kolozsvári egyetem orvosi kara adott ki. E könyvet legközelebb behatóan ismertetni fogjuk, most csak annyit, hogy a gazdagon kiállított diszmunika híj képét adja azon egyetemi intézeteknek s klinikáknak, melyeket a közoktatási kormányzat bőles előrelátással s tervszerűen kiépített.

A könyvből azok is fogalmat alkothatnak maguknak az egyetemről, kik annak intézeteit még nem láthatták, míg azok számára, kik személyesen járhattak be a tudományművelés, az oktatás és gyógyítás otthonait, tanulságos és kedves emléket fog alkotni.

Szeptember 8-dikán a vándorgyűlés tagjai előleges program szerint többféle egy napi kirándulásra mentek Kolozsvár természeti szépségeiben gazdag vidékeire: Tordára, a tordai hasadékhöz, Magurára, Marosújvárra, Kolozsra. Szeptember 9-dikén és 10-dikén tovább folyt a tudományos szakosztályok előadásai, melyekről más rovatunkban fogunk részletesebben beszámolni.

Szeptember 10-dikén volt az egyetem aulájában a bezáró ülés, melyen az elnökség bejelentette, hogy a jövő XXXIII. vándorgyűlés Szegeden fog megtartatni.

A kolozsvári vándorgyűlésre a titkár jelentése szerint összesen 384 tag iratkozott be, kik 110 előadást tartottak.

A jövő szegedi vándorgyűlés tisztikarát következőleg alakították meg: elnök *Kállay szegedi főispán*, alelnökök: *Mann Jakab*, *Lengyel Béla dr.*, *Platz Bonifác* és *Pálffy Ferencz*, titkárok: *Faragó Ödön dr.*, *Homor István*, *Schandl Miklós*, *Perjessy László* és *Lukács László*, a szakosztályok megnyitó elnökei lesznek: *Singer Mátyás dr.*, *Koch Antal dr.*, *Duka Marcell*. A középponti választmányt a következő új tagokkal egészítették ki: *Bécsy Imre*, *Jendrassik Jenő*, *Lengyel Béla* és *Biró Lajos*; a vidéki választmány tagjaiul megválasztották *Békeffy Gyulát*, *Borbás Vinczét*, *Lechner Károlyt*, *Pantosce Józsefet*, *Purjesz Zsigmondot* és *Thuróczy Károlyt*.

E vándorgyűlés kétségen kívül egyike volt a legsikerültebbeknek, melynek emlékét sokáig fogják őrizni azok, a kik abban résztvettek.

A londoni himlőjárvány tanulságai.

Budapest, 1903. augusztus hó.

Boldogult Fodor József tanár egyetemi előadásából minden hallgató kiértezhette azt a nagy tiszteletet és méltánylást, a melylyel a tudós professor az angol hygienia iránt viseltetett. Nem volt előadása, a melyben ne hivatkozott volna az angol egészségügyi viszonyokra, a melyeknek ő közvetlen szemlélője volt, s a melyeket utánozni és követni mindig fő törekvését képezte. Epen ezért valamennyi tanítványába átoltotta az angol hygienia bámulatát, a mely a természettől oly mostohán gondozott szigetszágban oly egészségügyet teremtett, hogy azzal a continensen a legkisebb halálozási arányt (beleértve a gyermekhalandóságot is) érték el. És valóban, ha Angolországának a klimatikus viszonyai azonosak lennének is a continens többi országaival, egészségügyének még akkor is dicsőségére válnék, hogy a halálozás csökkentése terén az első helyett tudta magának kivívni. Azonban, ha tekintetbe vesszük még azt is, hogy Angolországának az év legnagyobb részében nedves, ködös s a temérdek gyár kőményéből felszálló füsttől egészségtelen levegője egyáltalán nem kedvez az egészségnek, akkor lehetetlen nem látnunk, hogy ott megközelítőleg ideális hygienikus viszonyoknak kell fennállani, a melyeknek követése minden államra nézve haszonnal járhat. S hogy ezt be is látjuk, bizonyítja a fővárosi tanács legújabb határozata, a melylyel az angol egészségügyi viszonyok tanulmányozására egy három orvosból álló bizottság kiküldetését rendeli el.

Az 1901-diki évben megkezdődött és ez évben végződött himlőjárványról most adta ki hivatalos jelentését az angol kormány. Miután az 1902-dik év utolsó s az 1903-dik év első negyedében magam is szemlélője voltam a járványnak, használni vélek kártársaimnak, a mikor az ezen járványból levont tanulságokat úgy a mint láttam, s úgy a mint a terjedelmes jelentésből kiböngésztem, leírom:

Az 1901-dik év utolsó két negyede s az egész 1902-dik év súlyos himlőjárvánnyal sújtotta a londoni grófságot. Ezen idő alatt ugyanis 9441 megbetegedést jelentettek be 1540 halálozással. A járványt valószínűleg Párisból huzolták be, és az első sorban St. Pancras és Marylebone kerületekben ütötte fel tanyáját. Innen terjedt az el London egész területén, úgy hogy egyetlen egy kerület sem maradt tőle menten. London 29 egészségügyi kerületéből legkevésbé szenvedett Hampstead (északon) és Holborn (a centrumban).

Összehasonlítván ezen járványt előbbi járványokkal, ez aránylag enyhének mondható, a mi főleg az idejekorán alkalmazott óvintézkedéseknek és a sajtnak köszönhető. Az egyes kerületek betegai a kerületi egészségügyi felügyelőnek lettek bejelentve, a ki viszont a központnak referált. A kötelező bejelentés áldásos eredményei eklatansok voltak. A bejelentés után ugyanis a beteg azonnal egy Londontól távol eső kórházban lett elhelyezve és lakását alaposan desinfiálták. Nagy

figyelmet fordítottak a quarantine-re is. Mindazokat, a kik a beteggel érintkeztek, vagy más ok folytán gyanúsak voltak, figyelemmel kísérték. Mivel kezdetben a napilapok majdnem minden esetet publikáltak, a közönség megrémült és megkönnyítették az egészségügyi felügyelők munkáját, a meynyiben a himlőre gyanús eseteket ők maguk jelentették be.

Nézzük már most, milyen tapasztalatokat nyújtott a beoltás és újraoltás. Minden jel oda mutat, hogy sikeres friss beoltás és újraoltás abszolút védelmet nyújt a himlő ellen. Azokon a helyeken, a hol a nép jól, illetve sikeresen van beoltva, illetve újraoltva, ott nem vetethi meg a lábát a himlőjárvány, bizonyítéka ennek az, hogy a himlősök mellett alkalmazott ápolók, felügyelők és egyéb személyzet közül, a kik frissen ad hoc lettek beoltva, egy sem kapta meg a himlőbetegséget. 2193 alkalmazott közül (1884-től 1900-ig), a kik 17,900 himlős beteggel foglalkozkodtak, mindössze csak 17 egyén betegedett meg, a kik közül 13 nem lett újraoltva. Az 1901-dik és 1902-dik évben sok új alkalmazottat vettek fel a himlőkórházba, a kik közül egy sem betegedett meg. 1881-től 1901-ig ambulans szolgálatra (a himlősök körül) 1282 személyt alkalmaztak. Ezek közül csak négy betegedett meg. A hajó-kórházakon, melyekben himlős betegeket ápoltak, egyszerre 300 ápoló volt alkalmazva, ezek közül egyetlenegy sem betegedett meg, pedig ezek igazán ki voltak téve a fertőzés veszélyének.

Daczára ezen kedvező eredményeknek, a kormány nincs megelégedve a viszonyokkal, mert azt tapasztalta, hogy a nép zöme csak akkor futott az oltóorvoshoz újraoltásért, a mikor a pánik hírt hallotta és olvasta. A huszadik század elején elvárhatjuk, hogy senki se legyen — egy művelt országban — készületlen az oly járványos betegségekkel szemben, a melyektől való védekezés a hatalmunkban van.

A parlament — az észleletekből tanulva — valószínűleg még ez év folyamán törvénybe fogja iktatni a kötelező újraoltást, a melyre nézve különböző orvosi kapacitások a következő tanácsokat adták:

1. Az oltási ügyek vezetését egészségügyi szaktekintélyekre kell bízni, nem pedig az eddig kirendelt biztosokra.

2. A nyilvános oltó orvosi állások eltörölendők és minden gyakorló orvosnak kötelességévé teendő az oltás.

3. Minden iskolás gyermek újraoltása törvényileg kötelező legyen.

4. A helyi főorvosi hivatal minden gyakorló orvost megbízható oltóanyaggal lásson el.

5. Az oltóanyagok készítésének ellenőrzésére egy bizottság küldendő ki.

6. Törvényhozással kell elősegíteni egy olyan alap létrejöttét, a melynek kamataiból egyes félreeső és szegény községek népe oltassék be. (Maga az újraoltás a felek számára ingyenes).

7. Tétessék kötelezővé azon egyének újraoltása, a kik olyan házban laknak, a melyben himlőmegbetegedés fordult elő.

8. A közegészségügyi törvényekbe ütköző kihágásnak vétessék az, ha valaki hamis információt vagy adatokat nyújt azon egyénekre nézve, a kik oly házban laknak, a hol himlőmegbetegedés fordult elő. Eltagadása a valódi névnek, a foglalkozásnak, az iskolának, a melybe a gyermek jár, és az abban a házban esetleg alkalmazottaknak, de ott nem lakóknak.

9. Törvényileg üldözendő az, a ki tudván, hogy abban a házban, a hol ő lakik, ragályos betegség ütött ki, másokkal érintkezést folytat a nélkül, hogy ruháit és butorait desinfiáltatta volna.

Azonkívül számos új elszigetelő kórház építését is tervezik a városon kívül és pedig olyan helyen, a hol egy 1/2 mérföldnyi sugarú körterületen sem lakóház, sem egyéb emberi tartózkodásra szolgáló helyiség nincsen.

Erdős Adolf dr.

Közegészségügy.

A főorvosi képesítésű bábák részére kiadott „Utasítás” és „Kis bábakönyv” szétküldése. 76,500—IV. b./1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei törvényhatóságnak: kivéve Bács-Bodrog, Békés, Brassó, Csanád, Csongrád, Hajdu, Jász-Nagykún-Szolnok, Moson és Szeben vármegyéket.)

Az 1876: XIV. t.-cz. 50. §-a alapján működő, főorvosi képesítésű, közönségesen ezédlás bábáknak nevezett szülésznők jobb és eredményesebb kiképzése czéljából — a mint az czím előtt a bábautgy fejlesztése érdekében a közel multban innen kiadott rendeletekből, nevezetesen pedig az 1902. évi 25,313. számú körrendeletből s az azzal megküldött kormánybiztosi jelentésből tudva van — hivatalbeli elődüm az ország több alkalmas helyén kórházakkal kapcsolatban gyakorlati oktatással összekötött tanfolyamokat létesített s ezzel a tisztí főorvos által képesített bábák képzésének ügyét új alapokra fektette.

Ily czélból létesültek az utóbbi három évben ezen ministerium szervezése mellett az eperjesi, nyitrai, miskolczi, rimaszombati, máramaroszi, nagyváradi, kaposvári, temesvári és győri bábaképző-tanfolyamok és a megnyitás küszöbén állanak a marosvásárhelyi és dévai ilyen intézetek.

A felsorolt s működésben levő intézetekből már több száz főorvosi képesítésű úgynevezett másodrendű baba került ki eddig is és nyert az ország különböző helyein, hol szakképzett baba nem volt, alkalmazást.

A nevezett bábák oktatásánál és alkalmazásánál eddig szerzett tapasztalatok azt a meggyőződést keltették, hogy a főorvosi képesítésnek, illetőleg kiképzésnek ezen új módja a bábák tudása és gyakorlati képzettsége színvonalának emelésével az ország bábautgyének kiválóan előnyére válik s alkalmas arra, hogy a kisebb, szegényebb és el-

szigeteltebb községek, a melyekben okleveles bába a megélhetés feltételét meg nem találja, ez úton fokozatosan szakképzett szülésznőkkel látassanak el.

Előrelátható ebből, hogy a fennálló bábahiány s a felsorolt bábatanfolyamok működése folytán ezen másodrendű bábák száma hovatovább szaporodni fog, a mi szükségessé teszi, hogy azok működése, képzettségük színvonalának megfelelőleg, kötelező utasítással e helyről szabályoztassék annál is inkább, mert ezen bábákra nézve ilyen külön utasítás még nem adatott ki s az 1902. évi 95,000. sz. körrendelettel, a vallás és közoktatásügyi miniszterrel egyetértőleg kiadott „Rendelet és utasítás” pedig csakis a képzettség magasabb fokán álló okleveles bábákra nézve irányadó.

Ezen szükségnek megfelelően „Utasítás a tisztí főorvos által képesített bábák számára” czimű szabályzatot állapítottam meg, a melyet megfelelő számú példányban ide csatoltam azzal küldök meg cziműnek, hogy azokat az egészségügyi hatóságok és a hivatalos orvosok között tudomásulvétel és alkalmazkodás végett ossza ki, megjegyezvén, hogy a bábák maguk az illető tanfolyamokon lesznek ezen utasításra kioktatva s az utasításnak anyanyelvüknek megfelelő nyelvi példányával ellátva, a mi különben a részükre szolgáló „Kis bábakönyv” függelékét is képezi.

Egyben megküldöm cziműnek a szóban levő bábatanfolyamok számára általom kiadott ezen tankönyv egy példányát is, hogy azt a vármegyei tisztí főorvosának, a ki ezen tanfolyamok vizsgálatán s a bábák képesítésén résztvesz, kézbesíttesse.

Végül megjegyzem, hogy a törvényhatóság területén levő, eddig kiképzett másodrendű bábák részére a megfelelő nyelvi „Kis bábakönyv”-et akkor küldöm meg, mikor azok fordítása és kinyomtatása elkészült fog.

Budapesten, 1903. évi augusztus hó 1-jén.

A miniszter helyett: Széll Ignác s. k., államtitkár.

Melléklet a 76,500/1903. B. M. számú körrendelethez.

Utasítás a tisztí főorvos által képesített bábák számára.

1. §. A bába közvetlenül a megyei, járási és községi hatóságoknak van alárendelve.

2. §. Letelepítése alkalmával a községi előjáróságnál, a községi vagy körorvosnál, ilyen nem léteben a járási orvosnál jelentkezni s képesítő okiratát utóbbinak a tisztí főorvossal leendő közlés végett bemutatni köteles.

3. §. Lakását és lakásváltoztatását kihirdetés végett a községi előjáróságnál bejelenteni tartozik.

4. §. Meghívásra, történjék az éjjel vagy nappal, a szülönőhöz elszietni és segédlemre lenni köteles.

A terhesség, szülés és gyermekágy szokatlan és veszedelmes eseteiben a hozzátartozókat orvosi segédlem igénybevételére figyelmeztetni köteles.

6. §. Szülés után a bábának a szülönőt elhagyni nem szabad, a míg a könnyen bekövetkező utóvérzés veszélye el nem múlt; úgyszintén nem szabad azt oly egyénre bízni, ki törvényes képesítéssel a szülészeti gyakorlatra nem bír.

7. §. Tetszhalottan született gyermeknél a bába tartozik mindent elkövetni, a mi a gyermek felélesztéséhez vezethet; mely tetszhalál esetében orvosi segély igénybevételének szükségességére figyelmeztetni köteles.

8. §. Ha keresztény anyának gyermeke életveszélyben forog, a bába erre a keresztelési intézkedés megtehetése végett az illetőket figyelmeztetni köteles. Róm. és gör. kath. szülők gyermekét szükségből megkereszteli s azt az illető lelkésznek bejelenti.

9. §. A bábának kötelessége minden szülést, melynél segédkezett, 24 óra alatt az anyakönyvvezetőnek tudomására hozni, s minden halva született magzatot, tekintet nélkül annak korára, fejlődésére a halottkémnek bejelenteni.

Az a bába, a ki a bejelentést elmulasztja, kihágást követ el és 600 koronáig terjedő pénzbüntetéssel büntethető.

10. §. A bába köteles eszközeit (köldökszínor-olló, végbél-fecskendő, női húgyesap, köldökszínor-lekötő szalag, leöntő kanecso, kézfekete és szappan) mindenkor jó karban és tisztán tartani.

11. §. A bába köteles minden vizsgálat előtt és azután kezeit és karjait a könyökig langyos vízben szappannal és kefével jól megmosni. Körmeit mindig rövidre vágja és mosdás közben különösen a körme alatt levő részeket és a körme körül látható mélyedéseket igyekszik hosszabb ideig tartó dörzsöléssel által kefével gondosan megtisztítani. Nagy gondot fordítson a bába eszközeinek tisztítására is. Azokat használat előtt és azután forró vízben hosszabb ideig áztassa.

12. §. A bába köteles a szülönő nemi részeit úgy közvetlen a szülés után, valamint a gyermekágy alatt is naponként kétszer megtisztogatni. Legelőszőrűbben történik ez oly módon, hogy a bába leöntő kanecsojából a külső nemi részekre és környékükre tiszta langyos vizet csurogtat mindaddig, míg a rajtuk tapadt vért és folyást le nem áztatta. Szivacsot nem szabad használni.

A megtisztított testrészek szárítására csakis egészen tiszta fehér ruha használandó. A bába tartozik az ágynemű tisztántartására és azok kiváltására is gondot fordítani s a szoba levegőjét óvatos szellőztetés által időnként megújítani.

13. §. A bábának tilos gyermekágyi megbetegedésben szenvedőket ápolni. Ez okból köteles a bába, midőn a gondozására bízottak valamelyikén betegség jelei (forróság, bűzös kifolyás, alhasi fájdalmak, rázóhideg stb.) mutatkoznak, azonnal orvost hívni s úgy azt, vala-

mint a megbetegedettnek családját megkérni, hogy őt jelen utasításnak értelmében a beteg további ápolásától felmentsék s azt ápolónőre bízzák. A szabálytól a bába csakis a legsürgősebb esetekben, midőn senki sem volna található, ki helyette a bába vagy ápolónő teendőit elvállalhatná és akkor is csak az orvos különös engedélyével térhet el. Ilyen esetekben kezeinek, ruháinak és eszközeinek tisztogatását kétszeres figyelemmel végezze, mielőtt egészséges terhes, szülő vagy gyermekágyas nőhöz közeledik.

14. §. A bábának tilos oly betegek ápolását elvállalni, ki genyes vagy éves váladékokkal járó, vagy pedig ragadós betegségeiben szenvednek. Ilyen betegségekre például: méhrák, fekélyek, csontszú scarlat, himlő, diphtheritis, orbanéz stb.

Hasonlóképpen tilos a bábának oly foglalkozást üznie, mely mellett kezeit rothadt vagy könnyen rothadó anyagokkal beszennyezheti. Ily foglalkozások például: halottak mosása, öltöztetése, nyersbőrökkel vagy belek mosásával, vadak nyúzásával, húsvágással, húskiméréssel való foglalkozás.

15. §. Azon bába, ki jelen utasítás 10., 11., 12., 13. és 14. §-aiban foglalt intézkedéseket vagy az azokban kifejezett tilalmakat megszegi, a mennyiben cselekménye súlyosabb beszámítású büntetendő cselekményt nem köpez, kihágást követ el és 200 koronáig terjedhető pénzbüntetéssel, visszaesés esetében pedig, ha utolsó büntetésének kiállása óta két év még nem telt el, 15 napig terjedhető elzárással és 200 koronáig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő. (Lásd a belügyminiszternek a vallás- és közoktatásügyi miniszterrel egyetértőleg kiadott 1902. évi 95,000. sz. rendeletét.)

16. §. A bábának nem szabad a terhesek és szülönők titkait másoknak elmondani, bűnös eseteket azonban az illető hatóságnak feljelenteni tartozik.

17. §. A bábának orvos tanácsa és meghagyása nélkül belső vagy külső gyógyszereket és gyógyeszközöket rendelni vagy alkalmazni, egyszóval kuruzsolni nem szabad.

18. §. A magzathajtás, magzatűzés, csecsemő alácsúsztatása vagy kieserelése a köztörvények értelmében büntetett.

19. §. A bába köteles józan, becsületes életmódot folytatni s magát a közönség, az orvosok és bábátársáival szemben mindig illedelmesen viselni.

A bába esküje.

Én N. N. esküszöm és fogadom, hogy kötelességemnek minden szülésnél lelkiismeretesen és gondosan meg fogok felelni, minden melléktekinetet nélkül járok el és senkinek szándékosan ártani nem fogok; fogadom, hogy a rém bízott szülőt, szegényt és gazdagot, bábai segedelemben legjobb tehetségem szerint egyaránt részesítek, azokat el nem hagyom és el nem hanyagolom s mindenkor és mindenben, bábai utasításom értelmében, legjobb képességem szerint fogok eljárni.

Isten engem úgy segítjen!

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A gümös csigolyagyuladás gyógyításának mai állása.

Közli: Kopits Jenő dr. műtőorvos.

(Vége.)

Schramm az extensio mellett nagyon ajánlja localisan a Leiter-féle hűtőkészülék alkalmazását, bár 13 betege közül, kiknél az eljárást alkalmazta, csak 3 gyógyult meg.

Ily conservatív gyógyeljárás mellett gondoskodnunk kell, hogy a bénult végtagok masszálásával és farados villamám alkalmazásával lehetőleg megakadályozzuk az izomzat sorvadását. Ha a hólyag és a végbél is békés, úgy a vizeletet sterilizált katheter segítségével rendszer időközönként megcsapoljuk és végbélbeöntésekkel a beleket a pangó bélsártól megszabadítjuk. Különös gondot kell fordítani az ily bénult egyéneknek a végből tájéknak, a keresztcsont és a gluteusok tájának tisztántartására, mert nagyon könnyen támadnak itt decubitusok, melyeket súlyos complicationnak kell tartanunk, mert a seb kezelése a beteg sokszori megmozgatását teszi szükségessé, másrészt súlyos fertőzés kápuja lehet.

A mint látjuk, tehát a conservatív eljárással meglehetősen passzív szerepet játszunk a bénulás gyógyításánál s sokszor tehetetlenül nézzük, mint áll fenn a bénulás hónapokig, néha évekig, míg végre a beteg a gümös folyamatnak az egész szervezetre kiterjedése vagy valamely intercurrentis betegség következtében meghal. Ezzel szemben régen felötlött már az eszme, miként lehetne részünkről activabb eljárással, műtét útján eltávolítani a gerincvelőürről a nyomás okát, felszabadítani a gerincvelőt a nyomás alól, s ez által a beteget bénulásából meggyógyítani. Első sorban alkalmat szolgáltatott erre azon esetek, midőn a gerincoszlop gümös góczához közel a test felületén gümös tályog is mutatkozott a bénulás mellett. A tályog feltárása és kitisztítása közben egyes esetekben lehetséges volt a gümös csigolyához hatolni, onnan cariosus csonttörmeléket, levált sequestert s sarjakat eltávolítani.

Macawen volt az első között a nyolczvanas évek végén, a ki directe a bénulás meggyógyítása céljából, eltávolítva a csigolyaíveket, felvágta a gerincszalagot, hogy felszabadítsa a gerincvelőt a nyomás alól. Három operált esete, melyekről Goldscheider referál, nagyon jó

sikerrel végződött. A műtét sikere a műtők nagy számát hasonló eljárásra buzdította.

Az irodalomban sok műtő kevés számú operált esetét találjuk, a kik mind néhány műtét kimenetelét alapján szólnak és mondanak véleményt pro vagy contra a műtétről.

A csigolyaívek resectióját *Trendelenburg* így írja le, a többi műtő is az esetnek megfelelő esetleges kevés eltéréssel így végzi: a gibbus mellett félkör alakú metszést ejt, melynek hossza 4–5 cm. távolságban fekszik oldalt a tövisnyúlványoktól s mintegy 15 cm.-t tesz ki. A metszésből egy félkör alakú lebenyt készít, lepraeparálva az összes lágyrészeket tompán vagy kés segítségével a csontvázról (*Kraske* a közép vonalban metsz be s innen kétoldalt praeparálja le a bőr izomlebens). A lebeny lefejtése közben támadt meglehetősen bő vérzés előállítás után erős Luer-féle csontcsipőkkel átvágja és eltávolítja a tövisnyúlványokat és csigolyaíveket, míg a gerinczesatorna ürege előttük. Az itt levő geny és a detritust kibocsátja, a durát körülvevő gümös sarjakat eltávolítja, tágitva a gerincoszlopban készített nyílást addig, míg meggyőződik, hogy a gerincvelő teljesen szabadon van a gerinczesatornában. A bőr izomlebenszeket ezután visszahajtja, varrat által egyesíti egymással és a sebet drainezi.

Kraske 4 esetben végezte a műtétet, melyek közül 3 esetben meglepő volt a bénulás javulása a műtét után, de a javulás nem volt tartós, mert a bénulás rövid idő múlva ismét visszatért; 1 esetben a műtét semmi eredménnyel nem járt. A 4 eset közül 2 röviddel a műtét után meghalt.

Hasonló rossz eredményről referál *Tillmann* 5 operált esete alapján; a műtét utáni javulást eseteinél is csakhamar a bénulás rosszabbodása váltotta fel. Betegei közül 3 meghalt 4½ hónap — 3 év múlva bénulással, 2 a közlemény idejében még kezelés alatt állott.

Trendelenburg a műtétet több jó eredményt ért el és ajánlja is a műtétet. 8 esetben operált bénulás miatt, eseteinél a bénulás csak egynél volt 7 hetes, a többi esetben régóta, ½–17 éve állott fenn. Eredményei az előbbieknél jobbak, ugyanis 4 beteg teljesen vagy majdnem teljesen meggyógyult, 2 még kezelés alatt áll, kik közül egy lényegesen javult, a másikon javulás még nem constatálható, 1 beteg 7 hónap múlva meghalt a nélkül, hogy javulás állott volna be, 1 betegnek az állapota változatlan maradt.

A műtét eredményeit s az ide vonatkozó betegek kórtörténetét olvasva, általában azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a műtét eredménytelen, sőt a beteg állapota súlyosbodhatik, midőn heveny, florid csigolyagyuladásban szenvedő beteget operáltak (*Kraske, Tillmann*), míg a műtét eredménye jobb és tartósabb, ha a csigolyagyuladás már lefolyt (*Trendelenburg, Kraske*). Természetesen heveny esetben a tályog, a csonttörmelék és sarjadzás, illetve a gerincoszlop gümös góczának az eltávolítása tökéletes soha sem lehet, annak hozzáférhetlen helyzeténél fogva, s a gerincvelő is csak addig marad felszabadítva, míg az újra kinőtt sarjak — melyeknek túlbujánzása néha műtét után még erősebb — ismét vissza nem állítják a régi állapotot. Azon esetekben, melyekben a csontgyuladás már lefolyt, s egy a gerinczesatorna felé bedőlt csontsequester vagy a csigolyatestnek az epiduralis úr felé eső részén levő kötőszövetmegvastagodás okozza a nyomást, érthetően a műtét eredményére is jobb a kilátás, feltételezve, hogy a gerincvelő nem degenerált még. A műtét azonban minden esetben, a bántalom székhelyének rejtett anatómiai helyzeténél fogva, nagyon nehéz.

A Calot-féle redressement ismertetése óta az eljárás sok esetben megkíséreltetett a bénulás meggyógyítása céljából is. Calot maga már a moszkvai internationalis congressuson referált e módon gyógyított 8 betegről, kik közül 6-nak meggyógyult a bénulása, 2-nél eredménytelen volt a redressement, mert decubitus miatt el kellett távolítani a kötést. Hasonlóan jó eredménnyel végezte az eljárást *Pean, Phocas* és *Lorenz* is. A redressement úgy látszik kedvezően befolyásolja a vérkeringési viszonyokat s azáltal, hogy a gerincoszlop mellő részén tártongó rés támad, az esetleg ott felhalmozott geny, exsudatum vagy a sarjak bő tömege felszabadul a nyomás alól s így a gerincvelő is szabadabb lesz. Miután redressement után a gerincoszlop szögbe törése megszűnik, azon ritka esetekben is, hol a bénulás a deformitás által volt feltételezve, jó eredmény várható. Nagyobb statisztikus kimutatások, sajnos, nem állanak rendelkezésünkre a theoretice feltételezett jó eredmények bizonyítására.

Szemlélődésünk végére érve, láthatjuk, minő változás a gümös csigolyagyuladás gyógykezelése, mennyire szem előtt tartandó a beteg folyton az esetleg bekövetkező complicatiók korai felismerése végett, hogy kellő szakértelemmel igyekezzünk azokat a betegről elhárítani, illetve azok kifejlődését megakadályozni.

Igyekezni kell minden gyakorló orvosnak a kezelésnek legalább irányelveivel megismerkedni és a csigolyagyuladás legkorábbi stadiumának a diagnosztizálását elsajátítani a beteg gyógyításának korai megkezdése végett, mert ha valahol, itt szükséges leginkább, hogy érvenyesüljön jelszavunk: *Principiis obsta!*

Könyvismertetés.

Lehrbuch der Urologie mit Einschluss der Sexual-Erkrankungen. Von Dr. Leopold Casper, Privatdocent an der Universität Berlin. Berlin, Urban u. Schwarzenberg. 1903.

Az e helyen már ismertetett első füzetet gyorsan követte a többi, úgy hogy most már a befejezett munka fekszik előttünk. A könyv határozottan sikerültnek mondható, nemcsak beosztása miatt, hanem azon oknál fogva, mert úgy a „mindennapi”, mint a „magasabb” uro-

logiát egyforma jártassággal uralja szerző, kinek sok évi kiterjedt gyakorlatát és intensív búvárását tükröztetik vissza leginkább a húgycső, a húgyhólyag, a prostata és a vese bántalmairól megírt fejezetek.

Határozott dicséretet érdemel, hogy nem — mint ezt a blennorrhoeát tárgyaló nagyobb monographiás tankönyvek teszik — az antigonorrhoeumok egész seregét történelmi jegyzetekkel ellátva sorolja fel, hanem csupán 3–4 általa kipróbált szer bizonyos rendszerben való alkalmazását írja elő. A chronikus kankó kezelésénél igen helyesen figyelmeztet a nagyon gyakran szövődeményként jelenlevő prostatitis és másrészt az infiltratív urethritisek makacságára. Alkalmas esetekben ő is használja az Oberländer-Kollmann-féle magas számú progressív tágitást. A prostatitist digitalexpressióval és hólyaghüvelyöblítéssel kezeli mindaddig, míg a genysejtek a váladékból lehetőleg eltűnnek; a chronikus cystitis legmakacsabb fajtáit állandó catheterrel és naponta egyszeri lapis-, és 4–5-szörös tisztítóöblítéssel kezeli.

Tuberculositikus cystitisnél az alaphántalom (nephritis, epididymitis stb.) ellen irányul a therapia, egyébként fokozatos töménységű sublimát-befeekendés vált be legjobban. A localis, akár intravesicalis, akár nyílt kezelés nem ad jó eredményeket. Diagnostice a cystoskopikus vizsgálat és a vizeletüledék beoltása tengerimalaczba a legmegbízhatóbb eljárások. Hólyagkövek jelenlétében a tiszta vizeletüledéken egyes piros vérszeletek sohasem hiányoznak, egy általa tett kevésbé ismert megfigyelés.

Kiváló szakértelemmel íródott a prostata megbetegedéseiről szóló fejezet; a prostatatünetek azon alakjait, hol az alig csillapítható vizeleti inger a jellemző tünet, egy általa „prostatismus”-nak elnevezett csoportba foglalja össze, s cystostomiával vagy vascetomiával kezeli. Új a prostata hypertrophia állandóan hordott catheterrel való kezelése, szintén a szerző eredménye, melyhez a betegek teljesen hozzászoknak, úgy hogy a dugóval elzárt Nelaton-catheteren szükséghez képest becsátják ki vizeletüket. Sem a Bottini-műtétnek, sem a transvesicalis radicalis eljárásnak (Freyer) nem barátja; leginkább a perinealis és praerectalis műtési eljárások mellett foglal állást. A here, mellékhere és ondóhólyagok megbetegedéseiről nincs mit külön kiemelni.

A vese megbetegedései ismét dominiumát képezik; az ureterek sondázása és a két vese váladékainak külön-külön való megvizsgálása a sebészet körébe vágó kóralakoknál — genyes és tuberculosus vese, kő és daganat — igen hangsúlyoztatik, sőt helyenként azon szerzők ellen is fordul, kiknek véleménye ezen kérdésben nem egyezik meg az övével; nem egész helyes dolog oly tankönyvben, mely minden személyes vitaközléstől menten akar maradni.

A vese nem sebézi megbetegedéseit s a Bright-kórt Strümpell nyomán tárgyalja rövidesen és átnézetesen, ezután következik a pyelitis, pyelonephritis stb. tárgyalása. A fejezet végén rövidesen referál a vese parasitáiról, a vesesyphilisről, epi-, peri- és paranephritisről, a vese sérüléseiről. Legvégül kissé bővebben foglalkozik a veseneuralgiával (Nephralgie, hématurique, essentielle Haematurie, Blutung aus gesunden Nieren néven ismertetett bántalmak). Az egyoldali nephritis levezését tagadja. Az általa észlelt nephralgikus vérzéseknek látszó esetekben a vizelet pontosabb vizsgálata régi chronikus nephritist (albuminuriával és cylindruriával) észlelt. Ezen bántalmaknál Naunyn is tapasztalt súlyos vérzéseket. Anuriával kapcsolatos vesekólikáknál az ureter catheterézése — analogia a prostataneurososoknál és tabikus vizeletzavaroknál általa foganatosított sondakürához —, egyszerű vesekólikáknál a vese kiszabadítása a túlszoros tokjából nézete szerint a legjobb eljárások.

Nem teljesen megfelelő a hólyag ideges bántalmainak megbeszélése; utalnék úgy a beosztásával, mint a tárgyalásával szemben a Zuckerkandl és Frankel-Hochwart-féle (Die nervösen Erkrankungen der Harnblase) könyv beosztására. Az „ivarrendszer működési zavarai” című fejezetben a libido sexualis letargiális kissé rövid. Nagyon ajánlatos lett volna a Moll-féle könyvben (Untersuchungen über die Libido sexualis, Berlin, 1897) oly érdekesen kifejtett magyarázatot a megfelelő szűkebb keretben átvinni, mert ez által pragmatikus úton a perversitások megértését is elérte volna. Érthető volna pl. hogy léteznek homoszexualis férfiak, a kik ifjabb éveikben, heteroszexualisak, családost is alapítanak, és a kikben esetleg csak később vergődik túlsúlyra a mind erősebben kifejlődő homoszexualismus, épen a libido sexualis fokozódó beteges elváltozása és inversioja által. Így előfordulnak Casper könyvében kitételek, melyek inkább moralizálnak, mint magyaráznak, mint pl. a 462. lapon: „Sehr oft findet man auch den homosexuellen Hang bei alten Leuten. Es sind meist alte Wüstlinge, deren Sinne für natürliche Reize abgestumpft sind. Sie finden an dem normalen Geschlechtsakt kein Vergnügen, sinken mehr und mehr moralisch (?), um schliesslich nur noch dem widerlichen Laster der Päderastie sich hinzugeben”.

Picker Rezső dr.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A chlornatrium oedemat okozó hatását fejtegette *Achard* a „Société médicale des hôpitaux” július 1-jén tartott ülésén. Pneumonia egy esetében olyan szakban, a mikor a chlórösszeköttetések eliminációja a vesék útján erősen csökkent, 1 liter physiologiai konyhasó-oldat subcutan befeekendezése után pseudo-meningitis tünetesport jelentkezett: a beteg izgatott lett, delirált, tartómegecség és Kernig-tünet volt kimutatható. Lumbal punctio alkalmával erős sugárban 20 köbcentimeter tiszta, sejtelemekeket és bakteriumokat nem tartalmazó folyadék ürült. Ezután a tünetek enyhültek és még aznap este teljesen megszűntek. Két gyenge, atrophias esecsemőnél physiologiai konyhasó-oldat bőr alá

feeszkendezése után mindig többé-kevésbé kiterjedt bőrvizenyő fejlődött. Az egyébként annyira hasznos bőr alá feeszkendezések physiologiai konyhasó-oldattal tehát bizonyos körülmények között, névleg ha a chlor-összeköttetések retentioja a szervezetben van jelen, még olyanoknál is képesek oedemát előidézni (az első esetben a meningitiszes tüneteket subarachnoidalis vizenyőből eredetnek kell tekinteni), a kik nem szenvednek nephritisben vagy szívbajban.

A tüdőgümőkör gyógyításához szolgáltatott adatokat *Laumonier* a párisi „Société de thérapeutique” június 24-dikén tartott ülésén. Kifejtette, hogy tüdőgümőkör tiszta eseteiben, vagyis a melyekben csak gümöbaccilusok találhatók, a kreosot többnyire kedvező hatást gyakorol, míg a vegyes fertőzések esetében, vagyis a melyekben a gümöbaccilusok genyesztő mikroorganizmusok társulnak, a kreosot használata eredménytelen szokott maradni. Utóbbi esetekben azonban tapasztalásai szerint nagyon jól hat a phosphotal (kreosotphosphat), melyből naponként 1–2 gramm adandó capsulában per os vagy pedig emulsió alakjában per rectum.

Sebészet.

A primaer acut typhlitishez. *Jordan* egy esetet ír le, hol egy 10 éves gyermeknél, kinél a kórkép egy tipikus acut perityphlitisnek felelt meg, a műtétnél az találtatott, hogy vékonybélkacsot a coecum falával egy helyen kérgesen össze voltak növe, s ezen helyen a coecum falán egy körülbelül $\frac{1}{2}$ cm. vastag, a nyálkahártyáig terjedő infiltrált iv érezhető, míg az appendix teljesen normális volt. Az appendix körülbelül 2 cm. nyire fekvő beteg bélrészletet resecálta; ezen bélrészlet nyálkahártyáján egy széles infiltrációs zónával bíró kis fekély találtatott, melyben staphylococcusokat sikerült kimutatni; tuberculosinak semmi jele. Itt tehát egy nem perforatív acut primaer typhlitis esete forgott fenn, valószínűleg a stagnáló bélsártömegek által előidézve. (Archiv für klinische Chirurgie. 69. kötet.) *Török dr.*

A csipőizület szabaddátétele a Larghi féle ívalakú metszéssel. *Bergmann* szerint a Larghi által ajánlott metszés, mely a crista ilei mentén halad, a glutensok leválasztásával igen jól feltárja a csipőizületet, s mindenütt igen jó szolgálatakat tesz ott, hol a csipőizületnek nagyobb mértékben való szabaddá tételére van szükség. *Bergmann* ezen metszés segélyével egy veleszületett csipőizületi ficzamat egy 22 éves leánynál az adductorok átmetszése után igen könnyen reponált. (Archiv für klinische Chirurgie. 69. kötet.) *Török dr.*

Venereás bántalmak.

A foetalis syphilis gyógykezelése *Riehl* szerint. A syphilit a magzat vagy mindkét szülőtől kapja (vegyes hereditas), vagy pedig egyedül az anyától. Az anya az esetek többségében már a conceptio előtt fertőztetik, ritkábban a conceptio alkalmával, és még ritkábban a conceptio után. *Vörner* *Riehl* tanár lipseai klinikáján e három csoport szerint osztályozta betegeit, és náluk a *Riehl*-féle antisiphilises eljárást alkalmazta, mely abból áll, hogy a hüvelybe suppositoria (globuli) alakjában visszük be a higanyt; ezen eljárással *Riehl* sok esetben a foetus, de az anya syphilisére nézve is oly befolyást gyakorolhatott, mely minden más antisiphilises kezelést, így az injectiók, inunctiók kúrát hatásában jóval felülmulta. Ilyenkor a higany mintegy localis hatást fejt ki hasonlóképen, mint pl. a syphilises bőrterményeket az arra alkalmazott higanyflastrom gyorsabb felszívódásra bírja hozni.

A globuli vaginales állanak: 1 gm. ung. hydrargyr. cin.-ból és 2 gm. butyr. cacaoból. Méhtükör segélyével azokat az uterus portiojáig visszük, s utána közvetlenül vatta-tampont alkalmazunk, melylyel azt érhetjük el, hogy az olvadó higanykenőcs a czombokra ki nem esoroghat.

E helyi kezelésen kívül azonban *Riehl* még általános bedörzsölési kúrát is alkalmaz.

Vörner több terhes syphilises nőnél alkalmazva *Riehl* eljárását, szintén azon eredményre jutott, hogy azzal a foetusok sorsára jótékony hatást lehet gyakorolni. (Archiv für Dermat. u. Syphilis. 1903. július.) *Sellei dr.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A nyál mint gyógytényező ezimű cikkében *Bergmann* kifejti, hogy a nyáleválasztás fokozásával különböző kóros folyamatok kedvezően befolyásolhatók. Így anginánál a sok nyál nyelésakor a lobos részek bevonatnak, izgalmi állapotuk csökken; gyomor hyperaciditás esetében a lenyelt nagymennyiségű nyál közömbösíti a sav egy részét; elhízottaknál, valamint vízkórosoknál a nyáleválasztás fokozásával nagy mennyiségű vizet vonhatunk el a szervezettől. Szerző már évek hosszú sora óta használja módszeresen a nyáleválasztás fokozására a rágótablettákat (*Kautabletten*), melyeket a *Krewel*-cég hoz forgalomba mint torokbaj, gyomorbaj, elhízás és vízkór ellenes tablettákat. (Therapie der Gegenwart, 1903. 5. füzet.)

A salochininre vonatkozó több dicséző közlemény látott újabban napvilágot. Így *Gayle* szerint (The medical age, 1902. 24. szám) eltekintve attól, hogy nélkülözi a chinin kellemetlen mellékhatásait, fájdalomcsillapító és lázellenes hatása is erősebb; különösen maláriára visszavezethető neuralgia eseteiben használta a salochinint feltűnő jó eredménnyel. *Hill* (Denver medical times, 1903. január) neuralgia, influenza, coryza, ischias eseteiben használta nagyon jó eredménnyel 2 óránként adott 1 gramm adagokban; kiemeli feltűnő lázellenes hatását és a kellemetlen mellékhatások hiányát. *Pinker* (Medical news, 1903. február) malaria eseteiben dicséri mint biztosan ható, kellemetlen mellék-

tüneteket nem okozó szert. Heveny gastritis eseteiben is jótékonyan hat; a gyomoridegekre megnyugtató hatású és hányásingert vált ki. Mint analgeticum is igen jó szolgálatakat tesz. Végül még felemlíti szerző a salochinin diuretikus hatását.

A vasas somatosét *Rider* különböző eredésű anaemia nagyszámú esetében használta kielégítő eredménnyel. Tapasztalatai alapján oda nyilatkozik, hogy a vasas somatose egyike a legkönnyebben assimilálódó vaskészítményeknek, a melynek még az az előnye, hogy az emésztést nem zavarja, étvágygerjesztő és a betegek mindig szívesen veszik. (Medical mirror, 1902. 8. szám.)

Az agurinnal *Keown* nagyon jó diuretikus hatást tudott elérni általános vizenyő különböző eseteiben. 30 centigrammos adagok 3-szor naponként elégségesnek bizonyultak. Gyomorzavarokat, fejfájást és egyéb kellemetlen mellékhatásokat nem észlelt. (Carolina medical journal 1903. 2. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 36. szám. *Felletár Emil*: Phosphormérgezés vagy malaria? *Lévy Lajos*: Esetek a kórházi gyakorlatból. *Grósz Menyhért*: Elmebetegség színlelése.

Orvosok lapja, 1903. 36. szám. *Körmöczy Zoltán*: A tonogen suprarenale használhatósága a fogászatban. *Kolozs Mihály*: A tüdővész mai állása, tekintettel az újabbkori terapiára.

Budapesti orvosi újság, 1903. 24. szám. *Müller Vilmos*: A salicylsavas és camphorsavas pyramidon értéke a phthiseotherapiában. *Sellei József*: A húgyvese- és hólyagtükrözés technikája.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 36. szám. *Glas*: A garatmandola gümőkórjának kórtana. *Pupovac*: A pajzsmirigy gümőkórjának ismeretéhez. *Neumann*: A cucullaris-defectus aetiologiai jelentősége a váll magas állása esetén.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 36. szám. *Freund*: Az arsonvalisatio gyógyító értéke. *Friedjung és Hecht*: A bécsi poliklinika gyermekosztályának évi jelentéséből. *Meyer*: A tarfejűség keletkezése. *Englisch*: Betokolt húgykövek. *Frankl*: A köldökűterek elzáródása.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 36. szám. *Noorden*: Zabkúrák diabetes súlyos eseteiben. *Turró*: Az alexinok származása. *Kalischer*: Járászavarok tetaniában. *Ehrlich*: A diphtheria-toxin méregcomponensei.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 36. szám. *Hueppe*: Lakásokról való gondoskodás az állam részéről. *Kasten*: Specifikus antitestek képződése cutan fertőzés után. *Edel*: A cycikus albuminuria függése a vérkeringéstől. *Meyer*: Idült gonorrhoea és a gonococcus kimutatása. *Stein*: Adat a paraffin-prothesisek kérdéséhez. *Hynitzsch*: Adat az epekő-ileus ismeretéhez.

Centralblatt für innere Medizin, 1903. 36. szám. *Zeigan*: Egy-szerű módszer a salicylsava quantitativ meghatározására a vizeletben.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 34. szám. *Elgart*: Új repozíciós módszer hátsó csipőizületficzamadások részére.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1903. augusztus. *Bumke*: Adatok az irismozgások ismeretéhez. *Spielmeier*: Tapasztalatok veronallal. *Nissl*: A központi idegrendszer kórboneztanának jelen állásához.

Zeitschrift für Heilkunde, 1903. 7. füzet. *Adler*: Sárga májsorvadás szokatlan lefolyású esete. *Czechowiczka*: Cytotoxinok okozta elváltozások az állati testben. *Schattenfroh*: Vizsgálatok egy talajvízellátó telepen. *Yamasaki*: Májátváltozás csomós hyperplasiával. *Wiesel*: Az Addison-kór kórboneztanához.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 24. kötet, 1. és 2. füzet. *Steinert*: Cerebralis izomsorvadás. *Fürnrohr*: Gerincezszlop- és gerincezvelő-sérülések. *Pándy*: A tabes keletkezése. *Kopczynski*: A gerincezvelőnek és burkainak syphilise a lumbosacralis tájon szokatlan trophiás zavarokkal.

Deutsches Archiv für klinische Medizin, 77. kötet, 1–2. füzet. *Quincke*: A visceralis syphilis casuistikájához. *Heller*: Oxyuris vermicularis. *Thorel*: Gyógyulásfolyamatok nephritisnél. *Peters*: A tetania kórboneztanához. *Passler és Rolly*: Vérkeringészavarok heveny fertőző betegségekben. *Kéty és Torday*: A cytodiagnostika értéke mell- és hasüri folyadékgyülemek megítélésében. *Fabian*: Véralvadékból álló lenyomatok a légcsőből és a hörgőkből; adat a bronchialis alvadékok ismeretéhez.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 69. kötet, 1. füzet. *Neuhaus*: A perityphlitis ismeretéhez. *Zondek*: Adat a hasactinomycosis tanához. *Enderlen*: A mellő gyomorral invaginatioja a bázisigba. *Wolff*: Szívvarrat három esete. *Kredel*: Volvulus a csecsemőkörben. *Schmidt*: Medencebeli tályogok drainézése a foramen ischiadicumon át.

Therapeutische Monatshefte, 1903. 7. füzet. *Kassowitz*: A diphtheriaserum eredményei. *Liebreich*: A bórsav diuretikus hatása. *Müller*: Gyermekek táplálása odá-va. *Rosenstein*: A puerperalis láz kezelése collargol-befecskendezésekkel. *Pelizaeus*: Az úgynevezett jód-fürdők. *Pick*: Alsó használata a szemészetben. *Katz*: Módosított gyűrű-

kés (térdalakú adenotom). *Scharff*: A gonorrhoea kezelése urosanollal. *Bloch*: Adatok a csúszos bajok diagnosizálásához és kezeléséhez. *Schreiner*: A tussis convulsiva kezelésének mai állása.

La semaine médicale, 1903. 35. szám. *Jankelevitch*: A kóros átöröklés és a germinatív plasma elmélete.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 35. szám. *Vandervelde*: A „Hôpital Saint-Jean-ben 1902-ben kezelt typhus-esetek.

Le progrès médical, 1903. 35. szám. *Phisalix*: Fialat kutyák betegségei. 36. szám. *Noskowsky*: A gümőkór klinikai alakjai és gyógyításuk.

Bulletin général de thérapeutique, 146. kötet, 5. és 6. füzet. *Amat*: Az ütérvarrat. *Laumonier*: Creosotphosphit használata tüdőgümőkórban. *Caulet* és *Macrez*: A hideg ülőfürdő hydrotherapiái értéke. *Robin*: Tartarus stibiatus használata bronchitis capillaris és pneumonia eseteiben. *Rey-Pailhade*: A methylenkék egy kémiai tulajdonsága. *Fiquet*: Albuminoid diabetes. *Schmitt*: Theocin.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1903. 7. füzet. *Ravaut*: A secundaer syphilisben szenvedők liquor cerebrospinalisa. *Milian*: A tabesben szenvedők liquor cerebrospinalisa. *Audry*: Adenoma sebaceum circumscriptum.

Archives de neurologie, 1903. augusztus. *Bourneville*: Myxo-demás idiotia esete. *Keraval* és *Raviart*: A szemfenék elváltozásai paralysisben. *Vigouroux* és *Juqueliér*: Delirium és Bright-kór.

The lancet, 1903. II. 7. szám. *H. Timbrell Bulstrode*: A tüdőgümőkór okai és megelőzése. *W. S. Colman*: Infantilis scorbut. *R. Muir*: A haemolytikus serumok hatása. *J. S. Mackintosh*: A törvényszéki orvostani pszichológiába vágó egy problema. *G. Kempe* és *E. Kempson Brown*: Bélelzáródás ritka esete. *F. W. Burton-Fanning* és *J. W. Fanning*: A tüdővész sanatoriumi kezelésének eredményei. *H. T. Hicks*: Csecsemők nyári hasmenésének és hányásának kezelése. *Wm. P. England*: A sporadikus dysenteria kezelése aplopappus Baylahuennel. *H. S. Elworthy*: Antitoxinnal sikeresen kezelt traumás tetanus esete. *J. F. Woodyatt*: A veleszületett phimosis kezelése.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. szeptember 11.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1903-dik év 34. hetében (1903. augusztus 23-dikától augusztus 29-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elveszületett 390 gyermek, elhalt 259 egyén, a születések tehát 155-tel múltak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 25.7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.0, az egy éven felüli lakosságnál: 12.7, az öt éven felüli lakosságnál: 11.6. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 8, gümös agykérlob 5, agyguta 4, ránggöres 3, terjedő hűdés 2, hátgerinczsorvadás 0, szívbaj 9, hörgőlob 3, tüdőlob 12, hurutos tüdőlob 4, mellhártyalob 2, tüdővész 43, tüdőlégdag 3, bélhurut 45, májbajok 3, hashártyalob 4, kizárt sérv 0, Brightkór 8, veleszületett gyengeség 12, gyermekaszály 1, aggaszály 5, rák 13, méhrák 6, egyéb álkeplet 6, gümös bajok 4, kanyaró 0, vörheny 10, álh. gége 3, ronsoló toroklob 3, hökhurut 2, gyermekági láz 0, hagymáz 0, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyver 3, gyilkosság 1, öngyilkosság 7, baleset 2, erőszakos, kétes 1. **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közkházakban. A mult hét végén volt 2986 beteg, szaporodás 884, csökkenés 813, maradt e hét végén 3057 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi aug. 16-dikától augusztus 22-dikéig terjedő 33. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 30 (43), vörheny 52 (45), álh. gége- és ronsoló toroklob 32 (34), hökhurut 8 (13), gyermekági láz 1 (1), hasi hagymáz 7 (6), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 4 (10), vérhas 3 (0), orbáncz 14 (22), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 0 (0), trachoma 4 (5), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

× **Megválasztások.** *Majzler Salamon* dr. miskolczi orvost az ottani kereskedelmi betegsegélyző pénztár másodrovossá, *Pollákovics Antal* dr. zayugrózi körorvost pedig Malaczán körorvossá választották meg.

+ A brüsseli közegészségügyi congressus. A brüsseli egészségügyi és néprajzi congressuson, a melyet *Albert* herczeg, Belgium trónörököse nyitott meg, a külföldi államok sorában *Vargha Gyula* ministeri tanácsos *Liebermann Leo* és *Preis Hugó* egyetemi tanárok, magyar küldöttek képviselték Magyarországot. Hozzájuk csatlakozott *Csatáry Lajos* ministeri tanácsos, a ki a magyar kormány nevében üdvözölte a congressust. A napirend közérdekű tárgyai közül *Loeffler* tanár, egészségügyi tanácsos indítványára egyhangulag kimondották, hogy kívánatos a ronsoló toroklob és torok-gyík (diphtheritis, croup) továbbterjedésének meggátlása, a megbetege detek testvéreinek és hozzáta rtozónak mindenütt kötelező védoltása. A magyar kormány megbízásából *Torday Ferencz* dr. beszámolt arról, hogy Magyarországon már ismételtelen sikerült olyan községeket, a melyekben a diphtheritisz már nagyon elterjedt, tömeges védoltásokkal teljesen vérsmentessé tenni. A congressus hozzájárult azoknak az intézkedéseknek kötelező elrendeléséhez, melyeket *Tóth Imre* dr. bányafőorvos Selmeczbanjáról már tíz évvel ezelőtt meghonosított. A pes-

tis elleni védekezés vitájában *Franck Ödön* orsz. közegészségügyi felügyelő tartott előadást.

△ **Dadogók gyógytanfolyama.** A vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister VIII., Mosonyi-utca 8. sz. a. tanfolyamot tart fenn mindennemű beszédhibában szenvedők számára. Az ez évi első — öt óra terjedő — tanfolyam e hó 15-dikén nyílik meg. Jelentkezhetni a vezetőségénél naponta 1/212—1/21-ig.

— **Az Erdélyi Múzeum-Egylet emlékkönyve.** A magyar orvosok és természetvizsgálók Kolozsvárt 1903. szeptember 6—10-dikéig tartott XXXII. vándorgyűlése alkalmára kiadta az Erdélyi Múzeum-Egylet választmánya. Kolozsvárt. Ajtai K. Albert könyvnyomdája. 1903.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Táttra-Széplak* IX/1. 1125. *Uj-Táttrafüred* VIII/29. 1742. *Bártfa* VIII/31. 3740; *Táttrafüred* IX/7. 2756.

— **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** segítségét 1903. augusztus havában 241 esetben vették igénybe. Összes működés 1892-óta 19,918.

— **A budapesti poliklinikán** a folyó év augusztus havában 2611 új beteg jelentkezett és 9838 rendelés történt.

○ **Az egyetemi I. sz. női klinika** szülészeti poliklinikájának segítségét a folyó év augusztus havában 76 esetben vették igénybe 48 műtétel.

× **Az egyetemi II. sz. szülészeti és nőgyógyászati klinika** szülészeti poliklinikájának segítségét augusztusban 117 esetben vették igénybe 78 műtétel.

□ **Megjelent. Emlékkönyv.** A kolozsvári magyar királyi Ferencz József tudomány-egyetem és különösen annak orvosi és természettudományi intézetei. 1903. A m. orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlése tagjai részére a vallás- és közoktatásügyi ministerium költségén kiadta a kolozsvári egyetem orvosi kara. Két külön melléklet és 109 szövegközötti képpel. A nagy érdekű és a Hornyánszky-féle budapesti ismeretes műnyomdában kiállított munkát részletesen fogjuk ismertetni. *Karl Schaffer*: Ueber Markfasergehalt eines normalen und eines paralytischen Gehirns. Klny. *Apáthy István*: A kolozsvári tudomány-egyetem állattani és összehasonlító anatomiai intézete és az ezzel ideiglenesen összekapcsolt szövet- és fejlődéstani intézet. Kolozsvár. 1903.

+ **Elhunyt.** *Popovics Sándor* fürdőorvos Herkulesfürdőn 76 éves korában. Ifj. *Jaksics Lajos* orvosnövendők 23 éves korában Tótmegyeren.

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

„**Fasor**“ (Dr. Herczel-féle) **sanatorium vízgyógyintézete.** Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Természetes forró-meleg kénas források, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, kőszvény, ideg-, borbajok stb. fejei** kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága** Budán.

Budapesti

Mechanikai Zander-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyesítés. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára.) Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Bihar megyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1902. évi október hó 1-én tartott szakülés.) 592. l. — Erdélyi Muzéum-Egyetemes orvos-természettudományi szakosztálya. (III. szakülés 1903. évi április hó 3-dikán.) 593. l. — (IV. szakülés 1903. évi május hó 9-dikén.) 593. l.

Bihar megyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

(1902. október 1-jén tartott szakülés.)

1. Waldmann Béla: egy szembeteget mutat be, a kinél szem-tükri vizsgáltnál coloboma iridis et chorioideae látható.

A beteg 12 éves leány, a ki előadónál kancsalság miatt jelentkezett. Vizsgálatnál észrevehető, hogy a bal szem befelé irányul s hogy mindkét szemteke kisebb. Mindkét irisen alól coloboma látható. Tükör-vizsgáltnál vörös visszfény észlelhető. A szem bizonyos állásánál fehérség, vörösen erezett fehérség világlik ki. Ennek oka az, hogy a szemek retinája és chorioideája hiányosan felett s áttűnik rajtok a sclera. A kevésbé védett szemteke kitágulhat, elvékonyodik s hátul a cysta oculit képezi. Ezért az ily elvékonyodott hártályak mellett a rendes szem is myopiás lesz. A bemutatott esetben is a szeműri nyomás hatása alatt mindkét szem hátrafelé három milliméternyire megnyúlt. A bal szem a visus minimális, a jobb szem a látás teljes, mert a chorioideának oly területe beteg, a melynek kiesése a látást nem zavarja. A coloboma nem irregularis helyen van. A bal szem amblyopiás szemként szerepel.

2. Konrád Béla: egy beteget mutat be, a kinél agydaganatot kórismézett.

A beteg 11 éves, korához képest elég magas, de vézna, sovány és sápadt fiú. Koponyája a korához és a többi testrészek fejlettségéhez viszonyítva, valamivel terjedelmesebb, vízszintes kerülete 52 cm.

A látak középtágak, egyenlők, kissé renyhében reagálnak a szemmozgások, látás normálisak, a szemfenék, a jobb papilla csekély fokú decoloratiojától eltekintve, ép.

Szembetűnő az arcz asymmetriája: a jobb százug lejjebb áll, a jobb sulcus naso-labialis elsimult. A homlok redőzése, a szemek behunyása mindkét oldalon egyenlően jól sikerül. A fogak mutatásánál, beszédnél, nevetésnél élénken szembetűnik, hogy a jobb százug, az ajkak jobb fele mozdulatlan marad, a jobb pofa pedig laza. Tehát a jobb nervus facialis bénulásával állunk szemben, a bénulás azonban az idegnek csak alsó ágaira terjed. Az ilyen facialis bénulás tapasztalás szerint cerebrális eredetű.

A nyelv kinyújtásánál esücsével jobbra, behúzásánál balra deviál, ez arra mutat, hogy a nyelv jobb fele, illetőleg a jobb oldali nervus hypoglossus hűdött.

A rágóizmok jól működnek, a nyak mozgásai rendesek, a nyakon számos babnyi, mozgatható nyirkmirigy tapintható.

A jobb kéz szorító ereje csökkent, a felső végtag többi részében, valamint az alsó végtagokban az izomerő normális.

Érzési eltérés nem mutatható ki, csak a koponya kopogtatása és nyomása a bal faldador előtt, tenyérszerű területen kissé fájdalmas; a tagok helyzetének és a passzív mozgásoknak érzése is normalis. A reflexek normálisan válthatók ki.

A beszédje értelmes, de nehézkes, vontatott (bradyphasia), hozzájárul ehhez az ajk és nyelv féloldali bénulása által feltételezett hiányos kiejtése az ajk- és nyelv- (fog-) hangoknak és némely magánhangzónak (o, u.).

Az írása nagyon elromlott, ügyetlenül fogja meg a tollat és írás közben, a mint maga kifejezi, hol erre, hol arra megy a toll, mint egy ataktikusan.

Járása elég jó, kissé bizonytalan, pár nap előtt még tántorgó is volt, „mintha jobbra-előre húzná a feje.”

A sensorium kissé bágyadt; a többi szervek semmi rendellenességet nem mutatnak.

A legszembeötlőbb tünetet azonban a betegnél az időnként rohamokban fellépő görcsös állapotok képezik; e rohamok most úgy mutatkoznak, hogy a jobb százug erősen jobb felé húzódik, kezdetben tonikus görcsrel, majd clonikusan, a rágások ritkulnak, a roham végén még egy-egy villámszerű félrehúzóda látszik a százugnak. A roham alatt a jobb szem eleinte görcsösen hunyva tartatik, majd görcsös pislogás áll be, a bal szem is hasonlóképen (bár többnyire csak pislogás); a nyelv is görcsösen rángatózik, ha erősebb a roham, esetentő hangokat hallunk. Ezután a szemek görcsösen ad maximum jobbra deviálnak, majd az egész fej görcsösen jobbra fordul, nyelőmozgásokat végez a beteg, a gégeből zokogásra emlékeztető hangot hallunk, néha hánnyás áll be. A jobb kéz, majd a kar is, a jobb lábfej is görcsös, azután az egész jobb alsó végtag kimered, a bal csípőben felhúzódik. A roham alatt az eszmélet alig borul el, csak a súlyos rohamok, — melyeknél természetesen el is esik — tetőfokán, de a roham alatt teljes aphasia van: érti a szót, szeretne felelni, int is, de szólni nem tud. Rendszeren a nyála kifolyik a jobb százugból a roham alatt.

Ezek a rohamok akkor, mikor a beteg először került észlelésé alá (1902. szeptember 19.), igen súlyos alakban és roppant sürűn, minden perczen ismétlődtek, a rohamok közti időben is a sensorium nagyon zavart volt, soporosusan, hangos lélekzéssel feküdt ágyában, erős hangon hozzá intézett kérdéseket érteni látszik, egy-két szótagot felel,

azonban nehezen, bár úgy látszik a beszéd akarata megvan (motorius aphasia); a facialis és hypoglossus, valamint az egész jobb felső végtag paresise sokkal szembeötlőbb, mint a jelen állapotban. Ekkor a bal mastoid tájra nádalyokat kapott, jégtömlőt és naponta 2½–3 gm. bromot, mire a rohamok lassanként engedtek súlyosságukból, ritkábban jelentkeztek, és ma már csak a VII. és XII. agyideg területére szorítkoznak.

Anamnesis: Atyja, anyja élnek, egészségesek, 4 testvére él és egészséges, 2 kis gyermek korában ismeretlen betegségben halt el, egy testvére (18 éves fiú) ez év május havában halt el typhusban, mely 12 napi lefolyása alatt a legsúlyosabb ideges tüneteket (febris nervosa stupida) mutatta. Gyermekkori betegségeiben nem szenvedett, iskoláit — 3 elemi iskolát — jól végezte. Jelen baja másfél év előtt kezdődött, trauma vagy egyéb insultus nem előzte meg; kezdetben csak a jobb arczfélben, a százugban fellépő rángatózásokban nyilvánult, majd a rohamok sürűbbek lettek és általános görcsök is csatlakoztak úgy, hogy el is esett és egy ízben (1 év előtt) ágyba is döntötte a betegség mintegy három hétre. Most szeptemberben másodízben lépett fel ily súlyosan.

A leírt tünetek kétségtelenül arra mutatnak, hogy az agynak valamely megbetegedéssel állunk szemben. A betegség közelebbi diagnosist kétféle szempontból kell megállapítanunk: hogy miféle természetű betegség van jelen és hogy a kóros elváltozás az agy melyik és mily kiterjedésű részét foglalja el.

Ebben az esetben a megbetegedett agyrész specialis működési zavarai annyira előtérbe léptek, szemben az általános agyi tünetekkel, hogy első sorban az esetet ezen szempontból kell megvizsgálnunk.

Praedomináló, lényeges tünetek ez esetben első sorban a hűdés: a jobb facialisnak — ennek alsó ágaira szorítókozó — és a jobb hypoglossusnak bénulása, a hűdés tehát körülírtak, a monoplegiák típusához tartoznak.

A másik főtünet a rohamokban fellépő tonico-clonikus görcsök. A görcsök állandóan egy meghatározott, hűdött izomcsoportban kezdődnek, sokszor megmaradnak ezek területén, súlyosabb rohamokban bizonyos sorrendben vonják körükbe a többi izmokat; az eszmélet többnyire ép marad; ezek mind arra mutatnak, hogy itt a görcsös állapotoknak azon fajtájával állunk szemben, melyet Jackson-féle vagy corticalis epilepsiának nevezünk.

A tapasztalás arra mutat, hogy oly esetekben, mikor Jackson-féle epilepsia és körülírt hűdés van jelen, kivált ha e két tünet együttesen fordul elő: hűdés és a hűdött izmokban kezdődő Jackson-féle epilepsia, akkor az agykéreg motorius mezejében székelő megbetegedéssel van dolgunk.

A tapasztalatok arra mutatnak, hogy a motorius beidegzés a gyrus centr. ant. és post. továbbá a lobulus paracentralis kérgének idegsejtjeiből indul ki, ehhez járul még a homloktekervények hátulsó része, talán a lobus parietalis super. legmellső része is. Ezen területen belül is, az eddigi kísérleti és kórtani tapasztalatok szerint, bizonyos részeknek bizonyos izomcsoportok beidegzéséhez való viszonya kétségtelen. A tapasztalás arra mutat, hogy a központi tekervények legalsó harmada (főleg a mellső) a n. facialis és n. hypoglossus kérgközpontja, ettől felfelé fekszik a felső végtag izomzatának centruma, úgy hogy legalul (a VII. és XII. központjával szomszédosan) a hüvelyk- és mutatóujj (a hüvelykujj a hátsó központi tekervényben), feljebb a többi ujj, azután a kézizületeket mozgató izmok stb., legfelül a vázizomzat központja foglal helyet. A felső harmada a központi tekervényeknek és különösen a lobulus paracentralis az alsó végtag izomzatának centruma és pedig a felső végtagéval határos a láb- és lábujjaké, épen a csücsön van az extensor hallucis longus központja; a lobulus paracentr.-ban van a czomb-, medence-, farizomzat és a törzsizomzat jórészenek beidegzési centruma.

Az ezen kérgrészekből kiinduló központi mozgató pályák (a pyramis-sejtek tengelyszályaiványai) lefelé haladtukban kereszteződve a túloldali megfelelő idegmagvakhoz tartanak, melyekben az idegsejtek körül elágazva végződnek, ezen magvakból indulnak ki a peripherikus idegek. A tapasztalati tények arra engednek következtetni, hogy némely izmokhoz (nevezetesen a rendszeren két oldalilag szimmetrikusan beidegzett izmokhoz) tartozó idegmagvak az agykéreg felől nemcsak keresztezve, de homolateraliter is ellátnak, innen van azután, hogy ezen felső központok egyoldali megbetegedésénél az izgalmi tünetek (görcsök) mindkét oldalon jelentkeznek, míg hűdés egyoldalú laesionál egyáltalában nem áll be. Ilyenek a rágóizmok, garat-, gégeizmok, a szemeket behunó izmok, a szemeket és fejet oldalt fordító, a törzs-izmok nagy része, sőt részben az alsó végtag izmai is.

Megemlítjük még, hogy az alsó homloktekervény hátsó harmada a motorius beszédközpont, a középső homloktekervény hátsó harmada a fej- és szemforgatók központja, némelyek szerint itt van az írás központja is, míg újabban Oppenheim, Déjerine, Mirallié tagadják, hogy ilyen specialis centrum léteznék.

Esetében tehát a betegség székhelye a központi tekervények legalsó része (a VII. és XII. mezeje). A bántalom körébe vonta kisebb

mértékben az ezzel szomszédos centrumokat is, felfelé a jobb kéz központját, mellfelé a két alsó homloktekervény leghátsó részét is, sőt a súlyosabb rohamok alatt az izgalom távolabbi kéregrészekre is kisugárzik. Megfelel ennek a koponyán észlelhető körülírt fájdalommasság is.

Megjegyezzük még, hogy biztos elkülönítése annak, vajjon a betegség magából a kéregből, vagy az agyburkokból, vagy a kéregalatti velőállományból indult-e ki, nem lehetséges.

A központi agydúcok, legkivált a thalamus opticus bántalmánál a tünetek némileg hasonlóak lehetnek a corticalis eredetű hűdésekhez és motorius izgalmi tünetekhez; az ilyen esetek igen ritkák, Déjerine, Lannois és Pye Smith irnak le monoplegiákat thalamusbeli göccsoknál, még ritkább, hogy a máskülönbén gyakran előforduló convulsiók a Jackson-epilepsia típusára emlékeztessenek (Clarke, Bramwell). Oppenheim szerint azonban a bántalmaknál a göresök csaknem sohasem felelnek meg a tiszta kéregtípusnak, másrészt csak akkor fejlődnek ki, miután már előbb az általános agyi tünetek bizonyos fokot értek el.

A másik diagnostikus kérdés, hogy miféle természetű a bántalom, mely a fentebb leírt helyet elfoglalja.

Miután trauma nem ment előre, agytályog felvételére sem az anamnesisben (otitis stb.), sem egyéb jelekben (láz, gyors terjedés stb.) támpontot nem találunk, leginkább agydaganat kóriszmézése látszik jogosultnak.

Differential-diagnostikus tekintetben szóba kerül a meningitis, meningoencephalitis chronica circumscripta, ez azonban spontán képződve csak az agy alapon íratott le eddig, míg egyéb helyen alkoholos vagy traumás eredetű van; a gümőkóros, syphilitis és actinomycot. körülírt meningitisek, meningoencephalitisek pedig a daganatok jelentőségével bírnak.

Ez esetben a beteg kora, a nyakon levő megnagyobbodott nyirkmirigyek, a daganat valószínű fekvése, leginkább solitaer tuberculumra engednek következtetni.

A beteg jelen állapota nagyon súlyos, a prognosisa a lehető legkedvezőtlenebb, dietetikus eljárások nem sokkal biztatnak, a JK és bromsók csak némi ideiglenes javulást eredményeztek, a göresök némi ritkulását. Minthogy a daganat, a mennyire a localisatiót megállapíthatjuk, valószínűleg az agykéreg hozzáférhető helyén van és az agy állományából kifejezhető, a műtét beavatkozást osteoplastikus koponya-csontresectioval, a beteg agyrész feltárással hoztuk ajánlatba, e célra a beteg a budapesti szent Rókus-kórház I. sebészeti osztályára fog szállítani.

Az előadáshoz elsőnek Kornstein Lajos fűzött néhány megjegyzést s azt a kérdést intézte előadóhoz, ki van-e zárva a bemutatott esetben, hogy a gyermek koponyáját trauma érte?

Előadó szerint ennek felvételét az anamnesis kizárja és ismétli, hogy az esetet igen alkalmasnak tartja műtétre.

Révész Vilmos szerint trauma a bemutatott esetben nem zárható ki. Utal egy esetre, a melyben a boncolás traumát derített ki, bár arról senki sem tudott. A megfelelő agyfélben vérömlenyt találtak.

Előadó elismeri, hogy ily esetben trauma absolute nem zárható ki s jól tudja, hogy éppen agybajoknál meglepetések érhetik az orvost.

Kornstein Lajos utalva arra, hogy előadó belső kezelési módja mellett némi eredményre, javulásra hivatkozik, azt az aggályát fejezi ki, hogy a műtét még korai volna. Szerinte azzal még várni lehet.

Mayer László a betegnél észlelhető jeleket dag vagy tuberculosis felvétele nélkül is meg tudja magyarázni. Ezek előidézéséhez elegendő, hogy az agyburkok össze legyenek nőve az aggyal. A tropanatiót már ezért is ajánlatosnak tartja.

Előadó azt válaszolja, hogy ő is említést tett körülírt meningitisekről. Ezek szerinte vagy tuberculotikus, vagy bűjakóros eredetűek.

A felszólalások után elsőnek az egyet közönségét tolmácsolja a betegbemutatásért és tanulságos előadásért.

(Vége következik.)

Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(III. szakülés 1903. évi április hó 3-dikán.)

(Vége.)

Az indicatio az ovariectomiához tehát feltétlenül fennáll, a coëxistens terhesség lehetősége ezt csak támogathatja, sőt sürgető momentumként szerepel; mert az idevágó statisztikák chronologikus sorrendben való áttekintésénél látjuk, hogy az ovariectomia intra graviditatem eredményei egyre kedvezőbbek, a mortalitás percentage értékeinek állardó kisbecsűsítését állapíthatjuk meg (Olshausen 1886: 9.75%, Wäher 1900: 4.0%); nem áll ez a terhesség megszakítására nézve, itt az átlagos százalékos érték most is 22.5%, míg ellenben expectativ eljárás mellett a terhesség megszakítása csak az esetek 17%-ában következik be (Jettel), de a szülések a terhesség végén a magzatra igen gyakran kedvezőtlen befolyásúak, a mi különösen nagy daganatoknál, mint jelen esetünkben is, valószínű, mivelhogy ezek a méh és a hasizmok actióját nagyobb mértékben korlátozzák és ha ezekhez hozzáveszzük mindama veszedelemes szövödményeket, melyek a terhesség, szülés, gyermekágy folyamán a daganat részéről felmerülhetnek, mint: kocsányesavarodás, cysta megrepedése, cysta tartalmának elgenyvedése stb. az ovariectomia előnyei nyilvánvalók.

Márczius 10. Laparotomia (Szabó). Vékony hasfalak bemetszése,

cysta nagyobb terjedelemben hashártyával és omentummal összenőtt, az összenövésnek tompa leválasztása után trocar-tal punctio, mire 9 liternyi, szennyes kávébarnás folyadék ürült, melynek súlya 11.3 kgm. Az egész daganat kigördítése után a méh adnexái által képezett kocsány mutatkozik; ennek két részletben való alakítása után a daganat lemetzése, csak ellátása.

A has jobb oldalán tapintott külön daganat körülbelül a hetedik hónap elejének megfelelő terhes méhnek bizonyul. Jobboldali adnexák rendesek. Műtét után delután fájdalmak lépnek fel, melyek azonban estére mind gyerebben és gyengébben jelentkeznek s az éj folyamán egészen megszűnnek.

Hőmérsék maximuma műtét utáni hat napon 37.6° C., később 37.5°, teljesen zavartalan közérzet mellett. Kilencedik napon hasvarratok eltávolítása, hasseb per primam gyógyult.

Terhesség fennáll. Szöveti diagnózis: Kystoma ovarii simplex papillare.

Nem hagyhatja említés nélkül, hogy a leírt daganat a hazai irodalomban ismertett és a terhesség ilyen előrehaladott időszakára vonatkozó esetek között a legnagyobb.

Borbély Samu felemlíti, hogy egy hasonló esetet ő is észlelt.

4. Veszprémi Dezső heveny fehérvérűség egy esetét mutatja be, a melynek érdekességét kölcsönöz már azon körülmény is, hogy nemcsak a klinikai kép, de a kórboncolás után is téves kórisme felállítása adott alkalmat s a tulajdonképeni betegség csak a szövettani vizsgálatok után derült ki.

Egy 25 éves nőnél, a ki néhány nap óta érzi magát betegnek, kilencz napig tartott klinikai észlelése alatt az állandó magas lázon kívül nagy elesettség, bevont nyelv, étvágytalanság, borsóléyszerű híg szék, meteorismus voltak a lényeges tünetek. A beteg vére függőcseppben vizsgálva, két ízben is positivus Widal-reactiót adott. Boncolásnál feltűnt a testszerte található vérzés; így bőrben, izomrostok között, kemény burkon; nagy tömegben az agyban, a szemek mellő csarnokában, savós hártványon stb. A belekben duzzadt tüszők, Peyer-plaqueok voltak s az ileumban egy pár, a vakbélben néhány koronagagyságú kerekded vagy ovalis fekély, ép szélekkel, alapjukon fakó pörkkel. A lép jóval nagyobb, puhább, metszéslapja sok vakarékot ad, egy pár ékalakú szürkés necrosist mutat. Mesenterialis mirigyek szintén nagyobbak, velőszérűek, szürkésvörösek. A bonczati kép megerősíteni látszott a klinikai tünetek alapján felvett typhus abdominalis kórisméjét, csak a szokatlan s aránytalan nagymennyiségű vérzések, lép necrosis nem voltak beilleszthetők teljesen a hasi hagymáz szokott bonczati leletébe. Ezeket akkor úgy kellett értelmezni, hogy talán egy súlyos, általános fertőzőnek következménye, a melyben a toxikus hatások érvényesültek inkább, aránylag kevés helyi elváltozás mellett.

A szövettani vizsgálat a lép, a mirigyek részéről a hasi hagymáz felvételét nem erősítette meg, a mennyiben sem typhusbacillusokat nem lehetett azokban találni, sem a typhussal találni szokott szöveti elváltozásokat. E helyett úgy ezekben a szervekben, mint a többiekben is mindenikbe, főleg nagy mennyiségben az agyban, a nagy lymphocyta- és leukocyta-csoportok részint körülírtan, részint diffúz beszűrődés alakjában lepik el az agyat, veséket, májat, lépét, nyirkmirigyeket stb. s legtömegesebben ott, a hol a vérzések találtak. A lymphocyta localis és folytonos szaporodása mellett szólnak az ilyen helyeken nagy számmal található magoszlási alakok.

A fehér véresejtek ezen alakjának ilyen nagymérvű felszaporodása határozottan fehérvérűség mellett szól s a sejtek alakja, festődési viszonyaik, a sejtmagvak kinézése teljesen megfelel azon fehérvérsejt-alakoknak, a melyeneket az összes szerzők egyértelműen az *acute lymph. leucaemia*-ra tartanak jellemzőknek. A heveny fehérvérűség felvételét megerősítik különben utólagosan a klinikai tünetek is, a mennyiben a bántalom gyakran folyik a hasi hagymáz kórképe alatt, sőt volt észlelő, a ki a bonczolásnál is a typhuséhoz hasonló leletet talált olyan esetekben, a hol a heveny fehérvérűség kórisméje már az előben meg volt állapítva. A lép, nyirkmirigyek bonczati változásai nem állandók, nem is teljesen jellemzők mindig a bántalomra, ellenben fontos és diagnostikai szempontból igen értékesíthető a súlyos haemorrhagiás diathesis, a mely ebben az esetben is a nagyszámú, súlyos, kiterjedt vérzésekben nyilvánult.

5. Göth Lajos „Sajátságos bőrbántalom terhességnél” czímen értekezik betegbemutatással kapcsolatosan. (Lásd az „Értesítő” lapjain.)

(IV. szakülés 1903. évi május hó 9-dikén.)

Elnök: Lőte József. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Parádi Ferencz kórházigazgató Deésről bemutat egy meglehetősen súlyos *ichthyosis*-esetet. Beteg Sz. S., 13 éves, kovácsinas Rettegről (Szolnok-Doboka megye). A mennyire emlékezete terjed, mindig megvolt bőrbaja. Bemondása szerint családjában hasonló vagy bármely más bőrbántalom sem felmerő, sem oldalagon nem fordult elő. Jelen esetben a bántalom oly kiterjedt, hogy úgyszólván alig van a testen ép bőrtérlet. Kiterjed az arcra és a fej hajás részére is, hol pityriasis-szerű elváltozást okoz. Legsúlyosabb elváltozások láthatók a háton és a karok hajlító oldalán a könyökizület körül, hol a reptiliák bőrére emlékeztető vastag szigetekre osztott szárfelhalmozódás látható, a száruanyag sajátos zöldes-szürke színével. A mellén és nyakon polygonális, körülbelül fillérnagyságú lemezek láthatók, a melyeknek széle felvált, középe tapad.

Gyógyulásra kilátás alig van. Legfeljebb javulást lehet remélni gondos kezelésre, mely zöld szappanos fürdőkből, szárítóból, illetőleg puhító kenőcsökből állhat. Elhanyagolás esetén a bántalom újlag elhatalmasodik.

2. **Borbély Samu** tordai közkózházi főorvos „100 sérvműtét resultátuma” címén értekezik. (L. Gyógyászat 24—25. számában.)

Hevesi az előadó által említett hólyagvérzést nem fertőzésből, hanem mechanikai okokból magyarázza.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

A kápolnai (Heves m.) körorvosi állás a volt orvos járásorvossá történt kinevezése folytán megüresedvén. Az ezen évi négyezer koronát bizton jövedelmező állás iránt érdeklődő orvos uraknak bővebb felvilágosítással szolgál Kápolna község előljárósága. Keresztény uraknak ajánlatos állás.

Kápolna, 1903. évi szeptember hó 9-dikén.

Kápolna község előljárósága

3451/1903. sz.

Csikmegye felelősi járásához tartozó Gyimesbükk, Gyimesfölsőlak és Gyimesközéplak községekből alakított gyimesi közegészségügyi körben Gyimesbükk község székhelyével az orvosi állomás elhatalmasodása folytán üresedésbe jöven, annak betöltése végett ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állomással 1200 korona évi fizetés, 80 korona lakbér és mint kinevezendő csikgyimesi pályaorvosnak az Ajnádtól Gyimesig terjedő 31-3 kilométer hosszú vonalszakaszon a pályaorvosi teendők végzésért évi 600 korona tiszteletdíj jár. A községekkel és azok közigazgatási területén levő fürésztelepek tulajdonosai-
val egyezség útján megállapítandó látogatási, látélet- és bizonyítványkiállítás díjakon kívül körorvos a védőmoltassért és újraoltásért az országos érvényű díjakat felszámíthatja és a bíróságok felhívására végzett szakértői működéseikért a szabályszerű díjakat igényelheti, székhelyén a halottkémlést és hűssemlét a szabályszerű díjak mellett végezni s községeit havonként kétszer beutazni tartozik. Körközségeinek szegényeit pedig ingyen köteles gyógykezelni. A magánlátogatásokra feleltől fuvart követelhet.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a értelmében eddigi gyakorlatukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám, 1903. évi október hó 4-dikéig nyújtásuk be. A választás Gyimesbükkben, 1903. évi október hó 10-dikén délután 1 órakor fog megtartatni.

Csikszerecs, 1903. évi szeptember hó 3-dikén.

3-1

Fejér Sándor s. k., főszolgabíró.

17,427/1903. K.

A szabolcsvármegyei „Erzsébet”-közkórháznál évi 1000 korona törzsfizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett rendszeresített alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy 1876. évi XIV. t. cz. 63. §-a 3. bekezdésében előírt minősítésüket, valamint eddigi alkalmazásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi szeptember hó 30-dikáig mint záros határidőig nyújtásuk be.

Nyiregyháza, 1903. évi szeptember hó 1-én.

2-1

Szikszay, alispán.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárati	Állás	Hely	Fizetés	Cím
szept. 15.	vgy. főo.	Zólyombrezó	2200 k., lak., 420 k. mellékilletmény	Államvasútak központi igazgatósága
„ 15	kincstári erdész. o.	Rahó	1600 k. fizetés	Erdőigazgatóság Máramaros-Sziget
„ 16	körorvos	Alsó-Nána	1000 k. fizetés	Perezel Béla, főszolgab. Bonyhád.
„ 16	tébolydai m. orvos	Budapest-Lipótmező	1200 k., élelmezés, lakás	Elmegyógyintézet igazgatóság, Belügyminis-terhez czimezve.
„ 18	közs. o.	Czeglédbereczel	1200 k., kézi gyógytár	Teszary László, főszb. Monor.
„ 28	közs. o.	Oka	1000 k. fizetés	Wolff, fzb. Kis-Márton.
okt. 1	körorvos	Jablonka	1400 k. fiz., gyógytár	Csillaghy, főszolgabíró Trsztena.
„ 1	ker. bet. pénzt. o.	Kolozsvár	2000 k. lakás, házi gyógyszerár	Titkár

Dr. PÁPAY VILMOS-féle

oltóintézet

Budapest, Teréz-körút 31. sz.

Kitűnő minőségű és mérsékelt árú

diphtheria-serum elárúsítása.

TELEFON. * Ugyanott: KEFIR-INTÉZET. * TELEFON
Vezető orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion forrás

Salvator



kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes!

Könnyen emészthető!

Csírmentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperj. sz.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, gőrsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratórium vezetője.

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

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymi „BAYER“)

Számárhurut, gégefő és bronchialis catarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készítő

BAYER ANTAL gyógyszerész,

BUDAPEST, VI., Andrássy-út 84

Minden gyógyszerárban kapható. — Ára 1 korona 40 fillér.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.



EUCHININ

Keserőségétől megfosztott chinin.

Ugyanoly gyógyeredmény mint az utóbbi

lázás állapotok, influenza, malária, typhus, hörghurut, neuralgiánál és mint roborans.

Irodalom:

Prof. Dr. von Noorden: Centralblatt für innere Medicin 1896, Nr. 48. — Medizinalrath Dr. Overlaach: Deutsche Medicinalzeitung 1897, Nr. 15. — Dr. Stekel: Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1903, Nr. 23 u. s. w.

Minták és irodalom az orvos uraknak rendelkezésre állanak.

Szállít lobos reactiótól ment, biztos fogamzású

himlőnyirkot

alábbi mérsékelt áron:

1 phiola	2-3 egyénre	1 kor. — fill.
5 vagy több phiola	2-3 „	80 „
1 phiola 10 egyénre	1 „	60 „
1 „ 20 „	2 „	40 „
1-2 phiola összesen	50 egyénre	4 „
1-5 „	100 „	8 „

Vidékre csomagolás és postabér ajánlva 60 fillér, nem ajánlva 40 fillér.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Lechner Károly: A psychopathológiás irány a gyógyászatban. 596. lap.

Glasner Jakab: Az osteomaláciáról és különösen belsőleg adagolt szerekkel való gyógykezeléséről. 598. lap.

László Gyula: Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. (Igazgató-főorvos Kuthy Dezső dr., egyet. m. tanár.) A psychicus állapot befolyása a hőmenetre tüdőbetegeknél. 600. lap.

Ónodi Adolf: A szaglást vizsgáló eszközről. 602. lap.

Tárca. Kétly Károly tanár elnöki megnyitója. 602. lap. — Temesváry Rezső: Levél a szerkesztőhöz. 603. lap.

Közegészségügy. A cséplőgépeknél készletben tartandó első segélynyújtáshoz szükséges szerek. — A gyógyszerkülönlegességekről és titkos összetételű gyógyszerkezelésről alkotott szabályrendelet. 603. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Marikovsky György: A dysenteria aetiologiájához. 604. lap. — Könyvismertetés. Sella József: A bőr és venereás

betegségek tankönyve. (Ráskai.) 605. lap. — Lapszemle. Gyógyszer-tan. Sigel: Rheumatizmus. — Belgyógyászat. Sturtz: Intestinalis autointoxicatio. — Kisebb közlemények az orvostudományról. Model: Pertussin. — Aronstam: Herpes genitalis. — Martinson: Hedonal. — Folyóiratok átnézete. 605–606. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmazások. — Gager Károly. — Havas Adolf. — Ónodi Adolf. — A budapesti királyi magyar tudomány-egyetem megnyitó ünnepélye. — Syphilis átoltása majomra. — A marseille-i pestisveszedelem. — Pályázat szegény orvosok, orvosok özvegyei és árvái számára. — Fürdőink személyforgalma. — Máramaros vármegye kórháza. — Megjelent. 607. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Az Országos Orvos-Szövetség congressusa. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvos természettudományi szakosztálya. — Szegedi Orvosegyesület ülései.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A psychopathológiás irány a gyógyászatban.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlésén előadta Lechner Károly dr. egyetemi tanár.

Örök időkre szóló igazságok az orvosi tudományok körében fel nem állíthatók. A pathologia elméletei sűrűn váltják fel egymást. Mindazonáltal megismerésük perczében nemesak uralják az orvosi ténykedéseket, hanem új irányt is adnak a kutatásnak.

A mióta Faraday és Maxwell szembe helyezte Newton és Humboldt makrokosmosával a mikrokosmos világát, a physika a távolba ható erők elve helyébe a közelhatás axiomáját állította. Parányi, közelbenható mozgásokra vezetjük most vissza a világ tüneményeit és ilyeneknek minősítjük a vegyi folyamatokat is. A vegyületekben azonban — Thomson szerint — a molekulákat alakító és bontó chemiai mozgásokon kívül érvényesülnek még physikai természetűek is, mert minden atomnak elektromos töltéssel is kell birnia. Az elektromosság az ionnak olyan tulajdonsága, mint akár annak anyaga, vagy tömege. Innét van, hogy a vegyi alakulás és a vegyi bomlás mindenkor az elektromosság felhalmozódásával, vagy annak kisülésével jár karöltve.

Valahányszor az utóbbi folyamatok csupán ingerlő beavatkozásokra, az azokra való visszahatás eredményeként következnek be, az anyagot élőnek, a jelenséget életnek nevezzük. Le Dantec vizsgálatai valószínűvé tették, hogy az élő anyag visszahatásának összes tüneményei elektromos indításokkal párosult vegyi folyamatoknál nem egyebek.

De akárhogyan legyen, a visszahatás képessége mindenesetre az élet legfőbb sajátága. Tényleg minden, a mi él, reactiót mutat. A reactio tulajdonságával bir az élő protoplasma. Ezt leljük meg az egysejtű lényeknél épen úgy, mint a legszövődményesebb alko-

tású szervezeteknél. Köztük az átmenetek legioja észlelhető. Mindnyáján megegyeznek abban, hogy az ingereket megérzik, hogy ezen érzéseket egymáshoz, illetve az ingertárgyhoz viszonyítják és hogy a viszonyításhoz alkalmazkodó módosulásban az ingerekre vissza is hatnak.

Az érzés és az érzésviszonyítás szülte ezen visszahatást egészében reflexnek szokás nevezni. A reflex fogalmában tehát benne foglaltatik az érzés különfélesége (az érzékelés, az észreveszés, a közérzet, a hangulat), benne van továbbá az érzésviszonyításnak minden alakja — a mit köznyelven gondolkodásnak hívunk — (a felismerés, a megítélés, az emlékezés, a következtetés), és benne találjuk végre a visszahatásnak összes módjait (a visszahajló mozgást, az összevágó mozgást, az ösztönös mozgást és az akaratos mozgást). Az érzés tényeit bevetítéseknek, a viszonyítás eseményeit társításoknak és a visszahatás eredményeit kivetítéseknek mondjuk.

Mihelyest elismerjük, hogy a — az élet legfőbb sajátágai — reflex magában foglalja az érzésnek, a gondolkodásnak és az akarnak, ezen igazán lelki tényeknek eseményeit, el kell ismernünk azt is, hogy psyche nélkül nincsen élet és minden életjelenségnek lelki tüneményekkel kell együttjárnia.

Valóban az élet és a psyche egymástól el nem választható fogalmak. Minden a mi él, életét reflexben mutatja és minden reflexben — kétségen kívül — benne van a lelki mozzanat.

Persze minél tökéletesebb valamely élő lény, annál komplikáltabbak a reflexeinek mechanizmusai.

A magasabbrendű állatoknál az érzést közvetítő készülékek különálló bonyolódott szerkezetek (érzékszervek, érző felületek). Épen ilyen bonyolódottak a reactio szervei (izmok, mirigyek). Valamennyinél bonyolódottabbak azonban az érzésviszonyítás apparatusai (agyvelő, gerincvelő, sympathias idegrendszer), a

melyeknek központjait, pályáit és kapcsolatait részleteikben felismerni szinte lehetetlenség.

Ezekkel szemben állanak az egysejtű élő lények egyszerű szervezetei. Protoplasma-rögücskéjükben ezek is benne rejtik — bár durvább és tökéletlenebb formában — mindazokat a képességeket, a melyek a legtökéletesebb reflexben szemünkbe ötlenek.

Négyféle reflextypust lehet megkülönböztetni. (Lásd az 1. táblát).

1. tábla. Reflextypusok.

	Veleszületett		Szerzett	
	Külső	Belső	Külső	Belső
Bevetítés Társítás Kivetítés	Érzékelés Felismerés Visszahajló mozgás	Közérzet Emlékezés Ösztön	Észrevezés Megítélés Összevágó mozgás	Hangulat Következtet. Akarat
Eredmény + -	Közelítés Távolítás	Keresés Kerülés	Tárgytítás Kifejezés	Személyesítés Eszményítés

Akár az érzékelés reflexeit nézzük, a melyek a külső világ ingereire válaszolnak, akár a közérzet reflexeit vizsgáljuk, a melyek a belső életműködéseinknek reactioni, akár az észrevezés reflexeit szemléljük, a melyek belső érzéseinknek a külvilághoz való viszonyítása révén az objectiválás tényeit teremtik, akár pedig a hangulatok reflexeit tekintjük, a melyekkel a külvilág adta érzéseinket subjectiválni megtanuljuk: mindenik reflexminőség csirája benne található az őz protoplasma anyagában, sőt mi több, benne leljük még a gyarapodásnak, a szaporodásnak, az öröklésnek és az evolutionnak tulajdonságait is. Valóban Danilewski, Famintzin, Bachterew, Borodin, Korschinski, Fechner, Bunge, Lamark, Krol, Darwin, Kronthal és mások kutatásaikkal kétségtelenül tették, hogy a protoplasma élő anyagában az életet adó mechanikai és chemiai principium a psyche principiumától el nem különíthető valami. Egyik a másikat feltételezi. Semelyik a másik nélkül fenn nem állhat.

Elfogadva már most azt, hogy az élet mindenkor reflexeket közvetít, valamint elismerve azt is, hogy a psyche jelenségei csakis a reflex tényeiben érvényesülnek: nem tagadhatjuk többé azon törekvésnek jogosultságát sem, a melynél fogva az orvosi tudomány újabbán a pathologiás jelenségek mindegyikében a psyche közreműködését is nyomozza.

Igazán rendkívüli tág tér nyílik a psychopathologia révén az orvosok búvárkodása számára. Tudományunknak nincsen olyan fejezete, a melybe a psyché kereső elme behatolni ne igyekeznék.

A legrégebbi korban is már az orvosok a lelki momentumokat figyelemmel kísérték az aetiológia, a diagnosis és a therapia terén. Tudták pl., hogy az ijedés, a felindulás, a bú, a gond, az öröm, stb. különféle betegségeket idézhet elő. Tudták, hogy a kedélyállapot felismerése, a lelki magatartás megítélése, a cselekvések elbírálása sok esetben a helyes diagnosishoz vezet. És gyógyszerként is használták a lelki behatásokat, bár a suggestio lényegéről még fogalmuk nem volt. Asklepiades, Aurelianus, Celsus a zenét, Delius a vigaszt, Sydenham a nevetést gyógyszerül használta. Tissot a nevetéssel tályogokat nyitott és nehéz szüléseket könnyített. Sterne meg éppen az angol Materia-Medica-ba kívánta felvételni a nevetést, bizonyítván, hogy ez a legjobb étvágygerjesztő, töle meghízna az emberek. Régóta ismeretes dolog, hogy a félelem fájdalmat csillapít, az öröm migrant szüntet s az ijesztéssel nemcsak csuklást, hanem vérzéseket is sikerül megállítani. Hippokrates a köszvény ellen a haragot találta a legjobb orvosságnak. Legfőbb orvosságunk pedig — a mióta csak emlékezünk — az ágyynyugalom, a mely tulajdonképpen a psyche nyugalma, a reflex tevékenységének a minimumra való szorítása.

Manapság a lelki tényezőkkel számolni többé-kevésbé minden orvos megtanult. Hiszen tapasztalhatta, hogy akárhány betege már jobban érzi magát, mihelyest csak az ágyához közelít. Ki ne ismerné az orvos biztató szavának rendkívüli hatását? Ki ne tudná, hogy a bizalom, a remény tetemesen fokozza az izmok tonusát s vele a szívnek, a lélekző mellkasnak az erejét? Ki ne észlelte volna, hogy az öröm duzzasztja a test szöveteit, a bánat

nedvteleníti azokat? Ismerjük a gond, a bú, a fájdalom fárasztó hatását, a félelem bénító erejét, az ijedés szívizgató, bélhűdítő, verejtékezést keltő, húgyelválasztó következményeit. Lelki izgatottság állapotában az inreflexek fokozódnak. Az aggodalom, a zavarbajutás, a habozás a mozgások coordinatioját csökkenti. A lelki feszültség, az úgynevezett „Druck“ a reflexek aránytalanságait, túlzásait, perverzításait eredményezi. Szóval köztudomású dolog, hogy a lelki mozzanatok számottevő testi változások forrásai, s mint ilyenek, az orvoslás műveleteiben el nem hanyagolható tényezők.

A modern kor ébresztette lüktetőbb életre azt a lelkes iparkodást, a mely a pathologia összes tényeiben a psyche játékát keresi. Valahára odáig jutottunk, hogy az úgynevezett functiobeli betegségeket tudományos elemzés alá vesszük, nem ignoráljuk többé azokat és nem engedjük át áldozataikat a kuruzslók hasznosító uzsorájának. Hiszen az emberiség több mint egy harmadrésze szenved ilyen bántalmakban. A physikai, a chemiai és a mikroszkopi vizsgálatok nemleges eredménye még nem jogosít fel arra, hogy a képzelet világába utaljuk ezen bajokat. Charcot, Bouveret, Möbius, Strümpell, Oppenheim, Janet, Buttersack, Löwenfeld, Müller, Martius és mások megmutatták az utat, a melyen sikerrel haladhatunk. A reflex lényegének megismerése a nyom, a melyet ez úton a tudomány már is kitaposott magának.

Bár a reflex mindenkor csak egészében, az érzésnek, a viszonyításnak és a reactionnak együttes jelentkezésével érvényesülhet, mégis — a kóros functiobeli bántalmak különfélesége után ítélve — nem tagadható, hogy a kórság alakításában az egyes tagozatok (bevetítés, társítás, kivetítés) mindegyike más-más arányban vehet részt. Hol az érzés, hol a viszonyítás, hol a visszahatás megváltozásából fakadhat a baj. De bármelyik legyen az ok, mindenütt ott, a hol a bevetítés szervei, a társítás útjai, a kivetítés készülékei kimutatható anyagi elváltozásokat nem tüntetnek fel, a reflexesemények zavarai a pathogenesis egyik új principiuma adódik. Ez a psyche kórokozó principiuma.

A psyche kórokozó principiuma tehát első sorban a reflex functiobeli zavarait nemzi.

Tudjuk, hogy a functiobeli zavar akkor támad, a mikor az élő anyag ingerlékenysége fokozódik avagy csökken. Mihelyest a vegyi assimilatiók és dissimilatiók, az elektromos expansiók és explosiók a bevetítés körében a szokottnál könnyebben vagy nehezebben létesülnek, az élő anyag ingerlékenysége nagyobbodik vagy kisebbedik. Az ingerküszöb alászáll vagy felemelkedik. A bevetítő érzés inkább, vagy kevésbé könnyen válik kiválthatóvá. Ezen jelenség egyénenként, az időhöz kötve és az inger minősége szerint nagyon változó. Hiszen az ingerlékenységet illetőleg mindnyáján mutatunk egyéni sajátosságokat. Egyikünk a hangérzés, másikunk a színérezés, egy harmadik egyéb érzés tekintetében válik ki a többiek közül. Némely ily szöveti vagy szervi nagyobb ingerlékenységünket, esetleg ebbeli fogyatékosságunkat, alkati sajátosság alakjában hozzuk a világra. A másikat életünk folyamán szerezzük meg. Olykor ezen túlos vagy hiányos ingerlékenységünk kizárólag bizonyos ingerfajokra szorítkozik.

A bevetítő érzést inkább vagy kevésbé közvetítő ezen sajátosság azonban a reflexet kórossá még nem teszi. Legfeljebb fokozódik vagy csökken az érzéköpesség. Kórossá csak akkor válik a reflex, a mikor azonfelül a másik két tagozat egyikének vagy másikának ingerlékenységi állapota is megváltozik. Kóros reflexről tehát csak akkor beszélhetünk, a mikor a tudatos érzés-viszonyítás tehetsége és a kivetítés reactioja szintén fokozódik, avagy csökken. Ezáltal a reflex teljessége lényegesen módosul. Négyféle ilyen módosulás lehetséges. (Lásd a 2. táblát.)

Valahányszor akár a fokozott, akár a csökkent bevetítés kapasan csökkent értékű tudatossággal járó érzéstársítások és egyúttal lényegesen gyengült reactiók lépnek fel, a lassú vagy a gyenge hypostheniás reflex áll elénk. Ez a kóros gátolás, a fékezés reflexe. Vele a tudatossággal arányban fogy a visszahatás ereje.

A mikor a megváltozott bevetítés fonálán túlos tudatosságú érzéstársulás és vele együtt megerősödött reactio keletkezik, a gyors vagy erős, hyperstheniás reflex jön létre, a mely a kóros bezzentésnek (Bahnung) reflexe. Általa a tudatosság élénkülésével párvonalban nő a reactio eredménye is.

2. tábla. Kóros reflexek.

+ = fokozódás — = csökkenés	Hypostheniás		Hyperstheniás		Parastheniás		Palinstheniás	
	Lassú	Gyenge	Gyors	Erős	Nehéz	Félszeg	Könnyű	Fonák
Bevetítő érzés	+	—	—	+	—	+	+	—
Társító viszonyítás	—	—	+	+	+	+	—	—
Kivetítő visszahatás	—	—	+	+	—	—	+	+
Eredmény	Kóros gátolás		Kóros bezzentés		Kóros fáradás		Kóros gyakorlás	

Félszeg és nehéz, illetőleg parastheniás (pervers) reflexnek az mondható, a melynél a megváltozott bevetítés során élénk tudatosságú érzésvizonyítás, de gyöngye vagy hiányos reactio mutatkozik. Ez a kóros fáradásnak a reflexe és benne a tudatosság növekedésével arányban fogy a reactió munkája hatása.

Végre fonáknak vagy könnyűnek, más néven palinstheniásnak (paradox) azt a reflexet jelezzük, a mely a bevetítés változásait elégtelen, esetleg egészen hiányzó tudatosságú érzésvizonyítással, de felette erős reactioval kíséri. Ez a kóros gyakorlás reflexe. Sajátsága az, hogy a reactio annál erőteljesebb, minél kevesebb tudatossággal jár.

A parastheniás reflex jellegzi pl. a neurastheniát. E betegségnek fővonása — Cohn szerint — az a határozott és erős tudatosság, a melylyel a beteg érzéseiről hírt veszen, akár túlosak, akár fogyatékosak legyenek azok. Mellette feltűnő gyengének mutatkozik a szervezet reactivitása.

Vele ellentétben áll a hysteria kórképe. Benne a palistheniás reflex révén a tudatosság csökkenése az érzéstelenség növekedhetik, mialatt a reactiók túlzásai valóságos orgiákat ölhetnek.

A tiszta mániás állapot hyperstheniának folyománya. Az emelkedett hangulattal, a felmagasztosult közérzettel, a fokozott érzékeléssel és tökéletesült észrevevéssel egyetemben a tudatos érzéstársulást és a reactióképességet is növekedni látjuk.

Ismét mást mutat a hypostheniás melancholia. Ennél a reflex minden tagozatában beáll az ingerlékenység fogyatékosága. (Folytatása következik.)

Az osteomaláciáról és különösen belsőleg adagolt szerekekkel való gyógykezeléséről.

Irta: Glasner Jakab dr. tb. járási orvos.

Osteomalaciás betegeknél belsőleg adagolt szerekekkel elért gyógyeredmények teszik kötelességemmé, hogy észlelteimet közöljem. Tudom, hogy munkám sok tekintetben hiányos, de mint körorvosnak, olyan sok irányú elfoglaltságom van, hogy nincsen physikai időm arra, hogy tárgyat úgy dolgozzam fel, a mint ohajtanám. De ez a dolog lényegén mit sem változtat és hiszem, hogy a már meglevő adatokhoz hozzájárulva, mások majd tökéletesítik a javallatokat és végre sikerülni fog a jelenleg divó, a befeg nőket egyik legfontosabb élettani szervüktől megfosztó műtétet, általam még nem praecizirozható szűk térre szorítani, melynek véghatára, úgy gondolom, azon legnagyobb fokú medeneze szűkület volna, a mely mellett a belső szerekek már gyógyult nő terhessége esetén a szülés az anyára nézve műtéttel sem volna kedvezően befejezhető. Mert hogy nagy fokú szűkületnél is symphysiotomiával a szülést mindkét félre kedvezően lehet befejezni, azt leirandó esetem bizonyítja.

Mivel lehetőleg hű képét akarom nyújtani azon viszonyoknak, melyek mellett járásunkban az osteomalacia előfordul, leírom mindazt, a bántalom lefolyásával együtt, a mit ez irányban szükségesnek látok. Különösen előbbt annál is inkább, mert ennek megismerése az osteomalacia kórkáról is némienemű felvilágosítást nyújt.

Kóroktan.

Vidékünkön, eltekintve a hurutos bántalmaktól, a szívnek szervi megbetegedése képez uralkodó bántalmat. Más megbetegedések az egyes osztályoknál, szokásaik és életviszonyaiknak megfelelőleg, majdnem éles határokat képeznek, míg egyiknél a lues, addig másiknál a tüdővész és különösen az osteomalacia fordul elő leginkább. Egynek kivételével, összes osteomalaciás betegek a legszegényebb zsidó nők közül kerültek ki. Ezen tény ismerete vezetett arra, hogy ezen osztály életviszonyait közelebbről megismerjem.

A máramarosi zsidó szegény, élete örökös küzdelem a legkétségbeesettebb nyomorral. Már a természeti viszonyok is olyanok, hogy a szegény ember nem bír velük megküzdeni. A községek átlag szűk völgyekben fekszenek, azért belterületük kicsiny. A magasabban fekvő részek képezik a forgalmi vonalakat, de itt a telkek rendkívül drágák, ez oka, hogy a szegény ember lekerül a mocsaras, lapályos részre. Tavasszal, nyáron és ősszel megvan, úgy a hogy, de egy nagy csapás ekkor is kísérti, ugyanis mifelénk bő és gyakori esőzések vannak és a lapályon fekvő házak sokszor vannak vízben. A víz mint ellenség követi a szegény embert télen is. Befagynak a lapályt több irányban átszelő patakok, de a rohamosan dagadó víz a jégkérget egyes helyeken feltöri, felszínre jön, ismét befagy és ez megismétlődik mindaddig, míg a lapályon fekvő ház télen is víz alá kerül.

A tél hosszú, átlag jó öt hónapig tart, nagyon hideg, a fa az itteni pénzviszonyokhoz mérten drága, a talaj rendkívül módon szennyezett és nedves. Ilyen helyre lesz felépítve a fából készült kis ház, a melynek egyik helyisége istálló, a másikban lakik összezsúfolva a többnyire nagyszámú család a legszükségesebbek hiányával.

Elszorul az ember szíve, ha különösen télen egy ilyen lakásba belép. A levegő fojtó gőzzel telt, egy ágynak nevezett alkotmányon, nyirkos szalmán, rongyokba takarva ül 4—5 gyermek. Elaludna egyik vagy másik, de felriad, mert arcába csap a szoba menyezeteről lehulló jéghideg vízcseppek. A szoba padlózata gombás, fala penészes, minden csupa nedvesség. 2—3 gyermek rachitikus, a többi bélhurutos. Csupa bőr és esont. Az anya osteomalaciás és terhes, és mind olyan nagyon éhes.

A férfi minden erejét megfeszítve dolgozik, de így sem képes megkeresni annyit, hogy családját a legszükségesebbekkel ellássa. Nyomorának fokozásához hozzájárul az is, hogy vallásához mereven ragaszkodik és mivel az általa élvezhető táplálékok drágák, annyira rosszul él, hogy rejtélynek látszik, hogy ilyen táplálkozás mellett van ereje nehéz munkájának elvégzésére. Fő táplálékát a burgonya képezi, hanem ebből is különösen télen kiszámítással kell élni; ha olajjal és vöröshagymával készítheti azt el vagy ha tejbe főtt kukoricazisztet ehetik, az már esemény-számba megy. Így él a szegény máramarosi zsidó, nap nap után és a táplálkozás ezen egyhangúságát csak ünnepek alkalmával szakítja meg, mikor is olcsóbb húsrészekből készít magának valamit.

Ezen hiányos táplálkozást a többi hygienikus viszonyok rosszasága mellett már magában is hajlandó volna az észlelő az osteomalacia kórkának tekinteni. Érthetőnek látszik, hogy ilyen egyoldalú táplálékból a szervezet sokoldalú szükségletét fedezni képtelen, de ezen feltevessel nem magyarázható meg az, hogy miért betegszenek meg csak a nők.

Ha végig nézek osteomalaciás betegeimen, két lényeges körülmény mindegyiknél feltalálható. Mindannyian a legszegényebb osztályhoz tartozó nők és már többször szültek. A legtöbb betegnél az osteomalacia első tünetei egy terhesség tartama alatt jelentkeztek, ha még ehhez azon tény is értékelem, hogy az osteomalacia megismétlődő terhesség esetén feltűnően súlyosbodott, akkor a terhesség és osteomalacia közötti oki összefüggés kétségtelennek bizonyul. Különösen a rövid időközökben megismétlődő terhességek bírnak nagyobb befolyással.

Keresve az osteomalacia kifejlődésének valószínű okait, két körülményt kellett még mérlegelnem.

1. Van-e szerepe a megbetegedés kifejlődésében az örök-lékenységeknek? Eseteim kapcsán azon biztos következtetésre jutott-

tam, hogy ninesen, sőt tovább kutatva bizonyítottam látom azt is, hogy a multban vidékünkön osteomalaciás betegek nem voltak. Ezen utóbbi tény ismeretét különösen fontosnak tartom, mert általa is bizonyítottam látom, hogy az osteomalacia kifejlődésében milyen fontos szerepet játszanak a szegénységgel együtt járó rossz hygienikus viszonyok. Köztudomású tény, hogy vidékünkön a multban a megélhetés könnyű volt, sok volt az erdő, nagy a kereset, így elesett az osteomalacia kifejlődését előmozdító tényező, a nyomor.

Valószínűleg fontosabb szerepe van a másik körülménynek. Vidékünkön még a legközelebbi multban is ősi rossz szokás volt, hogy a zsidó nők átlag nagyon fiatalon mentek férjhez. Igaz, hogy a menstruatio megindulásával a nő ivarérett lesz, de a szervezet fejlődése ezzel egyidejűleg még nem fejeződött be. Feltevé, hogy egy fejletlen, a legrosszabb hygienikus viszonyok között élő 15—16 éves leány férjhez megy és teherbe esik: a szervezet tartaléka, mely az anya fejlődésének befejezéséhez szükséges, most már két irányban oszlik meg; milyen közelálló azon feltevés, hogy ez vagy mindkét fél, vagy az egyik rovására történik, és a szervezet által elhasznált anyagok pótlása lesz hiányos és ilyenféleképen fejlődik ki az osteomalacia.

Kétségtelennek gondoltam, hogy fent leírt tényezők legtöbb esetben együttesen képezik az osteomalacia kórokát. De kiindulva azon igazságból, hogy egy megbetegedés csak akkor gyógyulhat, ha a kór oka megszűnik és látva, hogy a változatlanul fennálló rossz hygienikus viszonyok dacára az általam követett gyógy-módra a betegek gyógyulnak, fel kellennem, hogy van az osteomalacia egy még ismeretlen megindító oka, és a rossz hygienikus viszonyok és a terhesség csak olyan szükséges tényezők, melyek nélkül a betegség kifejlődni nem tud. Hogy ezen ismeretlen megindító ok vegyi folyamat, vagy mikroorganizmus által megindított folyamat, arra válaszolni nem tudok.

Kórtünetek és kórlefolyás.

A klinikán osteomalaciás beteget nem láttam, ez, és főleg, hogy tizenegy éves gyakorlatom elején kifejezett osteomalaciás beteget nem észleltem, teszik érthetővé, hogy a megbetegedést diagnosztizálni nem tudtam. Láttam nőket, kik panaszkodtak, hogy hosszabb idő óta, a mélyebb részekben járáskor fokozódó fájdalmakat éreznek. Ismételtén hívtak szülni nem tudó nőkhez, hol a szülés nem haladt elő. Minden másra gondoltam, csak osteomalaciára nem. Végre láttam kifejezett eseteket, s így lassan ismertem meg ezen bántalmat, melyről azt hittem, hogy hazánkban nem fordul elő. Később olvastam az Orvosi Hetilap számaiban néhány idevágó esetről, s így lettem biztos diagnózisom helyességében.

Az osteomalacia nagyon kínos, lassú lefolyású bántalom, mely eltekintve attól, hogy a betegeknek legtöbb esetben alig elviselhető testi fájdalmakat okoz, azok lelkiületére is nagy fokban hat. Míg a legtöbb kóralagnál, a beteg megbetegedésének nyilvánulását, hogy úgy mondjam kézzelfoghatólag nem látja, addig az osteomalaciás megbetegedését rövidebb-hosszabb idő múlva felismerve, lelki erejét hamar elveszti. Általa ismert esetek kapcsán, maga előtt látja szomorú jövőjét, csupa önmegfigyelés lesz és időnként megrémülve fedezi fel a legkifejezőbb tünetek szaporodását.

A betegség időtartamát meghatározni megközelítőleg sem lehet, főleg azért, mert csak következményeiben halált okozó. Ismerek nőket, kik 8—10 éve betegek és még gyakorlatom elején halt el egyik bronchitisban, ki 15 évig szenvedett osteomalaciában.

A betegség lefolyása egymástól elég élesen elkülöníthető három időszakra osztható.

A *kezdeti időszak* elején, mely már magában is nagyon elhúzódó, a komoly bántalomra jellegző tünet ninesen. A rosszul táplált nőbetegek, többnyire egyidejűleg a mellkas két oldalán, a keresztcsontnak és a csontoknak megfelelőleg a mélyben levő, élénken nyilvánuló szűró fájdalmakról panaszkodnak, melyek kisebb alábbhagyásoktól eltekintve, állandóan fennállanak. Az orvos ezen fájdalmakat rheumatikus eredetűeknek tartja és ezen tévedése nagyon természetes, mert egyes részekben a fájdalmak időnkénti alábbhagyása által a rheumatismusra leginkább jellegző vándorló hajlam is utánozva lesz. Azonban a leggondosabb kezelésre sem észlelhető javulás. Ez méltán teszi gondolkozóvá az orvost és

tereli arra, hogy a fájdalmak okát más irányban keresse. Ha rosszul táplált zsidónő a beteg, kinél a fájdalmak egy terheesség tartama alatt léptek fel, akkor ez a mi vidékünkön nagyon gyanús. A fájdalmak hovatovább fokozódnak, azonban észrevehető járási nehézséget még nem okoznak.

Lassan fejlődik ki az első jellegző tünet, mely egy saját-lagos járási modorban nyilvánul. Jellegzőnek tartom azért, mert kivétel nélkül mindegyik esetben megvolt. Ezen járási modort leginkább mondhatnám kaecyszerű járásnak. Áll pedig abból, hogy a betegek menésközben, mikor egyik lábukat fel akarják emelni, felső testrészüket mereven hátra felé tartva, az ellenkező irányban hajlítják. Ezen járási modor már fontos tünet és ismerve az osteomalaciás csontelváltozásokat, magyarázható is. Járás alkalmával a csontok megmozgatása által fokozódnak a fájdalmak is, hogy ez minél kisebb legyen, a betegek czombizmaikat erősen megfeszítik, a felső testrésznek az ellenkező oldalra való hajlításával pedig elérik azt, hogy a járás a csontok kisebb fokú megmozgatása által legyen kivihető. Hasonló ezen folyamat a coxitis izom-merevségéhez.

Betegeim között többen vannak, kiknél ezen járás-modort látva, az utczán ismertem fel betegségüket. Figyelmesebb megvizsgálás, kimutatott csontalakváltozások és a követett gyógy-móddal elért sikerek igazolták feltevésem helyességét.

Magától értetődik, hogy a járás ezen módjához nagyobb munkakifejtés szükséges. A betegek hamar elfáradnak és így megkezdődik a betegség nehéz szaka.

Igy lép lassan a megbetegedés második időszakába, mely időszakra jellegző, hogy a csontok szilárd alkatrészeit részben elvesztik, és a nyomási irányoknak megfelelően alakváltozásokat szenvednek.

A leginkább megtámadott, nyomásnak és vongálásnak kitett csontrészeknek megfelelőleg észlelhetők az első tünetek. Legtöbb esetben a czombcsontoknak ívszerű kifelé hajlása észlelhető első sorban. Ezen tünet korai kifejlődéséhez nagyban hozzájárul a már fentebb leírt czombizmoknak járás alkalmával való megfeszítése és az egész felső testrésznek a czombcsontokra való nyomása.

Mint szembeszökö tünet elég korán ismerhető fel a gerincoszlop physiologiai elhajlásainak fokozódása. Ezen két elváltozás együttesen eredményezi a betegeket méltán megrémítő tünetet. Az a szegény beteg egyszerre csak észreveszi, hogy tetemesen kisebb lett. Ez és a mindinkább fokozódó csontfájdalmak indítják a közömbösebb betegeket is arra, hogy orvoshoz forduljanak.

Többnyire egy megismétlődő terhesség oka, hogy a bántalom váratlanul rohamosan fejlődik ki. Még egy ideig egy, majd két botra támaszkodva jár a beteg, de hogy milyen nehezen, azt leginkább mutatják a tenyereken kifejlődő bőrhorzsolások. Majd erre is képtelen és két kezével czombjaihoz támaszkodva vonszolja magát tova, míg teljesen szobára lesz utalva és mint jární kezdő gyermek szilárd tárgyakhoz támaszkodva halad. Végre ágyban fekvő sinylődő lesz, terhe önmagának és környezetének.

Ezen időszakban fejlődnek ki a többi csontalakváltozások, melyek legnagyobbbrészt a megbetegedésnek egyenes következményei, de részben egymás folyamánai is.

A legtöbb esetben a gerincoszlop elváltozása a physiologiai hajlások fokozódásánál nem áll meg; ha egyes csigolyacsoportok erősebben lesznek megtámadva, a legnagyobb fokú kyphosisok és lordosisok fejlődnek ki. A gerincoszlop elhajlási fokának megfelelőleg a bordák és a velük szorosan összefüggő mellest is megváltoztatják helyzetüket, különösen utóbbi annál inkább, mert csontállománya legtöbb esetben erősen meg van támadva. Majd nagyobb eséssel bíró lejtőt képez, majd síkjában lesz megtörve. Egy esetben a manubrium sterni mélyen besülyedt, úgyannyira, hogy a jelenlevő légszomjat részben a légcsőre gyakorolt nyomásból magyaráztam, teste pedig merész ívet képezve domborodott ki, szabálytalan félkört képezve. Több esetben a felső bordák egyidejűleg mindkét oldalon összenyomatnak, néha ívszerű vájulatot képezve. Ezen tünetet minden valószínűség szerint a felkarok nyomása eredményezi, leginkább azon időszakban, midőn a járást megkönnyebbítendő a két kar a czombokhoz lesz támasztva. A fejlődött kyphosis nagyságától és alakjától függ, hogy a két lapoccsont milyen fokban lesz kifelé nyomva.

Ha ez nagyobb fokban történik, akkor a két felkar szokatlan, ügyetlen tartásba jön.

A gerincoszlop elhajlásának megfelelőleg a mellkas leereszkedik, az alsó bordák a kifelé hajló csipőcsontokon fekszenek, tetemesen kisebbitve a has üregét. A hasi zsigerek kisebb térre lesznek szorítva, így minden irány felé nyomást gyakorolnak. Ezen belső nyomásnak engedve, az alsó könnyen mozgatható bordák kifelé nyomtatnak. Ez az oka a legtöbb esetben kifejlődő, kisebb-nagyobb fokú lógó hasnak is.

A mellkast képező csontok alakváltozásai olyan sokféleképpen módosulhatnak, hogy azt híven leírni nem lehet. Végeredményben a mellüreg térvizsgálatai kedvezőtlenül alakulnak, a benne levő fontos szervek szabályos működését akadályozva.

A gerincoszlop elhajlásával, a megbetegedéstől függetlenül is, további elváltozásokat eredményez a vele közvetlenül összefüggő csontokban. Az elhajlás nagyságától függőleg változik meg az alsóbb részekre gyakorolt nyomási irány és ennek megfelelőleg helyezkedik el a keresztcsont és a vele szorosan összefüggő medence; a keresztcsont helyzetváltozása abban nyilvánul, hogy felső részével mélyen befelé nyomul, alsó része pedig kifelé helyezkedik; valószínűleg az ülés közben elszorított nyomás eredményezi, hogy később a keresztcsont alsó része is befelé nyomul és végeredményben egy domborulatával hátrafelé néző ívet képez.

A medence követi a keresztcsont helyzetváltozását. Egyes esetekben a medence közel a vízszinteshez áll, úgyannyira, hogy mint egy esetem is mutatja, a medence tengelye mellfelé halad.

Mivel az osteomalaciás betegek kivétel nélkül nők, a medence képező csontok alakváltozásai a legsúlyosabb következményekkel bírhatnak.

(Folytatása következik.)

Közlemény az Erzsébet királyné-sanatoriumból. (Igazgató-főorvos Kuthy Dezső dr., egyet. m. tanár.)

A psychicus állapot befolyása a hőmenetre tüdőbetegeknél.

Írta: László Gyula dr., az Erzsébet királyné-sanatorium I. assistense.
(Vége.)

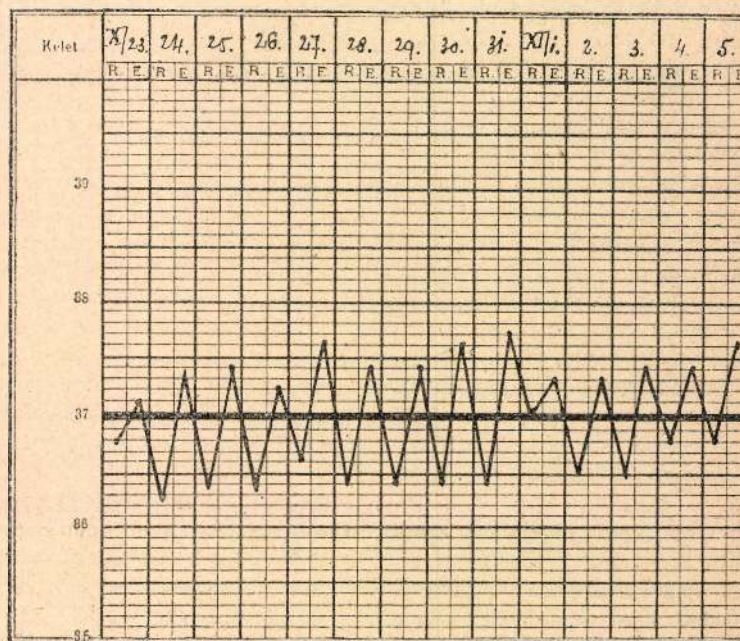
Az alábbiakban a lelki izgalommal kapcsolatos hőmérséki ingadozások egy másik alakjával óhajtók foglalkozni; ezekből kevesebbet sikerült észlelnünk, bizonyára ezen hőmeneti kép ritkább előfordulása miatt.

Vannak tüdőbetegek, kiknél a kedélyre ható bizonyos tényezők a hőmérsék esését vonják maguk után. Többszörre kellemes, megnyugtató behatások alatt a lázas hőmérséklet kimutatható módon alább száll, legtöbbször csak ideiglenesen, néha azonban — valószínűleg más tárgyi tényezőkkel való véletlen coincidentia révén — az ily módon alászállott hőmenetet állandósulni is láttuk.

Terhelt családból származó G. J. gimnáziumi tanuló aránylag csekély physicalis elváltozás mellett a tuberculosis intoxicatio súlyos alakját mutatja. A hónapokon keresztül lázas beteget hosszabb időn át ágyban tartva gyógykezeljük partialis ledörzsölésekkel, törzsborításokkal és antipyreticumokkal, majd heteken át fekvő kúrát végez nyitott folyosóján, tartózkodva minden mozgástól, azon általános tapasztalat alapján, hogy a mozgás febrilis egyéneknek a hőemelkedést elősegíteni szokta. A heteken keresztül 38°-os, s annál magasabb lázzal bíró betegnek hőmérséklete először süllyed 37°-ra azon napon, a mikor tekintettel a lázas hőmenetnek a physicalis nyugalom mellett is fennállott makacságára, próbaképpen az étkezésekhez az emeletről való lejárás (felfelé lift) neki megengedjük. Hat napon keresztül azután az utóbb jelzettel magasabb hőmérsékletet nem is látunk nála, csupán ezután emelkedik temperaturája ismét 38°-ra, a mikor látogatót fogad, míg a következő napokon ismét 38° alatt marad a högörsbe, dacára annak, hogy az étkezésekhez való lejárás felül ekkor már napi egy negyed órai sétát is engedélyeztünk. Közel fekvő a feltevés, hogy a betegnek az említett immobilisatio vége felé mindjobban fokozódó türelmetlensége s az ez által okozott kedélyi izgalom gátja volt a hőmenet utóbb tapasztalt relatív alászállásának, mely, miután a betegnek több szabadságot engedtünk, be is következett.

R. M.-nél tizenegy napon keresztül 37°-ra körüli hőmérsékletet észleltünk, s miután a tizenkettő napon hőmérséklete még két tizeddel (38°-ra) emelkedik, jónak látjuk öt ágyba fektetni. Az ágynyugalomtól hőmérsékletének csökkenését várva, antipyreticumot ezen napon sem kap; ámde 38° a maximum ezen napon is, sőt a következőn 38°-ra emelkedik. Nem tartván kizártnak, hogy a lefektetés ez esetben kedélyi izgalmat okozott betegünknek, mivel abból — mint észrevettük — minden megnyugtató mellett is állapotának súlyosbodását magyarázta ki, másnap újól a fekvő folyosón folytatattuk kúráját. 38°-ról 37°-ra szállott alá hőmérséklete ezen napon s csak utóbb, napok múlva emelkedett egy ízben ismét 38°-ra, a mikor gégevizsgálata volt.

Alkalmunk akadt két betegünkkel a beteglátogatással kapcsolatos hőemelkedés ellenkezőjét is tapasztalni. Ezeknél a hőmérséklet nemcsak magasabbra nem szállott, de egyugyanazon egyénnél (I. P.-né) ismételtén láttuk a subfebrilitást a látogatás fogadása napján 2—3 tizeddel csökkenni (október 26-dikán és november 1-jén, l. 3. ábrát). Említett két betegünk egyike rend-



3. ábra.

kívül labilis kedélyű, végtelen szeretettel csügg hozzátartozóin s határozottan jótékony megnyugvás kíséri kúráját mindannyiszor, valahányszor alkalma nyílik övéit láthatni.

Másfelől tapasztalhatjuk, hogy kedélyi depressiók egyes esetekben szintén a hőmenetnek alacsonyabb nívóra helyezkedésével járhatnak együtt.

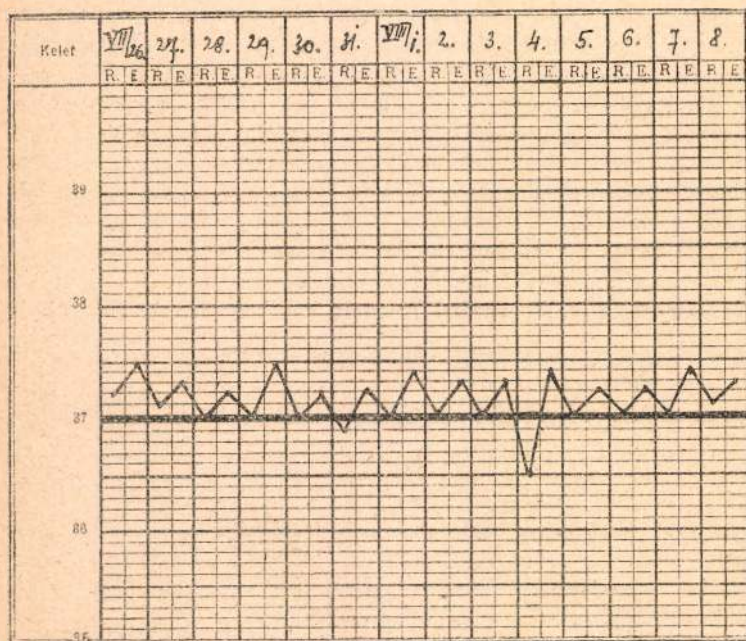
Láttunk két olyan képet, a hol a hosszan fennálló, 40°-ra körüli maximumokkal naponta szabványosan felszökkenő febris hectica vigasztalan esetében a beteg biztatásunk mellett is annak átérzésére jutván, hogy neki immár a sanatoriumi kezelés sem használ, az intézetből távozását megelőző napon a szó szoros értelmében defervescált (K. I. és B. I.).

Ez esetek egyikének további sorsáról pontos tudósítás jutott hozzánk, a beteg természetesen otthon csak folytatta sorvasztó lázmenetét usque ad exitum. Tekintve a távozás napján észlelt elég jó pulzust és jó közérzetet, a collapsust ez esetekben kizárhattuk.

A hőmenetnek az eddigiekben vázolt érzékenysége, a mely tüdőbetegeknél psychicus befolyásokra észlelhető, önként érthetőleg nem hagyja érintetlenül a napi hőingadozás — amplitude (Kuthy) — nagyságát sem.

Egyik nőbetegünk hőmenetét kísérve figyelemmel, láthatjuk, hogy hőmérsékletének napi ingadozása egy fél foknál többet nem tesz ki, s minimuma majdnem következetesen 37°-ra; csupán egyszer süllyedt a napi minimuma 36°-ra, a mely napon tehát hőmérsékletének amplitudeja 1°-ot tett ki. Másnap tett kérdézősködésünkre a beteg előadta, hogy néhány órával az említett minimumot megelőzőleg értesült róla, hogy alapítványi idejének

(ingyenes kezelés) meghosszabbítását az ágyalapító testülettől nem remélheti (N. A.). Tekintve azt, hogy napi minimumának ezen súlyedése (l. 4. ábrát) s ezzel az amplitude jelzett megnagyobbodása csupán ez egyszer volt észlelhető nála s egyébként a betegnél semmi rendellenesség fenn nem forgott, hajlandók vagyunk azt a kedélyi behatás rovására írni.



4. ábra.

Hasonlóképen jegyezhetjük ide még azon megfigyelést, hogy a dolgozatban felsorolt esetek jó részében a psychikus izgalom okozta hőemelkedést az előző napéhoz képest *alacsonyabb minimum* vezet be.

A beteg psychikai életének mozgalmával összefüggésbe hozható hőmeneti ingadozások magyarázatát a következőkben kísérem meg: Wood szerint az agykéregben valódi hőmérsékéscsökkentő és hőmérsékfokozó központok vannak; calorimetrikus kísérletei szerint ezen pontok izgatása avagy kiirtása egyenesen a hőtermelést befolyásolja. Bókay Á. hőemelkedést észlelt házinyulaknál, ha az agykéreg egyik felét egészen, vagy csak ennek hátsó részét távolította el. A sulcus cruciatus körül azok a pontok, melyek egyszersmind mozgató középpontok gyanánt is ismeretesek, hőemelkedést csökkentőknek bizonyultak. E pontok elpusztítására a megfelelő túloldali testrész hőmérséke fokozódott, míg ugyanezen helyek izgatása ugyanazon testrész hőmérsékének csökkentésével járt. Landois az agykéregnek a hőserére befolyó centrumaiban központi edénymozgató készüléket lát s e szerint a hőmérsékéscsökkentő és emelő agykéregbeli középpontok tulajdonképpen vasomotorius centrumok volnának.

Ezek alapján a testhőmérsék befolyásoltatása psychikai folyamatok által megmagyarázható az agykéregi központok hatásából a nyúlt velő edénymozgató központjaira. Ha meggondoljuk, hogy a szervezet többi részének a psyche által való befolyásoltatásánál a legfeltűnőbb szerepet éppen a vasomotoros rendszer játszsza, ha továbbá figyelembe vesszük, hogy mindazon érzések, melyek külső ingerek kifolyásaként öntudatunkra jutnak és lelki indulatok, melyek bizonyos okok által lelkünkben kiváltanak, a véredénymozgató rendszer kisebb-nagyobb reakciójával járnak (Ranschburg), még pedig Bókay szerint oly módon, hogy a hőkorlátozó agykéregbeli központok hatását az edényszűkítő, a hőemelő központok pedig az edénytágító idegrendszer közvetíti, úgy könnyen elképzelhető, hogy az agykéregbeli hőszabályozó centrum ingerülete először is azon nyúltvelői edénymozgató központhoz vezetetik, mely a sinus rhomboidalis felső részéből indul ki és 4–5 mm.-rel a calamus scriptorius előtt végződik. Az innen kilépő idegrostok a gerinczagyba jutnak, melyből az elülső gyökökön át lépnek ki és nagyrészt a sympathikus idegrendszer pályáiban haladnak a test különböző részeiben futó vérerek körkörös izomrétegéhez.

Kézen fekvő feltevés részünkről, hogy nemcsak a kísérleti-

leg izgatott agyvelőkéreg, hanem ezen kéreg sejtjeinek psychikus motívumokból származó ingerületei is befolyást gyakorolnak a nyúltagyvelőben székelő említett központra s ennek útján időnként módosíthatják a beteg specifikus hőmenetét. Minthogy ezen módosító factor által fenntartott ingerület a legtöbb esetben futólagos, mert a lelki felindulásnak az a foka, mely ily módon hőemelkedést kiváltani képes, csak rövid ideig tarthat, a jelzett psychikus eredetű hőmeneti változások is, mint azt ismételt hangsúlyoztuk, *ephemer jellegűek*, szemben a gümőkór fajlagos mérge által inaugurált hőmenetnek tartós és consequens alakulásával. Aránylag gyakoriak ezen psychikus hőmeneti változások *tuberculosisban szenvedőknél* azért, mert valószínűleg jórészt a toxin hatásból kifolyólag a gümőkóros egyénnek nemcsak vasomotorius berendezése, de egész idegrendszere excitált.

Bő tapasztalatra mutat, bár kissé fellengős Cornet mondása, hogy az orvos a leghatékonyabb gyógyszerközök igénybevétele mellett is csak úgy fog kellő eredményt elérhetni *tüdőbetegénél*, ha nem kiméli a fáradságot, hogy betege s saját maga között bensőbb lelki contactust létrehoznia sikerüljön. Valósággal tanulmányoznia kell a tuberculosisos beteg lelkületét s el kell találnia az utat, melyen keresztül ez hozzáférhetővé válna kedvező irányítható.

Korányi Frigyes, Brehmer, Dettweiler, Heinzelmann is valamennyien foglalkoznak betegeik kedélyének orvoslásával s ily módon hőmérsékletüket is kétségtelenül előnyösen befolyásolhatják, a mennyiben az a psychikus ingerek hatása alatt áll. Mégis a fentiek alapján nem tartom feleslegesnek különösen hangsúlyozni annak jelentőségét, hogy a psyche gondozása a *hőmérsék szempontjából* kezelésünk folyamán kiváló figyelem tárgyát képezze. Nem egyszer volt alkalmunk észlelni, hogy a psychének helyes és következetes befolyásolása, a beteg megnyugtatósa, már magában véve rendezőleg volt képes hatni az addig szabálytalan hőemelkedésektől vagy szokatlan nagyságú amplitudéoktól perturbált hőmenetre. Meg kell oltalmaznunk a *tüdőbeteg*et lehetőleg minden izgalomtól és meg kell tanítanunk arra, hogy jelentéktelen apróságokkal amúgy is excitált idegrendszerét felzaklatni ne engedje. Az intézeti kezelés közvetlen nexusa orvos és beteg között kedvező tért nyit a psyche gondozásának is. Bár itt is vannak zavaró körülmények.

Rendesen hazulról, levélileg nyert rossz hír szülte kedélyi megrázkódtatással s az azt gyakran követő hőemelkedéssel szemben praeventive eljárni természetesen nincs módunkban. Ellenben kellő felvilágosítással elérhető pl., hogy a beteg minden jelentéktelen haemoptysisét nem kíséri mindjárt izgalmi hőemelkedés. A súlymérésekkel, physicalis vizsgálatokkal járó izgalmakat redukálni vagyunk képesek úgy a testsúlymérés, mint az exploratórik ritkább teljesítése révén a lázas betegeknek. Hasonlóképen megszoríthatjuk zárt intézeti kezelés mellett olyan betegeknek, a kikre ennek excitáló hatását tapasztaltuk, a beteglátogatást s ezzel jelentékenyen kisebbsíthetjük a kedélyi izgalom alkalmát. Olyan esetekben viszont, a hol a látogatás sedative hat, esetleg kivételesen is engedélyezzük a beteg meglátogatását.

Tudva van, hogy lázas *tüdőbetegeknek* ágyba fektetése általában a hőemelkedés csökkenésével jár, minden egyéb beavatkozás nélkül is. Az ágynyugalom tehát egymaga sokszor rendezi a hőmérsékletet. Azonban önként érthetőleg nem mindig. A resistens heves intermittáló lázak számos szegény áldozata képez itt elsősorban kivételt, a hol az ágybanfekvés mellett sem helyezkedik alacsonyabb nivóra a hőmenet maximumának szárnyalása. De láttunk tiszta gümőkóros láznál is olyan eseteket, a hol az ágybafektetéssel a hőmérséklet még inkább emelkedett. Előfordult továbbá, hogy hosszadalmas fektetés után is csak akkor csökkent a láz, miután a betegnek utóbb kevés mozgást engedélyeztünk. És ezek rendesen az ágyat gyűlölő, türelmetlenebb, vagy olyan betegek voltak, a kik az ágynyugalom gyöngítő hatását megmáshatatlán dogmának tartották.

Bizonyos therapiái sikert is tulajdoníthatunk tehát illetően megfigyelések értékesítésének s éppen ezért hasznos és érdemes dolog a beteg egyéni sajátosságainak minél aprólékosabb kitanulmányozása, mert azok ismerete mellett, a jelzett szempontok tekintetbevételével, bizonyos fokig tulajdonképpen antipyretikus kezelést is fogantathatunk, minden egyéb, vegyi vagy thermikus eszköz segítsége nélkül.

Az a körülmény, hogy betegek maguk is demonstrálva látják pl. egy-egy kedélyi izgalom kártékony, zavaró hatását hőmenetükre, nagyban hozzájárul ama kiváló önmegtartóztatást mutató viselkedéshez, melyet ma már sanatoriumunk legtöbb ápolója a hosszadalmas kúra-idő folyamán tanúsít. Másrészt érdeklődést is nyer hőmeneti viszonyainak helyes ellenőrzésére. A fontosság, melyet a hőmeneti görbének láztalan egyénnél is tulajdonítani szoktunk, betegek legnagyobb részét arra készíti, hogy valóban lelkiismeretesen, pontosan végezzék a méréseket, a mi egyrészt magunknak jelentékeny segédeszközünk a beteg állapotának pontos szemmel tartásában, másrészt az intézet ápolóját távozása után is meg fogja oltalmazni attól, hogy esetleg még visszatérő subfebrilitásai idején czélszerűtlenül, állapotára károsan viselkedjék. S mégsem nevelünk hypochondereket az eddigi tapasztalás szerint, mert ott van az éremnek másik oldalán az az igyekezetünk — melyet legtöbbször siker kísér —, hogy a szenvedőt manapság már leáldozott, tehát a beteg szemében igen is félelmetes bajától meg nem ijedni megtanítsuk.

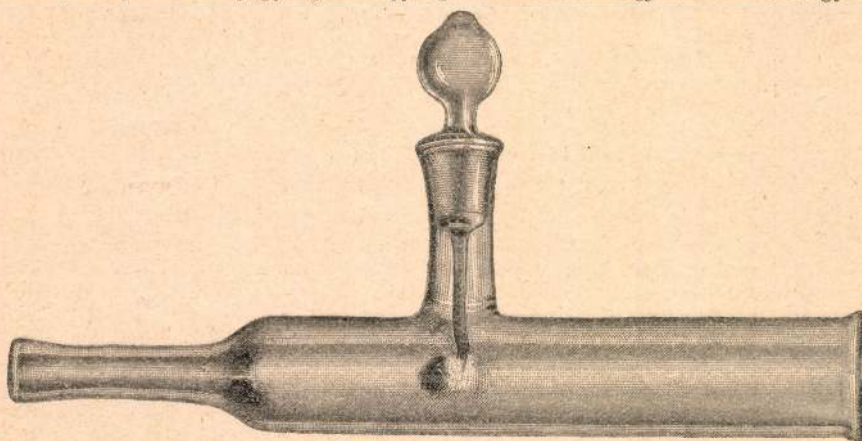
* * *

Végül hálás köszönetemet fejezem ki *Kuthy Dezső* dr. egyetemi m. tanár, igazgató-főorvos úrnak úgy az anyag átengedéseért, mint azon jóindulatú útbaigazításaiért és tanácsokért, melyekben dolgozásom alatt részesíteni szíves volt.

A szaglást vizsgáló eszközről.

Közlő: *Ónodi Adolf* dr., egyetemi tanár.

Zwaardemaker eljárása és készüléke pontos olfactometrikus és odorimetrikus vizsgálatokra tovább is alkalmazásban marad. A szagtetek nagy száma, a sok időt igénylő vizsgálat, különösen nagy anyagnál és a gyakorlatban arra indított engem, hogy egyszerű eszközt konstruáljak két szagtesttel, mely eszköz megállapított szagegységekkel való vizsgálatra alkalmas legyen. A vizsgálóeszköz, mint az ábra mutatja, egy üveghengerből áll, melynek egyik vége karcsúbb és az orrnyílás számára való. Az üveghenger közepén egy nyílás van, melyen egy horoggal ellátott üveg dugó lesz elhelyezve. A horogra kevés watta jön, mely a szagos test oldalába lesz mártva. Négy ilyen üveghengert használok, melyek a szagegységek nagyságával vannak megjelölve.



Szagos testnek választottam egy kellemes és egy kellemetlen anyagot és pedig jonont (ibolya) és aethylbisulfidet, két különböző erős concentratióban. *Zwaardemaker* tanár, a ki ezen anyagokat alkalmasnak találta, volt szíves a szagegységeket megállapítani a következő concentrációkban: 1 rész jonon 1,000,000 rész vízben egyenlő 10 szagegység, 1 rész aethylbisulfid 10,000 rész parafinum liquidumban egyenlő 5000 szagegység. Ezen két concentratióból készítettem egy erősebb és egy gyengébb oldatot és ezen négy oldattal bírok a jonon 10 és 1000 szagegységével, az aethylbisulfid 500 és 5000 szagegységével. A gyengéd kellemes ibolyailattal szembeállítottam a kellemetlen büzös fokhagymaszagot két különböző erős concentratio-

ban. A négy üveghenger és a szagos testeket tartalmazó, jól elzárható üvegtartók egy etuiban vannak jól elhelyezve.¹ Az eszköz egyszerű, a vizsgálat gyorsan megy és mi, mintán a beteg ezen kellemes és kellemetlen szagot ismeri, ezen négy különböző erős, 10, 500, 1000, 5000 szagegységgel gyorsan tájékozva vagyunk. Ezen szempontból a gyakorlatban, az ambulancián ezen eszköz beválik. Magától értetődik, hogy azon esetekben, a hol egy részletes és pontos olfactometrikus és odorimetrikus vizsgálatra van szükségünk, *Zwaardemaker* eljárását és készülékét alkalmazzuk. Az eszközzel, melyet eddig száz esetben alkalmaztunk, az anosmiára és a hyposmiára nézve eddig több becses adathoz jutottunk, melyekről más alkalommal lesz szó.

T Á R C Z A.

Kétly Károly tanár elnöki megnyitója

az Országos Orvos-Szövetség évi congressusán 1903 szeptember 13-dikán.

Tisztelt Congressus! Az Országos Orvos-Szövetség 6 évi működése áll mögöttünk, elég hosszú idő ez arra, hogy jelét adja létjogosultságának. Ha kutatjuk keletkezésének okait, önkéntelenül tágabb társadalmi kérdések megoldása tárl elénk. Hosszabb évek óta látjuk, hogy az orvosok helyzete, úgy anyagi, mint társadalmi téren, kedvetlenül alakul. Keresve ennek okát, először azt kérdezzük, vajon nem az orvosi rendben, vagy az általunk képviselt szak művelésében rejlik-e a hiba? Teljes objectivitással ítélve, bátran elmondhatjuk, hogy az orvosi rend képzettsége, erkölcsi nívója, működésünk törvényszabta ellenőrzése magasabb színvonalon áll, mint régebben.¹ Az orvosi tudomány haladása és az utóbbi évtizedek váratlan gyakorlati eredményei pedig az egész világ elismerését vívták ki. És mégis soha nehezebb viszonyok nem nehezettek rendünkre, mint az utolsó évtizedek alatt. Ennek magyarázata az általános társadalmi viszonyok átalakulásában keresendő. A gyárak hatalmas kéményfüstje a kisipar és a mesteremberek hanyatlását jelezte. A betegsegítő pénztárak s egyéb hasonló intézmények a gyakorló orvosok állását befolyásolták. E nagy átalakulások ellen hasztalan küzdönek egyesek, s hosszú időbe telik, míg összetett erővel is képesek leszünk a további rombolásnak gátat vetni. Az orvosi viszonyok e káros alakulása nem csupán hazánkban, hanem Európaszerte észlelhető. Ez indította az orvosi rendet arra, hogy ellene védekező állást foglaljon. Egyik helyen kötelező, másutt facultativ kamarák, nálunk szabad egyesülés alakjában született meg az Országos Orvos-Szövetség.

Akadnak bizonyára, a kik keveselik, a mit tettünk és elértünk; kívánjuk a bírálatot, a jogosat, az indokoltat, főleg az elfogulatlant. Hazánkban az orvosi rend teljesen szervezetlen volt — most szervezett. Hogy még nem tökéletesen szervezett, az nem a mi hibánk, hanem részben a kollégák nemtörődősége, részben a még mindig fel-felbukkanó ellenségeskedés következménye. Ha azok, a kik indolentiájukkal az ország egyes helyein — szerencsére kevés helyen — késleltetik a szövetség eredményes tevékenységét és ha azok, a kik nem okulva a más országbeli orvosi küzdelmek tanulságain, ellenséges szemmel nézik szövetségünket és akár activ, akár passiv ellenállással megakasztják működését, tisztában lennénk azzal, hogy e magatartásukkal mennyit ártanak az orvosi kar érdekeinek és ha végre megszűnnék az indolentia, megszűnnék a nyílt meg a titkos ellenségeskedés, akkor be tudnánk számolni sikerekről, eredményekről, a melyek kielégítik a legmesszebb menő követeléseket. Erős hitem, hogy eljön az idő, a mikor ezt is megteheti az évi beszámoló, mert ma szövetségünk már oly erős, hogy nincs hatalom, a mely megsemmisíthetné, a viszonyok pedig olyanok, hogy fel kell hogy rázzák az indolenseket, meg kell hogy törítsék az ellenségeskedőket.

71 fiókszövetségünk többsége kivette a maga részét a munkásságból és a hol dolgoztak, ott megvolt az eredmény is. Az összetartás, az egyetértés megteremtette gyümölcsét: az orvosok helyzete lényegesen megjavult; megélnék a collegialis érzés, megcsappant az incollegialitás, s jobbra fordult a viszony a közönség s orvosok között is.

Gyűjtöttünk tőkét nyugdíjazásra, segélyezésre. Száz ezer koronás alaptőkének a lefolyt év alatt megkésztéreződött és újabban, a mióta tehetjük, segélyért senki sem kopogtat nálunk hiába. Az érdem oroszlan-része *Elischer Gyula*, *Nékám Lajos* és *Lichtenberg Kornél* tagtársaké. *Elischer Gyula* collegánk fáradhatatlan tevékenységgel, collegialis szeretetből folyó lelkesedéssel olyan fényes sikert biztosított a nyugalm-díj- és segélyintézetünk javára a múlt év őszén rendezett képkiallításnál, hogy e helyről szívőből jövő hálás köszönetet kell neki mondanom. *Nékám Lajos* és *Lichtenberg Kornél* collegáink pedig egyazon lelkesedéssel most fáradoznak azon, hogy szintén fényes anyagi sikert biztosítsanak sorsjátékunk révén nyugalm-díjintézetünknek, és ugyancsak rászolgáltak valamennyiünk hálájára. Az a munka, melyet e három collega végzett és végez egyetemben az alaptőkeszerző bizottsággal,

¹ Az eszköz Garai és társa műszerésznél, Ferenczik-bazára kapható.

¹ Lásd „Heilkunde“ 1903. IX. füzet, Albert iratai.

megteremti majd a legerősebb és legszilárdabb kapesot a magyarországi orvosok közt.

Szövetségünk vagyoni kezelője *Hochhalt Károly* dr. főpénztáros nem eléggé méltányolható fáradságot és ügybuzgóságot fejt ki, önfeláldozó működéséért elnököleg fejezem ki mély köszönetemet.

A szövetség nagy apparátusának állandó munkása és tényezője azonban főtitkárunk *Flesch Nándor* dr., ki lelkesedéssel, páratlan ügytudással kezeli e bonyolult viszonyokat. Mi csak erkölcsi viszonzással szolgálhatunk neki, de ezt teljes mértékben, a congressus színe előtt tegyük meg, kérve őt, hogy ne vonja meg közreműködését jövőre sem.

Dolgozzunk tovább e megkezdett úton, a melyet magunk választottunk. Maradjunk továbbra is szabadok, a kik magunk intézzük sorunkat. Maradjunk első sorban collegák, a kik ne azt keressük, a mi egymástól elválaszt, hanem a mi összehoz. Hogy a helyes úton járunk, annak tanúsítója *Dresdner* dr., a müncheni aerztlicher Bezirksverein elnöke, a ki szíves pártfogója is sorsjegyvállalatunknak és a ki a *Deutsche med. Wochenschrift* ez évi 26. számában a következőket írja szövetségünkről:

„A magyar Országos Orvos-Szövetség gazdasági szövetség, a milyennek én szeretem, jóllehet teljes gazdasági jelentőségét csak az idő folyamán és további kiépítés után érvényesítheti... Választhattak az állami szervezkedés, a német és osztrák mintára megalkotott orvosi kamara, meg a szabad szervezkedés közt. Tekintettel arra, hogy orvosi kamarák és hasonlók sehol tartósan nem javíthattak az orvosi kar helyzetén, nem bíztak abban az intézményben... Mi német orvosok e tekintetben tanulhatunk valamit a magyaroktól; folyton kértük az állami szervezetet és túlsoká elmulasztottuk, hogy gazdaságilag szervezkedjünk. A magyar collegák olyan szervezetet választottak, a mely azonkívül biztosítja nekik a relatív függetlenséget a kormánytól... Ha nézzük a csak 5 év előtt megalkotott és csupán önmagára utalt országos szövetség működését, akkor nem tagadhatjuk meg tőle bámulatunkat.”

Három év előtt az angol *Smith*, most a német *Dresdner* helyesnek látják szövetségünket és tevékenységét. Egyik-másik hazai gáncsál szemben ez a két ítélet megnyugtató lelkiismeretünket és buzdíthat a további törekvésre.

Melegen üdvözölve a congressus egybegyűlt tagjait, az ülést ezennel megnyitom.

Levél a szerkesztőhöz.

Igen tisztelt Szerkesztő úr!

Tisztelettel kérem, méltóztassék e soroknak becses lapjában helyet adni.

Általános a panasz, hogy nemcsak a politika, hanem a tudomány terén, a tudományos irodalomban is nem juttatják Magyarországnak és a magyar tudománynak és irodalomnak azt a helyet, a melytől megilleti, illetőleg nem szerepeltetik a mi tudományunkat mint magyar tudományt, a mi tudásainkat mint magyar tudósokat, hanem „Ausztria”, vagy legjobb esetben „Ausztria-Magyarország” rovatában emlékeznek meg rólunk.

Evek óta fennálló összeköttetésem külföldi lapokkal és tudósokkal meggyőzték engem arról, hogy ennek oka legtöbb esetben nem rosszakarat, hanem a viszonyaink nem ismerése a külföldiek részéről, s indolentia a mi részünkről.

Ennek újabb tanúbizonyságát vettem e napokban. *Siebold* „Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe” című híres, a maga nemében egyedülálló könyve teljesen elfogyván, egy német cég annak újbóli lenyomatására vállalkozott s egyúttal megbízta *Dohrn R.* egyet. tanárt az 1840-ig terjedő munka folytatásával. Ennek a folytatásnak első kötete (1840–1860) nemrég megjelent s ebben hazánkat még felemlítve sem találtam, a miért is, félve attól, hogy a reánk nézve fontosabb második és esetleg harmadik kötetben is talán ép úgy járunk, s hogy talán még *Semmelweis*ünket is expatriálhatnák, szolgálataimat *Dohrn* tanárnak felajánlottam, a ki azután ajánlatomat egy rendkívül szíves levelemben nemcsak megköszönte, hanem egyszersmind revideálás végett megküldte nekem az 1860–1880-ig terjedő történet kivonatának reánk vonatkozó részét. Ebben, a mint előre láttam, „Oesterreichisch-ungarische Geburtshelfer” cím alatt csak egy vagy két szülészünkről tesz említést, s pedig péle-méle bécsi, prágai, laibachi stb. szakemberekkel.

Erre én hosszabb levélben Magyarország önállóságát hangsúlyozva beküldtem *Dohrn*nak a Magyarország nevesebb szülészire vonatkozó adatokat. Legnagyobb elégtételre és örömmre ma arról értesít *Dohrn*, hogy könyvében adataim felhasználásával az „ungarische Geburtshelfer”-eket külön fogja tárgyalni, a minek bizonyítékul a megfelelő kéziratot újabb revízió végett megküldi.

Ennek közzétételére engem nem szerényletlenség vagy feltűnési viszketeg ösztönöz, mert hisz' nekem, a ki *Dohrn*t eddig személyesen nem is ismertem, a dologban semmi érdemem nincsen, hanem csak honfitársaim okulására s annak bizonyítása végett teszem azt, hogy negligáltatásunk főoka a legtöbb esetben a mi nembánomságunk.

Budapest, 1903. szeptember 11.

Kiváló tisztelettel
Temesváry Rezső dr.

Közegészségügy.

A cséplőgépeknél készletben tartandó első segélynyújtáshoz szükséges szerek. 73,595—IV. b./1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak, Fiumét is beleértve.)

A cséplőgépek körül gyakran fordulván elő életveszélyes sérülések, az első segély késedelem nélkül való nyújthatása céljából a föld-

mívelés- és kereskedelemügyi minster urakkal egyetértőleg az 1893: XXVIII. t.-cz. 1. §-ának i) pontja értelmében, az országos közegészségügyi tanács véleménye alapján, következőket rendelem:

Minden cséplőgép üzeménél egy kifogástalanul záródó, horganybádógból vagy keményfából készült szekrénykében a következő anyagok tartassanak készletben:

1. 500 gm. Bruns-féle zsirtalanított vatta 50 grmos csomagokban.
2. 3 méter sterilgaze üvegen, 1 méteres csomagokban.
3. 5 drb. mullpólya, 8 cm. széles, 5 méter hosszú.
4. Egy drb. flanelpólya, 10 cm. széles, 5 méter hosszú s egy drb. flanelpólya 8 cm. széles, 5 méter hosszú.
5. Két drb. Esmarch-féle háromszegletes kendő.
6. Egy liter 1:1000 oldat sublimat veresre festve. Felírás: mérge, seb kimosására.
7. 500 cm² zinktapasz.
8. Egy drb 8 cm. széles, 3 méter hosszú gummi szövet-pólya.
9. Egy tucsat közönséges enyvezett vattatábla.
10. 300 gramm tiszta vaselin.
11. Egy drb nagyobb kötszer-olló.
12. 20 drb biztosító tű.
13. Néhány tábla varga-kéreg.
14. 10 drb fasin 20–60 cm. hosszúságban.
15. Egy drb mosószappan.
16. Egy drb körömkéfe.
17. Két törülközőkendő.
18. Egy ivópohár.
19. Egy evőkanál.
20. Egy kauszuk-genyecséze.
21. Egy mosdótál.
22. Egy drb Volkmann-féle sin és egy karsin fehér bádógból vagy drótkosárból.
23. 100 gm. törkőly- vagy szilvapálinka.
24. 100 gm. tiszta borecet.

A mennyiben valamelyik cséplőgépnél a most leírt mentőszekrényről tartalmazabb és nagyobb arányú kifogástalan mentőszekrény már megvolna, a géptulajdonos új mentőszekrény beszerzésére nem kötelezendő.

A mentőszekrény kellő használhatása céljából megkövelem azonban, hogy a cséplőgépnél foglalatostokodók közül legalább is két egyén — még pedig első sorban maga a gépet kezelő gépész — az első segély nyújtásában kellő jártassággal bírjon.

Felhívom tehát a czímet, hogy ezen rendeletemet a törvényhatósági hivatalos közlönyben közzétéve, azt minden egyes cséplőgéptulajdonossal vagy annak megbízottjával is közölje, az összes törvényhatósági-, tiszti-, közsegi- és körorvosokat pedig utasítsa, hogy ezen rendeletem pontos betartását kellőleg ellenőrizték.

Különösen megkívánom, hogy az első fokú közegészségügyi hatóságok szakközgeik közbenjöttével minden cséplési időszak megkezdése előtt meggyőződést szerezzenek a felől, hogy a mentőszekrények kifogástalan állapotban vannak-e? s az azok kezelésére s első sorban a vérzés csillapítására kitanítottak ahhoz értenek-e?

Ezen rendeletem közzététele napjától számított 30 nap alatt lép életbe.

Budapest, 1903. évi augusztus hó 29-dikén.

Khuen-Héderváry gróf s. k.

A gyógyszerkülönlegességekről és titkos összetételű gyógyszerekről alkotott szabályrendelet. 90,000—IV. b./1903. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak, Fiumét is beleértve.)

A gyógyszerkülönlegességek és titkos összetételű gyógyszerek készítésének és forgalomba hozatalának szabályozása szükségesnek mutatkozván, az arra vonatkozó szabályrendeletet oly felhívással küldöm meg a törvényhatóságnak, hogy ezt a törvényhatósága hivatalos közlönyében egész terjedelmében közzétéve, a törvényhatósága területén működő összes orvosokkal, gyógyszerértulajdonosokkal, illetőleg kezezőkkel és gyógyszerárúkereskedőkkel tudomás és mihez tartás végett külön is közölje; a gyógyszerértulajdonosoknál közreműködő hatósági közveket pedig utasítsa, hogy ily alkalmakkor e szabályrendeletet szem előtt tartva, a jegyzőkönyvben egyenként felsorolják mindama gyógyszerkülönlegességeket s esetleg titkos összetételű gyógyszereket, melyek a vizsgált gyógyszerértulajdonosoktól forgalomba hozatnak.

Félreértések elkerülése céljából hangsúlyozom, hogy a jövőben minden összetett gyógyszer is — melyet egyes gyógyszerárú hagamányképen árultak, mint pl. „Egri víz”, „Máriagyüdi gyomóreseppék”, „Krasznibódi klastromeseppék”, „Capucinus-thea” stb. efféle — csakis a most közzétett szabályrendelet határozmányainak pontos figyelembe vételével és betartásával lesznek forgalomba hozhatók, vagyis az ilyenek forgalomba hozatalára irányuló kérelmek is hozzám lesznek előterjesztendőek.

Nehogy tehát megtörténhessék, hogy a fennebb említett gyógyszerkülönlegességek és titkos összetételű gyógyszerfélék a most közzétett szabályrendelet határozmányainak figyelmen kívül hagyásával hozassanak forgalomba, figyelmeztesse mindazokat, kik a fennebb említett gyógyszerkülönlegesség és titkos összetételű gyógyszerféléseiket a jövőben is forgalomba hozni kívánják, hogy azokat a most közzétett szabályrendelet 7., illetőleg a 20. §-ainak szem előtt tartásával még ez év november hó első napjáig ide bejelentessék.

Budapest, 1903. évi augusztus hó 29-dikén.

Khuen-Héderváry gróf s. k.

Melléklet a 90,000/1903. B. M. számú körrendelethez.

Szabályrendelet a gyógyszerkülönlegességek és titkos összetételű gyógyszerekről.

1. §. A gyógyszerkülönlegességek (gyógyszerspecialitások) oly ismert összetételű gyógyszerkészítmények, melyek által orvosszereknek vagy készítményeknek, avagy ilyenek egyszerű koverékének újabb, czélszerű alak adatott.

2. §. Gyógyszerkülönlegességek üzletszerűen csak az alább következő szabályok betartásával készíthetők vagy hozhatók forgalomba.

3. §. Gyógyszerkülönlegességek forgalomba hozatala csak gyógyszerárú-kereskedőknek (droguistáknak) és a nyilvános gyógyszerárú-kereskedőknek van megengedve. Gyógyszerárú-kereskedők azonban gyógyszerkülönlegességet csak nyilvános gyógyszerárúak részére szolgáltathatnak ki.

4. §. Gyógyszerkülönlegességeket forgalomba hozatala ezéjából külföldről behozni csak nyilvános gyógyszerárúknak vagy gyógyszerárú-kereskedőknek szabad.

5. §. Külföldi gyógyszerkülönlegességek forgalma ugyanazon határozmányok alá esik, mint a belföldi gyógyszerkülönlegességeké.

6. §. Hivatalos (officialis) gyógyszer, mint specialitást, más név alatt forgalomba hozni tilos.

7. §. Az, a ki gyógyszerkülönlegességet üzletszerűen készíteni vagy forgalomba hozni akar, köteles ezt a törvényhatóság első tisztviselője útján — a készítés vagy forgalomba hozatal módjának tüzetes ismertetése és az eladási ár megjelölése mellett — a belügyministernek bejelenteni.

A bejelentéshez mellékelni kell az illető gyógyszerkülönlegesség négy eredeti adagját, oly alakban, a mint azt az illető forgalomba hozni szándékozik.

A belügyminister által esetleg szükségesnek talált vegyi vagy egyéb vizsgálat költségeit a bejelentő köteles viselni.

8. §. Az illető gyógyszerkülönlegesség üzletszerű készítése vagy forgalomba hozatala csak akkor kezdhető meg, ha a bejelentő megkapta a hivatalos értesítést arról, hogy a belügyminister a bejelentést tudomásul vette.

A gyógyszerkülönlegesség forgalomba hozatalánál az ily hivatalos értesítésre hivatkozni tilos.

A belügyminister által a tudomásvétel alkalmával esetleg elrendelt kikötésekhez a bejelentő alkalmazkodni köteles.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A dysenteria aetiológiájáról.

Közli: Marikovszky György dr. egyet. tanársegéd.

Irodalom. 1. *Amberg*: A contribution to the study of amoebic dysentery in children. Bull. of the John Hopkins Hosp. 1901. — 2. *Arnaud*: Recherches sur l'etiologie de la dysenterie aiguë des pays chauds. Ann. de l'Inst. Pasteur. 1894. — 3. *Ascher*: Studien zur Ätiologie der Ruhr und zur Darmflora. D. med. W. 1899. — 4. *Basset-Smith*: Abscess of the left lobe of the liver etc. Journ. of the trop. med. 1901. — 5. *Berghinz*: Sierotherapie nella dissenteria. Annali d'Igiene sper. 1900. — 6. *Bertrand*: Contrib. à la path. de la dysenterie etc. Revue de méd. 1897. — 7. *Bertrand-Baucher*: Nouvelle étude bacteriologique des selles dans la dysenterie nostras épidémique. Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir. 1893. — 8. *Biggs*: History of an epidemic of dysentery etc. New-York med. Journ. 1887. — 9. *Boas*: Ueber Amöbenenteritis. D. med. W. 1896. — 10. *Boemann*: Dysentery in the Philippines. Journ. of trop. med. 1901. — 11. *Brudzinski*: Adalék a dysenteria aetiológiájához. Przegł. Lek. 1899. — 12. *Buchanan*: The saline treatment of dysentery. Lancet. 1898. — 13. *Buchanan*: Remarks on the death-rate of dysentery etc. Brit. m. Journ. 1898. — 14. *Buchanan*: Dysentery as a factor in liver abscess etc. Journ. of trop. med. 1899. — 15. *Cahen*: Ueber Protozoen im kindlichen Stuhle. D. med. W. 1891. — 16. *Casagrandi-Barbagallo*: Ricerche sull' amoeba coli Lösch. Atti dell' Accad. med. di Catania. 1895. — 17. *Chaltin*: Dysenterie-recherches anatom. et bacter. Arch. méd. Belges. 1894. — 18. *Chantemesse et Vidal*: Le microbe de la dysenterie épidémique. Gaz. méd. d. Paris. 1888. — 19. *Chantemesse et Vidal*: Ueber d. Priorität d. Entdeckung d. Ruhrbacillus. D. med. W. 1903. — 20. *Celli*: Etiologia della dissenteria etc. Ann. d'Igien. sperim. 1896. — 21. *Celli*: Zur Ätiologie d. Dysenterie. Internat. Beitr. zur inn. Med. 1902. — 22. *Celli-Fiocca*: Sulla etiologia della dissenteria. Rif. med. 1895. — 23. *Ciechanowski-Novák*: Zur Ätiologie der Dysenterie. Ctbl. f. Bakt. 1898. — 24. *Councilman-Lafleur*: Amoebic dysentery. Johns Hopkins Hosp. Rep. 1891. — 25. *Le Count*: A case of noma in an adult, complicating amoebic dysentery. Philad. med. Journ. 1898. — 26. *Craig*: Observations upon the amoeba coli etc. Med. News. 1901. — 27. *Curnow*: Hepatic abscess followed by amoebic dysentery etc. Lancet. 1895. — 28. *Curry*: Dysenteric diseases of the Philippine etc. Boston med. and surg. Journ. 1901. — 29. *Deycke*: Zur Ätiologie d. Dysenterie. D. med. W. 1901. — 30. *Diamond*: Amoebic dysentery. Philad. med. Journ. 1900. — 31. *Dock*: Observations on the amoeba coli in dysentery and abscess of the liver. Texas med. Journ. 1891. — 32. *Dopter*: La phagocytose dans la dysenterie. Ann. de l'Inst. Pasteur. 1900. — 33. *Ebstein*: Beobachtungen über Monocercomonas hominis

Grassi u. Amoeba coli Lösch etc. Prag. m. W. 1893. 34. — *Ebstein*: Ueber einen Protozoenbefund in einem Falle von acuter Dysenterie. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1901. — 35. *Eichberg*: Hepatic abscess and the amoeba coli. Med. News. 1891. — 36. *Escherich*: Zur Ätiologie d. Dysenterie. Cbl. f. Bakt. 1899. — 37. *Fajardo*: Ueber amoebische Hepatitis etc. Cbl. f. Bakt. 1896. — 38. *Fenoglio*: Enterocolite par amoeba coli. Arch. ital. de biol. 1890. — 39. *Fiori*: Sulla vita delle amoeba etc. Ann. d'Igiene sperim. 1896. — 40. *Flechner*: The etiology of tropical dysentery. Brit. med. Journ. 1900. — 41. *Galli-Valerio*: Zur Ätiologie u. Serumther. d. menschl. Dysenterie. Cbl. f. Bakt. 1896. — 42. *Gasser*: Notes sur les causes de la dysenterie. Arch. de méd. expér. 1895. — 43. *Goldschmidt*: The life cycle of the amoeba dys. Journ. of the trop. med. 1901. — 44. *Grigoriew*: A dysentery mikroorganismusáról. Orosz. Woennö med. Journ. 1891. — 45. *Haasler*: Ueber Folgeerscheinungen d. Ruhr. D. med. W. 1902. — 46. *Harris*: Amoebic dysentery. Amer. Journ. of the med. scienc. 1898. — 47. *Harris*: Experimentell bei Hunden erzeugte Dysenterie. Virch. Arch. 1901. — 48. *Hassler* és *Boisson*: Étude sur les abcès dysentériques du foie. Rev. de méd. 1896. — 49. *Jaeger*: Ueber Amöbenbefund bei epid. Dysenterie. Berl. kl. W. 1901. — 50. *Jenowski*: Zur Ätiol. d. Dysent. Cbl. f. Bakt. 1897. — 51. *Josserand*: Des abcès dysentériques tardifs du foie. Gaz. d. hôpit. 1897. — 52. *Jürgensen*: Beobachtungen u. Untersuchungen über d. Ruhr etc. Ref. Cbl. f. Bakt. 1902. 32. kötet, referatum.

Régóta tudjuk, hogy a dysenteria fertőző betegség, hogy a fertőző anyag az ürülékben van, s hogy a fertőzést egyéb okok mellett főképp az ivóvíz terjeszti.

1887-ben *Biggs*⁸ irt le egy dysenteria-járványt, mely akkép keletkezett, hogy egy néhány dysenterias által használt árnyékszékelt elhanyagoltak, tartalmát nem desiniciálták, a minek következtében az egész környéken elterjedt a vérhas.

*Vivaldi*¹⁰³ 1894-ben a páduai dysenteria-járványról irván, fel-említi, hogy az a legmélyebben fekvő és legpiszkosabb városrészekben grassált.

A *Schaefer*⁹³ által 1895 ben leirt dysenteria-járvány akkép keletkezett, hogy egy faluba hoztak egy beteget, s mihamar 13-an kapták meg a vérhast. Valamennyien olyan családokhoz tartoztak, a melyek ugyanazon kút vizével éltek. Ez a kút nyitott és ürülékektől szennyezett volt. Mihelyt megfelelően átalakították, a járvány is megszűnt.

*Zancarol*¹⁰⁶ (1895) szerint a forró égővi dysenteria okai 1. azon tényezők, a melyek a börműködést alászállítva, különféle elhasznált anyagok eltávolítását megakadályozzák, 2. azok az okok, a melyek a gastrointestinalis tractust gyengítik.

*Bertrand*⁶ 1897-ben azt írja a dysenteriaról, hogy infectio útján jön létre. A fertőző anyag az ürülékben van, melylyel a talajra, illetőleg a talajba kerülve, részint a levegő, de legfőképpen a víz útján jut a szervezetbe.

*Maberly*⁷¹ 1897-ből való közleményében arra hívja fel a figyelmet, hogy a dysenteria a forró égőv alatt főleg az esős évszakban szokott fellépni és elterjedni, és pedig legfőképpen a maláriás vidékeken. Elterjedésének leghatalmasabb előmozdítója a rossz ivóvíz.

*Buchanan*¹³ (1898) szerint a dysenteria maláriához, tuberculosis-hoz, túleröltetésből eredő cahexiához szeret társulni.

Harris-nak⁴⁶ (1898) 35 betege közül 4 tiz éven alul volt, 5 pedig 10—20 éves, öt 20—30 éves, tizenegy 30—40 éves, hat 40—50 éves, négy 50—60 éves. 24-en igen egészségtelen vidéken laktak, 30-an a 35 közül sekély kutakból ittak. Két esetben 2, egy esetben 3 együtt-lakó egyén betegedett meg egyidejűleg. 2 eset márciusban, 1 áprilisban, 7 májusban, 5 júniusban, 5 júliusban, 7 augusztusban, 4 szeptemberben, 4 decemberben fordult elő. Tapasztalatait Harris akkép foglalja össze, hogy rossz hygienikus viszonyok bizonyára befolyással vannak a dysenteria keletkezésére és elterjedésére.

*Lartigan*⁶⁷ 1898-ban egy Hartwickban fellépett dysenteria-járványról irva, megjegyzi, hogy a 15 megbetegedett egyén közül 14-en ugyanazon ivóvizet élvező, egymástól különben körülbelül egy angol mért-földnyire lakó két családhoz tartoztak. A 15-dik beteg az egyik család kezelő orvosa volt, ki első látogatása alkalmával szintén böven ivott a rosszult befedett kút vizéből, és 3 nap múlva megbetegedett.

*Plehn*⁸⁴ 1898-ból való közlése szerint a Kamerunban észlelt dysenteria eseteket főképp a rossz ivóvíz okozta. Néha piszkos evőeszköz, máskor nyers gyümölcs, vagy betegek ápolása (érintése) látszott a contagiumot átvinni. Egy fogházban fellépett dysenteria-járványnak nem vetett véget a czellák alapos desiniciálása.

*Richter*⁸⁹ azt írja 1898-ban, hogy a fertőző anyag átvihető a beteg testének vagy ürülékeinek érintése, hámozatlan gyümölcs, vagy más tápszer által. A rossz ivóvíz eddigi tapasztalatai szerint ritkábban terjeszti a járványt. Szerinte erre csak ott szabad gondolni, hol közös vizellátást élvező sok ember közt explosiószerűleg egyszerre sokan betegednek meg.

*Valagussa*¹⁰¹ 1900-ban arra hívja fel a figyelmet, hogy a dysenteria főleg a forró nyári és az őszi hónapokban szokott előfordulni. Ő is lát nexust az ivóvíz és a dysenteria között.

Curry-nak²⁸ 1901-ből való közlése szerint a manilai lazarethben 1898 augusztusától 1900 júniusáig mintegy 3000 dysenteriaszt kezeltek. Az ezeknél szerzett tapasztalatok alapján Curry a rossz és forralatlanul élvezett ivóvízzel okolja a dysenteria elterjedését. Typhushoz és maláriához szerinte gyakran csatlakozik a baj, pneumoniához vagy tuberculosishoz ritkábban.

*Remlinger*⁸⁸ 1901-ben azon nézetet van, hogy úgy a typhust, mint a dysenteriaszt a szennyezett ivóvíz terjeszti. A két betegség gyakran

társul egymáshoz. 2 dysenteriás betege typhust kapott, 4 esetben a lezajló typhushoz dysenteria csatlakozott, egy esetben pedig egyidejűleg volt jelen a két baj.

Mindezekből az derül ki, hogy rossz hygienikus viszonyok elősegítik a dysenteria elterjedését, hogy a más betegségek által megviselt szervezet könnyebben fertőztetik a dysenteria kórokozójával, s hogy ezt a kórokozó valamit legfőképpen az ivóvíz terjeszti. Tudtommal Richter az egyetlen szerző, a ki nem az ivóvízre fekteti a főszűlyt.

Hogy már most mi a dysenteriának voltaképpen a kórokozója, arra nézve elágazók a vélemények. Egyes szerzők szerint amoebák, mások szerint specifikus bacteriumok, ismét mások szerint coccusok okozzák a bajt. Vannak olyanok, a kik polybakteriumos fertőzést vesznek fel, és olyanok, kik azt hiszik, hogy amoebák és bacteriumok együtt okozzák a dysenteriat.

Mielőtt ezen különböző nézetek részletezésébe kezdenék, néhány szóval meg kell emlékezni azokról a complicatiókról, melyekkel a dysenteria járni szokott, minthogy több szerző azzal bizonyít állítása mellett, hogy például a vérhas után fellépett májtályogban amoebákat talált. Eldöntöttnek tekintendő ugyanis, hogy a dysenteria okozhat májtályogokat. Ezeknek genesiséről írnak *Councilman* és *Laforest*²⁴ (1891) is, kik dysenteriás betegek nyirokmirigyekben nem találtak amoebákat, a miből azt következtetik, hogy azok a májba, a plenrába és a tüdőbe a véráram útján jutnak el.

*Josserand*²¹ 1897-ben arra figyelmeztet, hogy a dysenteriás enteritis igazi vagy látszólagos gyógyulása után tíz évvel is felléphetnek májtályogok, melyekre az a jellemző, hogy lefolyásuk lassú, torpid, gyakran áttörnek a tüdőbe s tartalmuk bakteriummentes.

Buchanan^{13, 14} 1898-ban és 1899-ben megjelent közleményeiben kétségbevonja, hogy a dysenteria májtályogokat okozhatna. Ő ugyanis azt tapasztalta Indiában, hogy a dysenteria a bensülöttek között igen gyakori, a májtályog pedig ritka.

*Le Count*²⁵ (1898) egy dysenteriás betegénél három nappal halála előtt az alsó ajkon nomaszerű, gyorsan terjedő gangraena lépett fel. *Haasler*²⁶ (1902) szerint a dysenteriahoz leggyakrabban a következő complicatiók társulnak: Körülírt vagy általános peritonitis, appendicitis, lép, májtályogok és pleuritis.

Tudtommal *Buchanan* az egyetlen, ki tagadja a dysenteria és a májtályog közötti összefüggést.

Ulceratioval járó vastagbélgyulladásnál először *Lösch* talált amoebákat 1875-ben Péterváron. A bűzös, amoebatartalmú ürüléket kutyáknak per os adva és per rectum befecskendezve, egy esetben sikerült a rectumon fekélyesedéssel járó gyuladást előidéznie.

Az amoebás theoriának legbuzgóbb előharcosa később *Kartulis* lett.

Az ő figyelmét az amoebákra *Koch* hívta fel, ki az egyptomi cholerajárványt tanulmányozva, több dysenteria-esetet is megvizsgált, és az azok vastagbélből készült metszetekben amoebaszerű képleteket talált. Erre *Kartulis*⁵³ 1886-ban ugyancsak Egyptomban dysenteriában szenvedő több mint 150 beteg bélsarát vizsgálta meg, s mindegyiknél talált amoebákat. 12 eset bonczolatra kerülve, ezeknek vastagbélből metszeteket készített, s főleg friss metszetekben zsúfolva volt a submucosa amoebákkal. Ellenőrzésképen megvizsgálta számos, másféle bélbajban szenvedőnek ürülékét, de sem ebben, sem pedig nem dysenteriás bélfekély (typhus, tuberculosis, biliosus typhoid, bilharzia) 30 esetéből készült metszetekben egyetlenegyszer sem talált amoebát. Mindebből azt következteti, hogy a forró égví dysenteriat (melynek azonosságát az európaival kérdésesnek tartja) az amoebák okozzák. Ezek az amoebák nyugalomban 0.012–0.03 mm. nagyok. Megkülönböztethető rajtuk mag és protoplasma, a protoplasmában pedig néhány kisebb-nagyobb vacuola látható. A gyakrabban használt anilin festékekkel a mag és a protoplasma egyformán festődik, s csak a vacuolák maradnak festetlenül. A magot külön megfesteni nem sikerült.

Bélmetszetekben akkor látszanak legjobban az amoebák, ha azok alkoholos methylenkékkel és gentiana ibolyával lettek kezelve. Tenyészténie az amoebákat *Kartulis*nak akkoriban nem sikerült, s a nyulakon és malaczkokon eszközölt állatkísérletek szintén eredménytelenek voltak.

(Polytatása következik.)

Könyvismertetés.

A bőr és venereás betegségek tankönyve. (Bőrbetegségek. Ulcus venereum. Syphilis. Gonorrhoea.) Irta: *Sellei József* dr. Kiadja *Mai Henrik* és fia könyvkereskedése. Budapest 1904. Ára füzve 10-80 kor.

Szerző néhány év előtt bőr- és bujakórtan alapvonalai címén egy kis compendiumot adott ki. E kis compendium a napokban második kiadásában fenti cím alatt közel 600 sűrűn nyomtatott oldalon, mint tankönyv hagyta el a sajtót.

A könyv 3 részre oszlik. Az első részt, az egész könyvnek mintegy felét képezve, a bőrbetegségek foglalják le. A második részben, és ez a legrövidebb, szerző a venereás betegségek első csoportját (ulcus molle és syphilis) tárgyalja. A harmadik részt a gonorrhoea alkotja, a húgyszervi bántalmak diagnostikájának alapvonalával.

Az így feldolgozásra került anyag elég nagy. Ennek közelebbi illusztrálására csak arra mutatunk rá, hogy a bőrbetegségekről szóló részben nem kevesebb, mint 159 bőrmegbetegedés kórboncztanáról (szöveten), diagnostikájáról és terapiájáról szól szerző. Ilyen viszonyok között csak természetes, hogy az egyes kóralakok csak nagyon compendiosus rövidséggel voltak tárgyalhatók, kivéve a két legfontosabb kórformát, az eczemát és a psoriasist, a melyekre mintegy 50 oldal jutott.

Kétségtelen, hogy a bőrbetegségeknek ez az imponáló száma, a mely e disciplinától távolabb állókra valószínűleg meglepetésként hat, a betegségeknek e differenciázása, ha a tudomány és a specialista szempontjából indokolt és a mai álláspontnak megfelelő is, a gyakorló orvos vagy pláne tanuló igényeit állítva homloktörbe, az ilyen méretű tankönyv keretében nem tekinthető teljesen jogosultnak.

De a kórforma megvan, és az író, ha csak nem akar maradni a látszani, vagy nem akarja a specialistikus buzgalom által szétválasztott, „histologice és klinikailag szorosan körülírt” és egymástól különböző kórformákat ismét összegezve egyesíteni, kénytelen 159 bőrbajról szólni.

Szerző ezen nehéz problémát, hogy mindenről szóljon, a mellett még se váljon fárasztóvá és a sok betegség rengetegében az olvasó se tévedjen túlságosan el, elég szerencsésen oldotta meg.

A legutolsó napok irodalmi adatait is felhasználva, az egyes kérdéseknek lehetőleg befejezett képét adja. Mindenütt szorosan definiál és határozott diagnostikus schemát nyújt. A terapiában, a nálunk is honos bőrbajoknál lehetőleg a saját tapasztalatában bevált szereket és módszereket ajánlja.

Szerző leíró módjának ezen előnyös tulajdonságai a második részben is érvényesülnek, a melyben a venereás betegségek részesülnek igen beható tárgyalásban.

A lágy fekélynek kétségtelenül meghatározható bacillaris eredetét, szemben más fekélyesedő folyamatokkal, kiemeli. A terapiában a lehető egyszerű kezelés híve (cuprum sulfuricum oldatba mártott gypot), tekintve azt, hogy egy szerrel sem sikerül a bántalom továbbterjedését megakadályozni és a lefolyást gyorsítani.

A syphilisnél a gyógykezelést megkezdi, „ha a betegség első nyilvánulásából és a legközelebbi táji mirigyek állapotából a syphilist biztosan felismerhetjük”. Természetesen a Fournier-Neisser-féle idült intermitens kezelést híve.

Az idegrendszer syphilisét *Hajós Lajos* dr. írta néhány oldalon meg. Tömören, rendkívül plastikus előadásban, könnyen áttekinthető képét nyújtja ezen bonyolult, sok részében még vitás kérdésnek.

A tankönyv a gonorrhoeát tárgyaló részében e betegség megértésére a húgyszervi bántalmak diagnostikáját küldi a szerző előre. Az ezen részben tárgyalt terrenum, szerző szűkebb szakmájától távolabb esve, aránylag kevésbé mondható sikerültnek. Az ismert urológiai tankönyvekre való támaszkodás az előadás egyöntetiségének rovására megy, azt egészében kissé elmosódottá téve. Ezen inkább külső fogatkozás mellett, előnyösen kiemelendő szerző nagyjábani tájékozottsága, a felfogás lényegbeli helyessége, ha egyes részletekben referens ellenkező nézeteket vall is magácinak.

E munka megírásával szerző nagy és érdemes munkát végzett, reméljük, hogy a befektetett nem mindennapi szorgalom meghozza gyümölcsét. Az a körültekintő gondosság, a melylyel megíratott, biztosítéka annak, hogy úgy a gyakorló orvos, mint az orvosnövendék, minden kérdésre e könyvben megtalálja a választ, hogy e könyv olvasása, tanulmányozása mindenki számára ismeretei helyes irányú gyarapodásának lesz bőséges forrása.

Ezért kívánjuk a könyvnek minél szélesebb rétegben való elterjedését.

Ráskai.

Uj könyvek. *Frey*: Alkohol und Muskelermüdung. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — *Abel*: Vaginale und abdominale Operationen. Berlin, A. Hirschwald. — *Gilbert*: Beitrag zu den neueren Heilverfahren in ihrer Bedeutung für die Behandlung der Berufskrankheiten und Unfall-Verletzungen. Berlin, Vogel und Kreienbrink. — *Berze*: Über das Primärsymptom der Paranoia. Halle a. S., C. Marhold. — *Krompecher*: Der Basalzellenkrebs. Jena, G. Fischer. — *Plicque et Verhaeren*: La cure de la tuberculose dans les sanatoriums français. Paris, C. Naud. — *Audistère*: De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac. Paris, C. Naud. — *J. Milne Bramwell*: Hypnotism: its history, practice and theory. London, Grant Richards. — *G. H. Fink*: Cancer and precancerous changes, their origin and treatment. London, H. K. Lewis. — *J. M. Mathews*: A treatise on diseases of the rectum, anus and sigmoid flexure. Third edition. New-York and London, D. Appleton and Co.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A rheumatint (salicylsavas salicylchinin) *Sigel* körülbelül 40 betegen próbálta ki. A rheumatint vízben nehezen oldódó fehér jegeceket képez; szaga és íze nincs, úgy hogy a betegek szívesen veszik. A napi adag a beteg korához és az eset súlyosságához képest 2–6 gramm. Több napi használat után egy-egy napos szüneteket tartani, a mint azt *Overlach* ajánlotta, szerző szerint nem szükséges. A szer bevétele után 1–2 órával a vizeletben könnyen kimutatható a salicylsav. Heveny ízületi csúsz eseteiben a hatás specifikus: a láz és a fájdalmasság csökken, az ízületek duzzanata lelohad. Vannak olyan esetek, a melyekben a betegek heteken át használtak egyéb salicylkészítményeket minden eredmény nélkül, rheumatint használatát után ellenben gyors javulás állott be. Ezzel szemben vannak azonban olyan esetek is, a melyekben a rheumatint használatát volt eredménytelen, míg az aspirin prompt hatott. Szerző tehát újból felhívja a figyelmet az *Ewald* felállította szabályra, hogy súlyos, főleg subakut lefolyású ízületi csúsz esetekben gyors és jó eredmény elérése czéljából gyakran kell változtatni a salicylkészítményeket. Lázellenes és fájdalomcsillapító hatás tekintetében a rheumatint ha nem is mulja felül a többi salicylkészítményt, de legalább is egyenrangú velük; előnyösen különbözik azonban tőlük abban, hogy kelle-

metlen melléktüneteket nem okoz, így a szívet és a veséket nem bántalmazza, kellő diéta mellett (tej tejszínnel, legfeljebb még levesek és tojás) az emésztő szervek részéről nem okoz zavart, nem izzaszt erősen; egy esetben urticariát észlelték használatát után. Arra nézve, vajjon neurálgias és ideges eredésű fájdalmak ellen is használható-e a rheumatin, elég nagyszámú tapasztalat hiányában szerző nem nyilatkozhatik; úgy véli azonban, hogy a szer ártalmatlan voltára való tekintettel ilyen esetekben is megkísérélhető használat. (Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 31. szám.)

Belgyógyászat.

Intestinalis autointoxicatio súlyos cerebrales tünetekkel járt esetét közli *Sturtz*. A 17 éves beteg hasfájdalmakkal betegedett meg, a melyek néhány napig állottak fenn; obstipatio volt jelen, rosszullet és hányás azonban hiányoztak. Ötödnapi hasfájások fokozódása mellett ismételt zöldség hány, egyúttal erős fejfájásról panaszkodik. A rákövetkező éjjel hirtelen göresök jelentkeznek; a beteg teljesen eszméletlen, szája hab. Ilyen állapotban hozták a klinikára, a hol 38-39 hőmérséklet, klonikus rángásokat, nem reagáló tág pupillákat, esékély fokú tarkómerevséget, kissé behúzódtott hasat, percenként 52 pulzust találtak és ezek alapján meningitisre gondoltak, a lumbal punctio azonban normalis cerebrospinalis folyadékot adott. A vizelet sok indicant tartalmazott, acetone és acetecetsav hiányzottak benne. A betegnek naponként kétszer 20-20 centigramm calomelt adtak és naponként egyszer magas bélöblítést végeztek physiologiai konyhasó-oldattal. Nagymennyiségű és rendkívül büzös bélsár távozása után az állapot gyorsan javult; a még fennálló hányás gyomoröblítésre megszűnik. A bradycardia, a melyet obstipatio okozta intestinalis autointoxicatio már több esetében észlelt *Kraus*, 12 nap múlva szűnt meg. Az ilyen esetek terapiájában a bélnek calomellel kiürítésén, nemkülönben a gyomor- és bélöblítésen kívül nagyon fontos a diéta megváltoztatása (fehérjék helyett szénhidrátokkal táplálás), mert ezzel a bél bakteriumflórájának megváltozását idézzük elő s így azok a bakteriumtermékek, melyek az ideges tüneteket okozták, nem képződnek s így nem veszélyeztethetik továbbra a szervezetet. (Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 23. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A **pertussint** (Taeschner) nagyon jó eredménnyel használta *Model* heveny gége- és hörghurut eseteiben. Azonkívül leírja a saját kórtörténetét is (arteriosclerosis, idült hörghurut és tüdőemphysema), valamint tapasztalatait, melyeket pertussinnal saját magán tett rendkívül jó eredménnyel, ha a szert nagy adagokban (körülbelül 100 gm. 1/2 nap alatt vagy egy éjen át elfogyasztva) használta. Véleménye szerint a pertussin a nehézlégzést csökkentő és a váladék kiürülését elősegítő hatása miatt hivatva van a légzőszervek különböző megbetegedéseiben nagyon jó szolgálatokat tenni. (Therapeutische Monatshefte, 1902. 7. füzet.)

Herpes genitalis eseteiben *Aronstam* szerint a gyógyulás főkélléke a tisztaság. Langyos bórsav- vagy borax-oldattal való mosás után a kóros helyeket a következő porok egyikével hinti be. Rp. Bismuthi subnitrici, Acidi borici aa 12.0; Aristoli 8.0. Rp. Zinci oxydati, Bismuthi subnitrici aa 12.0; Europheni 8.0. A hintőpor erősebb tapadására előmozdítására cizszerű az illető helyeket előbb glicerinnel megnedvesíteni. Nagyon jól használható a 10%-os ichthyolaleum is, valamint calcium-, illetve magnesiumstearinat dörzsöléke perubalsammal (10%). A dörzsölés megakadályozására borgazekötés alkalmazandó. Hosszú praeputium esetén a circumcisio nagyon jó prophylacticumnak bizonyult. (The medical times, 1902. augusztus.)

A **hedonalra** vonatkozólag újabban megjelent közlemények közül a következőket említjük. *Martinson* szerint (Virginia medical semi-monthly, 1903. április 24.) neurasthenián alapon fejlődött álmatlanság eseteiben kitűnő eredménnyel használható; magas láz vagy constitutionalis zavarok okozta álmatlanság ellen is adható; az átlagos adag 1 gramm volt, de néha 3 grammot is adott káros következmény nélkül; cumulatív hatást nem észlelt. *Hills* (Therapeutic gazette, 1903. 3. szám) szintén ajánlja a hedonalt mint ártalmatlan, cumulatív hatással nem bíró altatószert, főleg neurasthenia, hypochondria és melancholia eseteiben; mániában az eredmény nem mindig kedvező. *Hampe* (Aerztlicher Kreis-Verein in Braunschweig, Sitzung von 8 März) nemcsak mint altatószert, hanem mint sedativumot is használta a hedonalt hysteroneurasthenia, súlyos Basedow-kór, félelmi neurosisok eseteiben, és tapasztalatai alapján a szerrel való további kísérletezést ajánlja.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 37. szám. *Fischer Jakob*: Az újabb álomhozó szerekről. *Lévy Lajos*: Esetek a kórházi gyakorlatból. *Gröss Menyhért*: Elmebetegség színlelése.

Orvosok lapja, 1903. 37. szám. *Sellei József*: Az eczema kór- és gyógytana. *Kolozs Mihály*: A tüdővész mai állása, tekintettel az újabbkori terapiára.

Budapesti orvosi újság, 1903. 25. szám. *Tóth Imre*: Az anchylostomum duodenale Selmeczbányán. *Ormós Béla*: A tuberculosiról. *Gélyi Dezső*: A ereosotal hatásáról. *Pólya Jenő*: A Meckel-gördély okozta béllezárádásról két eset kapcsán. *Fischer Aladár*: A penetráló hassérülések sebészeti kezeléséről.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 37. szám. *Kiss*: Az osmosis-nyomás és a szervezet. *Noetzel*: Bakteriumok kiürülése a szervezetből. *Neudörfer*: 1. Incontinentia urinae esete. 2. Epehólyag-átfúródás esete.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 37. szám. *Kreutz*: Az a. ophthalmica dextra aneurysma racemosuma. *Eisenmenger*: Készülék mesterséges légzéshez. *Teuchmann*: A craniotomia új módja. *Englisch*: Betokolt húgykövek. *Freund*: Az arsonvalisatio gyógyértéke. *Friedjung*: és *Hecht*: Casuistika a bécsi poliklinika gyermekosztályából.

Wiener medizinische Presse, 1903. 35. szám. *Colombo*: A Geissler-esőből áramló vegyi sugarak hatása lupus eseteiben. *Küsel*: Gonosan. *Bloch*: A retroflexio kérdéséhez. 36. szám. *Wolf*: Heterochylia. *Bernstein*: Immunitás himlő átállása után és a revaccinatio szükségessége.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 35. szám. *Thierfeld*: Lithiasis a gyermekkorban. *Waelsch*: Kellemetlen melléktünetek gyógyszeres kenőcsöknek a bőrre alkalmazása után.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 37. szám. *Richter*: Láz és czukorkiválasztás. *Weleminsky*: A tüdőgümőkór pathogenesise. *Opitz*: Nasalis dysmenorrhoea. *Ehrlich*: A diphtheria-toxin méregcomponentsei. *Warnecke*: Fül- és orrbajok kezelése meleg levegővel.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 37. szám. *Neufeld*: Immunizálás gümőkór ellen. *Kron*: A traumás késő apoplexia kérdéséhez. *Neisser*: Vándorló phlebitis. *Edel*: A cyclikus albuminuria függése a circulatiótól. *Stein*: Adatok a paraffin-prothesisek kérdéséhez.

Centralblatt für innere Medizin, 1903. 37. szám. *Brondgeest*: A dialysatum digitalis grandiflorae, a digitalinum purum germanicum és az infusum herbae digitalis purp. hatása az izolált békaszívre.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 35. szám. *Marwedel*: A bordaív felhajtása a hypochondriumban és a rekeszkúp táján végzendő műtétek megkönnyítésére.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 14. kötet, 8. füzet. *Bransford Lewis*: A circumcisio új módja.

La semaine médicale, 1903. 36. szám. *De Bovis*: Postoperatív jóindulatú iterusok.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 36. szám. *Geeraerd*: A „Hôpital Saint-Jean“-ban 1902-ben kezelt gümőkóros betegek.

British medical journal, 1903. szeptember 5. „Educational number“, az orvosi oktatásra és tanulmányra vonatkozó cikkek. Szeptember 12. A „British medical association“ 71. évi összefüvetelének tárgyalásai. (Kórtani szakosztály.)

Archives générales de médecine, 1903. 34. szám. *Klippel és Lhermitte*: A szív okozta rhythmosos pleuro-pulmonaris zörejek. *Michel és Gross*: Valódi appendiculo-vesicalis fistula. *Vaschide és Draghicesco*: Az intelligentia mérgei. *Gradenigo*: Idegen testek a fülben, az orrban és a gégében. 35. szám. *Barjon és Cade*: Adatok a vizeservek ismeretéhez. *Gutowski*: Heveny takonykór sajátos esete. *Duflocq és Voisin*: Öngyilkosság kísérlete typhus-bacillusokkal. *Renault*: A diphtheriás angina kezelése.

Bulletin général de thérapeutique, 146. kötet, 7. és 8. füzet. *Robin*: A dyspepsiás eredetű anaemia és asthenia nervosa orvoslása. *Huchard*: A szénsavas fürdők és veszélyeik. *Manguat*: Heroinismus esete. *Anat*: Újabb gyógyszerek tussis convulsiva ellen. *Robin*: Az egyszerű gyomorfekély gyógyítása.

The lancet, 1903. II. 8. szám. *W. Bruce*: Az ischias gyógyítása. *C. W. Mansell Moullin*: A fájdalom és érzékenység jelentősége appendicitis eseteiben. *W. Osler*: Az úgynevezett Stokes-Adams-féle betegség. *R. W. Murray*: Bélanastomosis bélprolapsus eseteiben. *W. Carr és E. W. Roughton*: Pyorrhoea alveolaris okozta sapraemia typhushoz hasonló lefolyással. *R. T. Williamson*: A chorea kezelése aspirinnal. *Frank G. Aldrich*: Alszáresonkítás hypnosisban. *Wilfred R. Kingdon*: Aneurysmák gyógyítása jódkalium nagy adagaival. *R. J. Blackham*: Bradycardia egészséges egyénekben. *E. G. Trevilick*: A chloroma szövetében található zöld festeny természet. *M. Marwood Bowlan*: Herniotomia helyi érzéstelenítés mellett. *W. G. Spencer*: Oesophagotomia útján eltávolított lenyelt fogor. *R. F. Jowers*: Koponyaalapi repedés esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1903. szeptember 18.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1903-dik év 35. hetében (1903. augusztus 30-dikától szeptember 5-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom**. Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,481, összesen 790,529. Elveszületett 362 gyermek, elhalt 256 egyén, a születek tehát 141-tel múltak felül a halálozásokat. — Születések aránya: 1000 lakosra: 23.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16.8, az egy éven felüli lakosságnál: 13.3, az öt éven felüli lakosságnál: 11.9. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérle 9, gümös agy-

kérő 3, agyaguta 4, ránggörcs 6, terjedő hűdés 3, hátgerinczsorvadás 0, szívba 1, hörgő 1, tüdőlob 15, hurutos tüdőlob 0, mellhártyalob 0, tüdővész 39, tüdőlegdag 2, bélhurut 35, májbajok 1, hashártyalob 5, kizárt sérv 1, Brightkór 8, veleszületett gyengeség 10, gyermekaszály 0, aggasztály 13, rák 13, méhrák 6, egyéb álképlet 6, gümös bajok 4, kanyaró 0, vörheny 10, ál. gégelob 3, ronsoló toroklob 3, hőkhurut 2, gyermekági láz 0, hagymáz 0, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyvér 3, gyilkosság 1, öngyilkosság 7, baleset 2, erőszakos, kétes 1.

II. Betegedés. a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3090 beteg, szaporodás 854, csökkenés 865, maradt e hét végén 3079 beteg. b) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi aug. 30-dikától szeptember 5-dikéig terjedő 35. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 28 (25), vörheny 66 (58), ál. gége- és ronsoló toroklob 51 (44), hőkhurut 14 (11), gyermekági láz 0 (0), hasi hagymáz 7 (8), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 6 (9), vérhas 1 (2), orbáncz 23 (21), járv. agy-gerinczagykérő 0 (0), járv. fültőmirigylob 1 (0), trachoma 2 (4), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

+ **Egyetemi alkalmazások.** Az orvostani tanártestület legutóbbi gyűlésén a következők választották meg: Az általános kór- és gyógytani intézethez *Erdős Manó* és *Kammer Manó* díjazatlan gyakornokká. Az élettani intézethez *Grob Béla* díjas gyakornokká (meghosszabbítás), *Liebermann Leó* díjazott, *Barsai Ábrahám*, *Jósa Ödön*, *Kodács Ödön*, *Kovács Richard* és *Maschek Ernő* díjtalan demonstrátorokká. A II. számú anatómiai intézethez *Vadas Vilmos*, *Barla Szabó József*, *Fáber Frida* és *Tóttósy Melánia* díjtalan demonstrátorokká. Az I. számú kórbonecz-tani intézethez *Fleischmann László* dr. II. tanársegéddé, *Vidakovich Kamill* díjazott, ifj. *Benczur Gyula* díjazatlan gyakornokká. Az I. számú sebészeti klinikához *Zimmermann Károly* dr. első, *Holzwarth Jenő* dr. második tanársegéddé, *Paunz Sándor* dr. és *Paleta Viktor* dr. díjazott műtőnövédeké. Az I. számú anatómiai intézethez *Lobmayer Géza* dr. díjazatlan gyakornokká (meghosszabbítás) és *Balázs Dező*, *Füredi Jenő*, *Goldzieher Miksa*, *Kern Tibor*, *Klág Mór*, *Makai Endre* és *Mittuch August* díjazatlan demonstrátorokká. Az I. számú női klinikához *Gergely Sándor* dr. és *Bogdanovics Milos* dr. díjazatlan gyakornokokká.

+ **Gager Károly** dr. kir. tanácsos a nyári évad befejeztével újból Arcoban fogja orvosi gyakorlatát folytatni.

— **Havas Adolf** dr. egyetemi rk. tanár, V. ker., Aulich-utca 4—6. sz. alá költözött.

— **Ónodi Adolf** dr. egyetemi rk. tanárt az „American Laryngological Association” 25 éves fennállásának nagygyűlése alkalmával levelező tagjává választotta.

× A budapesti királyi magyar tudomány-egyetem megnyitó ünnepélye e hó 15-dikén folyt le. Az ünnepély istentisztelettel kezdődött az egyetemi templomban, majd az egyetem disztermébe vonult a nagyszámú közönség, a hol mint első *Kéty Károly* lelépő rector magnificus beszélt, beszámolv az elmúlt tanév eseményeiről. Mindenekelőtt részvételle emlékezett meg a tanári kar halottairól, majd a tanító személyzet változásáról, az azt ért kitüntetésekéről számolt be, nemkülönben az ünnepségekről, melyekben az egyetem részt vett. Felemlítette, hogy az állami fizetésrendezés alkalmából emlékiratokat terjesztett fel a tanács és általában mindent megtett, hogy a fizetésjavításban az egyetemi tanárok állásuk jelentőségének megfelelő módon részesüljenek. Majd az ifjúság magatartásáról emlékezett meg dicsőően, úgy szintén a tandíjelengedés kérdéséről. Végül elismeréssel szólva az egyetem adminisztrációját végző tisztviselőkről és megemlítve, hogy mindig szeretettel fog visszagondolni a rectori székben eltöltött napokra; üdvözölte utódát, kinek átadja méltóságát. Ezután *Heinrich Gusztáv*, az új rector magnificus mondotta el székfoglaló beszédjét, melyben főleg a tan-szabadsággal foglalkozott, mint a melyet a mutakozó hiányok javítása céljából korlátozni iparkodnak. Véleménye szerint azonban ez nem helyes, hanem inkább a tanítás módján kellene javítani, olyan módon, hogy az előadások a minimumra redukálódjanak, az egyetemi tanítás és tanulás fősúlya pedig intézetekbe (seminariumokba) helyezendő. Nagyon fontosnak tartja az egyetem szabadságának megővését, autonómiájának bővített hatáskörrel való pontos megállapítását. Végül *Ballagi Aladár*, bölcsészeti kari dékán mondott beszédet, buzdítva az ifjúságot kötelességei teljesítésére és kifejtve előttük hivatásuk komolyságát és értékét.

+ **Syphilis átoltása majomra.** Említettük, hogy Roux-nak és Metschnikoff-nak sikerült anthropoloid majomban kemény sankert létesíteni syphilitikus váladék beoltása útján. A szakemberek egy része akkoriban úgy nyilatkozott, hogy a syphilis sikeres átoltását csak akkor lehet majd egészen biztosan megállapítani, ha secunda tünetek is jelentkeznek. Az illető majomnál azóta tényleg jelentkezett specifikus eruptio, azonkívül lép és multiplex mirigymegnagyobbodás. Az anthropoloid majmokhoz nagyon közelálló cynocephaloknál a beoltások eredménytelenek maradtak.

△ A marseille-i pestisveszedelemről riasztó hírek kelnek mostanában. Az első hír arról szólott, hogy a Bois de Luzy-ban levő papirdobozgyárban 27 pestis megbetegedés fordult elő 5 halálessel, miután egy a Levanteból rongyokkal érkezett hajó tartalmát kirakták. A szeptember 10-dikén összeült egészségügyi bizottság kommuniké-jé szerint az említett gyár személyzetében néhány gyanus pneumonia-eset fordult

elő, melyet most vizsgálnak bakteriologialag, minden eshetőségre való tekintettel azonban oly óvrendszabályokat alkalmaztak máris, melyektől biztosan remélik, hogy a bajnak útját állják.

□ **Pályázat szegény orvosok, orvosok özvegyei és árvái számára.** A budapesti orvostani alapítvány ez évi kamatait elszegényedett magyarországi illetőségű és magyar egyetemen felavatott, feddhetlen jellemű orvosdoktorok segítésére fordítja, oly módon, hogy a segélyezésnél előnyben fogják részesíteni az olyan elszegényedett orvosokat, a kik aggodalmuk miatt hivatásukban, különösen ragályos járványok által munkaképtelenné váltak. Segélyt nyerhetnek az évi kamatokból valamely járványnak áldozatul esett orvosdoktorok hátramaradt és vagyon-talan özvegyei is, különösen ha kiskorú gyermekeik vannak. *Thanhoffer Lajos* orvostani dékán felhívja azon orvosdoktorokat és özvegyeket, a kik e segélyre igényt tarthatnak, hogy az orvostanártestülethez intézett kérvényükkel és megokolt folyamodványaikkal e hónap 30-dikáig az orvostani dékán hivatalhoz nyújtsák be. A volt sebészhalgatók segély-egyesületének a budapesti tudomány-egyetem orvostanártestülete által kezelt alapja első sorban a budapesti egyetemen képzett sebészek özvegyei és árvái gyámoltására lévén fordítandó, *Thanhoffer Lajos* orvostani dékán felhívja a budapesti egyetemen oklevelet nyert sebészek bárhol tartózkodó özvegyeit, árváit, hogy a mennyiben segélyben részesülni óhajtanak, kérvényükkel és megokolt folyamodványaikkal az orvostani testülethez intézve e hónap 30-dikáig az orvostani dékán hivatalban benyújthatják.

× **Az V. nemzetközi bőrgyógyászati congressus 1904. szeptember 13—17-dikéig Berlinben fogja üléseit tartani.** A szervező bizottság a következő három tételt tűzte ki: 1. A vérkeringési rendszer syphilitikus megbetegedése. 2. Bőrelváltozások anyagcsere rendellenességeivel. 3. Az epitheliomák és azok gyógykezelése.

△ **Fürdőink személyforgalma.** Tátrafüred IX/10. 2868. Lipik IX/16. 4033.

— **Máramaros vármegye közkórházával kapcsolatban M.-Szigeten** még ez ősz folyamán elmegyógyintézetet készülnék építeni.

☒ **Megjelent.** *Chyzer Kornél* dr.: A zemplénvármegyei orvosgyógyászati segélyező egyesület története. Budapest. 1903. — *G. v. Marikovsky*: Ueber den Zusammenhang zwischen der Muskulatur und dem Labyrinth. Pflüger's Arch. 98. kötet. Bonn. 1903. — *Gerlőczy Zsigmond* dr.: Fodor József egészségtana. Harmadik kiadás. Budapest. Lampel. 1904.

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

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) sanatorium vízgyógyintézete. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők.** Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.**

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapestben.

Természetes forró-meleg kénas források, iszapfürdők, iszapborogatások, zubany-massage, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő r.-t. igazgatósága Budán.

Budapesti

Mechanikai Zander-gyógyintézet
VIII., Muzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyógyítás. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára.) Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Az Országos Orvos-Szövetség congressusa. (Budapest, 1903. szeptember 13-dikán.) 608. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon. (1902. évi október hó 1-én tartott szakülés.) 608. l. — Erdélyi Múzeum-Egyetel orvos-természettudományi szakosztálya. (IV. szakülés 1903. évi május hó 9-dikén.) 609. l. — Szegedi Orvosegyesület ülései. 609. l.

Az Országos Orvos-Szövetség congressusa.

(Budapest, 1903. szeptember 13-dikán.)

Az Országos Orvos-Szövetség múlt vasárnap délelőtt tartotta meg idei congressusát a Budapesti kir. Orvosegyesület helyiségeiben. A congressuson igen nagy számban vettek részt úgy a budapesti, mint a vidéki fiókszövetségek kiküldöttei, valamint a megyei és járási főorvosok közül számosan.

Kétly Károly, a szövetség elnöke nyitotta meg a congressust azon emelkedett hangú beszéddel, melyet mai tárcánk első cikke hoz.

A zajos éljenzéssel fogadott beszéd elhangzása után Flesch Nándor dr. főtitkár terjesztette elő évi jelentését. A terjedelmes jelentés az orvosi kar minden kíváncsiát, baját tárgyalja s hosszasan a betegsegítő pénztárak mozgalmára is kiterjed, melyre a kereskedelmi ministerium a szövetség véleményét kéri ki.

A tudomásul vett jelentés után Hochhalt Károly főpénztáros a zárószámadásokat nyújtotta be, a melyek szerint a nyugdíjalap most már mintegy 200,000 koronára rúg s ennek folytán a segélyezésre fordítható összeg évente 5000 koronát tesz ki. Walkó dr. felolvasta a pénztárvizsgáló bizottság jelentését. Surányi Miklós dr. a nyugdíj-és segély-alap átalakítása ügyében terjesztette elő az igazgató tanács jelentését, melyet elfogadtak.

A közegészségügyi törvény revíziója keretében a községi és járási orvosok államosításának kérdése elintézésére egy rendkívüli közgyűlés egybehívását határozták el. A kereskedelmi minister a munkás-baleset biztosítási törvényjavaslatot megküldte a szövetségnek, hogy orvosi szempontból véleményezze. Az igazgató tanács terjedelmes véleményt terjesztett elő, a melyben többrendbeli kifogást tesz a törvénytervezeten. A javaslatot Veres Mór felszólalása után magáévá tette a congressus.

A jövő évi congressus helyéül Siofokot jelölték meg.

Végül a választások kerültek sorra. Megválasztott elnöknek: Kétly Károly, alelnöknek: babarcezi Schwartz Ottó és Konrád Márk. Főtitkár lett Flesch Nándor, titkárok Ritoók Zsigmond és Surányi Miklós, pénztáros Hochhalt Károly.

Az igazgató tanács budapesti tagjai Adler Zsigmond, Árközy József, Csátary Lajos, Elischer Gyula, Grósz Emil, Högyes Endre, Jendrassik Ernő, Korányi Frigyes, Tauffer Vilmos és Schermann Adolf lettek, azonkívül megválasztott 20 vidéki igazgatótanács tag.

A congressus után az orvosi klubban ebéd volt.

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

(1902. október 1-jén tartott szakülés.)

(Vége.)

3. Hankovits Ferencz „A gyógyszerárakról“ czímen tart előadást. A folyó évi gyógyszerész-congressus a gyógyszerárak ügyére terelte a figyelmet s azóta a gyógyszerárügy rendezését sürgetik. A kérdésről szükségesnek tartja elmondani nézetét, mert szerinte a gyógyszerárügy közügy, a köz érdekéért létező közegészségügyi intézmény.

Hogy a gyógyszerár közegészségügyi intézmény, már az állam is dokumentálja, a midőn a közegészségügy ressortjában kezeli, de a gyógyszerár célja is a közegészségügy védelmére irányul, arra szolgál, hogy az egészség védelmére szükséges gyógyszerek felkutattassanak, előálltassanak és a szükséghez képest az orvos által kívánt alakban kiadassanak. A gyógyszerár tehát az orvosi és közegészségügyi szolgálat egyik nélkülözhetetlen segédeszköze.

De ma a gyógyszerárak — nálunk és máshol, a külföldön — általában véve gyógyszer kémiai vagy erőműveleg nem állítanak elő, azok termelésére, felkutatására berendezve sincsenek, a gyógy- és orvosszerek, a melyek közegészségügyi érdekből szükségesek, a gyógyszerárakban csak raktározva vannak, s a nem mindig megbízható termelőktől szereztetnek, a külföldről fuvarral és vámmal drágítva. Ezért drága nálunk a gyógyszer.

A közegészségügy érdekével, s a gyógyszerári intézmény céljával ellentétben, a gyógyszerárakban orvosi rendelvény nélkül is lehet gyógyszereket vásárolni. Erre az kényszerít, hogy gyógyszeranyagok és gyógyszerek üzleti érdekből kereskedésekben és drogueriákban is kaphatók. Ma a gyógyszerári intézményből mindenki részt kér, a kereskedőtől a kuruzslóig s ezért a gyógyszerári intézmény hanyatlak.

A gyógyszerekkel való versenyszerű kereskedés folyamánya, hogy a gyógyszerár nálunk és külföldön is inkább magánérdekű, kereskedészerű üzlet, melynek külalakja boltszerű, belső üzeme egyszerű adás-vétel.

A gyógyszeráraknak nem az a célja, hogy a gyógyszerészeknek kenyeret biztosítson, hanem kizárólag a közegészségügy szolgálata. De míg a mai rendszer áll fenn, míg a gyógyszerár magánosok tulaj-

dona s az egyének, a gyógyszerészeknek van alárendelve, míg a tulajdonosok különböző jelleme szerint szolgálja az ügyet, addig első sorban a magánjogi elvek és magánérdekek érvényesülnek első sorban, addig a gyógyszerár kereskedelmi szellemű üzlet marad s az üzleti verseny következtében mindjobban hanyatlani fog. Az a véleménye, hogy magántulajdonosok kezelésében bármily szigorú rendelet sem oltalmazhatja meg a gyógyszerárakat s a gyógyszerári intézményt a közegészségügyre veszedelmes tüzerkedés ellen.

A gyógyszerári intézmény mai szervezetével sehol sem felel meg a közegészségügy követelményeinek.

A gyógyszerári intézmény szervezését új alapon kell kezdeni. Eredmény azonban nem remélhető, míg a gyógyszerár magánosok kezében marad, míg a gyógyszerekkel való üzletkedésnek, míg az azokkal való kuruzslásnak gátat nem vetnek.

A napi s jöttő egy része s a laikusok és a gyógyszerészek egy része a gyógyszerári gyakorlat szabaddá tétele mellett foglalnak állást, a mint az oklevél alapján az orvosi és ügyvédi gyakorlat is szabad. A kik ezt vallják, nem törődnek a következményekkel.

A gyógyszerész ma magántulajdonosa a gyógyszerárnak s úgy látszik, mintha joggal volna az. Pedig nem így van.

Nem lehet szabaddá tenni a gyógyszerári joggyakorlatot, mert a gyógyszerár kizárólag közegészségügyi intézmény s a köz érdekéért létezik. Nem képzelhető, hogy a köz- vagy magánjogban oly alapelvet lehetne felfedezni, mely megengedné a feltevést, hogy egy, a köz érdekéért létező intézmény hasznát hajtó üzlet módjára magán személynek, ez esetben a gyógyszerésznek legyen tulajdonjoggal alárendelhető. A gyógyszerárért, e közérdekért fennálló intézményért van a gyógyszerész. A gyógyszerész a gyógyszerár alárendeltje, s a gyógyszerár, mint közintézmény nem lehet a gyógyszerész magánérdekének kiszolgáltatott. A közérdeket a magántulajdonos magánérdeke mellőzésével nem szolgálhatja.

Ez indokok eléggé igazolják, hogy a gyógyszerár magántulajdont nem képezhet. Tévedés a szabaddá tétel gondolatát is ápolni, mert a gyógyszerár csak magántulajdon maradna s a tulajdonos magánérdeke a létérti harcban még a mainál is válságosabb helyzetbe sodorná a veszélynek ki nem tehető közintézményt, s a gyógyszerár a szatócs-üzletek színvonalára süllyedne.

A gyógyszerár a közegészségügy kizárólagos szolgálatára csak úgy biztosítható, ha megóvjuk attól, hogy a közérdek rovására a magánérdekek érvényesüljenek. S ez csak egy módon érhető el, ha a gyógyszerár a magánosok kezeléséből állami kezelésbe megy át.

Ez a gyógyszerésznek a gyógyszerárhoz való viszonyát megfordítaná, az egyént rendelné alá a gyógyszerárnak, nem maradna tovább üzlet, hanem közintézeté lenne, a melynek jellege megkövetelné, hogy a mai boltajtók bezáruljanak. A gyógyszerekkel eddig szabadon üzemeltetett kereskedés, illetőleg azoknak a kereskedésekben, drogueriákban, és különlegesség czímmel zárt edényzetben versenyszerű forgalomba hozatala, haemopathiával s csodaszerekkel való kuruzslás megszűnnék, mert nemcsak az állami gyógyszerár, de a köznek is érdeke lenne, hogy ez üzletkedés ellenőriztessék, megszűnjék.

A közönség nemcsak arra lenne utalva, hogy gyógyszerészszükségletét megbízható helyről s feltétlenül tiszta állapotban szerezzék be, hanem arra is, hogy azt minden esetben orvosi tanácsra és csak gyógyszerárból szerezhesse be.

A jól szervezett állami gyógyszerárban a személy, a gyógyszerész érdekei biztosítást nyernének s az egyéni képesség érvényesülne.

Az állami gyógyszerárak három osztályba lennének sorozhatók: I. osztályú intézet, vagyis főgyógyszerár, minden törvényhatósági székhelyen egy. Külalakja, mint más állami hivatalé. Az előcsarnok jobb szárnyában, hogy a közönség könnyen hozzáférjen, a forgalmi osztály volna, a gyógyszerár, a hol a receptek készítenék el. Baloldalt a vegyészeti osztály, a mely orvosok bakteriologiai és vegyikísérleti céljaira volna berendezve, a hol több terem és könyvtár állna díjmentesen rendelkezésre. Azután más termék élelmi cikkek, mezőgazdasági termények vizsgálatára s törvényszéki vegyvizsgálatok céljaira is, a hol egy állami vegyész működne. Az épületben az igazgató lakása és a kémiai kísérleti terem volna még gyógyanyagok felkutatására és előállítására.

A II. és III-ad osztályú intézetek az I. osztályúak igazgatása alatt állnának vegyikísérleti laboratóriumok nélkül, a vényforgalom lebonyolítására. Előbbiek a nagyobb vidéki városokban, utóbbiak kisebb helyeken.

Ha az állami I. osztályú gyógyszerárak minden törvényhatóság székhelyén vegyikísérleti és bakteriologiai laboratóriummal láttatnak el, később talán a II. osztályúak is, akkor az orvosi kar tudományos kutatásokhoz is nyer segédeszközt. Az állami gyógyszerárak üzletforgalmából a laboratóriumok költségei kikerülnének. A kémiai laboratóriumokban meg a gyógyszerészek végezhetnék kísérleteiket s ezzel a gyógyszerészet nyerne.

Az elmondottakból előadót az következteti, hogy a gyógyszerár csak állami kezelésben szolgálhatja a közegészségügyet. Az államosítás

ne azért történjék, hogy az állam új pénzforrást nyerjen, hanem a közegészségügy érdekében. Az állam nálunk a gyógyszerárak tulajdonosait kártalaníthatja. S mert az állami kezelés az elmondott alakban anyagi hasznát is hajtana, kétségtelen, hogy a gyógyszerek is olcsóbbak lennének.

Az előadás kapcsán élénk eszmecsere fejlődött ki. Elsőnek *Berkovits Miklós* szólalt fel. Az ő kiindulási pontja is e kérdésben az, hogy a gyógyszerárak első sorban a közegészségügye. Tény, hogy a gyógyszerárak ma nem szolgálják a közegészségügyet kellőképpen. Ez nem a gyógyszerészek ellen irányuló vád akkor lenni, mert a hiba a szervezet lényegében van. Azt kérde, nem volna-e helyes a gyógyszerészi jogot szabadabbá tenni?

Hisz ily esetben a gyógyszerárt vezető egyénnek kiválósága, szorgalma és ügybuzgósága biztosítaná a sikert. Ha az egyéni monopolium megszüntetével a gyógyszerárak szaporodnának, fokozottabb felügyelet mellett a verseny azt idézné e ő, hogy a viszonyok javulnának. Előadó érveit eddigi véleményében, a mely a teljes szabaddátétel volt, megintatták. Még sehol sem olvasta a kérdésnek oly tárgyalását, a mint az előadásában történik, hogy az ügynek eminenter közegészségügyi fontosságát ennyire kiemelték volna. Megoldása azonban socialistikus ízlű, bár a tervezet oly magot rejt, a melynek propagálása fontos. Nekünk orvosoknak, úgy mond, van okunk az intézmény reformját sürgetni. A gyógyszerészet mai alakjának róható fel az orvosi gyakorlatnak bizonyos fokú megszükitése, mert igen gyakran beavatkozik az orvosi hivatás körébe. Óhajtanánk tartja, hogy a kérdés napirenden maradjon, s ha az előadó által vázolt megoldási móddal nem is ért mindenben egyet, az előadásban kifejtett alapeszmét helyesli.

Konrád Márk szerint az ajánlott megoldás az emberi szabadságnak újabb megszorítása volna s úgy véli, hogy a gyógyszerészet legközelebbi reformja a teljes szabaddátétel lesz. Utal az angol és amerikai viszonyokra, a hol a gyógyszerészet teljesen szabad.

Az előadáshoz még *Konrád Béla*, *Nyíry Ödön* és *Edelmann Menyhért* dr. szóltak hozzá.

4. *Baróthy Ákos*. Nagyvárad 1902. szeptember havi népmozgalmi statisztikáját ismerteti.

A jelzett hóban élve született 133 gyermek (törvénytelen 21).

Az évi születési arányszám 31.30/00, évi halálozási arányszám 20.20/00, csak helybelieket tekintve, 16.90/00. 0—1 éves korig elhalt 25 gyermek (törvénytelen 1), 1—5 éves korig 10.

Kanyaróban megbetegedett 1, vörhenyben 5, croup és diphtheritisben 11 egyén (halálozás 1), typhusban 17 (elhalt 2), tuberculosishalált 7, bélhurutban 12, tüdőlobban 2 beteg.

Erdélyi Múzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(IV. szakülés 1903. évi május hó 9-dikén.)

Elnök: *Löte József*. Jegyző: *Konrádi Dániel*.

(Vége.)

3. *Lechner Károly* előadása: „A reflextypusok. Psychophysiologiai megjegyzések Hevesi tagtárs az inatültetésekről szóló előadása kapcsán támadt eszmecserehez” czimén. (L. az Ertesítőben.)

Udránszky László Hevesi tagtárs előadásán nem lehetett jelen, az ehhez fűződő eszmecsere sem hallotta s így a kérdéshez annak teljes érdeme szerint nem szólhat hozzá. Csakis annyit kíván megjegyezni, hogy annak megítélésénél, vajjon az addigotól teljesen eltérő értékű tapadási pontra átvart inu izom kielégítő működéséhez szükséges beidegzés miként alakul ki, semmi esetre sem szabad szem elől téveszteni, hogy az egyes izmok, illetve izomkötegek és az ezekhez beidegzési kapcsolatban álló központi dúcsejtek között a viszony számszerint többszörös, akármilyen okból elmaradt vonatkozásoknak újakkal pótlását megengedő. A legmagasabb rendű központi dúcsejtektől a munkakészülékekhez vezető pályákat nem célszerű az egyén életében invariabilis anatómiai egységek szerint tekinteni.

Eredeti tapadási helyeikről kimozdított izmok működésének elemzésénél becses felvilágosításokat lehet várni annak tanulmányozásától, hogy az együttműködő és az ezekkel ellentétesen ható izmok összehúzódásánál észlelhető működési kapcsolatok (mint például valamilyen izmosoport összehúzódása közben az ezzel antagonista izmosoport egyidejűleg: 1. szinten összehúzódik, megrövidülésének ezerféle változatait mutatva; 2. tonusát nem változtatja; 3. megnyúlik) mennyiből és milyen mértékben szenvednek változást, ha az addig synergista izmosoport vagy annak egy része inának átvarrása folytán antagonistává vált. Epen úgy érdekes lenne annak vizsgálása, lehetne-e az ilyen viszonyban egymáshoz álló izmosoportokhoz haladó mozgató idegek ingerlékenységében különbségeket észrevenni.

A tárgyhöz hozzászólt még *Brandt* is.

(V. szakülés 1903. évi május hó 16-dikén.)

Elnökhelyettes: *Brandt József*. Jegyző: *Konrádi Dániel*.

1. *Pataky Jenő* felolvasása: „Adatok a magyar ifjak orvosnevelésének történetéhez” czimmel. (L. az Ertesítőben.)

2. *Jancsó Miklós* előadása: „Adatok a typhus bakteriologiai kórismézéséhez” czimmel. (L. az Ertesítőben.)

Buday hozzászólásában azt a kérdést intézi előadóhoz, nem volna-e jó leves mellett agaron is ilyen tenyészeteket csinálni, mert akkor nemcsak a baktériumok jelenlétéről, hanem azok számáról is lehetne felvilágosítást kapni, mire előadó megjegyzi, hogy közleményében erre a kérdésre is kiterjeszkedett.

Szegedi Orvosegylet.

(XXXIV. szakülés 1902. október 8-dikán.)

Berger Mór: „A római congressusról” czimen részletesen ismerteti a congressus munkásságát és Olaszországnak egyes jelesebb gyógyfürdőit.

(XXXV. szakülés 1902. november 13-dikán.)

Szántó József: Férfi hysteria esetét mutatja be egy 12 éves fiúnál, kinél a hysterioepilepsia kryptorchismussal van szövődve. Nem gondolja hogy összefüggés volna a kettő között. Előzőleg gyógyszerekkel kezelték, de hasztalan; ő hypnosissal ért célzt.

Berger Mór: A kryptorchismust szintén melléktünetnek tartja.

Rex Izó: „Újabb physicalis gyógy módok” czimen a forró-levegő-kezelés alkalmazásáról és a vibrációs massage hasznosságáról értekezik, egyszersmind bemutatja a mindkét gyógyító módnál alkalmazásba jövő eszközöket.

Ács Vilmos: A forrólevegő-kezelés endocarditisnél contraindikált.

Berger Mór: Ha helyi a forrólevegő-kezelés, ez a szívre nem veszélyes, miután érnymásnövekedés nincs.

Regdon Károly: Egész testre kiterjedő forrólevegő-kezelést használt egy heveny endocarditisben szenvedő rheumatikus egyénnél minden kár nélkül a szívre vonatkozólag. A kezeles alatt a szívre hideg borogatást alkalmazott. Kérde, hogy a lehűtés hogyan történik.

Falta Marcel: Ő maga is alkalmazza specialis gyakorlatában a vibrációs massaget, a mely igen előnyös és ajánlható gyógyító mód. Ő accumulatorokkal dolgozik, a bemutató pedig szénsavnyomással, kérde ez utóbbi fogyasztási költségeit.

Rex Izó: Szívbetegknél a forrólevegő-kezeléssel igen óvatossággal kell lenni. A lehűtés magában a készülékben történik, mely akkor távolítottatik el, ha a hőmérséke már 60°-ra leszállt. Tíz kiló folyékony szénsav elég 50, 5—10 perczig tartó kezelésre.

Kőhegyi Lajos: „A római congressusról” czimen ismertette a congressus lefolyását, különösen a művi abortusra tuberculosishalált terjeszkedett ki, mely tárgy tárgyalásában maga activ részt vett.

Falta Marcel: Azon tanulságos beszámolókat hatása alatt, melyeket előbb *Berger*, most pedig *Kőhegyi* a római congressusról tartott, indítványozza, hogy a szakülés fejezze ki azon óhaját, hogy minden tagtárs, ki külföldi tanulmányutat tesz vagy valamely congressuson részt vesz, adja elő az egyesületben az ott szerzett tapasztalásait.

(XXXVI. szakülés 1903. január 14-dikén.)

Regdon Károly: *Winkelman-féle hydrocele-műtetés* esetét mutatja be, kiemelve ennek előnyeit egyszerűség és könnyű végrehajthatóság tekintetében a többi felett.

Falta Marcel: „A trachoma legsúlyosabb alakjainak operációs gyógyítása” czimen tartott értekezést. Igyekezett szorosan megvonni a határt, a melyen túl már csak műtetés segíthet. Részletesen bírálta a különféle műtétéseket, felállította ezek indicatit, méltatta az elérhető eredményeket, különösen az áthajló redők kimetszése és a porckifejtés által elérhetőket. Végül bemutatott három beteget, kiknek egyikénél lebenyátültetéssel a distichiasist szüntette meg, másikánál az áthajló redőt metszette ki a saját módszere szerint, a harmadiknál pedig a porckifejtést végezte.

Regdon Károly: Kapcsolatosan vázolja a körületi börtönben követett szigorú ellenőrzést a trachomával szemben.

Berger Mór: A vaselin injectiók már régibb keletűek plastikus képzések céljából.

Falta Marcel: Elismerőleg nyilatkozik arról a szigororról, melylyel *Regdon* a börtönben eljár a trachomával szemben, de ez csak börtönben lehetséges, kívül a nagy társadalomban nem. Itt a mostani eljárások is túlszigorúak és több tekintetben károsak, a miről más alkalommal szándékozik nyilatkozni. A mi a vaselin-injectiókat illeti, persze, hogy régi dolog, de a szemorvoslásban az en- és ectropiumnál egészen új.

(XXXVII. szakülés 1903. február 11-dikén.)

Dukesz Márton: A feghúsdaganatokról egy eset bemutatása kapcsán. K. J. 15 éves nőbeteg mellő-alsó jobboldali 2 metsző- és szemfoga mögött diónagyságú, kemény, érzékeny tumor észlelhető, a mely daganat 1 1/2 év alatt érte el jelenlegi mekkoraságát.

Bemutató az esetet epulis sarcomatosusnak tartja, s mint ilyent radicalis műtét után javasolja eltávolítani.

Tekintve, hogy ilyen-localisatiojú epulis a ritkaságok közé tartozik, érdemes a bemutatásra.

Faragó Ödön: A gingiva resorbeálási képessége nem lehet oly hatalmas, hogy a nicotin-mérgezés dohányosoknál ezen úton magyarázható volna.

Ungvári Péter: Az újképlet belülről azért oly kemény, mivel a nyelv folytonosan nyomogatja.

Gyuritz Sándor: A megejtendő műtévesnél az adrenalin alkalmazására hívja fel a figyelmet.

(XXXVIII. sz. 1903. március 11. d. kén.)

Gyuritz Sándor: Az organotherapia mai állásáról ezimen röviden visszapillant az organotherapia történetére; felemlíti, hogy már a kínaiak is használták a disznótüdő levét a tüdőbetegség, a spermát impotencia ellen, míg a rómaiak és görögök utóbbi ellen a szamar testi-
culust és spermáját használták. Az organotherapia Brown Séquard nevével elválaszthatatlan, ő azonban tévedt, mert az organotherapiát élet-
tani dinamikai elmélet alapján akarta magyarázni. Ismerteti értekez-
ő az organotherapiában leghasználatosabb mirigyek anatómiáját és physi-
ológiáját.

A pajzsmirigy gyógyító célokra használhatóságára a sebészek jöttek rá, mert a szerv kiirtása után egész sereg tipikus kórtünet lépett fel. Először a pajzsmirigyet implantálták a beteg szervezetbe, de ez nem járt kielégítő eredménnyel, azután áttértek a szerv belső ada-
golására. Baumann a pajzsmirigyből a jodothyrint, Oswald a thyreoglobulint, Fränkel a thyreoantitoxint, Natkin a thyreoprotint és Standfort a thyreoglandint állították elő. Jótékony hatású a szer myxoedemánál, ha bármely oknál fogva a fejlődésben a serdülők visszamaradtak, pl. leányoknál a mellék és mindkét nemnél a szörzet fejlesztésére. Kreti-
nismusnál nemesak a psyche, hanem a testi fogyatkozás is javul. Jó hatású a Basedow-kór, mely baj Moebius szerint tisztán thyreogen eredetű. Bizonyos bőrbetegségeknél, főleg psoriasisnál jó. Az elzsírosodás azon formájánál, melynél a szervezet fehérjekészletét nem veszélyez-
tet, pl. anaemiánál, szintén jó hatású. Az amerikaiak a szert agyban-
talmaknál dicsérik; legújabbán a lymphomák gyógyításánál jeleznek sikereket.

A thyreoidin-tablettákból a 10 cgm.-os adagból gyermekeknek naponta egyet, 10 nap után 2-t adunk, azután visszatérünk egyre; felnöt-
teknél a 30 cgm.-os tablettákból naponta egyet, 5-8 naponként egyvel emelkedőleg 3-ig, azután vissza. A jodothyryn adagja gyermekeknek naponta 0.25-0.50, felnötteknél 1.5-2.0 gramm.

A mellékveséből Oliver és Schäfer oly testet állítottak elő, mely már nagy hígítás mellett a vérnyomást nagy fokban emeli, a mi az edény-
falak izomzatának contractioja folytán jó létre. A nyákhártyákra csep-
pentve hatalmas anaemiát okoz. A mellékvese hatóanyaga a velős rész-
ben van. Intravenosusan erősebb, mint bőr alá fecskendezve. Fränkel állította elő a sphymogestint, majd utána a Merk-féle extr. suprarenale
haemostaticum, atrabilin, supraren és az extr. Jacquelli-Takamine-féle
adrenalin következtek.

Az adrenalin jó az izomrendszer kimerültségénél és ott, hol a szívizomzat erejét az edények ürterének szűkítése által emelni akar-
juk. Belsőleg 3-szor naponta az 1:5000 készítményből 10-20 csepp kitűnő tüdő, de főleg gyomor- és bélvérzéseknél.

Jó az adrenalin külsőleg a szem minden betegségénél, hol főlv a környék hyperaemiájának megszüntetése. Parenchymás vérzések csilla-
pítására kitűnő.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

Süttő (Esztergom.) községben két betegsegélyző pénztár és 18 család egyesülésével szerződésileg létesített orvosi állás folyó évi október hó 1-én üresedésbe jön.

Ezen állás javadalma a két betegsegélyző pénztár és a csatlakozott családok részéről szerződésileg biztosított s negyedévi utólagos részletekben fizetendő évi 2600 korona; ezenkívül tekintélyes magángyakorlatot érhet el.

Közelebbi felvilágosítással szívesen szolgál Gobbi Gyula dr. orvos úr. Pályázatok a curriculum vitae vázolója, valamint a nyelvismeret közlésé-
vel alulírottaknak lehetőleg személyesen nyújtandók be évi október hó 28-dikéig.

Süttő, 1903. évi szeptember hó 10-dikén.

2-1 **Gösi György,** községi jegyző.

4052/1903. sz.

Borsod vármegye miskolci járásához tartozó **harsányi körorvosi állás** elhalálozás folytán megüresedvén, annak betöltésére ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket folyó évi szeptember hó 30-dikéig annál is inkább nyújtsák be hozzám, mivel a később beérkezettek figyelembe vételét nem fogom.

A körorvosi állás javadalmazása áll: 1459 korona 14 fillér évi fizetésből s ezenkívül a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakból. A fizetés elő-
leges negyedévi részletekben a miskolci m. kir. adóhivatalnál vehető fel.

A körhöz tartozó községek Harsány székhelyen kívül: Aranyos, Kis-Győr, Geszt és Vatta.

A választás folyó évi október hó 8-dikán délelőtt 9 órakor Harsány község-
házánál fog megtartatni.

Miskolc, 1903. évi szeptember hó 10-dikén.

3-1 **Nagy Imre,** főszolgabíró.

4200/1903. sz.

Petris, Rossia, Oberzsia, Ilyó, Tok, Korberst és Szelistye községekből alakított egészségügyi körben a községek által 1200. az ilyói uradalom által 200
koronával, a petrisi uradalom által 3 szoba és mellékhelyiségekkel álló természet-
beni lakással és a szabályszerű beteglátogatási díjjal javadalmazott petrisi kör-

orvosi állás lemondás folytán megüresedvén, annak pályázat útján leendő betöl-
tésére határidőül 1903. évi szeptember hó 30-dikán d. e. 10 óráját a petrisi köz-
jegyzői irodában kitűzöm.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában meghatározott okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó hó 29-dikéig adják be, mivel a később beérkezett kérvények figye-
lembe vételét nem fogom.

M.-R. a d. n. a, 1903. évi szeptember hó 12-dikén.

Péczy, főszolgabíró.

Békés vármegye közpénzügyi osztályán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona készpénz-
fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kívánókat felhívom,
hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt
folyamodványokat méltóságos Lukács György dr. Békés vármegye és Hódmező-
vásárhely város főispánjához intézve, hozzám folyó évi október hó 1-sajéig
küldjék be.

A kinevezett állást mielőbb elfoglalni köteles.

Gyula, 1903. évi szeptember hó.

2-1

Berkes dr., kórházi igazgató.

Orvos kerestetik. Az alulírott betegsegélyző pénztárak Zernesten (vasúti
állomás, 3500 lakos, népes környék) folyó évi október 1., esetleg 15-dikére orvost
keresnek, kinek már praxisa van; a magyar és német nyelv ismerete szükséges;
fix fizetése 2400 korona, szabad lakás, fűtés és világítás.

A két gyár hivatalnokai nem tagjai a betegsegélyző pénztáraknak és köte-
lesek az orvost külön honorálni.

Ajánlatok az alulírott két betegsegélyző pénztárak egyikéhez intézendők:
Zernestre, Brassó mellett.

2-1

**A brassói cellulose gyár részvénytársaság
betegsegélyző pénztára.
Copony Márton-féle papírgyár betegsegélyző
pénztára.**

3451/1903. sz.

Csikmege felesiki járásához tartozó Gyimesbükk, Gyimesfelsőlak és Gyimes-
középlak községekből alakított gyimesi közegészségügyi körben **Gyimesbükk község**
székhelylél az orvosi állomás elhalálozás folytán üresedésbe jövén, annak be-
töltése végett ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állomással 1200 korona évi fizetés, 80 korona lakbér és mint ki-
nevezendő csikgyimesi pályaorvosnak az Ajnádtól Gyimesig terjedő 31.3 kilometer
hosszú vonalszakaszon a pályaorvosi teendők végzésért évi 600 korona tiszteletdíj
jár. A községekkel és azok közigazgatási területén levő fűrésztelepek tulajdonosai-
val egyezség útján megállapítandó látogatási, látélet- és bizonyítványkiállítás
díjakon kívül körorvos a védhímlőoltásért és újraoltásért az országos érványú
díjakat felszámíthatja és a bíróságok felhívására végzett szakértői működésért a
szabályszerű díjakat igényelheti, székhelyén a halottkémlést és hűszemlélt a
szabályszerű díjak mellett végezni s községeit havonként kétszer beutazni tartozik.
Körközségeinek szegényeit pedig ingyen köteles gyógykezelni. A magánlátogatásokra
feleltől fuvart követelhet.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, mi-
szerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében eddigi gyakorlatukat is igazoló ok-
mányokkal felszerelt kérelmüket hozzám, 1903. évi október hó 4-dikéig nyújtsák
be. A választás Gyimesbükkben, 1903. évi október hó 10-dikén délután 1 órakor
fog megtartatni.

Csikszereda, 1903. évi szeptember hó 3-dikán.

3-2

Fejér Sándor s. k., főszolgabíró.

17,427/1903. K.

A szabolcsvármegyei „Erzsébet”-közpénzügyi állás évi 1000 korona törzsfize-
tés, szabad lakás, fűtés, világítás és teljes ellátással, bentlakás kötelezettsége mellett
rendszeresített alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-a 3. be-
kezdésében előírt minősítésüket, valamint eddigi alkalmazásukat és életkorukat
igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi szeptember hó
30-dikéig mint záros határidőig nyújtsák be.

Nyiregyháza, 1903. évi szeptember hó 1-én.

2-2

Szikszay, alispán.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
szept. 26	körorvos	Gyanta	1441 k. 92 f. fiz., sz. l.	Werner Kálmán, fő- szolgabíró Tenke.
" 28	körorvos	Oka	1000 k. fizetés	Wolff, f. szb. Kis-Márton.
" 28	körorvos	Magyarvaskő	2000 korona fizetés	Győrffy, f. szb. Kraszná.
" 29	körorvos	Nagysomkút	900 k. fiz., 300 k. úti át.	Thoma László, f. szb.
okt. 1	közs. o.	Jablonka	1400 k. fiz., gyógytár	Nagy-Somkút.
" 1	ker. bet. pénzt. o.	Kolozsvár	2000 k., lakás, házi gyógyszertár	Csillaghy, főszolgabíró Trsztena. Titkár

HIRDETÉSEK.

Haláleset folytán

egész új állapotban lévő, nem használt **műtőeszközök** (niologia)
valamint **vizsgáló** (műtő) **asztal** jutányosan **eladó.** Ajánlatok
Tenczer Gyula hirdetési irodájába, Szervita-tér 8. „Műtőeszköz”
jelige alatt czimzendők.

A Szinye-Lipóczi Lithion forrás

Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és kösvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a cukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperj. sz.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévízi gyógyfürdő, páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvizuszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakosztóval. A legsolidabb kezelés. Prospectus kívánatra ingyen és bérmentve.

Villamos gyógykészülékekpraeciziós-mechanikai műhelye
legutányosabban elvállal minden gyakorlati és tudományos célra szolgáló műszer készítését a legpontosabb kivitelben:

Harpner Róbert mérnök, Bécs, VII., Lerchenteldersstr. 67.

Magyarországi vezérképvislet:

Dr. Veit Albert, Budapest, VI. kerület, Izabella-utca 92. szám.

Védjegy:

**CHINOSOL**D. R. P.
88.520. sz.

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

Kitűnő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

Gyorsan ható stypticum és váladékmegszorító

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

Javallatok: Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nemi és bőrbajok, torok-, orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigációk, prophylaktikus gargalizálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá pathisis, gümőkór, lepra stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagybani eladásra Ausztria-Magyarország részére:

WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.Vegyészeti gyár
Dr. Fritz és Dr. Sachsse**ALBOFERIN**WIEN, I,
Bauernmarkt 14Egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, phosphor- és fehérnyetartalmú szer; organikus, nagy fokban tömecsés
90.14% fehérnye, 0.65% vas, 0.321% phosphor.

Alboferin-por 100 gm. = K. 5.—, Alboferin-tabletták hozzátétel nélkül 100 db. = K. 1.50, Alboferin-chocolade-tabletták 100 db. K. = 1.80.

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

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

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

Kapható valamennyi gyógytárban és nagyobb drogueria-üzletben.

Rodagen

Új specifikus gyógyszer

Morbus Basedowii ellen

(V. ö. Burghart & Blumenthal. Festschrift für E. v. Leyden, 1902, pg. 251.)

Irodalom
ingyen.

Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft, Charlottenburg, Salzufer 16.

Cornides-féle fekete áfonya gyógybor

(Vinum myrtillor. Cornides)

meglepően biztos hatású gyógyszere a bélhurutnak s emellett kedvezően befolyásolja az emésztést. — Kapható gyógyszertárakban; hol nem, oda küld készítő 5 üveget 8 koronáért költségmentesen.

Cornides Károly, Felka (Szepesmegye).**Hoffmann Béla gyógyszerháza**

a „Szt. Erzsébethez“

Budapest, VII., Erzsébet-körút 21.



Ajánlatos és leghatékonyabb a hysteria, epilepsia és minden oly bajoknál, hol a bróm huzamosabb használata kívánatos. Ezen brómsót tartalmazó kenyérke (adagonként 1 gramm) kellemes ízű, tápláló s az emésztési szerveket meg nem támadja. Ára darabonként 30 fillér.

„Bromofarina sec. Hoffmann“

Vidékieknek ajánlatos a kenyérkék otthoni sütésére. Egy csomag (8 kenyérkére) ára 60 fillér. — Elkészítési utasítás mellékeltek.

Gyermekeknek

a „Hoffmann-féle Brómpiskóta“ a legkellemesebb bróm-adagolás (szeletenként 0.25 gramm brómsó tartalommal) kitűnő íze miatt szívesen veszik. Egy doboz (10 piskóta) ára 1 K 20 f.

Minták a t. orvos urak részére ingyen és bérmentve.

Beszerezhetők bármely gyógyszertár utján.

Kívánatra prospektus és irodalom.

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, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ónodi Adolf és Zirkelbach Antal: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A szaglásihiány kórtanáról. 611. lap.

Vladár Márton László: A bőrvizenyők sebészeti gyógykezelése. 613. lap.

Lechner Károly: A psychopathológiás irány a gyógyászatban. 615. lap.

Glasner Jakab: Az osteomaláciáról és különösen belsőleg adagolt szerekkel való gyógykezeléséről. 616. lap.

Tároza. G. E.: A kolozsvári kir. magy. Ferencz József tudomány-egyetem klinikái. 618. lap.

Közegészségügy. A m. kir. belügyminister 1903. évi 88.378. számú körrendelete valamennyi törvényhatóságához. 618. lap. — A gyógyszerkülönlegességekről és titkos összetételű gyógyszerekről alkotott szabályrendelet. 619. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Marikovszky György: A dysenteria aetiológiájáról. 619. lap. — Könyvismertetés. Poncet et Mailland: Rhumatisme tuberculeux. 620. lap. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Crombie: A gümö-

kór ritkasága Indiában. — Richter: Láz és czukorkiválasztás. — Belgyógyászat. Strasburger: Antisepticumok befolyása a bél bakteriumtartalmára. — Feilchenfeld: Diabetes insipidus. — Kisebb közlemények az orvógyakorlatra. Fleisch: Bismutose. — Lecithin-perdynamin. — Peano: Adenoid vegetatiók okozta asthma és tüdőemphysema. — Folyóiratok átnézete. 620–621. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kiténtetés. — Kinevezések. — Tisztiorvosi vizsga. — Kopits Jenő — Berger Ferencz. — A német dermatologusok egyesülete. — A marseille-i pestis-veszedelem. — A belügyminister körrendelete. — A m. kir. belügyminister. — Pályázat. — Fürdőink személyforgalma. — Magánkórház engedélyezése. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — Megjelent. — Elhunyt. 622. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. — Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlése. — Szegedi Orvosegyesület ülései.

Mellékletek. Gynaekologia. 3. sz. Szerkesztik: Tóth István és Temesváry Rezső. — F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

I.

A szaglásihiány kórtanáról.¹

Irták: Ónodi Adolf dr. egyetemi tanár és Zirkelbach Antal dr. klinikai tanársegéd.

A szaglószerv kórtana manapság még csak gyermekévéit éli, a mennyiben jelenlegi ismereteink még nagyon sok irányban hézagosak úgy a szaglás kórtanára, mint kórtanára vonatkozólag. A tankönyvekben a szaglószerv kórtana három fejezetben szokott röviden érintve lenni, és ezek a túlfokozott szaglás (hyperosmia), a részleges vagy teljes szaglásihiány (anosmia et hyposmia) és a pervers szagérzetek (parosmia). Jelen cikkünk keretében a részleges és teljes szaglásihiányra vonatkozó vizsgálódásaink eredményeiről óhajtunk beszámolni, mielőtt azonban ezeket részleteznők, előre kell bocsátani a szaglásihiány kórtanára vonatkozó ismereteinket és az ezek alapján javaslatba hozott beosztást.

Ónodi¹ az 1900. évi párisi nemzetközi orvoscongressus orr- és gégegyógyászati szakosztályában kitűzött és beküldött referatumban a szaglásihiányra vonatkozó nagyszámú észleleteket a következőképen csoportosította: az első csoportban a szaglásihiány azon alakjait foglalta össze, a hol a szaglószerv területében vagy kóros elváltozások, vagy kóros behatások voltak megállapíthatók; a második csoportban azon alakokat, hol az elváltozások az orrlégzés mechanikus akadályaira vagy functionalis

zavaraira, a szaglólérzés functionalis kiesésére vezethetők vissza; a harmadik csoportban, hol elváltozások sem kimutathatók, sem gyaníthatók nem voltak.

Ezen csoportosítás szerint a szaglásihiány kóralakjainak következő beosztását ajánlotta:

I. *Essentialis vagy valódi szaglásihiány* (anosmia essentialis), ezen kóralak a szaglószervterület egyes részeinek megfelelően lehet *központi* vagy *körzeti*.

II. *Mechanikus vagy respiratorikus szaglásihiány* (Anosmia respiratoria).

III. *Functionalis szaglásihiány*.

Ezen beosztást összevetjük Zwaardemaker beosztásával, melyet egy levelében a következőkben állított össze:

Zwaardemaker

Ónodi

Intracranialis szaglásihiány	} Essentialis szaglásihiány
Essentialis szaglásihiány	
Gustatorikus szaglásihiány	
Respiratorikus szaglásihiány	} Mechanikus szaglásihiány
Nem localizálható szaglásihiány	

Functionalis szaglásihiány.

Reutter² egy az „essentielle Anosmie“-t tárgyaló cikkében még ama szaglásihiányokat is tárgyalja, melyek az ethmoiditis chronica és az ozaena keretén belül lépnek fel, továbbá melyek a genuin orrhabarczok kiirtása után maradnak fenn.

Az alábbiakban ama nagyszámú kórtani tényezőket óhajtjuk előadni, melyek szaglásihiányt előidézni képesek, vezérfonalul az Ónodi-féle beosztást tartva szem előtt.

Nézzük közelebbről e beosztás szerint a szaglásihiány egyes kóralakjait az irodalmi közlések alapján.

Az *essentialis körzeti szaglásihiány* (anosmia essentialis peripherica) kórtani mozzanatai közül főképen a gyuladás s az atrophikus folyamat szerepel, első esetben a körzeti szaglólérület-

¹ Előterjesztett a magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlésén Kolozsvárott.

ben a gyulladás neuritis olfactoriához vezet, a második esetben pedig a szaglólóidegben atrophikus folyamat áll be. A körzeti gyulladások többnyire az orrüregi nyálkahártya gyulladásának kapcsolódásában lépnek fel, de felléphetnek mint egyes fertőző bántalmaknak, pl. az influenzának következményei is. Általában az orrnak és melléküregeinek kóros elváltozásai, mint az orrhurut, melléküregempyemák, trauma, daganatok, gümös és luetikus elváltozások, másodlagosan a körzeti szaglólóterületet is érinthetik s a szaglólóideg végkiszüléke is szenvedhet e bántalmak által, melynek folytán azután a szaglási képesség különféle fokú csökkenése állhat be. Ugyancsak az essentialis körzeti szaglásihiánynál említendő fel az agykori anosmia is, mit *Prevost*³ szerint az orrkagylók idegrostjainak atrophiaja és a corpora amylaceaak felhalmozódása idézi elő, valószínűbb azonban, hogy az agykori szaglásihiány lezálló központi eredésű jelleggel bír, fellépését különben többnyire paraesthesiaiák előzik meg. A rhinitis atrophicansnál, az ozaena eseteiben olyan gyakran észlelt szaglásihiánynál, akár gőcsmegbetegedés, akár felületbántalom legyen az, a körzeti szaglólóterület nyálkahártyájának és a szaglólóidegeknek atrophiaja forog fenn. Kell még, hogy a valódi körzeti szaglásihiány kórtanát részletes kórszövettani vizsgálatok is megerősítsék, melyek egyrészt a szaglólóterületben a nyálkahártyák, az idegek és végkiszülékek elváltozásait, másrészt az okozatos összefüggést ezek s a felemlített elváltozások közt pathohistologiai alapon megállapítják. Az essentialis körzeti szaglásihiány említett okainak részletesebb fejtegetésétől eltekintve, itt csupán egy trauma által okozott körzeti essentialis anosmiára vonatkozólag akarunk egy esetet felemlíteni, melyet *Ónodi* egy férfibetegén észlelt, kinél lövési sérülés volt jelen és a golyó a löcsatorna irányának megfelelően a két szemüregen át, az orrüreg felső és hátsó részén hatolt keresztül. A szaglási vizsgálatok a *Reutter* és az *Ónodi*-féle eszközökkel a szaglószervert sértetlenségét állapították meg. A golyó a felső orrjáratokon közvetlenül a felső kagyló alsó szélé alatt hatolt át, úgy hogy a felső kagyló területe és a megfelelő orrsövény területe érintetlen maradt. Ezen eset egyszermind megerősíti *Zwaardemaker*⁴ ama nézetét, hogy a szaglólóideg körzeti kiterjedése nem éri el a felső kagyló alsó szélét, az orrsövényen sem. Ezen tétel igazságát különben *Brunn* kifogástalan szövettani vizsgálatai és mérései is kétségtelenül igazolják.

A valódi központi szaglásihiányt (anosmia essentialis centralis) kóroktanilag *Frankl-Hochwart*⁵ a következőkép írja le: az anosmia e fajtájánál okul szerepelhet 1. az olfactorius hiányos fejlettsége vagy megbetegedése, 2. valamely a capsula interna leghátsó harmadát érő bántalom, 3. a homloki tekervény corticális szélének a betegsége. Az olfactorius megbetegedése ismét lehet önálló vagy pedig más idegbajokhoz csatlakozó bántalom. Önálló megbetegedések lehetnek:

1. A szaglószervert veleszületett defectusai.
2. Öregkoriak.
3. $\left. \begin{array}{l} a) \text{ } \\ b) \end{array} \right\} \begin{array}{l} \text{infectiosus bántalmaknál.} \\ \text{toxikusak bevitt mérgeknél.} \end{array}$
4. Túlságos erős szaginger folytán fellépők.
5. Traumák.

Más idegbajokhoz csatlakozó szagideg-megbetegedések:

1. Melyek cerebrális, illetve cerebrospinalis bajokhoz csatlakoznak, basalis processusoknál, vérzéseknél, hydrocephalusnál, tumoroknál, tabesnél, progressiv parálisisnél.

2. Melyek neurosisokhoz társulnak, hysteria, epilepsia.

Mielőtt anosmia essentialis centralisnál a kórboneztani leletek által megerősített elváltozásokat, valamint a központi szaglólóidegrendszerre beható káros okokat felsorolnánk, a szaglásihiánynak még több alakjáról kell megemlékeznünk. Így a congenitalis anosmiáról, melynek okát *Zwaardemaker* az Ammon-szerv fejlődési visszamaradottságában keresi, melyet később a tractus olfactorius hiányos fejlődése követ. *Kundrat*⁶ szintén az olfactorius hiányos fejlődésében keresi a congenitalis anosmia okát, vizsgálatai szerint azonban az olfactorius defectusai rendszerint más agybeli defectusokkal, még pedig leggyakrabban a látóidegével vannak kapcsolatban. Ezzel ellentétben *Claude Bernard* és *Lebec*⁸ egy-egy esete azt látszik bizonyítani, hogy az olfactorius

hiányánál is lehet néha szagérzés. Ugyanis *Claude Bernard* egy sectionál a leggondosabb kutatás daczára sem tudta az olfactoriust meglelni, míg *Lebec* esetében a bal frontális tájon az olfactoriust csak a csontja volt meg, míg jobb oldalon az teljesen hiányzott s mégis mindkét egyén érezte élő korában a szagokat. Az anosmiák létrehozásában egyes esetekben úgy látszik a pigmentatio viselkedésének is lehet szerepe, így legalább *Hutchinson*⁹ említi, hogy egy fekete szülőtől származó fiú, ki 12 éves koráig maga is fekete színű volt, egyszerre kezdte fekete színét elveszteni, kezdetben csak bal szemzugánál lépett fel egy fehér folt, mely mindinkább terjedve lassanként egész testét ellepte, úgy hogy az illető gyapjas hajától eltekintve, teljesen európainak nézett ki. Később kezén és arcán újból barnás foltok léptek fel, testének többi része azonban mindig fehér maradt. A mint *Hutchinson* megfigyelte, a fiúnál a fekete szín eltűnésének arányában romlott a szaglási képesség.

Valódi központi szaglásihiányt idézhetnek elő traumák, melyek a fila olfactoria, bulbus és tractus olfactorius sérülésével járnak. Így *Jobert*¹⁰ esetében a bulbus olfactoriust, *Hahn*¹¹ esetében pedig a tractus olfactoriust érte a golyó az orrgyök táján, mindkét esetben teljes anosmia. *König*¹² esetében az orrgyökön behatoló golyó teljes anosmiát, *Riedl*¹³ esetében pedig az orrgyök felett behatoló golyó szintén teljes szaglásihiányt hozott létre a lamina cribrosa sérülése mellett. *Scheier*¹⁴ esetében a behatolt golyó teljes anosmiát okozott amaurosissal kapcsolatban, az orrüreg sértetlen volt, de a bulbus sérült. Végül *Th. Schmidt*¹⁵ esetében a lövés a jobb halántékot érte, a jobb látóideg elsorvadt s a szaglás gyengült. Itt ő a lamina cribrosa sérülését is felveszi. Vannak oly esetek is, hol a trauma alig vagy egyáltalában nem okoz látható sérülést, pl. ha valaki lóról, kocsiról stb. leesik s anosmián kívül semmi egyéb tünet nem marad vissza az esés után. Így *Schalek*¹⁶ észlelt egy esetet, melynél a sérülés esésnél érte a nyakszirtet s agyrázkódás tünetei közt teljes anosmia lépett fel, mely változatlanul hónapokig fennállott. Ez esetekben *Ogle* az olfactorius idegszállainak sérülését veszi fel a lamina cribrosa területén az anosmia okául.

Az eddig említett traumákon kívül anosmiát okozhat a kopnyatórés, így *Berger* és *Tyrmann* 52 ismertetet eset közül négyszer találták a lamina cribrosa sérülésével. *Bergmann*¹⁷ szerint a homlok, fal- és nyakszirtcsont sérüléseivel kapcsolatosan is gyakran jöhet létre a szaglás gyengülése vagy elveszése.

A traumán kívül a bulbus és tractus olfactoriust egyenesen érő daganatok is okoznak anosmiát, hasonlóképen minden oly káros behatás és tumor is, mely a capsula interna leghátsó harmadát éri. Az agy és agyacs daganatainál gyakran találták az olfactorius sorvadását, csökkent vagy felfüggesztett szaglással, az ideg sorvadását másodlagos elváltozásnak tekintik, mely egyrészt a fokozott koponyai nyomás, másrészt a lágy agykéreg gyuladása által van feltételezve. Felemlítjük itt, hogy a centralis anosmiáknak gyakran előzetes parosmiák az előfutárjai. Így *Siebert*¹⁸ egy agytumorban szenvedő betegénél az anosmia fellépését undorító szagérzetek előzték meg, boncolásnál egy a gyrus uncinatus, a gyrus hippocampus és az Ammon-szervet tönkretető gliómát találtak. Szerinte a szaglási hallucinációk fellépését az uncus és gyrus hippocampus izgatása, a szaglás megszűnését pedig ezen központoknak későbbi elpusztulása magyarázza meg. *Schlager*¹⁹ egy agytumoros betegénél (hol direct az olfactoriusra történt a nyomás) anosmiát észlelt paraesthesiaikkal, hasonlóképen *Lockemann*²⁰ is, a betegnél tojásnyi tumort találtak a bal homloklebenyben. *Oppenheim*²¹ a fali lebeny daganatánál, mely egészen a halántéklebenyig terjedt, észlelt undorító szaglási hallucinációkat. Hasonlót észleltek *Jackson*²² és *Bevor*²³ a halántéklebeny daganatánál. *Carbonieri*²³ esetében a jobb halántéklebenyben és a gyrus hippocampusban egy diónyi gümös daganat volt, mely undorító szagérzeteket keltett. *Zwaardemaker*²⁴ egy Charcot-féle hemianesthesiaiánál is látott keresztezett anosmiát, okul a capsula interna hátsó harmadának sérülését vette fel. Ugyancsak *Zwaardemaker*²⁵ aphasia és jobboldali hemiplegia esetében baloldali anosmiát észlelt, épen úgy *J. Huglings Jackson*²⁶ is egy esetben.

Tehát mint látjuk nem csak oly daganatoknál vagy kóros folyamatoknál, melyek közvetlen közlőül gyakorolnak nyomást

az olfactoriusra, léphet fel anosmia, hanem olyanoknál is, melyek attól távolabb fekszik az intracranialis nyomást fokozzák, így pl. basalis tumornál, meningitisnél stb. Főleg *Muskens*²⁷ az agy különféle helyein székelő tumoroknál tett beható szagvizsgálatokat s ama eredményre jutott, hogy az esetek túlnyomó számában van anosmia vagy hyposmia, főleg ha a tumor a koponya hátsó öbleiben vagy a hídban székel, szerinte itt az anosmia okául az intracranialis nyomás fokozódása következtében fellépő neuritis olfactoria szerepel. *Quinke*²⁸ egy az intracranialis nyomás növekedése folytán keletkezett anosmiás betegénél egy cerebralis cysta szerepelt, *Huguenin*²⁹ szintén több ízben tapasztalta a daganatok által előidézett koponyabeli nyomások következményeként a felfüggesztett szaglási képességet. *Freudenthal*³⁰ is közöl egy esetet, hol anosmia mellett a cerebrospinalis folyadék spontán folyt a patiens orrából, idővel a kifolyás megszűnt, de megszűnt vele egyidejűleg az anosmia is. Ő felveszi, hogy a cerebrospinalis folyadék csurgása talán egy tumor folytán fokozott intracranialis nyomás következménye volt.

Mint irodalmi feljegyzések mutatják, luetikus vagy tuberculosus eredetű koponyaalapi elváltozások, továbbá az agy, agyhártyák, bulbus és tractus olfactorius hasonló eredetű megbetegedései szintén felfüggeszthetik a szaglást. Így *Westphal*³¹ egy luetikus egyénél parosmiát talált, a scetio a szaglóidegek lelapítottóságát s a lágy agykéreg gummáját mutatta. *Siemerling*³² syphilisnél kétoldali anosmiát észlelt, itt a szaglóidegek is az alapbántalom körébe voltak vonva. *Holm*³³ két luetikus egyénél észlelt teljes szaglásihiányt az orrüreg elváltozása nélkül, miből a bulbi olfactorii elváltozását vette fel. *Reutter*³⁴ is észlelt egy oly agylnesnél anosmiát, hol az olfactorius is beteg volt. *Heusner*³⁵ baloldali anosmiát látott egy tuberculosus cariessele kapcsolatban, mely folyamat az ikcsontból kiindulva terjedt át a rostacontra. *Bamberger*³⁶ meningitis cerebrospinalissal összekötve látta a szaglás lefokozását bekövetkezni, ő az okot abban keresi esetében, hogy az izzadmánymaradványok nyomták a trigeminust s olfactoriust.

Az anosmia fellépése toxikus behatásokkal is állhat összefüggésben, a mennyiben bizonyos mérgező anyagok, ha a szervezetbe jutnak, szintén a szaglási képesség lefokozásával járhatnak, a mérgek a szaglószervhez részint direct, a belégzés vagy egyéb érintkezés útján jutnak, részint indirecte a vérkeringés útján. Eme toxikus anosmiák többnyire nem állandók. A mérgek közül a nicotin okozhat szaglási zavarokat. Így *Parker*³⁷ egy szenvedélyes dohányosnál látási zavarok mellett szaglásihiányt is talált, ez esetet azonban a jelenlevő rhinitis atrophicans képe nem teszi kifogástalanná. *Labbé*³⁸ is látott mértéktelen dohányzásnál anosmiát, *Reutter*³⁹ a lefokozott szaglást erős dohányosoknál a felső légutak gyakori hurutjával hozza összefüggésbe. *Reutter*⁴⁰ említi, hogy a higanykészítmények localis alkalmazása képes a szaglást lefokozni, hasonlóképpen képes előidézni a cocain is, mit *Zwaardemaker*⁴¹ *Goldzweig*⁴² kísérletei is megerősítik. *Lennox-Browne*⁴³ esetében egy nőnél az ólmot tartalmazó hajfestőszer hosszas használata idézett elő anosmiát. *Fröhlich*⁴⁴ a morphin hosszas belső használata mellett említi az anosmia fellépését.

Lázás bántalmához is társulhat anosmia. *Goldzweig*⁴⁵ vizsgálatai szerint lázas egyéneknél a hőemelkedés alatt egyáltalában csökken a szaglási képesség, míg az lázmentes időben ismét normalissá lesz, ezt ő a szaglás centrumának a láz alatt fellépő csökkent érzékenységből fejt meg. Fertőző bántalmak közül szaglásihiány főleg az influenzánál fordul elő, de nem zárható ki, hogy itt a körzeti szaglóterület megbetegedése oka gyakran a szaglási zavaroknak. *Goldzweig*⁴⁶ erysipelas facieinél, pneumoniánál s tuberculosissal is észlelt szaglásihiányokat, *Wright Wilson*⁴⁷ vérmérgezésen esett át, s ezzel kapcsolatosan elvesztette szaglását, atyja pedig 33 éves korában erysipelas folytán. Itt említi meg, hogy mulékony szaglásihiány, továbbá a szaglószerv állandó eltompulása egyes szagokra nézve beállhat a szaglószerv kifáradása vagy hosszas, állandóan tartó szaginger folytán is.

A mi az erőművi szaglásihiányt (anosmia respiratoria) illeti, itt a kóroktani tényezők nagy száma ismeretes, ezek mint mechanikus akadályok zavarják az orrlégzést. Ilyenek, csak általánosságban felemlítve, a mellő és hátsó orrnyílások veleszületett atresiai, az orr nyílásainak csak később fellépett szűkületei és

összenövésai, az orr vázának különböző nagymérvű assymetriái, az orrsövény elferdülései, tövisai, lécei, az orrsövény enchondromái, exostosisai, daganatok az orrban, legtöbbször polypok, az orrkagylók lobos duzzanatai s szűkítő túltengései. Idegen testek. Körzeti facialis hűdés.

(Folytatása következik.)

A bőrvizenyők sebészeti gyógykezelése.

Vladár Márton László dr., kórházi főorvostól.

Általánosan ismeretes, hogy a bőrbeli vizenyők belgyógyászati kezelése a mai nap használatos húgyhajtószerekkel csak ott kecsegtethet eredménnyel, a hol a vese secretorius működése intact. A gyógyászatban használt diureticumok hatásmódja igen problematikus, olyannyira, hogy némely esetben végig kell próbálni betegünkkel az egész sorozatot, a míg egy olyanra akadunk, mely a diuresist csak némileg is képes megindítani. Tudja azt tehát mindenki, hogy megbízható diureticummal nem rendelkezünk, s még a calomel is, a mely mitralis zavarokból eredő hydropsoknál a vízkór egyik classikus szerét képezi, felmondja a szolgálatot egy és ugyanazon betegnél, ha azt hónapok multával újra próbáljuk alkalmazni. Ez a tapasztalat áll különben minden húgyhajtóra nézve.

Idült és makacs jellegű vízkórúknál, a hol az intern-kezelés cserben hagy, rendesen és első sorban a vese congestiv és degenerativ állapota oka a hiányos vizeletelválasztásnak s ez az állapot olyan, melyet diureticummal többé meggyógyítani nem lehet. De nagy szerepet játszik másodsorban a bőr is, a mely hosszantartó vízkórúknál elveszti resorptionalis képességét, miután kötőszövetes rostosan megvastagszik s ez által bizonyos fokú induratiót nyer.

A vese decongestionálásának egyetlen rationalis módszere a bőrvizenyők sebészeti lecsapolása s ez által a szív expulsiv erejének visszaállítása. A természet gyógyító ereje nem egyszer e téren is nyilvánul az által, hogy a feszült bőri extremitásokon repedések keletkeznek, melyeken át a szövetnedveknek superfluumja kifolyik s a beteg állapotában könnyebbülés áll elő.

Kórodánk beteganyagán éveken át végeztem kísérleteimet, kutatóván azt a módszert, a mely a bőrvizenyők lecsapolására a legalkalmasabbnak, a legkevésbé veszélyesnek s a mindennapi gyakorlat igényeinek leginkább megfelelőnek mutatkoznék s mivel e téren szerzett tapasztalataimat közölném, legyen szabad futólag azon módszerekről beszámolnom, melyek az utolsó évtizedben közöltettek.

C. Gerhardt (Deutsche Med. Woch. 1892. 7.) az anasarcát a bőr alatti kötőszövetbe ejtett szúrásokkal gyógyítja. Előzetes szappanozás és sublimattal való mosás után, hegyes késsel az alszár 4—8 helyén beszúr s a sebeket laza gaze-kötéssel látja el. Tapasztalta, hogy a nyomás-apadás sokszor megindítja a vizeletet és oly diureticumok hatásának nyit tért, melyek azelőtt nem hatottak.

Curschmann (Therapeutische Monatshefte, 1894. 3.) az anasarca gyógyítására elliptikus canule-okat használ, melyek két-élű lándzsás stilettevel vannak ellátva. A canule végére drain-csővet húz, mely konyhasós-oldattal telt edénybe ér.

Straub bemetszéseket ajánl, melyek fölé tüvegtölcsért helyez, hogy a levegőt elzárja. Később a tölcser helyett levehető fedéllel ellátott köpölyszerű műszert alkalmazott s ezt collodiummal a bőrhöz erősítette.

Lichtenstein kölni tanár a külső boka alatt közel a talp széléhez, vagy pedig a lábháton 3 cm. hosszú, mély bemetszést végez.

Rottmann (Deutsche Med. Wochenschrift, 1896. 48.) Mosler tanár greifswaldi klinikáján tett megfigyelései alapján a drainezést és bemetszést ajánlja. Mosler klinikáján trokárral draineznek, melyet 36 óránként más más helyen szúrnak be.

M. Menko (Deutsche Med. Wochenschrift, 1894. 44.) a Curschmann-féle trokárokat ajánlja.

Fürbringer (Deutsche Med. Wochenschrift, 1899. 1.) trokárral keresztül szúrja a bőrt a külboka felett s ez által egy alagutat csinál. Ezután egy 2 méter hosszú gumicsövet húz át a trokár canule-ján, a cső közepébe ablakot vág s ezt a sebcsa-

torna mélyébe húzza. A csövek végeit az alszár körül csavarja. E berendezéssel a beteg járhat.

Borgherini (Padua) (*Deutsche Med. Wochenschrift*) a késsel ejtett metszésnek híve. Az alszárok alapos desinfectioja után késsel 4—4 metszést csinál minden oldalon és pedig egyet a bokák felett és kettőt az ikrán. Kötésváltoztatás naponként.

És végezetül említést kellene tennem a Southey-féle capillaris csapokról, melyek azonban megbízhatatlanságuk miatt ma már csakis történelmi beccsel bírhatnak.

Ha áttekintünk ezen a sorozaton, úgy Fürbringer eljárását kivéve — melyet valósággal sebészeti kuriozumnak kell neveznünk —, kétféle eljárás áll az orvos rendelkezésére, hogy az anasarcát lecsapolhassa és pedig: behasítás késsel és csapolás trokárserű eszközökkel.

Tapasztaltam, hogy a hegyes kusztorával való többszörös beszúrás csak rövid ideig vezet, mert a szúrt csatornák, különösen ha azok a végtag hossz tengelye irányában létesítettek, már harmadnap záródnak s ezzel a levezetés meg van akasztva. Jobbaknak tapasztaltam a bőrmetszéseket a bőr egész vastagságán keresztül. A harántul ejtett metszések, tekintve, hogy edénysérülésekkel járhatnak, előnyt a hosszantiak felett egyáltalában nem érdemelnek.

A sebészeti eljárásnak második csoportja szűrő eszközöket használ, melyeket külön e célra szolgáló canule-okkal hoz kapcsolatba. Ilyen Curschmannnak ismert szűrőcsapja, melynek stiletje kétélű, canule-ja elliptikus és apró likakkal ellátott. A Curschmann-féle trokárt ferdén szúrjuk be a bőrbe s mikor már 1 cm. mélyen behatolt, nyelét süllyesztve, a bőr felszínével párhuzamosan toljuk beljebb s a stiletét eltávolítva, a canule-t 48 óráig fekvő hagyjuk.

Sokan a canule végére hosszú gummicsövet húznak s azt fertőtlenítő folyadékokkal telt edénybe szájaztatják, hogy ezzel a szúrt csatorna infectioját kikerüljék; magam részéről ezt feleslegesnek találtam. A fő az, hogy műtét előtt a végtag alapos tisztogatáson ment legyen keresztül s hogy műtét után a kötés naponként megújíttassék.

Hogy a Curschmann-féle csap a bőrt mint valamely idegen test izgatni fogja, az természetes következmény és független teljesen az eljárás aseptikus voltának mekkoraságától. Mondhatnám teljesen individualis jellegű az, hogy a canule-t az egyik bőr tovább türi-e mint a másik. Voltak eseteim, hogy már 24 óra múlva el kellett távolítanom s már erre is bőrlobot kaptam, míg máskor egy hétig is bennfeküdt a szúrt csatornában a nélkül, hogy a legcsekélyebb pír is jelentkezett volna.

A Curschmann-féle csapoknak szerkezeti előnye, hogy könnyen kezelhetők, tisztogathatók, de nagy hátrányuk, hogy az a felület, a mely a bőr mélyéből a bőr vizét levezetni hivatott volna, szerfelett kicsiny, gyorsan eltömeszelődik s így az egész csap néha már 24 óra múlva felmondja a szolgálatot.

Mert mekkora az a felület, a mely drain-cső gyanánt szerepel? Nem több mint a canule elliptikus vége s ez megfelelt olyan körnek, melynek átmérője körülbelül $2\frac{1}{2}$ milliméter; mert a canule végén alkalmazott tű vastagságú nyílások vezetékeségére számítani nem lehet. Azokba beletüremkedik a bőr szövete s ez azután mintegy incarcerationálva maga tömeszeli el a levezető útát. S valóban nem egyszer tapasztaltam, hogy a Curschmann-csap, a mely beszúrás után egy óráig jól vezetett, felmondta a további szolgálatot. Az operatio quoad functionem sikerültnek tekinthető akkor, ha a szúrt csatornán át csak tiszta vizes nedv folyik el. Ha ezt elérjük, úgy a canule vezetékesége hosszú időn át türtőztető lehet.

Ha a beszúrás vérzés követi a mélyből, a cső csakhamar eldugul véralvadékkal és savó nem fog elfolyni, mert a mint említettem volt, az oldalnyílások vezetékeségére számítani nem lehet.

Ezen eshetőségekről emancipálni akartam magamat akkor, a midőn arra gondoltam, hogy a bőr rendes sebészeti drainezését fogom alkalmazni. A közönséges gummicső egyike azon sebészeti kellékeknek, mely per absolutum tisztán tartható s elastikus voltánál fogva a sebesatorna alakjához s a bőr nyomóképeségéhez mértén idomul; könnyen bevezethető, rajta tetszésszerű ablakok vágathatók, melyek a levezetést hathatósan elősegítik.

Tekintve tehát azt, hogy a rendes drain-cső nyílása jóval nagyobb a Curschmann-féle csapokénál s a mellett az oldalfelületek ablakai is a szúrt csatorna nagy részét szabadon tartják, a beavatkozás által elért eredmény nagysága már a priori is jóval inkább megütni látszott a mértéket.

A beteg alszárait, az ujjak közeit langyos vízzel és szappannal lekefelve, aetherrel és sublimattal fertőtlenítettem. Ha a lábhát is erősen dagadt volt, úgy először itt, azután pedig a külboka felett 5 cm³ II-es számú Schleich-féle oldatot fecskendeztem be, hogy a trokárval való szúrás fájdalomosságát ad minimum redukáljam. Ezen előkészítés után a rendes hascsapolásra szolgáló csapot szúrtam be a bőr felületével párhuzamos irányban körülbelül 4 cm. mélyen.

A trokárt kihúzva, az előkészített, megfelelő vastagságú ablakos gummi drain-csövet sonda végére kifeszítettem, s azt a szúrt csatornán át betoltam. A kün maradó részt ollóval közel a bőrhöz ferdén lemetszve, folytattam ezt a műveletet a külboka s ha szükség volt a belboka felett is. Rendes sebkezelés, naponkénti kötésváltoztatással.

A mi most már ezen eljárásom által elért eredmény nagyságát illeti, két dolognak kijelentésére kell, hogy szorítkozzam; az egyik az, hogy a gummi drain-cső elastikus voltánál fogva feltétlen előnyt érdemel a Curschmann-féle csap felett s a másik, hogy a savó elvezetésének nagysága és gyorsasága ezen eljárással felette áll minden módszernek. További kísérleteim és tapasztalataim e téren azonban meggyőztek arról, hogy sem Curschmann csapja, sem pedig az elastikus gummi drain nem az az eszköz, a mely minden orvos kezében beválk, nem pedig azért, mert — tekintve bizonyos sebészeti rontástól —, az eseteknek bizonyos individualizálását igényli, melynek figyelmen kívül való hagyása a betegnek sok kellemetlenséget okoz.

A bőrben ejtett szúrcsatorna tág kapuja a különböző fertőző csirok behatolásának, melyet nagy mértékben előmozdítanak a megazult bőr alatti kötőszövet s a vizenyő által széjjeltágtított kötőszöveti ürök. Erre való tekintetből már Curschmann is arra figyelmeztetett közleményében, hogy a trokár canule-okat a bőrben legfeljebb 2 napig hagyjuk fekvő, s végezzünk punctiót egy más ép bőrterületen. Erre az eredményre jutottam én is az elastikus drainage-vel, s egyrészt ez a körülmény, s a betegeknek ismételt műtévése által okozott indokolatlan fájdalom volt az oka, a mely a punctio módszerének további alkalmazásától eltántorított. De másrészt van e módszerek alkalmazásának egy kiváló hátránya — a mely a mint említém, az esetek szigorú különválasztását igényli — s ez a feszült bőr táplálkozási zavara által fentartott érzékenység. Fokozott bőrérzékenység mellett a műtét okozta reactio tünetek beállhatnak már másodnap, s ilyen esetben a phlegmone kikerülése céljából résen kell lennünk. A subjectiv zavarok közül első sorban a sebesatorna meg nem szűnő fájdalma az irányadó, mely tünet resistens bőrnél csak a 4—5. nap szokott beállani. Az objectiv tünetek közül figyelmet érdemel a nyílás körül felépő, apró pontszerű haemorrhagiáktól kísért pír s annak szemlátomást való terjedése, továbbá a trokáról vagy drainből simogató nyomásra kiürülő világos-sárga vizes geny. A szúrcsatorna nyílása körül jelentkező praemonitorikus pontszerű haemorrhagiák indicatioi a trokár vagy drain rögtöni eltávolításának. Annak megítélése, hogy melyik bőr fogja a punctio műveletét tünni, bizonyos specialisgyakorlatot igényel, általánosságban azonban tapasztaltam, hogy ott, a hol a cachexia igen előrehaladt, a hol tehát az általános táplálkozási zavarok okozta elesettség nagyfokú, ott a hol az alsó végtagok vizenyős beszüremkedése a bőr bizonyos fokú rigiditásával, ú. n. idült infiltratiojával jár, e módszer alkalmazása merőben téves. Friss vizenyőknél, puha térszerű dagadtatoknál kielégítő szív működés mellett, ha megtettünk mindent, hogy betegünket az esetleges sebfertőzés veszélyétől emancipáljuk, nézetem szerint az egyetlen indicatio, mely ezen módszerek egyikének tért engedhet. Leszámolva tehát a punctioinak imént vázolt esélyeivel, az egyetlen és rationalis sebészeti beavatkozás, mely úgy az orvos nil nocere elvének, mint az indicatio vitalisnak s a beteg jövőjének legjobban megfelel: a késsel való behasítás.

Eszközül vékony pengéjű, hegyes kést ajánlok, melynek behatolása a legkevesebb fájdalommal jár. Át kell hatolni a bőrt,

egészen a bőr alatti kötőszövetig s csak ha ezt elértük, egy tempóban tágitjuk a sebet lefelé.

Azért ajánlom a vékony pengéjű hegyes kést, mert az igen pontosan jelzi azt a pillanatot, amikor már túlhaladtunk a bőrön és elértük a kisebb ellentállású kötőszövetet; általánosságban úgy is alig lehet azt meghatározni, hogy milyen mélyen haladjunk a beszúrással, miután a bőr vastagsága egyénenként és helyenként különböző. Nem vagyok barátja a túl hosszú sebeknek s ezért minden esetben $1\frac{1}{2}$ cm. hosszúságú sebbel megelégszem s ha kell inkább több ilyen sebet ejtek. Rendes körülmények között a bokák felett egyet, a lábháton 2 párhuzamos metszést, tehát minden lábon 4 sebet szoktam ejteni. A műtét beavatkozása bármilyen csekélynek látszik is, megköveteli ép úgy a legteljesebb antisepsist, mint bármely más műtét, ezért mielőtt hozzáfogunk, gyenge szódalúgban megfürösztjük a lábakat, kefével, szappannal lemoszuk és sublimattal desinficiáljuk. Műtét után laza gaze-kötést alkalmazunk s azt naponként változtatjuk.

A beteg ülőhelyzetben lábait egy sajtárba helyezi, melybe egy perforált falapot helyeztetek el, hogy a folyadék ezen keresztül szívárogon a felfogó edénybe. Járni képes egyén 3—4-ed nap, amikor a víz java már elfolyott, járkálhat is. A sebek begyógyulása magától következik be, de elősegíthető az alsó végtagok vízszintes fektetése által. Az átlagos gyógyulási tartam 10—14 nap.

Tekintve, hogy a bőrvizenyők sebészeti kezelése az alapbántalom foka és minősége szerint legtöbbször csak palliatív eljárás, melyet adandó alkalommal, ha életveszedelem forog fenn, rövid időközökben meg kell ismételni, ajánlom, hogy inkább az enyhébb, de ép úgy célhoz vezető behatásokkal, mint a fájdalmas és veszedelmesebb csapolással igyekezzünk betegünk állapotán könnyíteni.

A psychopathológiás irány a gyógyászatban.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlésén előadta
Lechner Károly dr. egyetemi tanár.

(Vége.)

Ismerve már most a reflex érzékelő, észrevevő, ösztönös és hangulatos típusait és reá alkalmazva ezekre a kóros reactio jelzett négy formájának valamelyikét: nem lesz nehéz magyarázatot lelnünk mindama esetek számára, amelyekben a psyche kórokozó principiuma érvényesül. A kórság a mellett mindenkor a bevetítő érzések túlzásaiból vagy fogyatékságaiból indul ki. Hozzájuk csatlakozik azonban az érzésvizonyítás, illetőleg a visszahatás megváltozása.

Jól észlelhető ez pl. az álom különböző zavarainál. A hypostheniás nagy alvás, amely sem képzettársításokat nem tűr, sem reactioakat nem szül, éppen úgy felléphet túlhevés ingerérzések nyomán (veternus), mint ilyen ingerérzések nélkülözése folytán (kataphora). A hypostheniás álmatlanság folytonos képzettársításával és nyugtalan visszahatásaival, hol túlerős ingerérzések okából (exsomnia), hol ilyenek hiányában (insomnia) jön létre. A pervers lidérczálom élénk álmokképeivel, de teljes reactioképtelenségével, majd a bajt kiváltó érzések alapján (sucebus), majd ezek nélkül (katochus) fejlődik. A paradox alvajárás nélkülözve a társító eseményeket, de megengedve a legfeltűnőbb reactioakat, szintén egyszer érzések közvetítésével (somnia), másszor azok nélkül (hypnotismus) támad. Ugyanígy talál helyet a kóros reflex négy formája kereteiben az álom valamennyi többi zavara is. Hasonló mondható az eszméletlenségről és a föleszmélésekről. Áll ez az öntudatszűkülésekről, a suggestiókról, a rapportokról és az automatáságokról is. Ilyen eredésűek az elmeagyapodás bajai, az elmefáradás betegségei és az elfelfogás okozta bántalmak. Szóval nincs a psyche olyan zavara, amely a mondott reflextypusok és reactioformák valamelyikének keretébe beilleszthető ne volna.

De vajon a psyche kórokozó principiuma okából csak functio-zavarok támadhatnak-e? Nem lehetséges-e, hogy általa testi megbetegedések is közvetítenek? A legújabb kutatások és kísérletek igenlő feleletet adnak e kérdésre. Kórokozó tényezőként legkiválóképpen a lelki izgalom szerepel.

Cornet kimutatta, hogy a deprimáló affectus a test izomtonusát, különösen a szívmozgásokat gyengíti. Ezáltal a szervek, nevezetesen a tüdő munkája és tápláltatása megnehezül. Velük a esüskatarrhusok és a tuberkulosis számára érik meg a talaj. Cohn az erős kedélyfelindulásokat olyan belső traumáknak minősíti, amelyek tüdővérzést, agyvérzést, sőt halálos végű shock-ot provokálnak. Nussbaum az anxiosus állapottal kapcsolatos lélekzési rendellenességből emphysemát látott keletkezni.

Corvisart, Rosenbach, Strümpell a vérnyomást hevesen fokozó kellemetlen affektusok révén a szív hypertrophiáját és dilatációját, mások arteriosclerosist láttak kifejlődni. Domrich, Karrer, Guislain és Fräntzel szervi szívbetegségek létesülését észlelték hasonló okokból. Az edényszűküléssel járó lelki mozgalmak Riesell és mások szerint sokszor a heveny fertőzés létrejöttét közvetítik. Elég számos észlelés mutatja, hogy a kedélyizgalom az infectio incubatioját megrövidíti, az exanthemák kifejlődését gyorsítja és a látat nagyobbítja.

Az affectus glaucoma-rohamokat képes felidézni. Clifford Allbutt vesebetegségeket, Delpierre, Scholz és Külz diabestest, Buschan Basedow-kórt, Potain és Wynne-Fort icterust, Glaser a duodenum, majd az epehólyag hurutját és ebből cholelithiasist, Koths arthritist, nodosát, Dowse thrombust láttak tartós kedélyizgalom okából fellépni.

Beaumont erős lehangoltság nyomán támadó dyspepsiáról, felbőgésről, hányásról, hasmenésről beszél és a nyál s a gyomor nedvek elválasztásának csökkenését tapasztalta obstipatioval kapcsolatban. Mások szerint a bú és az elégedetlenség coprostasist és ebből kifejlődő perityphlitist létesíthet.

Hall, Davis, Pajot, Velpeau s Dubois mondja, hogy a nagy bánat — az izomtonus csökkentése folytán — a szülést megnehezíti. Mitchell szerint a búsulás fakasztotta vérkeringési zavarok a méhben levő magzat rendes kifejlődését akadályozzák. A harag, a bosszankodás pedig — mint Parmentier, Vidal, Berlyn, Levret s Deyeux állítja — a szoptató nő tejelválasztását olyképpen módosítja, hogy a tej a gyermekre nézve toxikussá leszen. Ismeretes az erős kedélyhullámzásoknak dysmenorrhoeát, amenorrhoeát, metrorrhagiát, sőt abortust okozó hatása. Fére esetet közöl, amelyben a megijedés után koraszülés származott és az újszülött epilepsiát kapott.

Fürbringer töprengő aggodalmaskodás miatt fellépett spermatorrhoeáról tesz említést. Magam is több esetet láttam, amelyben az onania következményeitől való félelem makacs ondófolyást és impotentiát eredményezett. Mindkettő a félelmek suggestio útján való eloszlásával elmúlt.

Különbőle bőrbajokat, urticariát, herpest, purpurát, eczemát, pemphigust jelez Hiller a harag és az öröm következményének. Weiss a vérkeringésnek körülírt helyen való megszakadásából, haragos affectus nyomán, börgangraena fellépését állapította meg. Hirtelen hajhullást látott Kaposi és Frédet ijedés után, hirtelen öszülést ugyanily okból Kurella, Bichat és Räuber. Tartós vagy erősen hullámzó kedélymozgalmak folyamánként, Weir-Mitchell és Esbach leírása szerint, a körmök növéseinek időleges megszűnése, azok egyenetlen vastagodása, elgörbülése, lécezettsége, ripacsossága és foltossá válása szokott bekövetkezni.

Hasonló okozati összefüggés mutatkozik az érzéstársulások és némely testi kórságok kifejlődése között.

Az érzésvizonyítás a tudatosság közvetítője. Minél élénkebb az érzéstársítás, annál határozottabb a tudatosság. Létesülésében lényeges szerepet játszanak az izomérzések. Mondható, hogy ezek a tudatosság legfőbb tényezői. Bizonyítja ezt a gyakorlás ténye, amely az izomérzések fokozatos kiküszöbölését és vele a tudatosságnak a minimumra való szorítását czélozza. Ne csodálkozzunk tehát a fölött, ha a gyakorlás fonálán a reflexműködések körében nagyszabású átmódosulásokat és általuk a szervezet életfolyamataiban mélyreható változásokat feltűnni látunk.

Hosszasan állandó, sokszorosán ismétlődő képzettársítások tényleg állandósuló izomtonust, állandósuló szövetfeszülést, állandósuló vérteltséget eredményeznek. Az állandósuló állapotnak idővel maradandó nyomainak támadnak. Innét van, hogy a szokások, a nevelés, az életmód, a foglalkozás, a milieux az egyén arcjátékából, taglejtéseiből, egész magatartásából visszatükröződik. Ezen nyomok

révén lehet az emberek gondolkodására, etikus értékére már azok külsőjéből következtetni. Tagadhatatlan, hogy a belső lelkiélet nyomokat hagy a testi szervezeten és ezen nyomok betegségek okaivá is válhatnak. Számos a foglalkozással járó s abból fakadó betegség ismeretes. Köztük a legtöbb működésbeli zavar. Pawlow emésztési kísérletei megmutatták, minő rendkívül nagy befolyást gyakorolnak a képzetek a nyál, a gyomornedvek, a bélmedvek elválasztására, valamint az emésztő szervek mozgására. Ezen befolyás az étvágnak, a szomjnak sajátos irányt adhat és ezzel számos idioszinkrasiának, kóros vágnak, az alkoholizmusnak, a morphinizmusnak, a nicotinizmusnak stb. veti meg az alapját. Sokan tapasztalták, hogy a túlságos szellemi munka, kivált ha erős hangulatokat kelt, a vérekre gyakorolt hatásából kifolyólag könnyen szívtúltengést okoz. Cohn állítja s bizonyítja, és állítását igazolhatom, hogy a szellemi koraérettség a test növeését akadályozza, mert a társító folyamatok túlzásai a reflex eredményekre fékezőleg hatnak. A kevesebb izommunka révén a periostiumra ható inger kisebbedik és a csontok fejlődése visszamarad. Ugyanígy hatás tulajdonítható a korán felkeltett nemi érzéseknek s az ezek fakasztotta képzeteknek. Tömeges felbukkanásuk kisebbíti a szervezet egyéb reflexeredményeit és — bár a nemzőszervek javára — késlelteti, esetleg megakasztja az organismus kifejlődését.

A képzetársítások egyébként muló természetű functionálózatokat is szülhetnek. Domrich pl. a szoptatásra való gondolás kapcsán az anya tejelválasztását növekedni látta. Mások a szülés gondolatával való foglalkozásból kifolyólag a szülőfájdalmaknak előbbi bekövetkezését konstataáltak. Magam láttam serdülő iskolás leányokat, a kik a menstruációt gondolataiknak reá való rögzítésével tetszés szerint korábban felidézni, vagy késleltetni tudták. Vörös fonalat kötöttek az ujjukra egyszer, kétszer, vagy többször, jobbra vagy balra csavarintva azt és a menstratio ezen raphoz alkalmazkodva, ugyanannyi nappal korábban vagy később állott be, megengedve ezáltal a tervezett táncmulatságon való résztvevést. Ugyanaz a lelki raphot jelensége nyilvánult meg ezen esetekben, a mely raphot assisi szent Ferencz stigmáit és Lateau Lujza bőrvérzéseit felidézte, a mely a philiák, phobiák, maniák és misiák ezernyi féleségét életrekelti és a mely a sexuális perversiák s paradoxiaiák elterjedt bajait a félszeg és a fonák képzetársítások talajából kicsirázní engedí.

Valóban testileg sokszor azzá leszünk, a minek magunkat lelkileg képzeljük. A begyakorlott izomeuphoria testi erőt kölcsönöz. A képzelt aggodalom, félelem bátortalanná, erőtlenné teszen. Az öntudatba vésett vágyak, remények, utálatok s ösztökélések nemcsak jellemünk sajátosáivá válnak, hanem maradandólag megrögzítik testünk fogékonyságait, reflexeink képességeit és visszahatásaink ingerlékenységeit is.

A gyakorlást — e tisztán lelki folyamatot — a psychotherapiában és a psychomotorius therapiában még gyógyító eszközül is használjuk. Általa javítjuk az ataxiások mozgásait. Vele biztosítjuk az inatültetések eredményeit. Ezzel könnyítjük meg az emphysemások és szívhajosok nehézségeit. Ennek segédelmével tanítjuk reflexeik feletti uralomra a hysteriásokat, a tic-eseket és a choreásokat. Ez szerez meglepő könnyebbedést a neurastheniásoknak. Ez erősíti meg a gyenge gyomrot, az erőtlén belet. És ez oszlat el számos testi bajt, kintő fájdalmat pusztán a figyelem elterelésével, a képzetársítások lekötésével, a mozgások kiszabásával.

A psyche és újból csak a psyche az, a mely mindezen esetekben a szereplő tényező. A psyche az ok. A psyche az eredmény. A psycheben rejlenek kóros dispositioink és betegségeink. A psyche adja meg ellenük az immunitást s a gyógyszer. Ez neveli, módosítja, alakítja, örökíti reflexeinket és befolyásolja általuk életünk folyamatait.

Illő tehát, hogy a lélek e jelentős szerepének fontosságát felismerjük minden orvosi ténykedésünkben! Kivánatos, hogy mohón kifürkészszük minden betegünk lelki egyéniségét! Óhajandó, hogy az orvos minél jobban elsajátítsa a lélekbe való látás esoteriás tudományát! Mert nem elég a lelki tényekkel csak mellékesen foglalkozni. A psyche, emberi mivoltunknak a legfőbb ismertető jele, kell hogy orvosi tudásunknak főtárgya legyen.

Rendünk elei, tudományunk úttörői máris ezen psycho-

pathológiás irányban haladnak. Kövessük nyomdokaikat! Tűzzük ki czélul az elme, az értelem, a kedély erőinek kipuhatólását a pathologia összes jelenségeiben! Ha minden orvos a lelki tényezővel is számolni tanul, nemcsak a betegségeket, hanem betegségében a beteget is meg fogjuk ismerni és gyógyítani.

Az osteomalaciáról és különösen belsőleg adagolt szerekekkel való gyógykezeléséről.

Irta: Glasner Jakab dr. tb. járási orvos.

(Folytatás.)

A medencecsont alakelváltozásának milyensége a következő viszonyoktól függő.

Ha a gerincoszlop még egyenes, vagy még nem nagyobb fokban elhajlott, akkor a testnek súlypontja azon függőleges vonalba esik, mely a medencekimeneten, ennek körülbelül középpontján halad keresztül. Ha ilyen viszonyok mellett a medencecsont állománya már meg van támadva, akkor a két acetabulumnál elszennvedett oldalnyomásnak megfelelőleg haránt irányban összenyomatik. Ezen haránt irányban szűkült medence a leggyakoribb, az összenyomás fokának megfelelőleg a symphysis pubis a promontoriumtól eltávolodik, orrmányszerűleg előrenyomul, az arcus pubis pedig egy keskeny réssé szűkülhet.

Más irányú lesz a medencealak elváltozása akkor, ha a bántalom körébe akkor vonatik be, mikor már a gerincoszlop nagyobb fokban elhajlott. Mint már leírtam, ilyen esetekben a medence olyan nagy fokban hajolhat el, hogy tengelyével mellfelé néző lesz. Ilyen elhelyezkedés mellett a két acetabulumnál ható nyomást alulról felfelé haladó irányban szenved el és ennek megfelelőleg egyenes átmérőjében nyomatik össze. Ezen alaknál a symphysis a promontoriumhoz közeledik, az arcus pubis elszélesedik. Fent leírt viszonyok könnyen elképzelhető módosulásaival a medencecsont alakelváltozása is módosulhat.

Tapasztalati tény, hogy osteomalaciában szenvedő nők gyakran lesznek terhesek. 15 egymásután jelentkező beteg terhességi számát összeadva, egyre átlag 6.6 terhesség esett. Ezért nagyon fontos a betegeknek a medenceszűkület foka. Szerencse a betegeknek, hogy csak a nagyobb fokú medenceszűkületek képeznek abszolút szülési akadályt. Ismételtén láttam osteomalaciás betegeket, már távolról felismerhető csontalakelváltozásokkal és kifejezett medenceszűkülettel, kik elhúzódtan, de beavatkozás nélkül szültek.

Nagy nehézségekbe ütközik annak megállapítása, hogy melyik azon fokú medenceszűkület, melynél szülés esetén a beavatkozás, esetleg a magzat koponyamegfúrása feltétlenül szükséges. A medence külső méretei a legtöbb esetben semminemű felvilágosító adatot nem nyújtanak.

Feltéve, hogy a szülőnőnél a leggyakrabban előjövő, haránt átmérőben szűk medence van jelen, akkor a viszonyok következők lesznek. A promontorium benyomult, ez adná az egyenes átmérő megrövidülését, de körülbelül ezen megrövidülésnek megfelelőleg a symphysis orrmányszerűen előrenyomul, így a külső egyenes átmérő alig mutat eltérést; ha még figyelembe veszem, hogy a medencetányérok majdnem minden egyes esetben többé-kevésbé kifele hajlanak, akkor eléggé világos, hogy a haránt átmérők adatai is mennyire megbízhatlanok.

Egyedül a belső vizsgálattal lehet megbízhatóbb adatokat nyerni, kivéve azon eseteket, mikor a medence térbeli viszonyai olyanok, hogy ez nem vihető ki pontosan. A lelet olyan sokoldalú lehet, a medencét képező csontok egy vagy mindkét oldalon annyiféle szabálytalanságot mutathatnak, hogy egyes esetekben fogóműtétnél a csontokat csak műfogásokkal lehet bevezetni.

A symphysis pubis csőszerű előrenyomulásával az oss. pubis harántágai is egymáshoz közelednek, ezen összehajlás arányában esik el a medencebemenetnek szülésnél szerepet játszó egy része, egyúttal zavart okoz a belső egyenes átmérő mérlegelésében is. Hozzávetőleg gyakorlat útján lehet elsajátítani, a leletből következtetni, biztos alapot csak a nagyon óvatosan végrehajtott fogóműtét ad. Egyes esetekben az alig remélt siker mutatja, hogy a leletből vont minden következtetés alaptalan volt.

Az acetabulumok végelhelyeződésével az alsó végtagok befelé tolakodnak, mi által a térd és lábfők befelé nézők lesznek.

A bántalom előhaladottabb fokánál a betegek hanyattfekvés mellett felhúzott czombjaikat kifelé csak nagyon korlátozott fokban bírják hajlítani, mi által a nemi szervekben minden műtét kivétel nélkül nehezített lesz. Valószínűleg a kórosan kifelé hajlott medencezántányérok által rövidül meg a közte és a trochanter major között levő távolság és ezen megrövidülés fokának megfelelőleg lesz korlátozott a czombok kifelé hajlítása.

A csontok szilárd alkatrészeit részben elvesztve, kisebb-fokú külbehatásokra is könnyen törnek. Egy több évig sinylődő betegem egészen alacsony ágyáról leesve, jobb, már elhajlott czombesontját két helyen eltörte. Feltűnő volt, hogy a teljesen öntudatánál levő beteg, ki a nyomási és hőingereket elég jól jelezte, a törvégek mozgatasakor a fájdalmakat alig közölte. Nem kockáztatom meg ebből valami jellegzőre következtetni az osteomalaciás csontok törését illetőleg csak magát a tényt jelzem.

A megbetegedés harmadik időszakáról kevés megjegyezni valóm van. Kezdődik akkor, mikor a csontok alakváltozásai elérik azon fokot, hogy általuk a szervezet üreges részeinek térviszonyai oly kedvezőtlenül alakulnak, hogy a bennük elhelyezett szervek működésükben akadályozva lesznek. Legtöbbet szenved ez által a szív és tüdő és az ezekben fellépő következményes bántalmak végre halált okozók lehetnek.

Gyógyeljárás.

Vidékiünkön a legháládatlanabb feladat volt osteomalaciás betegeket kezelni. Tudva, hogy a rossz hygienikus viszonyoknak, főleg pedig a rossz táplálkozásnak milyen fontos kóroki szerepük van, első feladat lett volna ezeket illetőleg változtatni, de betegeim kivétel nélkül olyan szegények voltak, hogy ez irányú utasításomnak nem felelhetek meg. Így voltam egyedül a gyógyszeres utalva, és általános ajánlat folytán betegeimnek csukamájolajban oldott phosphort rendeltem.

Sajnosan tapasztaltam, hogy ezen kezelés mellett eredményt nem lehet elérni, és hogy phosphor használata mellett, bármilyen hosszú ideig veszik a betegek, nem hogy gyógyulást, de muló javulást sem lehet várni. A teljes sikertelenséget a megmaradt rossz hygienikus viszonyoknak tudtam be. Mások áldozatkészsége folytán több betegemnél ez irányban is könnyíthettem, de a phosphor gyógyító hatását, lehet, egy általam nem ismert mellékkörülmény folytán, akkor sem észlelhettem.

Később már ismertem castratioval elért jó eredményeket, de betegeimet nem tudtam rábeszélni, hogy ilyen beható műtét végett Budapestre menjenek. Így lemondva a meggyógyítás lehetőségéről, a sokszor elviselhetetlen fájdalmak ellen kénytelen voltam morphiához nyúlni.

1893-ban az Orvosi Hetilap 3. számának „Lapszemle” rovatában olvastam, hogy Petrow egy osteomalaciás beteget chlorallal gyógyított meg.

Sok csalódáson okulva, kevés bizalommal rendeltem a szert, meghagyva a phosphort is, következő alakban:

Rp.: Chloral. hydr. 15'0

Aquae dest. 300'0

Syr. simpl. 30'0

M. D. S. Naponta 3 evőkanállal.

Legnagyobb örömökre az eredmény az elképzelhető legnagyobb volt. Nem ismerem idült megbetegedést, mely ellen gyógyszer vagy gyógymód csak megközelítően is hasonlóan jól és biztosan hatna. Enyhébb esetekben két-három üveg elfogyasztása után a gyulladás befejezett, súlyosabb esetekben lassabban, de biztosan gyógyulnak a betegek.

Éveken keresztül sinylődő, a meggyógyulás reményét már vesztett betegek szívébe visszatér a bizalom, a kínzó csontfájdalmak nap-nap után enyhülnek, majd teljesen megszűnnek. Ennek arányában változik kedvezőre a betegek kedélye, jól esznek, gyorsan erősödnek, és a mit legvakmerőbb álmukban sem mertek volna már remélni, ismét járni tudnak.

Még olykor-olykor jelentkeznek kisebb fokú fájdalmak, majd ezek is elmúlnak és a betegek kifogástalan közérzet mellett ismét munkaképesek lesznek.

Magától értetődik, hogy a már kifejlődött csontelhajlások

változatlanul megmaradnak, és ha már nagyobb fokot értek el, akkor ennek megfelelőleg a járás és mozgás nehezített lesz.

Kisebb fokú kiújulások előfordulnak, ezek azonban a gyógyszer megismétlésére gyorsan és állandóan múlnak.

A chloralnak ellenjavallata fentjelzett adagban nincsen. A gyomrot nem támadja meg, és, a mi vidékiünkön nagyon is fontos, szervi szívbajban szenvedő betegek is veszély nélkül vehetik. Ritkán fordul elő érzékenyebb betegeknél muló kábultság.

Tudom, hogy a gyógyító hatást egyedül a chloral fejté ki, hanem azért adom a csukamájolajban oldott phosphort is, hogy a csontok megerősítését segítse elő.

Nagyon értékes ezen gyógymód azért is, mert a rossz hygienikus viszonyok a gyógyeredményt nem befolyásolják.

Körtörténetek.

1. D. R. 38 éves, VII. P. Atyja hólyagbajban (valószínűleg rák), anyja előtte ismeretlen megbetegedésben halt el (osteomalacia nem volt). Havi tisztulását 16 éves korában kapta meg, különösen leány korában szabálytalanul, többször erős vérzéssel.

12 év előtt szült először, 1/2 év mulva mindkét czomb és keresztcsontjában szúró fájdalmakat kapott, melyek gyógykezelés dacára nem multak, és mikor két év mulva újra terhes lett, erősen fokozódtak. Ezen gyermekét könnyen szülte meg. Csontfájdalmi szülése után változatlanul maradtak, későbbben átterjedtek a bordákra is, púpos és feltűnően kisebb lett. Járása a nagy csontfájdalmak miatt nehezített. 2 1/2 év mulva ismét terhes lett, ezen terhessége alatt csontfájdalmi olyan nagyok voltak, hogy legnagyobb részt járni már nem tudott. Szülése, dacára az erős szülőfájdalmaknak, nem haladt előre, mire orvoshoz fordult, ki magzatát a koponya megfűrése után vette el. Még két egymásután következő évben szült, mindkét esetben craniotomia lett végezve. Utóbbinál a craniotomia dacára a magzat csak a legnagyobb erőfeszítés mellett a lágy utak nagyobb fokú roncólásával volt eltávolítható. Csontfájdalmi negyedik terhessége alatt érték el a legnagyobb fokot, ekkor kapta a gyógyszeres kezelést.

Már az első üveg chloral vétele után enyhültek a csontfájdalmak, és három megismétlés után teljesen elmúltak, mire ismét munkaképes lett.

VI-dik terhessége a hatodik hónapban elvetéléssel végződött. Terhessége alatt csontfájdalmi nem újultak ki.

Egy évre ismét terhes lett, rendes tartam után a szülés megindult, de mivel az erős szülőfájdalmak dacára a magzatvíz elfolyását követő 26 óra mulva a szülés nem haladt előre, hozzám fordult.

Jelen állapot. Az alacsony, rosszul táplált nő hőmérséke 38'20, érverése percenként 95.

A gerincoszlop elhajlásai erősen fokozódtak. A mellkas felső része kétoldalt összenyomott. Az alsó bordák a medencecsontot érintik. A has logó. Egyenes állás mellett a felső testrész nagyon előre hajlott. A keresztcsont felső része erősen a medenczébe nyomul, teste ívszerűen kifelé hajlik, alsó része a farkesikesonttal befelé néz. A medence közel a vízszinteshez fekszik, miáltal tengelye mellfelé halad. Az így elhelyezkedett medence felső részén, kétoldalt az acetabulumokat magába foglaló egy-egy jó férfiüöl nagyságú dudor van, melyek a felső testrészt függőleges síkjától hátrafelé vannak, ezen két dudor között egy mély vajulat van, melynek alapját a keresztcsont képezi. A bal arcus pubis rész megrövidült, ezen oldali linea arcuat. intern. jobban kitapintható mint a jobb oldali, a promontorium a medenczébe egészen behajlik szülési képtelenségig szűkítve a medence mellső átmérőjét. Magzat koponyafekvésben a medenczebemenet felett van. Szívhangjai alig hallhatók. Méhszáj teljesen eltűnt, a méh ezen része elvékonyodott.

Ay anya nagyfokú kimerültsége, a méh repedésének veszélye és a fenyegető magzatelhalás, sürgős beavatkozást igényelnek. Mivel szülőnő piszkos lakásában a császármetszés nagyon kalandos műtétnek látszott, és mivel az előbbi szülésből tudtam, hogy a craniotomia dacára is csak a lágyrészek nagyfokú roncólásával tudtam a magzatot áthozni, symphyseotomia végzésére határoztam el magam. A műtét elég könnyen vihető ki. A két lig. arcuatum átmetszése után a symphysis nem válik el, a közti

részt egész hosszúságában kell átmetszeni, mire jó három ujjnyi tért nyerünk. Ezt elérve, a lógó hast egyenes irányba hoztam, a magzat koponyáját rögzítettem, és fogóműtétellel az elképzelhető legkönnyebben célt értem.

A jól fejlett leánygyermek mély asphyxiában született meg, melyből többszöri lóbalásra magához tér és teli tüdővel sir.

A sebszéklet egyesítése után a medenczére jó szorítókötést tettem. Gyermekegy zavartalanul folyt le. A nő öt hét után járni tudott. Csontfájdalmi sem a terhesség alatt, sem utána nem voltak.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

A kolozsvári kir. magy. Ferencz József tudományegyetem klinikái.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlése alkalmából a kolozsvári egyetem orvosi kara a vallás és közoktatásügyi ministerium költségén díszes emlékkönyvet adott ki, mely az egyetem s különösen annak orvosi intézetei és klinikái leírását tartalmazza. A 26 nyomtatott ivnyi kötet, melyet nem kevesebb, mint 51 alaprajz, 109 kép s két külön melléklet díszít, nem csak „rögzíti az egyetem intézeteinek szemléletéből eredő hangulatot”, hanem a vallás- és közoktatásügyi ministerium tervszerű, czéltudatos culturalis munkásságának olyan bizonyítékát nyújtja, mely minden magyar tudósban lelkesedést s munkakedvet ébreszt, s a jobb és szebb jövőbe vetett bizodalmat megerősíti. Valóban jövő boldogulásunk biztosítéka, feltétele: culturalis előremenetelünk, s mi lehetne erre erősebb, hatalmasabb eszköz, mint egy virágzó egyetem?!

Az emlékkönyv bevezetésül Márki Sándor egyetemi tanárnak „Az egyetem eszméje Erdélyben” című tanulmányát s Szabó Dénes-től az egyetem alapításának történetét közli. Az egyes intézetek leírását maguk az igazgató tanárok írták; mindmennyi fejezet bepillantást nyújt az egyes tanszékek belső életébe is, s épen ezért számos tanulmányt rejtenek magukban. Ezekre még más alkalommal visszatérünk; ezúttal csak az egyetemi klinikák s a Karolina országos kórház adatainak közlésére szorítunk. Valóban ideje, hogy az ország megismerje a kolozsvári egyetemi intézeteket, mert abból, hogy az orvosi karnak a múlt évben is csak 122—134 hallgatója volt, azt kell következtetnünk, hogy a szülők még mindig azt hiszik, hogy a klinikák a régi Karolina-kórházban siralmas elhelyezésben szynlődnék. De ha meggyőződnek róla, hogy a kolozsvári egyetem intézeteinek s klinikáinak elhelyezése s felszerelése sok tekintetben meghaladja a budapestiét, s bármely külföldi egyetemével is versenyez, kétségtelen, hogy szívesebben fogják fiaikat Kolozsvárra küldeni, mint a hogy azt eddig tették.

A Karolina-kórház tarthatatlan állapota miatt már 1873-ban megindult a tárgyalások az újépítés legezelszerűbb módjáról, de csak 1896-ban, tehát majdnem negyedszázad után vezettek eredményre, és pedig az által, hogy a kórház a vallás és közoktatásügyi ministerium fennhatósága és rendelkezése alá bocsátott. E megoldás két ministerium osztályvezetőinek elismerésre méltó együttműködése s kölcsönös támogatása által vált lehetővé. A költségeket az 1897. évi XXV. törvényezikk engedélyezte, és pedig 2.800.000 korona összegben. Minthogy a telep, melynek az emlékkönyv igen sikerült látóképét mutatja, hegyoldalon fekszik, maga a terep rendezése 355,388 koronát igényelt. Az igazgatósági épület 87,562 koronába, a gazdasági épület 613,356 koronába került.

Az egyes klinikák költségei a következők voltak:

Sebészet 100 ágy	497,857	korona
Belgyógyászat 90 ágy	505,858	"
Szülészet és nőgyógyászat 80 ágy	592,237	"
Szemészet 50 ágy	373,379	"
Bőr- és bujakórtan 100 ágy	484,101	"
Heveny fertőző barakk 24 ágy	83,383	"
Elmekórtan 150 ágy	965,323	"

Az építkezések tehát, beleértve a belső berendezést (a tudományos felszerelésen kívül), 4 és fél millió koronát vettek igénybe. A kórház fenntartása évente körülbelül 600,000 koronába kerül, melyből ápolási díj czímén 400,000 korona, alapok jövedelméből 15,634 korona térül meg. Évente 5000-nél több fekvő beteget s körülbelül 20,000 járó beteget gyógyítanak.

A sebészeti klinika egyemeletes épület, melynek középső részét a nagy operáló-terem s tanterem foglalja el mellékhelyiségeivel együtt, ehhez csatlakozik a váróterem és a bejáró betegek kezelőhelyisége. Az egyik szárnyat az igazgató tanár szobái, a könyvtár, az aseptikus operáló-terem s ennek mellékhelyiségei foglalják el, a másik szárnyat kisebb kórszobák. Az emeleten a középső részben a tanársegédek laknak, az oldalszárnyakon a nagy kórtermek s a laboratóriumok vannak.

A belgyógyászati klinika középső részét a tanterem, városzobák, járó betegek helyiségei foglalják el, az egyik szárnyat a tanári szobák s laboratóriumok, a másikat kisebb kórszobák. Az emeleten a nagy kórtermek, a souterrainben a gazdasági helyiségeken kívül vízgyógyászati fürdők.

A heveny fertőző barakk egészen külön épületet foglal el, illetőleg 3 külön részletből álló csoportot alkot. Itt nyernek elhelyezést a diphtheriás, orbáncos, kanyarós, scarlatos és más fertőző betegek: 1903-ban 105-en.

A szülészeti és nőgyógyászati klinika kétemeletes épület, egyszersmind bábaiskolául is szolgál. A souterrainben a gazdasági helyiségeken kívül a bábainternátus van, a földszint keleti része a tanításnak és tudományos munkásságnak van szánva, a nyugoti rész a betegfelvételnek, járóbetegrendelésnek és elkülönítő osztálynak. Az első emelet a szülészeti osztály, a második a nőgyógyászati.

A szemészeti klinika eredetileg E alakúnak volt tervezve, de a déli szárny építése pénzügyi okokból elmaradt, az igazgató tanár így felelt meg a követelt megtakarításnak, s nem kellett az intézet többi részeinek eredeti méreteit csökkenteni. A földszintet a tanterem, a járó betegek helyiségei, a laboratóriumok, tanári és tanársegédi szobák foglalják el, míg az első emeleten a műtőterem, kórszobák, elkülönítők, gyermekszobák, nappali helyiségek, étkezők s különszobák vannak. A klinikát a „Szemészet” legközelebbi számában részletesen leírjuk.

A bőr- és bujakórtani klinika középső részét az ambulans-helyiségek, egyik szárnyát a laboratóriumok, tanári szoba, tanársegédi lakások, másik szárnyát kórtermek, az emeletet kórtermek foglalják el. Betegelhelyezés tekintetében ez a klinika van legerősebben kihasználva, az aránylag kisebb méretű épületben öt osztály van elhelyezve: 1. felső férfiosztály (3 kórterm), 2. prostituáltak (2 kórterm), 3. rendőrségi osztály, 4. alsó férfiosztály, 5. alsó női osztály a gyermekekével együtt 2 kórtermen összesen száz ágygal.

Az ideg- és elmegyógyászati klinika 28,800 négyszögmeternyi területen pavillonrendszerben épült. A 10 épületben 230 ágy van és pedig 200 elmebajosok, 30 idegbetegek számára, ezek közül 10 első osztályú, 24 másodosztályú és 196 harmadosztályú ellátás szerint helyezhető el.

„Valamennyi épület villaszerű formájával, zöld tetejével, fehér falával, nyerstégla ékítményeivel, úgyszintén az őket környékező parkozott, virágos kertek és azok kerítései oly módonban létesültek, hogy derült, barátságos, lakályos, az elzártság látszatát is kerülő külsejükkel és minél nagyobb szabadságot biztosító belső berendezésükkel kellemes benyomást gyakoroljanak nemcsak a bennlakóra, hanem a kívül álló szemlélőre is.”

A főépület az oktatás, kutatás és az igazgatás helyiségeit foglalja magában. Az emeleten van a tanterem, laboratóriumok (mikroskopi, kémiai és bakteriologiai, pszichologiai, villamos és Röntgen), a könyvtár, a tanári, tanársegédi szobák. A földszinten az egyik oldalon az ambulancia (külön mechanikai, villamos, hideg- és melegvíz-kezelőszobákkal), a másikon az administratio helyiségei. A betegek lakta 7 épület 3 csoportra oszlik. A főépülettől balra eső hármas csoport az elmebajos férfiaké, jobbra a nőké, a 7. pavillon az idegbajosoké. Az elmebajosok egyik épületében a megfigyelő osztály, másikában a nyugodt, a harmadikban a nyugtalan betegek osztálya van, míg a munkát végző betegek újból elkülönítve laknak.

Az idegbajosok pavillonjában 30 beteg számára van hely, úgy a női, mint a férfiosztálynak külön társalgó-terme, étkezője, verandája, fürdője van a legnagyobb kényelemmel s czélszerűséggel berendezve. Az orvosi személyzet 10, az ápoló 65, a gazdasági 20 személyből áll, szóval az elme- és ideg-klinika építkezése, berendezése s működése valóban nemcsak elismerést, hanem bámulatot is kelt.

A klinikák e nagyon vázlatos ismertetése is — úgy hisszük — eléggé igazolja, hogy Kolozsvárt olyan tudományos központ létesült, mely hivatva van, hogy busásan viszonzza a történelmi múltú városnak azon dícsőséget, melynek révén az egyetem Erdély egykori szék-városában nyert elhelyezést. Joggal s bizalommal várhatjuk, hogy az oktatás és tudományos kutatás eszközeivel gazdagon felszerelt intézetek a tudomány előbbrevitelének jelentékeny tényezői lesznek.

G. E.

Közegészségügy.

A m. kir. belügyminister 1903. évi 88,378. számú körrendelete valamennyi törvényhatósághoz az aether depuratus, aether crudus és spiritus aetheris gyógyszerek árának emelése tárgyában.

A m. kir. pénzügyminister úr a f. évi 34,504. sz. alatt kiadott körrendeletében a kénather és eczetaether előállításához szükséges szesznak adómentesen való felhasználását folyó évi július hó 1-ső napjától kezdve beszüntette.

Erre való tekintettel, a magyarországi gyógyszerész-egylet elnökének hozzánt intézet kérelmére, az országos közegészségi tanács javaslata alapján, a Magyar gyógyszerkönyv II dik kiadásához és annak függelékéhez 1901. évi 115,551. sz. alatt kiadott gyógyszerárabszabályban foglalt alább felsorolt aether-készítmények árát folyó évi szeptember hó 1-ső napjától kezdődőleg következőleg módosítom:

Az embereknek való gyógyszerek közül az:

Aether depuratus

10 gramm ára 6 fillér helyett lesz 8 fillér, 100 gramm ára 45 fillér helyett lesz 60 fillér.

Spiritus aetheris

10 gramm ára 6 fillér helyett lesz 8 fillér.

Az állatgyógyszerek közül

Aether crudus

100 gramm ára 28 fillér helyett lesz 50 fillér,

1000 gramm ára 250 fillér helyett lesz 440 fillér.

Aether depuratus

100 gramm ára 34 fillér helyett lesz 56 fillér.

1000 gramm ára 300 fillér helyett lesz 490 fillér.

Erről ezimet oly felhívással értesitem, hogy azt az érdekeltekkel azonnal közölje.

Budapest, 1903. évi augusztus hó 29-dikén

A minister meghagyásából: Chyzer s. k., ministeri tanácsos.

Melléklet a 90.000/1903. B. M. számú körrendelethez.

Szabályrendelet a gyógyszerkülönlegességek és titkos összetételű gyógyszerekről.

(Vége.)

9. §. Olyan gyógyszerkülönlegességet, mely a Magyar Gyógyszerkönyvben egy vagy két kereszttel megjelölt vagy hasonló hatású szert tartalmaz, csupán szabályszerű orvosi rendelőnyre szabad kiszolgáltatni.

Kétszer keresztezett, vagy hasonló hatású szert tartalmazó gyógyszerkülönlegességet rendelő orvosi vényre azt ismételtén kiszolgáltatni csak az esetben szabad, ha a rendelő orvos az ismétlést „repetatur” vagy „reiteretur” szóval s újabb kelettel s aláírással rendeli el.

Nem keresztezett szert tartalmazó gyógyszerkülönlegességek a közönség részére nyilvános gyógyszerárakból orvosi vény nélkül is kiadhatók.

10. §. Minden gyógyszerkülönlegesség tartóját (s esetleg tokját) címfelirattal (vignetta) kell ellátni s ezen fel kell tüntetni: a készítő cég nevét, a gyógyszerkülönlegesség elnevezését, a benne foglalt hatóanyagok mennyiségét és az illető adag árát.

Ha a különlegesség egy vagy két kereszttel megjelölt vagy hasonló hatású szert tartalmaz, címfeliratán ez is feltüntetendő: Csak orvosi rendelőnyre kiszolgáltatható.

Használati utasításként — minden gyógyjavallat mellőzésével — a feltétlenül alkalmazandó „Belsőleg” vagy „Külsőleg” jelzésen kívül csak ilyenféle utasítás adható: bedörzsölésre, borogatásra, torokvíz, stb. Esetleg az adagolás módja is feltüntetendő.

Gyógyszerkülönlegességekhez csak olyan ajánlás csatolható, a mely a bejelentés alkalmával a belügyministernek bemutatván, szövege ellen észrevétel nem merült fel.

11. §. A gyógyszerkülönlegességet készítő az általuk készített gyógyszerkülönlegességekről munkakönyvet tartoznak vezetni akként, hogy abból a gyógyszerkülönlegesség készítésének ideje és a készítéshez felhasznált anyagok mennyisége kitűnjék.

12. §. A gyógyszerkülönlegesség egyes adagjai árának megállapítására a hivatalos gyógyszerársvetvény azon tételei irányadók, melyek az illető szerek tömeges szállítására vonatkoznak.

13. §. A gyógyszerkülönlegességek készítése és forgalomba hozatala egészségügyi felügyelet és intézkedés alá tartozik (1876: XIV. t.-cz. 2. §.), mely különösen a gyógyszerársvizsgálatok alkalmával közreműködő hatósági közegek által pontosan foganatosítandó.

14. §. Ha valamely gyógyszerkülönlegesség készítésénél vagy forgalomba hozatalánál ezen szabályrendelet rendelkezései meg nem tartatnak, különösen ha oly ajánlással hozatik forgalomba, melynek szövege a forgalomba hozatal iránti kérelem alkalmával be nem mutatott, vagy ha utólag valamely egészségügyi hátrány derülne ki, a belügyminister az illető szer készítését vagy forgalomba hozatalát bármikor eltilthatja.

15. §. Olyan kendőző, szépítő (kosmetikus) szerek kiszolgáltatása, melyek csakis orvosi rendelésre kiszolgáltatható szereket tartalmaznak, ugyanolyan elbánás alá esik, mint a gyógyszerkülönlegességek kiszolgáltatása.

16. §. A belügyminister időszakonként közzéteszi a Horvát-Szlavonországban és az osztrák birodalmi tanácsban képviselt királyságok és orszákok területén forgalomba hozott azon gyógyszerkülönlegességek jegyzékét is, melyeknek forgalomba hozatala ellen az illető kormányok részéről észrevétel nem fogor fenn.

Az ily jegyzékben megnevezett különlegességek a viszonyosság alapján a közírré tétel napjától kezdődőleg — a 8., 10. és 12. §-okban foglaltak megtartása mellett — akadálytalanul forgalomba hozhatók.

17. §. Az organo-therapeutikus és sero-therapeutikus gyógyszerek és mindennemű oltóanyagok forgalma ezen rendelet határozmányai alá nem esik.

18. §. Minden, az állatgyógyászat körébe tartozó gyógyszerkülönlegesség, titkos gyógyszer, tápláló por forgalomba hozatala a magy. kir. földmívelésügyi minister hatáskörébe esvén, ilyeneknek forgalomba hozhatása iránti kérvények ahhoz intézendők.

19. §. Titkos összetételű gyógyszerekül (titkos gyógyszerekül) oly készítmények tekinthetők, melyeknek anyagát vagy összetételét, vagy előállításuk módját készítőjük titokban kívánja tartani, vagy melyeknek ismertetésében hamisan — természetes összetételükkel össze nem egyeztethető titokzatos hatás tulajdoníttatik.

20. §. Titkos összetételű gyógyszereknek forgalomba hozatalát és külföldről való behozatalát az 1876: XIV. t.-cz. 53. §-a alapján a belügyminister engedélyezheti.

21. §. A titkos összetételű gyógyszerekre, a gyógyszerkülönlegességekre vonatkozó összes fenti intézkedések érvényesek, kivéve a 10. §. azon rendelkezését, mely szerint a tartó (tok) címfeliratán a bennfoglalt hatóanyag mennyisége feltüntetendő.

22. §. A gyógyszereszek kötelesek az általuk forgalomba hozott gyógyszerkülönlegességekről és titkos összetételű gyógyszerekről jegy-

zékét vezetni. A gyógyszerkülönlegességek jegyzékében feltüntetendők azon orvosi vények is, melyek szerint azok készítették.

Kötelesek továbbá a kiszolgáltatót gyógyszerkülönlegesség vagy titkos gyógyszer tartójának vagy tokjának címfeliratát a gyógyszer-tár jelvényével ellátni.

23. §. Az ezen szabályrendeletben foglalt rendőri rendelkezések és tilalmak megszegése, valamint az e szabályrendelet 8. §-a utolsó pontjában említett belügyministeri kikötések be nem tartása kihágást képez és a mennyiben nem az 1879: XL. t.-cz. 108. §-a, vagy más törvényes rendelkezés szerint büntetendő — ezen §. alapján 15 napig terjedhető elzárással és 200 koronáig terjedhető pénzbüntetéssel büntetetik s ismétlés esetén a gyógyszerkülönlegesség, illetőleg titkos gyógyszer forgalomba hozatala eltiltatik.

24. §. Ezen szabályrendelet életbelépésével hatályukat veszítik a korábbi rendeleteknek (szabályoknak) mindazon megállapításai, melyek az ezen szabályrendeletben szabályozott kérdésekre vonatkoznak, különösen az 1881. évi 15,370, az 1884. évi 5991. és az 1885. évi 66,060. számú belügyministeri körrendeletek.

25. §. Ez a szabályrendelet 1904. évi január hó elsején lép hatályba.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A dysenteria aetiologiájáról.

Közlő: Marikovszky György dr. egyet. tanársegéd.

(Folytatás.)

53. Kartulis: Zur Aetiol. d. Dysent. in Ägypten. Virch. Arch. 1886. — 54. Kartulis: Zur Aetiol. d. Leberabscesse etc. Cbl. f. Bakt. 1887. — 55. Kartulis: Ueber tropische Leberabscesse, etc. Virchow's Arch. 1889. — 56. Kartulis: Ueber weitere Verbreitungsgebiete der Dysenterieamöben. Cbl. f. Bakt. 1890. — 57. Kartulis: Einiges über d. Path. d. Dys.-Amöben. Cbl. f. Bakt. 1891. — 58. Kartulis: Dysenterie. Nothnagel: Spec. Path. u. Ther. V. k. — 59. Klopstock: Beitrag zur Differenzierung von Typhus-, Coli- u. Ruhrbacillen. Berl. kl. W. 1902. — 60. Kovács: Beobachtungen u. Versuche über d. sog. Amöben-Dysenterie. Zeitschr. f. Heilk. — 61. Kruse: Ueber d. Ruhr als Volkskrankheit und ihre Erreger. D. med. W. 1900. — 62. Kruse: Weitere Untersuchungen über die Ruhr und Ruhrbacillen. D. med. Woch. 1901. — 63. Kruse: Der jetzige Stand d. Dysenteriefrage. D. Aerztezeitung. 1902. — 64. Kruse: Die Blutsäurether. bei d. Dysenterie. D. med. W. 1903. 1., 3. és 12. sz. — 65. Kruse-Pasquale: Eine Expedition nach Ägypten z. Stud. d. Dysent. etc. Vorläuf. Mittheil. D. med. W. 1893. — 66. Kruse-Pasquale: Untersuchungen über Dysenterie u. Leberabscess. Z. f. Hyg. u. Inf.-Kr. 1894. — 67. Lartigan: A contribution to the study of the pathogenesis of the bacillus pyocyaneus, with special reference to its relation to an epidemic of dysentery. Journ. of exp. med. 1898. — 68. Laveran: Contribution à l'étude de l'aetologie de la dysenterie. Gaz. méd. de Paris. 1893.

1887-ben Kartulis⁵⁴ dysenteria következtében fellépet májtályogokat vizsgált meg. Ezeknek alkohollal keményített falából metszeteket készítve, részben a pyogen tokon belül, részben a pyogen hártya és az intact májrészek között mindig talált amöbákat. 8 esetben a 11 közül a tályog falában az amöbák mellett mikrococcusokat is talált. A dysenterias májtályogok genyében is mindig talált amöbát, bakteriumot ellenben csak kétszer (egyszer bac. pyog. foetidus, egyszer pedig staphylococcus pyog. albus). Kartulis különben kétféle májtályogot különböztet meg. Az egyik a dysenterias (amöbás), a másik az ún. idiopathikus. Ez utóbbi fajtánál amöbá soha sincs, bakterium mindig van. 1889-ből való közleménye⁵⁵ szerint a dysenterias májtályogok úgy keletkeznek, hogy a dysenterias bélfehérje felől a portasystemán át bakteriumtartalmú amöbák kerülnek a májba. A genyedést ott a bakteriumok indítják meg, melyek azután hamarosan elpusztulnak, míg az amöbák hónapokon keresztül életben maradhatnak.

Ugyancsak Kartulis⁵⁶ 1890-ben Athenben 2 sporadikus dysenteria esetén vizsgálta meg az ürüléket és mindkettőben ugyanolyan amöbákat talált, mint az egyiptomi dysenteria-eseteknél.

Osler⁸¹ (1890) egy betege öt évvel azelőtt Panamában chronikus dysenteriaiban szenvedett. Öt évvel később két májtályogját incindálták s a kiürülő genyben bőven voltak amöbák. Ezek Osler szerint körülbelül 12-szer akkora mint a fehér vérsajtek, élénk amöboid mozgást produkálnak, protoplasmájuk külső része homogen, a belső szemcsés, az utóbbiban különböző nagyságú vacuolák és olykor gyengén határolt magvak láthatók. Ilyen amöbákat a beteg ürülékében is találtak.

1891-ben Dock³¹ Texasban 12 dysenterias beteget vizsgált meg s valamennyinek székében talált 13–37, leggyakrabban 18–25 μ nagyságú amöbákat. Valamennyin finoman szemcsés endosark és homogen ektosark különböztethető meg. Van magvak is. Zárványokat (bakteriumok, vörös és fehér vérsajteket) gyakran foglalnak be.

Eichberg³⁵ 1891-ben egy phthisikus férfi bonczolatánál annak májában több amöbatartalmú tályogot talált. (Ilyenek intra vitam a nem diarrhoeikus székben is találhatók voltak.) A vékonybél normalisnak mutatkozott, a vastagbélben néhány dysenterias fekélyt találtak.

Ugyancsak 1891-ben Kartulis⁵⁷ már tenyészteti is tudta az amö-

bákat. Eljárása a következő: 20–30 gramm szalma le lesz öntve 2 liter vízzel s ez 1/4 óráig főzve. A főzet filtrálás és sterilizálás után Erlenmayer-féle lombikokba lesz töltve, hol néhány csepp dysenterias bélsarat kevernek hozzá. A lombikok nyitva kerülnek a tenyésztő székénybe (minimum 30–35° C.), hol a szalmaforrázat felületén 24–48 óra múlva bakteriumokból és fiatal amoebákból álló pókhálószerű lepedék lép fel. Ezek az amoebák csak néhány nap múlva érik el rendes nagyságukat; mikor a szalmaifusumban fellépnek, még kicsinyek, élénken mozognak rajszerűleg, de állabakat (nyúlványok) nem bocsátanak. Egy ízben sikerült Kartulinnak három átváltás által bakteriummentes amoeba tenyészetét kapnia. Látott 5–7 μ nagyságú képleteket is (sporák?), melyekből az amoebák kifejlődnek. Állatkísérletek céljaira legalkalmasabbnak a macska bizonyult. Kísérleteit akkép végezte, hogy 1 hónapos macska kölykök rectumába 20 cm³ tiszta amoebatenyészetet fecskendett s a végbélnyílást 3 napra néhány varrattal elzárta. Az állatok gyorsan lesoványodtak s a fertőzéstől származott körülbelül 18 nap múlva (ez idő alatt véres-nyákos diarrhociában szenvedve) elpusztultak. Boncsolatnál a vastagbél nyákhártyáján pontszerű haemorrhagiák és lenmag nagyságú fekélyek voltak találhatók. Górcső alatt úgy a béltartalom, mint a bélfal amoebataralmának bizonyult.

Kovács F.⁶⁰ a Nothnagel klinikáján tropikus vidékről került két dysenteria esetet látott s mindkettőnek ürülékében bőven talált amoebákat. Az amoebás nyákot (per rectum klysmá alakjában, vagy laparotomia után a bélfalon át) macskák vastagbélbe fecskendezve, az amoebák ott elszaporodtak és enteritis is fellépett.

Thayer és Flexner¹⁰⁰ 1893-ban egy intra vitam megnyitott májtályog véres-genyés tartalmát megvizsgálva, abban sem leukocytát, sem bakteriumokat nem találtak, amoebák azonban bőven voltak. A beteg később boncoltatván, vastagbélében hegeket találtak.

Quinke és Roos⁸⁷ 1893-ban két amoebás enteritis esetről írnak. Az egyik beteg három évvel ezelőtt Palermóban acquirált chronikus diarrhoeát. Székében sok élénken mozgó, 20–25 μ nagyságú szemesezett amoebát találtak. Magvuk az entoplasmában fekvő többnyire excentrikusan, 6–8 μ átmérőjű volt és néha pontszerű nucleolust is láttak benne. Idegen test gyanánt csak vörös vörsejtek voltak bennük. Ezen betegnek ilyen amoebákat tartalmazó székét macskák végbélbe fecskendezve, azok bélsarában 4–6 nap múlva amoebák voltak találhatók s az állatok 2–3 hét alatt amoebás dysentericiában (vastagbél nyákhártyán kifejezett fekélyesedő gyulladás) elpusztultak. Quinke és Roos másik betege szintén három évvel ezelőtt Kielben szerezte chronikus, tenesmussal járó diarrhoeáját. Ennek székében is voltak amoebák, de ezek durvábban szemesezettek és 25–30 μ nagyok voltak, több vacuolát és idegen testet tartalmaztak, mint az első betegnél találtak, vörös vörsejt azonban sohasem volt bennük. Magvuk nagysága 16 és 17 μ közt váltakozott. Ezen betegnek ilyen amoebákat tartalmazó széke macskára nem mutatkozott pathogennek. Ezt a fajta amoebát a szerzők amoeba coli mitisnek nevezték el és nem tartják azonosnak a Lösch-féle amoeba colival.

Schuberg⁹⁴ lennebb leírt kísérleteit megismételendő 24 egyének adtak karlsbadi sót. Ezek közül csak 9-nek székében találtak néhány amoebát, a melyeket ártalmatlan amoebaféleségnek tartanak s amoeba intestinalis vulgarisnak neveztek el.

Roos⁹¹ 1894-ben macskákon kísérletezett az amoebákkal. Kétféle amoebát különböztet meg. Az egyik az amoeba coli Lösch seu a. c. felis, a másik az amoeba coli mitis seu intestinalis vulgaris. Az első fajtajú amoebával 15 macskát fertőzött per rectum, ezek közül nyolc 4–21 nap alatt dysentericiában, 3 más betegségben pusztult el, 4 pedig egészséges maradt. A dysentericiában elhaltak belében mélyreható mikroszkopi elváltozások voltak találhatók, melyek megegyeztek a Councilmann és Lafleur által dysentericiában elhalt embereknek leírt elváltozásokkal. 8 macskát amoeba coli mitissel fertőztek s ezek közül egy sem kapott dysentericiát. Tenyészténiök az amoebát nem sikerült.

Vivaldi¹⁰⁸ 1894-ben annál inkább hajlandó az amoebáknak pathogen szerepet tulajdonítani, mivel 20 beteg székéből készült valamennyi górcsővi készítményben nagy számú amoebát talált. Ezeket az amoebákat Petri-csészében gyengén alkalikus steril szénafüzetten sikerült tovább tenyésztenie. Gyakori átváltás által bakteriumszegény tenyészeteket sikerült kapnia, a melyeken alkalma volt látni a cystás alakból az amoeboid-alaknak a kifejlődését. Ezeket a tenyészeteket nyulak rectumába fecskendezve, az eredmény csak hőemelkedés volt, macskáknál azonban diarrhoeát és diffúz vastagbélhurutot sikerült előidéznie, mely néhány állatnál marantikus halált okozott, fekélyek azonban nem fejlődtek ki.

Curnow²⁷ Indiában 1895-ben egy könnyű lefolyású dysenteria után fellépett májtályog incisiora kiürülő genyében sok élő amoebát talált. Ugyancsak 1895-ben Wilson¹⁰⁴ négy dysenterias beteget vizsgált meg. Háromnál intra vitam az ürülékben, a negyediknél post mortem a bél fekélyeiben talált sok amoebát. 1896-ban Fajardo³⁷ Rio de Janeiro-ban dysenteriasok bélsarában és két dysenterias májtályog genyében szintén sok amoebát látott. Hassler és Boisson⁴⁸ 1896-ban egy dysenteria után fellépett májtályog genyes bennéket vizsgáltak meg. Találtak benne amoebákat, azonkívül staphylococcus albus sikerült belőle kitenyészteniök, mely azonban állatokra nézve nem mutatkozott virulensnek. Az amoebák nem festődtek Gram szerint, és sem peptonizált bouillonban, sem steril szalma- vagy szénafüzetben nem tenyésztek. Egy kutya 9 napon át naponta 5 cm³ azon májtályogból való genyet kapott ételéhez keverve. 3 hét múlva dysenterias tünetek közt megbetegedett, akkor leölték és a colon descendensben, valamint a rectumban a dysenteria első szakaszára jellemző kórboneztani elváltozásokat találtak

meg nála. Ugyanazon évben Manner⁷³ is végzett állatkísérletet dysenterias amoebákkal. Egy dysentericiában szenvedett betegének amoebataralmú bélsarából egy macska végbélbe fecskendett be. A macska széke néhány nap múlva véres lett, s az állat egy hét alatt elpusztult. Boncsolásánál vastagbélben fekélyeket, s főleg a nyákhártya mélyebb rétegeiben nagyszámú amoebát találtak. Az illető dysenterias beteg később meghalt, s felboncoltatván, májtályogokat találtak nála, melyek falában és genyében szintén bőven voltak amoebák.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Poncet et Mailland: Rhumatisme tuberculeux. Paris, Masson et comp.

Még nem régiben azt hitték, hogy a gümőkórosoknál előforduló csúszos jellegű ízületi megbetegedések csak intercurrents bajok, a gümőkórral nem állanak összefüggésben. Az előtünk fekvő füzet egyik szerzőjének, Poncet lyoni sebészstanárnak az érdeme, hogy néhány év előtt kimutatta, hogy az ilyen csúszos jellegű ízületi megbetegedések nagyon sokszor gümőkóros eredetűek, a gümö-bacillusok termelte mérgek által okozottak (rhumatisme tuberculeux articulaire), és hogy ugyanerre az okra vezethető vissza egyéb szervek: inhüvelyek, izmok, idegek, csontok, zsigerek némely csúszos jellegű megbetegedése is (rhumatisme tuberculeux abarticulaire).

Ezen kérdéssel az utóbbi években különösen Franciaországban nagyon behatóan foglalkoztak, úgy hogy most már meglehetősen nagy az irodalma. Szerzők közönségre méltó feladatot végeztek, a mikor az idetartozó adatok szorgalmas összegyűjtésével és saját nagy tapasztalataik felhasználásával megírták a gümőkóros csúsz monographiáját. A bevezetésben a baj lényegét körvonalozzák, majd a baj történetére vonatkozó adatokat állítják össze, azután bőven ismertetik az aetiológiát és pathologiai physiológiát, leírják a különböző alakok lefolyását és tüneteit; a kórboneztan, a diagnózis és a prognózis tárgyalása után bőven adnak therapeutikai útmutatásokat, a melyeknek lényege röviden a következőkben foglalható össze: heveny és fájdalmas alakoknál immobilisatio és revulsio; a lobos tünetek csökkenésével fokozatos mobilisatio és massage; natrium salicylicum, antipyrin nem csökkentik a fájdalmakat, a cryogenin azonban úgy belsőleg (0.5 gramm adagok 2–3-szor naponként), mint kenőcs alakjában (5 gramm cryogenin 30 gramm axungia) jó szolgálatokat tehetnek. Idült alakoknál frictio, massage, és szeszű mobilisatio, cryogenin vagy hedonal használata ajánlatok; ezek mellett azonban sohasem szabad megfeledkezni a kezelés leglényegesebb részéről: a hygienés viszonyok kedvezővételéről.

A kis munkát, mely a Critzman szerkesztette „Monographies cliniques” legutóbbi számát képezi, nagyon ajánlhatjuk orvostársaink figyelmébe.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A gümőkór ritkaságát Indiában Crombie a következő okokból eredőnek tartja. 1. Indiában aránylag ritka a marhagümőkór. 2. A benszültöttek kizárólagosan forrált tejet isznak. 3. Marhahúst nem esznek. 4. A gümőkórral szemben úgyszólván immunis kecskék húsa és teje nagy szerepet játszik a benszültöttek táplálkozásánál. 5. Szabadban való foglalkozás. 6. Alkoholtól tartózkodás. 7. A benszültöttek vaját nem esznek, hanem ezt előbb „ghi”-vé változtatják, oly eljárás segélyével, melynél a főzés — s így az esetleg jelenlevő gümöbacillusok tönkrömenése — nagy szerepet játszik. 8. A benszültöttek gyermekei 2–3 éves korukig anyatejjel tápláltnak. 9. Azok a betegségek, a melyek tapasztalás szerint praedispositiót teremtenek a gümőkórra (hőkhurut, kanyaró, scarlatina) aránylag ritkán fordulnak elő Indiában, s ha elő is fordulnak, sokkal enyhébb lefolyásúak. Ezzel kapcsolatban felemlítjük, hogy Madden szerint annak az oka, hogy Egyiptomban nagyon ritkán fordulnak elő gyermekeknél gümőkóros mirigyek és hasgümőkör, arra vezetendő vissza, hogy ott a gyermekeket 2 éves korukig szoptatják. (Discussion on tuberculosis in children: its relation to bovine tuberculosis. British medical journal, 1903. augusztus 29.)

Láz és czukorkiválasztás. Már régebb idő óta ismeretes, hogy diabetes sok esetében lázas folyamatok közbejöttével a czukorkiválasztás csökken, sőt meg is szűnik és néha ez a csökkenés a láz megszűnte után is hosszabb időn át megmaradhat, illetve a betegek tolerantiája a szénhidratokkal szemben javul. Richter újabban állatokon végzett ideartozó kísérleteket olyan módon, hogy adrenalinallal glycosuriát idézett elő, azután részben agysértéssel (szúrás a corpus striatumba), részben pedig streptococcusokkal lázasokká tette az állatokat. Azt találta, hogy a míg az agysértéssel létesített láz semmi befolyást sem gyakorolt a glycosuriára, addig a streptococcus-fertőzés okozta láz alatt adrenalin befecskendezésére az esetek túlnyomó többségében nem jelentkezett glycosuria. Ez az eredmény arra utal, hogy lázban bakteriumos folyamatok azok, a melyek következtében a szervezetben több czukor használatik el, s azért a vizeletben a czukor mennyisége megkevesbedik. Érthető ebből továbbá az is, hogy diabetes egyes eseteiben lázban nem csökken a glycosuria, míg másokban, még pedig úgy látszik azokban, a melyekben bakteriumok okozzák a lázat, a glycosuria csökkenését észleljük. Arra nézve, hogy minden bakterium okozta lázban fokozott-e a szervezetben a czukor elhasználása, további vizsgálatok szükségesek. Lehetséges, hogy ezen kísérletes tapasztalatoknak idővel a gyakorlat is hasznát fogja venni, olyan módon, hogy a szervezetre nézve egyéb-

ként ártalmatlan bakteriumok bevitelével sikerülni fog a szervezet cukorhasználatát fokozni és így gyógyítólag hatni a diabetesre. (Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 37. szám.)

Belgyógyászat.

Antisepticumok befolyása a bél bakteriumtartalmára. *Strasburger* kiterjedt kísérletes vizsgálatainak eredménye röviden a következő: naphthalin nem csökkentette a bakteriumok számát a bélsárban; salicylsav és thymol némi hatást mutattak, a mennyiben a bakteriumok száma kissé fogyott. Napról napra és calomel használata után a bakteriumok száma fokozódott, a mi a hashajtó, a belet bántalmazó hatással magyarázható. Kifejezett bakteriumkevesbítő hatást mutatott a tannocol. A bakteriumok elszaporodását leginkább a bél normalis működése akadályozza meg. A jól megemésztett anyag gyors resorptiója által a bakteriumoktól megvonatik a táptalaj. Innen van, hogy a kopálás erősen csökkenti a bélbeli bakteriumok számát. A mikor tehát a bakteriumok számát a bélben csökkenteni akarjuk, legezelszerűbben úgy járunk el, hogy könnyen emészthető és gyorsan felszívódó táplálékot adunk, az antisepticumokat és a hashajtó szereket pedig, a melyek a bél normalis működésének akadályozása, illetve rosszabítása miatt többnyire inkább ártanak, kerüljük. (Zeitschrift für klinische Medizin, 48. kötet.)

Diabetes insipidus két esetét közli *Feilchenfeld*, a melyekben strychninum nitricum bőr alá fecskendezése után tetemes javulás állott be. Az egyik esetben a vizelet napi mennyisége 3000—3200 köbcentiméter volt, fajsúlya 1010—1012; cukor, hengerek nem voltak kimutathatók benne. A körülbelül 60 éves beteg, a kinél kisfokú prostata-túlnövekedés is volt jelen hólyaghíddel, kinző szomjúságról és a nyelv szárazságáról panaszkodott; időnként uraemiához hasonló állapot mutatkozott. Naponként kapott egy strychnin-befecskendezést (2½ milligrammtól emelkedve 10 milligrammig), mire a vizelet napi mennyisége gyorsan 1400 köbcentiméterre csökkent. A befecskendezéseket 12 napon át folytatták és beszüntetésük után is csökkent maradt a vizelet mennyisége; a szomj és nyelvszárazság is tetemesen kisebb lett. A másik esetben az 52 éves nőbeteg vizeletének napi mennyisége már hónapok óta 4—5 liter volt, fajsúlya 1002, cukrot, fehérjét nem tartalmazott. Eleinte 5, majd fokozódva később 10 milligramm strychnint kapott bőre alá, mire a vizeletmennyiség naponként 200—400 köbcentiméterre kevesedett, 2½ literig; fajsúlya a kezelés alatt 1002 és 1004 között ingadozott. A szomj csökkent, a száj szárazsága megszűnt. Szerző kedvező eredményei alapján a további kísérletezést ajánlja, főleg abban az irányban, vajjon nem lehetne-e a strychnin belső adagolásával is kedvező eredményeket elérni. A hatás a középonti idegrendszerre gyakorolt befolyásból magyarázható. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 31. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A bismutosét *Flesch* hasmenésen kívül egyéb gyomorbélbajokban is sikerrel használta. Így cholera infantum eseteiben a következő orvoslásmódtól látott jó eredményt: eleinte kreosotot (3 csepp 70-0 vízre) vagy thioocolt (2-0 70-0 vízre) ad belsőleg, egyidejűleg pedig 10 %-os bismutose-chamomilla-klysmát; a mikor a dyspepsiás tünetek már megszűntek, 10 %-os bismutosét tartalmazó tojásféjérs vizet ad néhány csepp opium-tincturával; vagy pedig colombo-főzetet 10%-os bismutoseval. Ulcus ventriculi és idült bélfekélyedés eseteiben szintén jó hasznát vette a bismutosénak, úgyisint inoperabilis végbélrák colostomizált esetében, a melyben a műteti nyíláson át rendkívül nagy volt a nedvesztesség, opiatokat pedig a béltonia miatt nem lehetett adni; 10%-os bismutoseval naponként végzett öblítések a vastagbélnyákhártya secretióját csakhamar tetemesen csökkentették. (Medicinisch-chirurgisches Centralblatt, 1903. 26. szám.)

A lecitin-perdynamin, melyet *Barkowski* berlini vegyészeti gyára állít elő, s a mely az újabban annyira felkarolt lecitin mellett haemoglobint is tartalmaz, nagyon jóízű s e mellett olcsó készítmény. Használata ajánlható mindazon esetekben, melyekben a vérképzést és a táplálkozást kell előmozdítani (idegbajok, chlorosis, anaemia, scrophulosis, rachitis, gümőkór, hiányos tápláltság stb.). Felnőtteknek evőkanálnyi, gyermekeknek pedig kávékanálnyi adandó 3-szor naponként.

Adenoid vegetatiók okozta asthma és tüdőemphysema volt jelen *Peano* egy 4½ éves betegénél. Jodipin-injectiókra és jodipin belső használatára az állapot gyorsan javult és 3 hónap múlva az adenoid vegetatiók is csaknem eltűntek volt. (La pediatria, 1903. 1. szám.) *Wolfson* a wilnai orvosegyesület egyik utóbbi ülésén egy jodipinnel kezelt beteg bemutatása kapcsán felemlítette, hogy a jód az utolsó alkalmazás után 5 héttel, egy másik esetben pedig 3 hónappal még kimutatható volt a vizeletben. A jodipin kedvező hatása tehát főleg annak tudható be, hogy alkalmazása után a jód nem hagyja el gyorsan a szervezetet, hanem még húzamos ideig gyakorol befolyást. (Aerztliche Rundschau, 1903. 27. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1903. 38. szám. *Lechner Károly*: A psychopathologia irány a gyógyászatban. *Frommer Ignác*: A bélhuzam sarcomájának néhány esete.

Orvosok lapja, 1903. 38. szám. *Sellei József*: Az eczema kór és gyógytana.

Budapesti orvosi újság, 1903. 26. szám. *Salgó Jakab*: Az elmebetegségek prophylaxisa. *Ráskai Dezső*: A húgyszervi megbetegedések diatetikája. *Reich Miklós*: A fejmasszage módszerei. *Lordárd Arnold*: A diabetes súlyosabb alakjainak kezelése, különös tekintettel a diatetikára.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1903. 38. szám. *Glück*: A lepra terjedésmódjának ismeretéhez. *Samberger*: Gonorrhoeás fertőzés okozta izommegbetegedés. *Wiegmann*: Adat a pemphigus vegetans ismeretéhez. *Schiff*: Röntgen-fénnyel meggyógyított ritka alakú acné. *Englisch*: Betokolt húgykövek.

Wiener klinische Wochenschrift, 1903. 38. szám. *Pick*: A bal halántéklebenyben levő akustikus beszédközpont gátló functioi. *Tsiminakis*: A plexus chorioidei kórszövettanához. *Schüller*: Adatok a gégehüdekek casuistikájához. *Fragstein*: Kétoldali hallászavarok szövődve bilaterális görcsökkel a facialis területén.

Wiener medizinische Presse, 1903. 37. szám. *Pelzl*: A pneumonia crouposa gyógyítása pilocarpinnal. *Hönigschmied*: Tapasztalatok thigenollal. *Bloch*: A retroflexio kérdéséhez.

Prager medicinische Wochenschrift, 1903. 36. szám. *Rohn*: Diverticulum- és cystaképződés a szívburkon. *Imhofer*: Az álló spontan luxatioja fistulás áttöréssel a csontos hangvezetőbe.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1903. 17. szám. *Winkler*: Sajátságos jóindulatú streptomyces bullosa-járvány egy vakok intézetében. *Staub*: A svájci tüdőbeteg-népesanatoriumokban elért gyógyeredmények. *Zangger*: Toxikus scarlatiniform exanthema.

Berliner klinische Wochenschrift, 1903. 38. szám. *Ewald*: Hysteriás autosuggestio a gyermekkorban. *Rogovin*: A jódpróbák érzékenysége. *Brandenburg*: Az epe hatása a szívre. *Hall*: Vegetabilis táplálék és italok köszvényben és nephritisben. *Bamberg*: Sanoform mint a jódform pótszere. *Delius*: A hypnosis mint gyógyszer.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903. 38. szám. *Schulz*: A kovassav physiologiája és pharmacodynamikája. *Bassenge*: A typhus-bacillus viselkedése a tejben és termékeiben. *Büsing*: Adat a diphtheria terjedésmódjához. *Hoppe*: A trachoma kezelése a Knapp-féle eszközzel. *Freudenberg*: A vizelet ammoniás reactioja phosphaturiában, valamint phosphaturia és ammoniuria mint a neurasthenia objectív jele. *Köbisch*: Rheumasan.

Centralblatt für innere Medizin, 1903. 38. szám. *Stejskal és Axia*: A gyomorsecretio megváltozása egyoldali vesekiirtás után.

Centralblatt für Chirurgie, 1903. 36. szám. *Sick*: Operatív szív-masszage. A német sebészársaság 32. congressusának tárgyalásai. 37. szám. *Borelius*: A Maydl-féle hólyagectopia-műtét módosítása. *Herzen*: A czombsérv gyökerecs műtévének technikája.

Neurologisches Centralblatt, 1903. 17. szám. *Schaffer*: A normalis és a paralytikus agy velősróstartalma. *Pfister*: A gerincezvelő anthropológiájához.

La semaine médicale, 1903. 37. szám. A Banti-féle betegség.

Journal médical de Bruxelles, 1903. 37. szám. *Geeraerd*: A „Hôpital Saint-Jean”-ban 1902-ben kezelt gümőkóros betegek.

Archives générales de médecine, 1903. 35. szám. *Patel és Cavaillon*: Egyoldali exclusio a vastagbél rosszindulatú daganatainál. *Marcou*: Cirrhosisos nagy májak rohamos sorvadása fertőzések lefolyásában. *Roy*: Beavatkozás fogból eredő genyvedéseknél. *Weil*: A paralysis infantilis diagnózis és physikai-mechanikai kezelése.

Le progrès médical, 1903. 37. szám. *Noskovski*: A gümőkór klinikai alakjai és kezeléseik. 38. szám. *Kanellis*: Adat a febris haemoglobinurica biliosa aetiologiájához.

Bulletin général de thérapeutique, 146. kötet, 9. füzet. *Robin*: A májcirrhosis kezelése. *Pouchet és Chevalier*: A convallaria és hatóanyagai.

The lancet, 1903. II. 9. szám. *P. J. Freyer*: Adatok az ureter sebészetihez. *L. A. Bidwell*: Epehólyag-empyema négy esete. *A. B. Mitchell*: A gyomorfekély sebészete. *W. S. Colman*: Öt napig tartott automatás vándorlás esete. *J. B. Tomblason*: A sárgaláz aetiologiája. *J. Taylor és Ch. A. Ballance*: Nagy vércysta az arachnoideális fibrin; műtét után gyógyulás. *Isambard Owen és Morris J. Williams*: Ectopia cordis esete. *F. Powell Connor*: A féregnyújtvány intussusceptioja. *Alan H. Muir*: Az a. glutialis traumás aneurysmájának műtét esete. *J. Ruhrh*: A thymus viszonya a marasmushoz. *B. G. A. Moynihan*: Gyomor- és duodenum-fekélyek átfúródásainak esetei. *J. A. Coutts*: Hosszú ideig a hörgőkben tartózkodott idegen test. *B. Crossfield Stevens*: Traumas uraemia esete.

British medical journal, 1903. szeptember 19. *E. W. Ainley Walker és J. H. Riffel*: A heveny csúsz kórtana. A „British medical association” 71. évi összefüvetelének tárgyalásai (tropusi betegségek szakosztálya).

Edinburgh medical journal, 1903. szeptember. *H. M. Church*: Terhesség lactatio közben. *A. F. R. Conder*: Pericardialis betegség három esete. *G. A. Gibson*: Paradox, hyperdicrot és hemisystolés pulsatio. *W. R. Mac Dermott*: Az elmebajok Irlandban. *A. Mercer Watson*: Az immunitás modern elméletei. *Alban Doran*: Fibroid miatt végzett hysterectomia a terhességben. *R. Stockman*: Raynaud-kór esete agytünetekkel. *S. Zavadier*: 1. Ovarium-szövet mint haemostaticum haemophilában. 2. Septikus pneumonia gyógyítása argentum colloidalval.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kiutatása szerint az 1903-dik év 36. hetében (1903. szeptember 6-dikától szeptember 12-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalmak. Az 1903-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 774,045, katona 16,484, összesen 790,529. Elvezületett 458 gyermek, elhalt 293 egyén, a születések tehát 191-tel múltak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 25.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15.7, az egy éven felüli lakosságnál: 12.0, az öt éven felüli lakosságnál: 11.1. — Nevezetesebb halálokok voltak: agykérlob 9, gümös agykérlob 2, agyguta 6, ránggörcs 1, terjedő hűdés 3, hátgerinczsorvadás 0, szívbaj 10, hörglob 6, tüdőlob 18, hurutos tüdőlob 0, mellhártyalob 0, tüdővész 39, tüdőleégdag 2, bélhurut 35, májbajok 1, hashártyalob 5, kizárt selym 1, Brightkór 8, veleszületett gyengeség 10, gyermekaszály 0, aggaszály 6, rák 13, méhák 1, egyéb álképlet 3, gümös bajok 2, kanyaró 0, vörheny 12, álb. gégelob 0, ronesoló toroklob 0, hökhurut 2, gyermekági láz 0, hagymáz 0, influenza 0, himlő 0, veleszületett bujakór 1, szerzett bujakór 0, vérhas 0, orbáncz 0, lépfene 0, ebdüh 0, genyver 3, gyilkosság 1, öngyilkosság 7, baleset 2, erőszakos, kétes 1. II. Betegedések. a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3079 beteg, szaporodás 857, csökkenés 806, maradt e hét végén 3069 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1903. évi szept. 6-dikától szeptember 12-dikéig terjedő 36. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 29 (28), vörheny 69 (66), álb. gége- és ronesoló toroklob 49 (51), hökhurut 18 (14), gyermekági láz 0 (0), hasi hagymáz 12 (7), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 7 (6), vérhas 4 (1), orbáncz 18 (23), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültömirigylob 0 (1), trachoma 0 (2), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

— Tisztelt olvasóinknak szíves tudomásul. Ez utolsó negyeddel fölünk mellett ismét egy újabb melléklet fog megindulni „Elmekortani és idegkörtani lapok” cím alatt Babarcsi-Schwartzner Ottó és Moravcsik E. Emil tanárok szerkesztésében.

▽ Kitüntetés. Bács-Bodrog vármegye főorvosa, *Parlorics Simon* dr. a közegészségügy terén szerzett érdemei jutalmául a kir. tanácsosi címmel tüntettetett ki.

▽ Kinevezések. *Julier Vilmos* dr.-t a közoktatásügyi miniszter a nagyváradi bábaképezdéhez első tanársegédnek, *Teleki Kálmán* dr.-t, pedig a pénzügyminiszter az akasztatnait főbányahivatalhoz bányafőorvossá nevezte ki. *Szemmelveisz Károly* dr.-t a m. kir. államvasutak igazgatósága a veszprém-dombóvári vonalon pályafőorvossá nevezte ki.

+ Tisztiorvosi vizsgára gyógyszer-tanból előkészítő cursust kezd október 5-dikén délután 5 órakor az egyetemi gyógyszer-tan intézetben *Vámosy Zoltán* dr. adjunctus. Díja 42 korona.

△ *Kopits Jenő* dr. testgyógyászati intézetét Kerepesi-út 18. szám I. emeletére helyezte át. (Bejárat Kazinczy-utca 2.)

✕ *Berger Ferencz* dr. Hódmezővásárhely város tiszti főorvosának a közszolgálat terén szerzett érdemei elismerésül ő Felsége a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

✕ A német dermatologiai egyesületnek Sarajevoba utazó mintegy 140 tagja Budapesten is töltött egy napot útközben, megnézve fővárosunk nevezetességeit. A tiszteletükre rendezett banketen *Feleki Hugó* dr. mondott felkészített, melyre a vendégek részéről az egyesület elnöke, *Pick prágai* tanár válaszolt. A magyar dermatologok közül *Havas, Róna* és *Török* vesznek részt a sarajevói congressuson.

○ A marseillei pestisveszedelem. A pestisjárvány, melyről utóbb oly riasztó hírek érkeztek, az egyik forrás szerint már megszűnt. *Ivey* dr., a Pasteur-féle intézet tagja, kijelentette, hogy bármilyen legyen is a betegség természete, a köresetek a kellő óvintézkedések megtétele következtében elszigetelve maradnak. Továbbterjedés lehetetlen. Más forrás szerint a St-Mauront elővárosban újból két gyanús betegségi eset fordult elő. Hir szerint a Salvator-kórház két ápolónője betegedett meg. Rómából jelentik, hogy az egészségügyi tanács elrendelte az 1903-ban a pestis ellen történt intézkedéseknek a marseillei eseményekre való alkalmazását. Tudvalevő, hogy az Adria földközi tengeri vonalának egyik legfontosabb kikötője Marseille, a hol betenként legálább három Adria-hajó szokott megfordulni. Miután a spányol hatóságok Marseilleből jövő hajók ellen tíz napi vesztézárt rendelték el, az Adria igazgatóságának rendelkezése után az Adria-hajók ezentúl Genuából — Marseille elhagyásával — egyenesen Barcelonába és Valenciába indulnak és csak visszafelé fogják érinteni Marseille kikötőjét, úgy hogy a vesztézárt ilykép elkerülve, az áruforgalom érdekei kellőképp meg lesznek óva. Ez az intézkedés érvényben marad mindaddig, míg Marseille járványmentessé nem lesz.

— A belügyminiszter körrendeletben felhívta a hatóságokat, hogy a területükön elhagyatottak nyilvánított 15 éven aluli gyermekeket azon menedékhelyben helyezték el, mely a közlekedési viszonyok szerint leggyorsabban és legolcsóbban érhető el. Menedékhely ez idő szerint Aradon, Budapesten, Gyulán, Kassán, Kecskeméten, Munkácsan, Nagy-Szöllősen, Nagyváradon, Rimaszombaton, Szabadkán, Szegeden, Szombathelyen és Temesvárott van.

○ A m. kir. belügyminiszter 2000, azaz kétezer koronát tűz ki a trachoma kórát és gyógyítását tárgyaló legjobb könyv vagy értekezés jutalmazására, mely önálló munkálkodás alapján készült, s mely

az aetologia és therapia terén abszolút értékű haladást tartalmaz. A mennyiben csak ezek egyikét tárgyalja, 1000—1000 koronával jutalmazható. A pályamunkák 1904. december hó 31-dikéig a m. kir. belügyminiszterhez benyújtandók. A szerző saját hazája nyelvét használhatja. A bíráló bizottságot a m. kir. belügyminiszter alakítja meg.

< Pályázat. A Budapesten, VI., Hermina-út 39. szám alatt lévő Bethesda-kórházban az orvos állás betöltendő. Javadalmazás: 800 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés. Pályázni kívánók képesítésüket valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat, felekezetiük megjelölése mellett, a Bethesda-kórház igazgatóságához küldjék be.

△ Fürdőink személyforgalma. *Tarcsa* IX/12. 1192.

○ Magánkórház engedélyezése. A belügyminiszter megengedte, hogy a néhai Hunyady Imre gróf és neje által Ürményben létesített magánkórház rendeltetésének átadassék.

× Hőgyes tanár Pasteur-intézetében f. é. július havában 304 veszett vagy veszettségre gyanús állatmarta egyén (260 magyarországi, 41 horvát és szlavonai, 2 boszniai és hercegovinai és 1 bukovinai) nyert antirabikus védőoltást. 268 egyént eb, 18-at macska, 4-et tehén, 3-at borjú, 1-et ló, 10-et ember inficiált. Évi folyó szám: 1762; egyetemes folyó szám: 21,429. Halálos eset e hónapban 1 fordult elő.

— Megjelent. *Grosz Menyhért* dr.: A testi sértések minősítése. Nagyvárad. 1903. — *H. Pick*: Ein Beitrag zur paroxysmalen Tachykardie. Wiener klin. Rundschau. 1903. — A magy. kir. állatorvosi főiskola évkönyve az 1902/1903. tanévről. — *Lordán*: Beitrag z. Path. und Therap. des diabetischen Pruritus vulvae. „Deutsche Praxis” München. 1903.

† Elhunyt. *Kecskeméti Sándor* dr., Kecskemét város tisztiorvosa, 42 éves korában Kecskeméten.

Lapunk mai számához **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég baseli és grenzachi gyárainak prospektusa van mellékelve, melyre ezennel t. olvasóink figyelmét felhívjuk.

„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium. Ujonnán épült magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegségek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifűző ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

„Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatorium vízgyógyintézete. Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektroterápia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. — Telefon. — Rendelő orvos: **Dr. Jakab László**.

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratóriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Természetes forró-meleg kénforrások, iszapfürdők, iszapborogatások, zuhany-massage, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kád-fürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága Budán.

Budapesti

Mechanikai Zander-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2., 1. emelet. (Lift.)

Teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testgyógyítás. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára.) Szénsavas fürdők. Vízgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós**.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

KRONDORFI A LEGJOBB
NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1902. évi november hó 3-dikán tartott szakülés.) 623. l. — A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlése. (1903. évi szeptember hó 5–10-dikéig.) 624. l. — Szegedi Orvosegyesület ülései. 625. l.

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

(1902. november hó 3-dikán tartott szakülés.)

1. Gerő Sándor indítványt tesz arra nézve, hogy az egyesület indíttson mozgalmat szegény tüdőbetegek sanatoriumának létesítésére. Az indítvánnyal első ízben már három év előtt lépett az egyesület elé, a midőn azt is hangoztatta, hogy előbb a nagyváradi, esetleg biharmegyei szegény tüdőbajosok sanatoriumi egyesületét kell megalakítani, amely a sanatorium létesítését tűzné ki célul. Az indítványhoz ekkor többen szoltak hozzá, s többen azt hangoztatták, hogy a kezdeményezés ideje még nem érkezett el, s be kell várni a sanatoriumok működésének eredményét.

A tuberculosis elleni küzdelem alig egy évtizedre terjed s a sanatoriumi gyógyeredményeikről még végleges ítéletet nem alkothattunk, bár a görbersdorfi sanatorium 40 éve áll fenn s oly áldásos eredménnyel bocsátotta el betegeit, hogy az orvosvilág figyelmét reáterelte a sanatoriumokra, illetőleg tüdőbajosoknak sanatoriumokban való kezelésére.

Nagyváradon, mint máshol is, egy sanatorium létesítését a következő indokokból tartja szükségesnek:

Kétségtelen, hogy a tuberculosis ragályos betegség, s ha a tüdővesztes beteget kiragadjuk abból a környezetből, amelyben él, a beteg hozzátartozóit s ezzel közvetve másokat is, megóvjuk a ragályozástól. A beteg hozzátartozóit ezzel felmentjük az ápolás terhes és veszélyes munkája alól, s lehetővé válik, hogy egyéb munkát végezve, a család fenntartásáról gondoskodjanak. Akár gyógyulással végződik a gyógykezelés, akár nem, a hosszantartó betegség alatt a beteg a higiénie minden követelményének megfelelő kórházban nyer ápolást, s nem nyomorog betegen oly lakásban, amelyben szenvedései csak gyarapodhatnak. Végül igen fontos körülmény, hogy sanatoriumi kezeléssel a betegeknek egy része tényleg meggyógyítható, s a család visszanyeri támasztát, a társadalom meg munkás tagját.

A három év alatt, hogy a kérdést felszínre vetette, a sanatoriumi mozgalom mindenfelé nagyobb arányokat öltött, s elérkezettnek látja az időt arra, hogy indítványát megújítsa, mert bizik a mozgalom sikerében. Ujra ajánlja, hogy az egyesület legyen kezdeményezője a nagyváradi, esetleg biharmegyei szegény tüdőbetegek sanatorium-egyesülete megalakításának, amelynek feladata volna a nagyváradi szegény tüdőbetegek részére emelendő sanatorium létesítése.

2. Révész Vilmos egy beteget mutat be, a kinek orrhátán jelentékeny kiterjedésű haemangioma cavernosum képződött. A képződmény csaknem az egész orrot elfoglalja, sőt az orrgyökön túl a szemöldökig terjed. Az valósággal papagályesőrhöz lesz hasonlónak, mert az orrhegynék megfelelő részen az angioma hosszan lecsüng. A beteg bujakórban szenved, s jelenleg antiluetikus kúrát tart a biharmegyei kórházban.

Az esethez Kornstein Lajos flüztött néhány megjegyzést s a betegnek lephotographálását ajánlotta a szándékolt műtét végrehajtása előtt és után.

3. Rácz Ödön egy kiviselt terhességéből származó anencephalus-t mutat be, amely még a szülés kezdetén álló burok mellett diagnosztizáltatott. A nő, ki e fejlődési rendellenességet feltűntető magzatot szült, 25 éves, II-szor szülő. Első gyermeke rendes volt. Jelen szülését megelőzőleg terhes állapotban egy hónapig a nagyváradi bábaképezdeben volt felvéve. Itt feltűnt hasának nagy körfogata, amelynek oka többszörös külső vizsgálat után hydramnios-ban állapított meg. Október 27-dikén d. u. kezdődtek a szülétfájdalmak, estére 4 ujjnyira tárgult a méhszáj s ekkor este 10 órakor repedt meg a burok. Ezt megelőzőleg a bábánövendékek is megvizsgálták. A vizsgálatnál hydramnios-t és anencephalus-t ismertek fel.

A növendékek érthető kíváncsisága közepette körülbelül 4 liter-magzatvíz ürült ki rohamosan és spontán megszületett az érett, élő magzat, egy anencephalus, amely a szülés után egy óráig még élt.

Az anamnestikus adatokból kiemelendő, hogy a nőt terhességének 4-dik hónapjában egy kerékpározó elütötte és a géppel hasán keresztülment.

4. Rácz Ödön egy egyhónapos élő csecsemőt mutatott be, amelynél pseudo hermaphroditismus masculinus externus mutatkozott ki. Ellentétben a valódi hermaphroditismus-sal, a midőn mindkét nemből való nemzőmirigy van együtt, a bemutatott esetben csak herék vannak, de a külső nemi részek nőiesek, tudniillik a scrotum olyan, mint a 2 nagy szeméremajk, amelynek mindegyikében egy-egy here van, a két nagy szeméremajk közt behúzódnak látható a közös sinus urogenitalis nyomaival a penis pedig korcs, olyan mint a cliteris.

Jelen eset tehát korcsfejlődés, amely külső látszatra női nemet mutat, holott a csecsemő finemű.

Minthogy a külső genitáliák úgy képződnek, hogy a közös cloaca előtt egy szeméremdomb és két redő képződik és e dombból azután fiúnál benne árok képződve, a penis, nőnél clitoris lesz, a két redőből

pedig scrotum, illetve szeméremajk, tehát a kiindulási pont ugyanaz, sőt mindkét nemre nézve a belső nemi részek is közös csirából (Wolff-féle test, Müller-cső) fejlődnek, könnyen jöhetnek létre rendellenes fejlődések, és különösen az úgynevezett hermaphroditismus spuriosusok, a minő jelen esetben észlelhető.

A csecsemőnél világosan látható a két részre vált herezacskó, mintegy két külön herezacskóra s mindegyikben egy-egy here tapintható.

Megvan a penis is, de csak igen durvánnyosan s alatta a vagina bejáratának megfelelő helyen egy barázdahasadék van. A raphe nyitva maradt, de a barázdába vezetett kutató vak hézagra talál. A szétvált herezacskó két fele emlékeztet a nagy ajkakra.

Schiff Ernő kifogásolja, hogy előadó a bemutatott esetben hermaphroditismusról szól, holott csak fejlődési rendellenességről lehet szólni. Női ivarszervnek részei nem láthatók, csak a külső nemi részek emlékeztetnek némileg a női nemi szervekre. A bemutatott csecsemő kétségtelenül fiú, a kinek nemi szervei hányosan vannak kifejlődve.

Előadó épen azért szolt hermaphroditismus spuriosusról, mert a valódi hermaphroditismus ismérvei hiányoztak.

5. Konrád Márk centralis gátrepedés gyógyult esetét mutatja be.

A gátrepedésekről előző években már ismételt szolt, ez alkalommal csak a centralis gátrepedésről, e ritkábban előforduló gátsérülésről emlékezik meg.

Ha a magzat a medence tengelyének irányában születhetik meg, gátrepedés nem jön létre. A magzat a symphysis ossium pubis körül eligazodik, a gátat kidomborítja, ha a fej nem talál ellenállásra. Csekély medencehajlásnál a gát mellfelé van helyezve, a medence tengelye ekkor nem a vulvához, hanem a gáthoz irányul s a magzatot a szülőerők erősen a gáthoz nyomják. Általában ily esetben történnek a gátrepedések, de nem centralis gátrepedések, bár centralis gátrepedésnél is a medence csekélyfokú hajlása játszsza a főszerepet. Jelentékenyen előre, mellfelé irányulván a gát, a magzat a vulva s a végbél közt helyeződik el s a gát közepén találja a legerősebb ellennyomást.

A centralis gátrepedés létrejötténél azonban más tényezők is működnek közre. A szülés előtt megtekintve a gátat, szinte lehetetlennek látszik, hogy a magzat úgy hatolhasson ki a gáton át, hogy a hüvelybejárát s a végbél ép maradjon. Ez csak akkor lesz megérthetővé, ha látjuk, hogy közvetlenül a magzat megszületése előtt, a keresztül-metszésnél mi történik a gáttal. Igen vékonyra nyúlik és megnagyobbodik, s ha e vékony nyúlt gátra nyomódik az előre nyomuló fej, akkor — habár csak igen csekély repedés támad is a gát közepén — néhány erős fájdalom elegendő arra, hogy a gátnak hirtelen nagybodó nyílásán át a szülőerők úgy hajtsák át a magzatot, hogy a hüvelybejárát és a végbél ép maradjon.

A bemutatott esetben sikerült a magzatot a centralis nyílás felett a gáton átvezetni, csak a méhlepény nyomult a repedés által támadt nyíláson keresztül.

A centralis gátrepedés előidézéséhez valamennyi oly tényező hozzájárul, amely egyáltalában gátrepedés előidézésére alkalmas, de azok a tényezők, amelyek főképp centralis gátrepedést idézhetnek elő, a következők: 1. igen heves szülétfájdalmak, 2. csekély medencehajlás, amelynek a medence vezetővonalának görbéje nem a hüvelyrésbe, hanem a gáthoz vezet, 3. igen meredek, szűk fanív, 4. szűk hüvelyrés és széles gát, 5. a lágy szülérszék merevsége s 6. a fejnek kedvezőtlen beállása.

A bemutatott beteg 18 éves hajadon, először szülő. A magzat II. koponyafekvésben volt. A külső lágy szülérszék erősen előreálló, a gát ellentálló. A medence méretei 24¹/₂, 27, 19¹/₂, az os pubis magassága 6 cm. A szülétfájdalmak erősek, szeptember 23-dikán este 9 órakor kezdődtek. A beteg 25-dikén repedt meg, a magzat 26-dikán déli 1 órakor per vaginam született meg a szülésznő vezetése mellett. Orvos nem volt jelen.

A magzatlepény Credével távolított el, s a centralis gátrepedésen át távozott.

Ekkor megvizsgálva őt, a fők s a végbélnyílás közt csillagalakú tenyérszerű nyílást találtak, amelyet drótvarrattal egyesítettek.

A megszületett gyermekleány hossza 50 cm., súlya 2800 gramm. A fej méretei rendesek. A gyermekágy lefolyása rendes, a szülőnő állandóan láztalan. Az intézetből október 18-dikán, a gyermekágy 23-dik napján, jól restaurált gáttal bocsátott ki.

6. Grósz Menyhért „Egyszerű módszer a húgysavnak a vizeletben való kimutatására“ (Ruhemann-féle uricometer) czímmel tart előadást.

Ha a húgysavnak klinikai fontosságára abból következtetnénk, hogy a húgysavnak quantitativ vizsgálatát mily gyakran ejtjük meg, azt kellene hinnünk, hogy nem nagy a fontossága.

De ismert dolog, mennyire fontos a húgysav kiválasztásának ismerete számos betegségnél, így: köszvénynél, hájasodásnál (lipomatosis), diabetesnél, húgysavas diathesisnél, lázas betegségekben, a tüdő és a szív betegségeinél, veselobnál, leukaemiánál s általában a rendes és megzavart anyagcserénél. Ismeretes továbbá az étrendnek s a húgysav-oldó gyógyszereknek befolyása a húgysav kiválasztásra.

A húgysav kimutatására a mai napig nem volt könnyű, gyors és biztos módszerünk.

A vegyi vizsgálat igen bonyolult, fárasztó, s 50–60 órát vesz igénybe. A gőrsői vizsgálat meg teljesen megbízhatatlan.

Ruhemann eljárása azon a régi tapasztalaton alapszik, hogy a vizelet bizonyos mennyisége szabad jodot tud megkötni.

Számos vizsgálat alapján megállapította, hogy mennyi vizelet tud 0.015 szabad jodot a legrövidebb idő alatt, mindenesetre fél órán belül, megkötni. E vizsgálat egy oly skála megállapítására vezetett, a mely lehetővé teszi a jod lekötéséhez felhasznált vizelet mennyiségéből (grammokban) annak húgysav tartalmára következtetni.

Az eszköz 25.5 cm. hosszú kémcső, a melyen bizonyos vonal S betűvel van jelezve, e felett magasabban egy másik vonalnál J betű olvasható. A kémcső falán van továbbá a skála, a mely a húgysav mennyiségét pro mille mutatja. A használandó jodoldat a következő alkatrészekből áll: 1.5 gm. jod, 1.5 gm. jodkali, 15.0 gm. absolut alkohol és 185.0 gm. destillált víz. A kémcsőbe először az S betűig szénkéneg töltendő, e fölé J ig jodoldat.

A vizsgálandó vizelet ne legyen meleg, mert a készülék 18.0° C-ra van beállítva.

Ha a kémcsőbe töltött folyadékot felrázuk, a szénkéneg sötét-rézvörös színű lesz. Ha erős rázás közben vizeletet cseppentünk bele, a szénkéneg az egész szabad jodot magába veszi s a keverék színe közeledik a vizelet színéhez. Azután a szénkéneg lassanként rózsaszínűvé lesz.

Ha az indikátor színe további erős rázás s az üvegnek ismételt vízszintes fektetése mellett is változatlan marad, ismét egy csepp vizeletet adunk hozzá, újra felrázuk és vízszintesen fektetjük, míg csak igen halvány rózsaszínű nem lesz, a mikor azután további erős rázás után a szénkéneg porcellánfehérré lesz.

Ha a vizelet kevesebb húgysavat tartalmaz, mint a mennyit a készülék ki tud mutatni, akkor a jodoldatot a S és J közti tér közepéig töltjük csak, ettől kezdve J-ig vízzel pótoljuk. A befejezett reactio után azonban csak félértéket olvasunk le.

Ha a vizelet alkalikus, ecetsavval (nem sósavval!) kell meg-savanyítanunk. Nagy mennyiségű húgysavas natriumból álló üledékkel bíró vizelet jól felrázandó. Kristályos alakban kiürített húgysav kimutatására a készülék nem használandó.

A vizelet epefesteny, fehérje és czukortartalma a vizsgálat eredményén nem változtatnak. Nagy mennyiségű fehérje, vér és geny azonban főzéssel kicsapandó s azután a vizeletet át kell szűrniük.

7. Baróthy Ákos Nagyvárad 1902. október havi egészségügyi viszonyait ismerteti.

Az ismertetés adatai közül kiemelendők:

A lakosság száma 50,860 lélek, közte 3500 katona.

Elve született 140 (törvénytelen 27) gyermek, halva 6 (törvénytelen 2).

Az évi születési arányszám 33.00/00, az évi halálozási arányszám 23.10/00, csak helybelieket számítva 16.70/00.

0–1 éves korig elhalt 20 (törvénytelen 4), 1–5 éves korig 3.

Kanyaróban megbetegedett 2 egyén, vörhenyben 11, diphtheritisben 9, hökhurutban 4, typhusban 11 (elhalt 2). Tuberculosisban elhalt 13, bélhurutban 8 egyén.

(1902. december havi szakülés.)

1. Erényi Jenő (Karlsbad): Ileus-tünetek közt a végbélben át távozott epekő bemutatása.

A bemutatott epekő szokatlan nagyságú s még Karlsbadban is, hol epekőves beteg ezrével fordul meg évente, ritkaságszámba megy. Karlsbadi orvosok, a kik 3000-nél több epekőves beteget kezeltek, ily esetet még nem észleltek és előadó tudtával csak Hermann-nak, a Fremdenhospital igazgatójának volt alkalma két hasonló esetet észlelni, a melyek mindegyikében a kő állítólag még nagyobb volt.

Az idevágó irodalomban is kevés hasonló esetről szólnak, bár lehetőleg egybegyűjtötte az eseteket, a melyekben a kő a végbélben át távozott.

Hogy az ily nagy kövek a természetes utakon vagy csak kifekélyesedés és átfúródás útján juthatnak-e a bélbe, még nincs eldöntve. Rokitsansky szerint tyúktőjásnál nagyobb kövek is távozhatnak a ductus choledochuson át. Naunyn szerint legfeljebb csak mogyoróbél nagyságú távozhatnak természetes úton. Fiedler boncolásoknál szerzett tapasztalatai alapján azt állítja, hogy tekintet nélkül nagyságukra, az epekövek jóval gyakrabban jutnak fekélyesedés és átfúródás útján a bélbe, mint természetes úton és csak kis kövek távozhatnak a természetes utakon anatómiai laesiók nélkül. Ha ez állítás talán túlzott, de az a megjegyzése találód, hogy míg a kisebb kövek természetes utakon többnyire nagy fájdalom árán jutnak a bélbe s onnan feltűnés nélkül távoznak, nagyobb kövek ellenkezőleg észrevétlenül jutnak a bélbe és ott gyakran veszélyre mutató tüneteket okoznak.

De nagyobb kövek is távozhatnak a bélben át minden nehézség nélkül. Bizonyítja ezt Blackburne esete (Lancet, 1868), a melyben oly kő távozott minden nehézség nélkül a végbélben át, a melynek legkisebb átmérője 4, a legnagyobb 9 1/2 cm. volt és súlya 52 gramm. Ez volt a legnagyobb epekő, a melyről eddig az irodalom megemlékezik.

Ord egy betegénél szülés után tizennégy nappal oly kő távozott feltűnő jelenség nélkül, a melynek egyik átmérője 4, a másik 5 cm.

Murchison egy esetében két epekő távozott a végbélben át, a

melyek egyike 4.8 cm. hosszú, 4.5 cm. széles volt, másika 5.4 cm. hosszú.

Fagge Hilton két, a végbélben át távozott epekőről tesz említést, a melyeknek átmérője 6.75, illetőleg 4.5 cm. volt.

Goldschmidt évekig tartó epekőbaj és dyspepsia miatt egy 31 éves nőt kezelt, a kinél végre minden különösebb tünet nélkül egy 16 gramm súlyú, 5 cm. hosszú, 3 cm. vastag cholesterinkő távozása után beállt a gyógyulás.

Naunyn birtokában egy galambtojásnál nagyobb, 3 1/2 cm. hosszú, 2 1/2 cm. széles epekő van, a mely súlyos epekőkolika tünetei közt, de minden jelenség nélkül a bél részéről távozott. Szerinte oly kövek, a melyeknek legkisebb átmérője 3 cm.-nél nagyobb, ritkán haladnak át a bélhuzamon ileus tünetei nélkül.

Előadó esete a következő:

Betege 1880-ban lázas lett, sárgaság jeleivel, de görcsök nélkül. 1881-ben s a következő években a karlsbadi kúrát használta Karlsbadban, bár számbavehető kellemetlenségei nem voltak. 1892-ben nyolcz nappal a karlsbadi kúra befejezése után otthon heves görcsöi támadtak, lázzal és nagyfokú sárgasággal (cholecystitis-cholangitis-perihepatitis). 5–6 heti súlyos betegség után, egészsége helyreállt s 1894-ben csak elővigyázatból ment Karlsbadba. 1892 óta sem a máj, sem az epehólyag nem okozott zavarokat.

1902-ig csaknem minden évben Marienbadban volt aranyeres bántalmának gyógyítása céljából, 1898-ban aranyeres csomót erős vérzés miatt eltávolították. Azóta e baj többé nem jelentkezett.

1901 telén újabb jelenségek mutatkoztak. Nyomás érzése a májtájon, jelentékeny fokú gyomorégés, urtikus eredetű fájdalmak, főképp az alsó végtagokon. Főképp az utóbbiak miatt kezelő orvosa ismét Karlsbadba küldte.

A Karlsbadban megejtett első vizsgálatnál 1902. május 19-dikén, a 84 kgm. súlyú betegnél a máj három harántujjnyira, nyelvszerűleg meghosszabbodott az epehólyag táján. Az epehólyag nem volt tapintható, a máj és epehólyag tája nyomásra nem érzékeny. A jól conservált és jól táplált egyénnél jobboldali lágyéksérven kívül, a mely sérvkötő állandó használata mellett csaknem teljesen visszaféledt, egyéb rendellenesség nem volt érezhető.

(Folyt. következik.)

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXXII. vándorgyűlése.

(1903. szeptember 5–10-dikéig.)

I. Belgyógyászati szakosztály.

(Első ülés 1903. szeptember 7-dikén délután.)

Elnök: Löte József. Jegyző: Szilágyi György.

Donath Gyula: A Quincke-féle punctio kórismézési és gyógyító értéke.

Midenekelőtt azon kívánságtól vezérelve, hogy ezen úgy diagnostikus, mint therapeutikus szempontból fontos, könnyű s ártalmatlan műtetre különösen a gyakorló orvos figyelmét irányítsa, behatóbban tárgyalja ezt.

Fenti célból 98 lumbalpunctiót végzett 87 betegen, tehát egyik-másik betegen 2–3 ízben is. Műtét útján 1–85 cm.³ cerebrospinalis folyadék nyertett. A szűrapólasoknak csak 13.3%-ában nem kapott folyadékot, nyilván különös bonczati viszonyok, eltérések miatt (mint a minők az agyburkok duzzanata, összenövése, a liquor gyérsege stb.), noha a kísérlet ugyanazon egyénen néha 2–3-szor is ismételtetett. Ezen arányszám különben igen kedvezőnek mondható, mert az oly kiváló sebész, mint a milyen a francia *Chipault* operáltjainak 15.8%-ánál nem nyert folyadékot.

Előadó sohasem tapasztalt e műtét után hőemelkedést avagy más kellemetlenséget. Szükséges ehhez természetesen a legszigorúbb aseptis.

Genyes cerebrospinalis meningitis 4 esetében a lumbalpunctio mindenkör kiválóan fájdalomcsillapító s megnyugtató hatást idézett elő, sőt egy esetben a kóros jelenségeknek 6 héten át való szünetelését is eredményezte. Minthogy ily esetben a cerebrospinalis folyadék fokozott nyomásának csökkentése, bakteriumoknak, genynek és toxinoknak kiküszöbölése forog szóban, a csapolás esetleg mindennap megismételhető, sőt sterilizált konyhasó-oldattal is lehet utána öblögetni. E mellett azután nem szabad a többi hatékony gyógybeavatkozásokról, meleg fürdőkről, colloidalis ezüsttel való intravenosus befecskendésről sem megfeledkezni.

Legkedvezőbb a gyógyszer a úgynevezett *heveny serosus cerebrospinalis meningitis*-nél, legkedvezőtlenebb pedig a *gümőkóros meningitis*-nél, ámbár itt sem szabad e műtétet figyelmen kívül hagyni. Hasonló a hatás a nem localizálható vagy hozzáférhetetlen agytályogoknál. Kiváló sikert lehet a lumbalpunctioval a *tabesesek crises gastriques*-jainál és *eskórosoknál* a *status epilepticus*-ban elérni. Előadó azonkívül igen jó eredményeket látott még *chorea Huntingtoni*-nél, *torticollis spasticánál* és *venosus agyérbőrség okozta makacs fejfájásoknál*.

A mi a cerebrospinalis folyadék sejtleletének kórismézési (cytodiagnostikai) értékét illeti, úgy előadó tapasztalatai alapján a sejtleletet a bakteriumvizsgálat fölé helyezi, mert a leukocytákra való vizsgálat mindig pozitív eredményt nyújt, míg agyburkokloboknál, főleg azok kezdeti stadiumában úgy a bakteriumok görcsöi, mint tenyésztési kimutatása sokszor cserben hagy.

A cytologiai formula így hangzik: *heveny vagy genyeddő agy-burokloboknál legnagyobb részt polynuclearis leukocyták, idült vagy kerésbébbé intenzív folyamatoknál pedig, nevezetesen gümőkóros meningitiseknél, leginkább lymphocyták találhatók.* Azonban csak bőséges lymphocytalet bizonyító erejű, mert egyes lymphocyták más betegségeknél is, sőt normális folyadékban is előfordulhatnak.

Syphilitikus agyburokloboknál, kezdődő tabesnél, paralysisnél a cyto-diagnózis, mely ez esetekben lymphocytosist mutat, neurosisokkal s más efféle megbetegedésekkel szemben differential-diagnostikus jelentőséggel bírhat.

Torday Árpád: A míg a szerzők majdnem egyetértőleg meg-egyeznek abban, hogy paralysisnél, tabesnél, sclerosis polyinsularisnál az agy-gerinczagybeli folyadékokban lymphocyták találhatók, és functionalis idegbajoknál (neurasthenia, hysteria) a sejtes alakelemek hiányoznak vagy csak alig számbavehető számban fordulnak elő, addig a meningitiseknél talált leletek nem ilyen egyértelműek. *Widal* és *Ravaud* ugyanis azt állítják, hogy meningitis cerebrosponialis tuberculosánál kizárólag lymphocytákat találunk, míg a más mikroorganizmusok által okozott agyhártyagyulladásnál polynuclearis leukocyták fordulnak elő. Bátyám-mal, *Torday Ferencz*-zel a Stefánia-gyermekkorház anyagát vizsgáltuk ez irányban s annak eredményéről annak idején be fogunk számolni.

Sarbo Arthur: Azt hiszi, hogy előadók csak azért állították úgy általánosságban, hogy minden tumor cerebri esetében a Quincke-féle punctio megkísérélhető és veszélytelen, mivel a részletekbe az előadási idő rövidsége miatt nem lehetett bele, mert máskülönbön felemlítette volna, hogy különösen a hátsó koponyafür daganatai (tumor cerebelli, l. occip. stb.) mellett, miként az irodalmi vonatkozott esetekben bekövetkezett halál is bizonyítja, nagy óvatosságra van szükség és a maga részéről ezekben az esetekben nem merné a Quincke-féle punctiót ajánlani.

Grósz Gyula: Már néhány év óta alkalmazza a lumbalpunctiót úgy diagnosztikai, mint therapiail szempontról. Erdemesnek tartja a következő eset felemlítését, a mely esetben a lumbalpunctiót therapeutikus szempontból feltűnő sikerrel végezte. Körülbelül 7–8 éves fiúnál hosszabb ideig fejfájások léptek fel, különösen a homloktájékon, állítólag az egyik facialis területén görcsök mutatkoztak, mindkét oldali papillitis volt constatálható és a járása atactikus volt. Ebből azt gyanították, hogy tumor cerebri van jelen. 2–3 ízben lumbalpunctiót végeztek nagyobb időközökben, a papillitis, az atactikus járás lassan javult, végre a gyermek tökéletesen meggyógyult. Ebből azt kellett következtetni, hogy a gyermeknél nem tumor, hanem hydrocephalus chronicus volt jelen.

Kéty László: A lumbalpunctiót a II. belklinikán nemcsak meningitis cerebrosponialis epidemiciánál alkalmazták, hol határozottan therapiail értékű, hanem meningitis tuberculosánál és agydaganatoknál és specialisan tumor cerebellinél is. Gümös agyhártyagyulladásoknál a betegek fejfájása a punctio után megszűnik vagy enyhül és közérzetük is javul. Ugyanez állítható az agydaganatoknál végzett lumbalis punctioról a klinikán. Az utóbbi években körülbelül 6 esetben végeztek agydaganatoknál Quincke-féle gerinczcsapolást s a kellő óvószabályok betartása mellett kellemetlenségük sohasem volt. Szólok tehát a lumbalpunctiót nem tartja agyacsagydaganatoknál olyan veszélyes eljárásnak, mint azt *Sarbo* felszólalásából kiérteni vélte.

Fischer Jakab: Főleg az operatív beavatkozás veszélytelen-ségéről szól.

Sarbo Arthur: Félreértett szavai helyreigazításakép kijelenti, hogy a Quincke-féle punctio fontosságát kétségbevonni eszé ágába se jutott, csak az ellen szólalt fel, mintha tényleg tumor cerebri-nél oly veszélytelen volna ez eljárás, mint azt előadó általánosságban állította.

Donath Gyula: Torday hozzászólására megjegyzi, hogy a dolog úgy áll, hogy a heveny meningitiseknél túlsúlyban vannak a polynuclearis leukocyták, de kisebb számban kis egymagvú lymphocyták is találhatók; míg elejétől fogva idült folyamatoknál, v gy tuberculo-tikus meningitiseknél a lymphocyták praevaleálnak, sőt acut folyamatoknál idült állapotba való átmenetekor is a polynuclearisok háttérbe szorulnak a mononuclearisokkal szemben. Es így eredményeik lényegben megegyeznek.

Sarbo kartársra vonatkozólag megjegyzi, hogy az irodalomban csak kevés számban felhozott haláleset közül lumbalpunctio után egyről sines bebizonyítva, hogy az directe a punctio által okoztatott, miután agytumoroknál, különösen ha a medulla oblongata közelében székelnék, úgys gyakori a hirtelen exitus. Szólok egy agytumoros asszonynál egy esetben lumbalpunctiót végeztek, a nélkül, hogy csak egy csepp liquort is kapott volna, szóval „punction blanche” volt, a mint a francziák nevezik. Ezen asszony azonban aznap meghalt. Ezt positiv esetben könnyen lehetett volna annak bizonyítására felhasználni, hogy itt a lumbalpunctio siettetten volna az exitust, a mit tényleg nem tehetett. Az autopsia a lumbalpunctio kifogástalan kivételét bizonyította, minden-esetre azonban szükséges, hogy agytumornál óvatosan végezzük a punctiót, a folyadékot lassan kibocsátva, esetleg a canule-nak időnkénti elzárásával ujjunkkal vagy a tűvel. De a semmittevessel szemközt egy okvetlenül halálos bajnál a lumbalpunctio alkalmazásakor azon chance-unk van, hogy az egyén iszonyatos fejfájását enyhítjük, a papillist visszafeljesztjük és a beteget korai vakságtól megóvjuk.

Kéty collega fejtegetéseit egészen magávé teszi és *Fischer* kartárral is teljesen egyetért az operatio veszélytelenségére nézve, mely előadó észleletei szerint soha legesekélyebb kellemetlenséget sem okozott és sok esetben palliativ hatásainál fogva is jótékonyan folyt be.

Ónodi Adolf és Zirkelbach Antal: A szaglásihiány kórtana.

(Egész terjedelmében közöljük.)

Kéty László: Mennyiben állítható fel a punctio indicatioja régibb exsudatumoknál a kryoscopia alapján?

Rothschild Noorden kórodáján az idült exsudatumoknak viselkedését vizsgálta a fagyponcsökkenés alapján s azt találta, hogy mindazon esetekben, a melyekben a fagyponcsökkenés a vérrel egyenlő vagy annál kisebb volt, a folyadék felszívódása várható, különben nem. Ezen eredmények megegyeznek azon állatkísérletekkel, a melyeket a has-hártyaübbe befecskendezett folyadékok felszívódását befolyásoló körülmények megítélésének kiderítésére végeztek. A felszívódási theoria ismertetése után áttér eseteinek ismertetésére. Eredményei *Rothschild*-éval nagyjában megegyeznek. Azonban míg *Rothschild* therapiail következtetéseket von le belőlük s azt ajánlja, hogy a felszívódás elősegítésére a vér osmosis nyomását bizonyos eljárásokkal (fehérjedús ételekkel, konyhasós vizek itatásával, izzasztással) fokozzuk, addig szerző a csapolás idejének megállapítására akarja felhasználni. Azt ajánlja, hogy mindazon idült mellhártyaizzadmányoknál, a melyeknél felszívódás ezen eljárás alapján nem várható, ne várjunk, hanem a folyadékot bocssassuk ki, annál is inkább, mert a punctiót hamar célhoz vezető s a kellő óvószabályok betartása mellett veszélytelen eljárásnak tartja.

Tauszk Ferencz: Hét év előtt végzett hasonló kísérleteket. Ekkor kitűnt, hogy a fagyponcsüledés nagyobb pangásos és alacsonyabb lobos eredetű izzadmányoknál. Ugyancsak így viselkedik annak száza-

lékos konyhasótartalma. A $\frac{\Delta}{NaCl}$ ellenben kisebb pangásos, mint lobos eredetű izzadmányoknál. Vizsgálatainak egyéb mozzanatai igazolták *Kéty* feltevését. Ha az izzadmány nagy, annak fagypontja úgy viselkedik, mint az incompensált szívnél látjuk. Ilyenkor tehát szükséges a beavatkozás. *Kéty* vizsgálatai mindenestre jelentékenyen hozzájárultak a bonyolódott kérdés tisztázásához.

Kéty László: Az irodalmat itt nem sorolta fel. Tudja, hogy *Korányi Sándor* és vele együtt *Tauszk* foglalkoztak a folyadékok felszívódásának vizsgálatával. Eredményei alapján a belőlük vont következtetések felhasználását újból ajánlja.

(Folyt. következik.)

Szegedi Orvosegyesület.

(XXXVIII. szakülés 1903. márczius 11-dikén.)

(Vége.)

Faragó Ödön: A spermint 3 esetben kísérlette meg. Egy 84 éves aggyastyánál 18–19 befecskendés után jobb lett a testi erő, de ezt autosuggestionnak tulajdonítja. A thyreoidin értéke a lesóványításnál szerinte problematikus.

Egresi Lajos: A jodothyryn ép úgy megbízható, mint a thyreoidin-tabletta. Myxoedemánál kitűnő, az adagolást 10 egm.-os tablettákból 1/2 tablettával kezdi.

Falta Marcell: Tűsokat várnak e készítményektől. Óvatosan kell lenni a hangzatos hírek fogadásánál.

Nagy zajt csaptak a thyreoidinnal, hogy fűlsclerosisánál kitűnő, pedig nem ér semmit.

Az adrenalinat a szemészetben szintén a maga értékére kell reducálni. Hatása nagyon felületes, de itt azután hatalmas — igaz, hogy csak symptomatic. Például, ha a bulbaris conjunctiva oedemát, itt már az oedemára semmi hatása nincs. Szemműtéveknél csak ott használja, a hol nélküle nehéz boldogulni, mert az utóvérzés mindig nagyobb és általában a reactio is. Egyik trachomás szemet adrenalinval, a másikat a nélkül operálta, előbbinél nagy oedemát kapott. Strabismus-műtév után nagy sugillatiokat látott, ha adrenalinval használt. Orrműtéveknél is elég a cocaine. Vérzéscsillapításra jó.

Kovács Áron (vendég): Nagy hive az organotherapiának. Spermint elmebetegknél nemcsak a vitalis, hanem a sexualis erőt is emeli.

Berger Mór: Myxoedemánál szintén látott a pajzsmirigykivonattól eredményt.

Gyuritz Sándor: Minden szernél, úgy itt is egyenesíteni kell; a pajzsmirigy kivonat obesitáznál és a gyermekgyógyászatban igen jó. Az adrenalinval csak a hajszáledényekre van hatása. Foghúzás utáni vérzéseknél is jó.

(XXXIX. szakülés 1903. május 13-dikén.)

Kőhegyi Lajos: „A méh megbetegedéseinek okairól.” Előadó röviden ismerteti mindazon functiókat, melyeknek teljesítése a méhnek képezi feladatát: a fogamzás, a pete táplálása és kifejllesztése és legnagyobb feladata a befejezett terhesség után az érett magzatnak kitolása. Élénk a részvétele a menstruatio keletkezésében. Ismerteti azt az élénk élettevékenységet és életfolyamatának egyenlőtlenségét, a minőt semmi-féle más egészséges részben nem találunk, azokat a physiologikus folyamatokat, a melyek más részekben már pathologikus jelleggel bírnak. A periodicitást ebben a szervben látjuk legkifejezettebben. Ismerteti azután a méh és számos szerv között fennálló összefüggést

igy az uterus és emlők között, a méh és a gyomor között (hyperaemia gravidarum), stb.

Minél nagyobb az élettevékenység és minél változatosabb az az egyes életszakokban, már a méh egészséges állapotában és minél többoldalú a vonatkozás között, az összszerkezet és egyes szervek között, annál számossabbaknak kell lenniük azon feltételeknek, a melyek mellett élettevékenységében zavarok támadhatnak és annál számossabbaknak kell lenniük azon külső ártalmaknak, a melyek reá kártékony befolyást gyakorolhatnak. Már maga fekvésének módja is elég alkalmas arra, hogy ebben a legkülönbözőbb változások létrejöhessenek.

Miután a méh egy nyitott csatorna által egyenes összeköttetésben áll a külvilággal, ezen az úton erőművi és vegyi ártalmak érhetik, idegen testek, sértő műszerek, ödém, mérgező anyagok, a melyek izgalmat, congestiót, lobot, sebzést, fertőzést okozhatnak. Ilyenek az onania, a masturbatio, durva coitus, kiméletlen és czélszerűtlen orvosi beavatkozások, rossz pessariumok stb. efféle, ascaridok a végbélből a hüvelybe juthatnak, syphilis fertőzheti. További okát a megbetegedéseknek a terhesség és gyermekágy rendellenességei és a menstr. anomáliák képezhetik.

Különös dispositiót képez a méh megbetegedésére a klimakterikus kor.

Az ártalmak másik osztályát az a szoros és sajátoszerűen alkotott összeköttetés képezi, a mely a méh és az összszerkezet között fennáll.

Kovács Áron honvéd-törzsorvos (vendég): „Székely gyógyfürdők és gyógyvizek” czímen a Székelyföld természeti gyógyhatányait ismertető általánosságban.

A székely ásványvizek vegytani szempontból még nincsenek kellőleg feldolgozva, ennél is kevésbé vannak pharماكodynamikailag és klinikailag. A magyar orvosok még ma is idegen gyógyvizeket részesítenek előnyben a hatásosabb hazai vizek rovására. Konstata, hogy nálunk az otthon is keresztülvihető, a forrásnál való vizgyógyomóról, sőt a bőven táplált vér időszakonként való kimosásáról is ma még alig lehet szó, mert a divatos ásványvizek drágasága miatt a természet ezen gyógyító tényezőinek alkalmazása még mindég luxus-számba megy.

A *Lepine* és *Van Hoff*-féle törvények s a saját sok évi tapasztalata alapján kimutatta azt, hogy helytelen nyomon itéljük csak azokat az ásványvizeket gyógyvizeknek, melyek 1 literében a hatóanyag közp. gyógyszeradagnyi mennyiségben van jelen, mert egy gyógyszeranyag gyógyító erejének mértéke nem az a tünet, a melyet észreveszünk, illetve öntudatunk határán belül már észreveszünk, hanem az a gyógyszer, a melyet az ásványvíz hatásának végeredményében létrehoz. Egyben felállította azt a középítszerű tételt, hogy gyógyvizek tekintendők midazon ásványvizek, a melyek hasonló hatású hatóanyagainak összege 1 literben annyit tesz ki, mint azok egyikének gyógyszer-tani közepadagja.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

5223/1903. ki. sz.

A lemondás folytán f. évi október hó 1-jétől megüresedendő érendrési körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy minősítésüket (1876. évi XIV. t. cz. 143. §.) életkorukat, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi október hó 13-dikáig déli 12 óráig annyival is inkább adják be, mert a későbbben beérkező kérvények figyelembe vételét nem fogom.

Az orvosi kör székhelye Ér-Endréd s ezen községen kívül a kórhöz tartoznak még Dengeleg, Iriny, Portelek, Vezend, Ér-Körtvélyes és Mező-Petri községek. A körorvosi álláshoz következő javadalmazás, jog és kötelezettség van köve:

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-Endréd nappal 1 korona, éjjel 2 korona
 - b) Dengeleg nappal 2 korona, éjjel 4 korona,
 - c) Iriny nappal 3 korona, éjjel 5 korona,
 - d) Porteleken nappal 3 korona, éjjel 5 korona,
 - e) Vezenden nappal 3 korona, éjjel 6 korona,
 - f) Ér-Körtvélyesen nappal 4 korona, éjjel 6 korona
 - g) Mező-Petrin nappal 4 korona, éjjel 6 korona

díj illeti a körorvost.

4. Körorvos a kör székhelyén köteles lakni s ott a halottkém teendőket esetenként egy korona díjért ellátni.

5. Körorvos köteles az előjáróságok által igazolt vagyontalan betegeket díj nélkül gyógyítani.

A körorvos választása a kórhöz tartozó községek képviselő-testületei által Ér-Endréd község község-házánál f. évi október hó 17-dik napján fog megtartatni.

Nagy károly, 1903. szeptember hó 23-dikán.

Gönyei István, főszolgabíró.

4684/1903. köz. sz.

Moson vármegyében a magyar-óvári járásban Lébeny, Lébeny-Szt.-Miklós és Mecsér községekből álló közegészségügyi körben a körorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, az ezennel pályázatot hirdetek.

Az egészségügyi kör 6133 lelket számlál.

A körorvos székhelye Lébeny. A körorvos törzsfizetése 1000 korona, melyhez: Lébeny község 703, Szt.-Miklós 180, Mecsér 120 koronával járul hozzá.

Ezenkívül Lébeny községtől lakbér czímen 360 korona vagy egy öt szoba, konyha, kamrából álló önálló épületnek természetbeni élvezése.

Ezenkívül jár a közegészségügyi kórhöz tartozó községektől a hetenként egyszer megtartandó körutak alkalmával természetbeni fuvar.

Az 1000 korona rendes fizetés és szabad lakáson kívül van még a körorvosnak 400 korona a Földvári uradalomtól, 240 korona betegsegélyző pénztártól és mint vágóbiztos és halottkémnek évi 400 korona jövedelem és még ezenkívül a látogatási díjak, a melyek a ministeri szabályzat értelmében járnak, ezek évi minimum összege 3000 koronára becsülhető.

Ezen pályázati hirdetményt azzal teszem közzé, hogy a pályázni szándékozó orvosok az 1876. évi XIV. t. cz. 141. §-a értelmében felszerelt és az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában körülírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és előéletüket feltüntető bizonyítványokkal kellően felszerelt folyamodványukat nálam folyó évi október hó 5-dik napjának délutáni 5 órájáig annál inkább benyújtás, mert később érkezett kérvények figyelembe nem vétetnek.

A körorvosnak választása folyó évi október hó 10-dik napján délután 3 órakor fog Lébeny községben megejteni.

Magyar-Óvár, 1903. évi szeptember hó 10-dikén.

Heggy, főszolgabíró.

3451/1903. sz.

Csikmege felelősi járásához tartozó Gyimesbükk, Gyimesfölsők és Gyimesközéplak községekből alakított gyimesi közegészségügyi körben Gyimesbükk község székhelyül az orvosi állomás elhalálozás folytán üresedésbe jöven, annak betöltése végett ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állomással 1200 korona évi fizetés, 80 korona lakbér és mint kinevezendő csikgyimesi pályaorvosnak az Ajnádtól Gyimesig terjedő 31,3 kilométer hosszú vonalszakaszon a pályaorvosi teendők végzésért évi 600 korona tiszteletdíj jár. A községekkel és azok közigazgatási területén levő fűrésztelepek tulajdonosai-val egyezség útján megállapítandó látogatási, látélet- és bizonyítványkiállítási díjakon kívül körorvos a védhímlőoltásért és újraoltásért az országos érvényű díjakat felszámíthatja és a bíróságok felhívására végzett szakértői működéséért a szabályszerű díjakat igényelheti, székhelyén a halottkémlet és hűszemlét a szabályszerű díjak mellett végezni s községeit havonként kétszer beutazni tartozik. Körközségeinek szegényeit pedig ingyen köteles gyógykezelti. A magánlátogatásokra felektől fuvart követelhet.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, miszerint az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a értelmében eddigi gyakorlatukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám, 1903. évi október hó 4-dikéig nyújtsák be. A választás Gyimesbükkben, 1903. évi október hó 10-dikén délután 1 órakor fog megtartatni.

Csikszere, 1903. évi szeptember hó 3-dikán.

3-3

Fejér Sándor s. k., főszolgabíró.

Süttő (Esztergom) községben két betegsegélyző pénztár és 18 család egyesülésével szerződésileg létesített orvosi állás folyó évi október hó 1-sején üresedésbe jön.

Ezen állás javadalma a két betegsegélyző pénztár és a csatlakozott családok részéről szerződésileg biztosított s negyedévi utólagos részletekben fizetendő évi 2600 korona; ezenkívül tekintélyes magángyakorlatot érhet el.

Közelebbi felvilágosítással szívesen szolgál Gobbi Gyula dr. orvos úr. Pályázatok a curriculum vitae vázolója, valamint a nyelvismeret közlésével alulírottál lehetőleg személyesen nyújtandók be e hó 28-dikáig.

Süttő, 1903. évi szeptember hó 10-dikén.

2-2

Gösi György, községi jegyző.

4052/1903. sz.

Borsod vármegye miskolczi járásához tartozó harsányi körorvosi állás elhalálozás folytán megüresedvén, annak betöltésére ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket folyó évi szeptember hó 30-dikáig annál is inkább nyújtsák be hozzám, mivel a később beérkezettek figyelembe vételét nem fogom.

A körorvosi állás javadalmazása áll: 1459 korona 14 fillér évi fizetésből s ezenkívül a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjakból. A fizetés előleges negyedévi részletekben a miskolczi m. kir. adóhivatalnál vehető fel.

A kórhöz tartozó községek Harsány székhelyen kívül: Aranyos, Kis-Győr, Geszt és Vatta.

A választás folyó évi október hó 8-dikán délelőtt 9 órakor Harsány község-házánál fog megtartatni.

Miskolc, 1903. évi szeptember hó 10-dikén.

3-2

Nagy Imre, főszolgabíró.

Békés vármegye közpénztárának belgyógyászati osztályán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona középfizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Lukács György dr. Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám folyó évi október hó 1-sejéig küldjék be.

A kinevezett állását mielőbb elfoglalni köteles.

Gyula, 1903. évi szeptember hó.

2-2

Berkes dr., kórházi igazgató.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárati	Állás	Hely	Fizetés	Czím
szept. 28	közs. o.	Oka	1000 k.	Wolffszb., Kis-Márton.
" 28	körorvos	Magyarvalkó	2000 k.	Győrffy szb., Kraszna.
" 29	körorvos	Petrís	1400 k., lakás	Pécze szb., Mária-Radna.
okt. 1	körorvos	Jablonka	1400 k., kézi gyógytár	Csillaghy, főszolgabíró Trsztena.
" 1	betegs. pénzt. o.	Béles	2000 k., lakás	Kolozsvári ker. betegs. pénzt. ig.
" 1	segédo.	Békésmegyei közpénztár	1000 k., ellátás	Lukács Gy. főispán, B.-Gyula.
" 1-15	gyári o.	Zernest	2400 k., lakás, fűtés, világítás	Brassói cellulose gy. r.-t. betegs. p.

GYNAEKOLOGIA

A BUDAPESTI KIR. ORVOSÉGYESÜLET GYNAEKOLOGIKUS SZAKOSZTÁLYÁNAK HIVATALOS KÖZLÖNYE.

Szerkesztik: TÓTH ISTVÁN dr. egyet. magántanár és TEMESVÁRY REZSŐ dr. egyet. magántanár.

TARTALOM: Temesváry Rezső: Diatás eljárások a terhesség alatt. 55. l. — Windisch Ödön: Eklampsia négy esete. 59. l. — Lovrich József: Casuistikus közlemények az 1. számú női klinikáról. 61. l. — Nenádovics L.: Az orosz szülészeti és nőgyógyászati irodalom 1902-ben. 63. l. — Cukor Miklós: A „német gynaekologiai társaság” X-dik congressusának tudományos tárgyalásai. 69. l. — Irodalomszemle: I. Könyvismertetés. 74. l. — II. Lapszemle. 75. l. — III. Bibliographia. 77. l. — Vegyesek. 78. l.

Diatás eljárások a terhesség alatt.¹

Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanártól.

A terhes nők táplálkozásával a legutóbbi időkig alig foglalkoztak tudományosan. Csakis az empiriára támaszkodva, tanácsoltuk a teherben levő nőknek, hogy lehetőleg tartózkodjanak a túlságosan fűszerezett, a nehezen emészthető, nagyon zsíros és a felfúvó hatású ételektől.

Az utolsó években e tekintetben némi haladás észlelhető; mint az orvosi tudomány többi részeiben, úgy e téren is az orvosok nem tartják már méltóságukon alulinak, hogy a diatetikával is behatóbban foglalkozzanak, hogy ezt lehetőleg a physiologia elveivel összhangzásba hozzák.

De nem a rendes diatetikával óhajtok ez alkalommal foglalkozni, hanem néhány, gyógyító szempontból ajánlott, a rendestől eltérő diatás eljárásról.

Különösen három körülmény az, a melynél a terhes nők rendes táplálkozásának megváltoztatását helyén valónak találták.

1. A magzat nemét tudvalevőleg Schenk a nő táplálkozásának megváltoztatásával a fogamzás előtt és a terhesség első idejében vélte befolyásolhatni. Ezt a kérdést tudományos vizsgálatok és tapasztalatok negatív értelemben döntötték el s azért vele nem óhajtok foglalkozni. (Lenhossék s mások.)

2. A magzat nagysága, a mely fontos tényező a szülés mechanizmusánál, mint a melynél különösen a medencze méretei és a magzat, illetőleg a magzatfej nagysága közti viszony játszószék ügyszólván a legfontosabb szerepet. A medencze méreteit nem sikerül megváltoztatnunk, kivéve operatív úton (symphyseotomia) s így nagyfontosságú volna, ha sikerülne a másik tényezőt, a magzat nagyságát befolyásolni. Ezt elérjük a művi koraszüléssel, a mely a kisebb fokú medenczeszűkületknél egyik legfontosabb therapiai beavatkozásunk; ennek előnyeire és hátrányaira itt nem akarok kiterjeszkedni s csak felemlitem, hogy az eddigi tapasztalatok a koraszülött s így fejletlen magzatok rendkívül nagy mortalitásáról tanuskodnak. S különösen ez okból volna nagy gyakorlati jelentősége annak, ha sikerülne a terhes nő, az anya táplálkozása útján a magzat nagyságát befolyásolni. Erről alább behatóbban lesz szó.

3. A nő szoptatási képessége, a mely a legtöbb civilizált népnél az utolsó évtizedekben meglehetősen decadentiában van (Hirth, Bunge, Biedert), a minek oka részben a nők szervezetének gyengülésében, azok vérszegénységében s a tejmirigyeknek nem szoptatás folytán nemzedékről nemzedékre fokozódó degenerálásában áll. Ezen viszonyok javítása természetesen a csecsemők élete és egészsége érdekében szintén nagy jelentőségű.

Ama népszokások és babonák között, a melyeket a terhességre vonatkozólag hazánkban gyűjthettem, arra a figyelemre méltó szokásra is akadtam, hogy némely vidéken a terhes nő keveset eszik és iszik, vagy csak gyümölcsössel táplálkozik, vagy sótalan, sovány étellel él stb., hogy a magzatja ne fejlődjék túlságosan nagyra s hogy így a szülés könnyebben mehessen végbe. (Temesváry.)

¹ Előadatott az orvosok és természetvizsgálók kolozsvári vándorgyűlésén 1903. szeptember 9-dikén.

S bámulatos, hogy ezzel a józan parasztesz diktálta eljárással mily későn kezdtek kísérletezni a tudományos szülészetben.

A XVIII. század végén az akkori hiányos physiologiai ismereteknek megfelelőleg a magzat fejlődését úgy vélték korlátozhatni, hogy az anyát minden úton-módon gyengíteni iparkodtak.

Különös hírnévre tett szert Lenhardt József gyakorló orvos Quedlinburgban, a ki 1787 óta éveken át „Gesundheits-trank für Schwangere” név alatt hashajtó szert árult, a melyről azt írja, hogy „amióta ez az ital létezik, nem halt meg gyermekágyas, ha abból terhessége alatt rendszeresen ivott” s hogy azt nemcsak Európában és Amerikában, hanem még Egyiptomban is, a hová azt Napoleon vitte, hogy vele „az egyiptomi nők szívét megnyerje”, gyakran használják. Az orvosok úgy látszik, kevésbé lelkesedtek a szerért s Osiander F. B. élesen elítéli a „világot csalo Lenhardt-féle italt”, a mely különben huszonegy rész vörös borban és vízben feloldott két rész glaubersóból és egy rész keserűsóból állott.

Hashajtókkal iparkodtak még a magzat kifejlődését befolyásolni Wigand (sennalevelekkel), Kluge (háromszor hetenkint adott sós hashajtóval),¹ míg Montaux (1792) gyakori érvágást, Moreau úgy ezt, mint hashajtást és a diata megszorítását ajánlja (Arneth). Utóbbinak első meleg szószólója, a ki ezért a szóban forgó eljárás atyjának tekinthető, Brünnigshausen volt, a ki a múlt század elején (1804) gyakori kis érvágásokon és hashajtáson kívül, a magzat csontjai ossificatiojának lehető gátlása végett különösen a „szűk és sovány kosztot” (eine kärgliche und magere Kost), nevezetesen könnyű vegetabilis és kevésbé tápláló ételeket, mint híg leveseket és főzelékeket s sok gyümölcsöt ajánl, valamint kevés alvást, friss levegőn való sok testmozgást; lehetőleg kerülendőnek mondja a húst, hüvelyes veteményeket, burgonyát, kenyeret. Két esetet említ, a melyet így sikeresen kezelt s a hol az előző szülések nehezek voltak. Ő különben a Lenhardt-féle ital ellen van, mert szerinte előnyösebb, ha a nő keveset eszik, mint ha purgálja magát és sokat eszik.²

Brünnigshausen eljárásával úgy látszik sokan foglalkoztak s míg Ackermann, Reichenbach, Osiander J. F., Assalini (Olaszországban) egy eset kapcsán, Barlow, Fothergill, Lucas James (Angliában) mellette nyilatkoztak, addig Hofmann, Osiander F. A. (a ki koraszüléstől), és Wilde (a ki hydrocephalustól fél), továbbá Meissner, Siebold E., Baude-locque sen. és Clay, későbbi időben pedig Scanzoni, Hohl, Naegele és Arneth, többnyire elméleti okoskodás alapján ellene voltak, mert szerintük rosszul táplált nők gyakran szülnek erős, kövér gyermeket, míg erőteljes, jól táplált kövér nők nem ritkán hoznak a világra fejletlen, satnya gyermekeket.

Reisinger, Jörg, Krause és Merriman csak skepsissel

¹ Plutarchus említi Lykurgusról irt életrajzában, hogy a görög nők Athenben a terhesség alatt tisztító és hashajtó szereket használnak, hogy ne túlságosan kövér, de annál jobb idomú és szebb gyermekeket hozzanak a világra.

² Érdekes, hogy már Nagy Frigyes 1769-ben kelt egyik levelében teherben levő unokahugának, az orániai hercegnőnek ajánlja, hogy mérsékelten éljen („menager”), „pour ne pas trop nourrir le fruit, qu'elle portera.” (Mamlock).

nyilatkoznak Brüninghausen eljárásáról s nem tartják lehetetlennek, hogy vele néha jó eredményt is elérhetni.

Rowbotham W. londoni chemikus 1841-ben először ajánlott a terhesség alatt majdnem kizárólagos gyümölcsdiétát;¹ ő ezt a feleségénél, ennek harmadik terhessége utolsó hat hetében alkalmazta először s míg az előző két szülés igen nehéz volt, addig ez a harmadik szülés könnyen és simán ment végbe. Eljárását különösen Angliában akkoriban számosan követték. (Holbrook.)

Az ezen eljárásokkal valószínűleg elért rossz tapasztalatok, a melyeket a mai physiologiai ismereteink kellőképp indokolnak, csakhamar azok elhagyásához vezettek, olyannyira, hogy a magzat befolyásolásának kérdése az anya táplálkozása útján maga is teljesen feledésbe ment, míg nem Prochownick, a kinek fent említett elődjéről tudomása nem volt, 1889-ben három eset kapcsán oly diétát ajánlott a terhes nőknek, a melylyel sikerül teljesen kifejlődött, érett, de sovány magzatokat nevelni s ezzel mérsékelten szűk medenczével bíró nőknél a művi koraszülést kikerülhetővé tenni.

Prochownick diétája a következő:

reggel kis csésze kávé 25 gm. kétszersülttel;

délben húsfélék, tojás, hal kevés mártással, zsírosan elkészített zöld főzelék, saláta, sajt;

este ugyanaz 40—50 gm. kenyérrel és tetszés szerinti mennyiségű vajjal.

Tilos a víz, leves, burgonya, tészta, cukor, sör élvezete; italul naponként csak 300—400 kcm. vörös vagy moseli bort enged meg.

Ezt a diétát Prochownick később oda módosította, hogy a bor helyett tejet vagy vizet ajánl s uzsonnára kis csésze teát vagy kávékat enged meg 15—20 gm. kenyérrel vagy egy tojással. Ezenkívül pedig lehetőleg sok gyümölcs élvezését rendeli el.

Mint látjuk, Prochownick diétája tulajdonképen az Oertel-féle és az Ebstein-féle soványító diéta combinatioja.

Prochownick diétáját 1887-ben alkalmazta először egy VP.-nál, a kinek a megelőző szüléseknél (perforatio, fordítás, kétszer művi koraszülés) csak halott vagy röviddel a születés után elhalt gyermekei lettek. A diéta behatása alatt a (farfekvésben született) gyermek 50½ cm. hosszúság mellett csak 2350 gm.-ot nyomott, élő, érett, egészséges, erős csontrendszerű, de sovány volt; a koponyacsontok igen mozgékonyak, egymás felett jól eltolhatók voltak. Másik két esetében az újszülöttek hosszúsága 51, illetőleg 52 cm., súlyuk 2400 gm., illetőleg 2250 gm. volt. A diétát 4½—6 hétig alkalmazta.

A reá következő évben Brehm között egy esetet, a melyben a fentitől eltérő diétával (zsir, zsirképzők és mézsók lehető megvonásával, de folyadékok megengedésével) szintén célt ért.

Azóta számosan közöltek Prochownick-féle diétával kezelt eseteket; így Prochownick maga még (15 nőnél) huszonhárom esetben alkalmazta azt, Hoffmann 3, Swiecicki 4, Haspels (3 nőnél) 4, Josephson és Preiss (1—1 nőnél) 2—2, Reijenga (14 nőnél) 16, Löhlein (Florschütz) 3, Pradon 2 esetben, Donath, van de Poll, Horn, Fraenkel E., Eisenhart, Ahlfeld, Rühle, Hegele, Leusser, Beck és Klein 1—1 esetben. Fraenkel, Ribbius és Bokelmann említik, hogy (utóbbi nyolcz év óta) számos esetben jó sikerrel alkalmazták ezt a diétát, a melyet ajánlója, előbb „Entziehungscur“-nak, később „Diät-cur“-nak elnevez.

Eddig összesen 61 nőnél tett 75 pontos észlelést közöltek; (l. a cikk végén közölt táblázatot); ezek közül 5 esetben (Löhlein-Florschütz 3, Eisenhart és Ahlfeld 1—1 esetében) nagyobb fokú medenczeszűkületnél művi koraszüléssel kombinálva alkal-

mazták azt, a mit Prochownick nem helyesel, mert szerinte eljárása épp a művi koraszülés lehető elkerülését célozza, mint a melynél gyenge, nem eléggé életerős, kevesebb ellentállásra képes gyermekek hozatnak a világra, a mi pedig a megcsorított diétával még jobban fokoztatnák.

A többi, a Prochownick-féle diétával befolyásolt 71 magzat (Fraenkel esetében ikrek születtek), mind a terhesség végén élve és egészségesen jött a világra; csak Rühle esete végződött, úgy látszik, koraszüléssel (az élve született és életben maradt magzat hosszúsága csak 33½ cm. volt). A gyermekek átlagos súlya (a mely 66 esetben volt feljegyezve), 2931.4 gm., hosszúsága (57 esetben) 48.6 cm. volt.

A legkönnyebb egy, a terhesség végén született iker-gyermekek volt 2000 gm.-al, a legsúlyosabbak egy 4580 egy 4100 és egy 4050 gm.-ot nyomó gyermek voltak, a kik közül utóbbit Prochownick egyetlen sikertelen esetének mond, pedig ez sem tekinthető annak, ha figyelembe vesszük, hogy 96½ kgm. súlyú anyáról (IIP.) volt szó, a ki a kúra alatt 11 kgm.-mal fogyott s a ki bizonyára rendelkezett annyi zsírkészlettel, hogy a magzatot a diéta daczára is a kellő zsírmennyiséggel elláthassa; az újszülött különben így is 250 gm.-al könnyebb volt, mint az előbb született (második) gyermek; rendes viszonyok közt pedig tudvalevőleg fordítva szokott ez lenni.

A második látszólag sikertelen eset Horn-é volt (4100 gm.), de tekintve, hogy ezen (negyedik) gyermek nem volt sokkal súlyosabb, mint az illető nő első gyermeke (4000 gm.; két napi vajadás után nehéz fogoműtét, a másik kettő művi koraszülés volt), s hogy szegényebb sorsú nőről volt szó, a ki a diéta megkezdése előtt sok levessel, kenyérrel és burgonyával táplálkozott, valamint azt a körülményt, hogy a nő ezen gyermekeit nemcsak a számítás szerint, hanem az újszülött hosszából (55 cm.) is ítélve, legalább egy-két héttel túlhordta, ezen esetben sem szólhatunk sikertelenségről: a szülés különben könnyen s önként ment végbe.

A harmadik esetben (4580 gm.) (Reijenga egyik esete) úgy látszik, hasonló körülmények forogtak fenn.

A többi gyermekek súlya többnyire (66 gyermek közül 43-nál) 2000 és 3000 gm. közt volt, daczára annak, hogy öt eset kivételével (Reijenga 2, Brehm, Swiecicki, Haspels 1—1 esete) többször szült nők teljesen kihordott gyermekéről volt szó, köztük olyanokról is, a kik az előre-ment szüléseknél 4, sőt 5 kgm.-os gyermekeket hoztak a világra. (Leusser.)

A gyermekek hosszának és súlyának egymáshoz való viszonyát tekintve, annál az 56 gyermeknél, a hol mindkét adatot feljegyezve találtam, átlag 50.3 cm. hosszúság 2918 gm. súlyllyal állott szemben.

Igen érdekesek s a kúra megítélésére legmértvőbbak azon adatok, a melyek a kúrán átment nők gyermekeinek életviszonyaira vonatkoznak, ha ezeket ugyanazon nők korábban (diéta nélkül) szült gyermekeinek életviszonyaival szembe-állítjuk s itt azt találjuk, hogy 57 nő, a ki terhessége alatt a megfelelő diétát betartotta (az öt művi koraszülést, a melyeknél három élő gyermek született — figyelmen kívül hagyva), 70 szülésnél (11 nőnél több terhesség alatt alkalmaztatott a diéta), 71 élő és életben maradt gyermeket szült (egy ikerszülés), tehát 100%-ot, míg ugyanazon nők közül 47 nő, a kinél a megfelelő adatokat feljegyezve találtam, előbbi (terhesség alatti diéta nélküli) szülésénél világra hozott 125 gyermek közül halva született vagy mindjárt a születés után elhalt 83 gyermek s csak 42, azaz 33.6% volt élő gyermek, tehát Prochownick féle diéta mellett 100%, a nélkül csak 33.6% élő gyermek!

A 0% mortalitás ékebben szól minden tudományos fejtegetésnél, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy úgyszólván kivétel nélkül szűk medenczével bíró nők gyermekeiről van szó. A medence conj. diagonalisa a legtöbb esetben csak 10—10.5 cm. volt; sőt az egyik művi koraszüléssel esetben (Eisenhart), a hol 1510 gm.-os gyermek született élve és maradt életben a conj. diag. csak 8 cm. volt s Reijenga egy esetében is 6.5 cm. conj. verával bíró nőnél 2900 gm.-os

¹ Rowbotham diétája a következőkből állott: reggel egy alma, egy narancs s egy másik narancs leve cukorral; uzsonnára: kevés zsemlye vajjal és három sült alma; a délelőtti folyamán még egy narancs és egy-két alma; ebédre kevés hal, vagy hús és burgonya, zöld főzelék és alma (sülve vagy cukorral főzve), rizs vagy sago (almával), szőlő, füge vagy narancs; végül hetenkint kétszer-háromszor egy-egy kávéskanálnyi oly keverékből, a mely két narancs, egy citrom és fél font szőlő levéből egynegyed font cukorral vagy szörppel készült.

(50 cm. hosszú) gyermek jött élve a világra.¹ A gyermekek különben nemcsak éltek és egészségesek voltak, hanem a kellő ellenálló képességgel is bírtak, a mit az a körülmény bizonyít, hogy később többen közülök komolyabb gyermekbetegségeken mentek át minden káros utóhatás nélkül. (Prochownick.) Születésüknel rendes fejlettségűek voltak és ép csont- és izomrendszerrel bírtak, csak soványak voltak, kevés vagy semmi zsírpárnával, a koponyacsontok is rendes keménységűek, de igen mozgékonyak s egymás felett könnyen eltolhatók voltak.

Nekem is volt alkalmam az utolsó években néhány esetben a Prochownick-féle diatét alkalmazni, és pedig mindannyiszor, a hol a nő a kellő intelligenciával bírt, jó eredménnyel; volt közöttük idősebb primipara, első fokban szűkült medenczével bíró nő stb.

A Pr.-féle diatéta célja: érett, egészséges és ellentállásra képes, de egyúttal zsírszegény s egymás felett jól eltolható koponyacsontokkal bíró magzatok nevelése, hogy azok a terhesség végén mérsékelt szűk medenczén át is simán vagy legalább minden különösebb károsodás nélkül legyennek a világra hozhatók. Természetes, hogy ezen eljárás egyéb térránytalanság ellen is, mint például rendes méretű medencze mellett túlságosan kövér vagy túlhordott magzat eseteiben, vagy idősebb primiparáknál, elhújasodott szülőnőnél stb. is célszerűen alkalmazható.

S ezért én a Pr.-féle diatétát a következő esetekben tartom javaltnak:

1. mérsékelt szűk medenczénél (conj. vera 9.5—8 cm.) a conj. diag. alsó határának a 9.5 cm.-t tekintem; ennél rövidebb átmérőnél a diatéta esetleg a művi koraszüléssel (a 35—36. hétben) kombinálható;

2. idősebb először szülő nőknél minden esetben; más először szülő nőknél is ajánlatos az utolsó 4 hétben a diatétát némileg módosítani a túlságos zsírtermelés megakadályozása végett;

3. oly ismételt szült nőknél, a kik az előző alkalmakkor nagy gyermekeket hoztak a világra s a kiknél azért előre látható, hogy a később születendő gyermekek még nagyobbak lesznek;

4. minden terhes nőnél, a ki az időszámítás szerint, valamint a magzat nagyságát tekintve már elérte a X. hó végét. Az utolsó időben, különösen *Winckel* vizsgálatai óta ugyanis valószínű lett, hogy a túlhordás esetei nem is oly ritkák, mint azt rendesen hiszik.

A mi már most a diatéta mikéntjét illeti, úgy azt tartom, hogy Prochownick étlapja, a mely oly fényesen bevált, nagyjában elfogadandó, dacára annak, hogy az utóbbi időben a zsírtalanító, illetőleg az elhízás elleni diatétánál a vízelvonásra semmi súlyt sem helyeznek.

A magánygyakorlatban, minthogy itt az egyes ételadagok pontos lemérése nehézségekbe ütközik, csakis a következő utasításokat adom: a folyadékmennyiség lehetőleg megszorítandó (napi mennyisége ne legyen több 500—600 cm.-nél); ezért italul délben és este csak kis (boros) pohárnyi vizet vagy savanyú vízzel kevert könnyű asztali bort engedek; a reggeli és a délutáni uzsonna álljon fél kifliből vagy egy darab kétszersültből s kis csésze világos kávéból vagy teából (czirommal vagy tejjel), a melybe cukor helyett saccharin vagy más cukorpótló szer adandó; kerülendők a levesek, mártások, erősen paprikázott és sózott ételek (különösen az ezek által okozott nagyobb szomjúság elkerülése végett), továbbá a túlságosan zsíros ételek, vaj, burgonya, rizs, tengeri, hüvelyes vetemények, főtt tésztafélék és édességek, mint befőttek, sütemény stb. Az ebédhez és vacsorához mindig csak fél zsemlye fogyasztandó el. Sok gyümölcs élvezése ajánlatos.

A kúrát rendszeren 10—12 héttel a szülés várható terminusa előtt kezdem meg s pedig az első 2 héten enyhébben, azon túl, tehát az utolsó 8—10 héten szigorú pontossággal. A hol a diatétát nem vihetem keresztül a megfelelő szigorúsággal, ott

Fraenkel tanácsa szerint a terhesség egész második felében rendelem azt el, de enyhébb alakban.

A kúra hátránya, hogy különösen kezdetben szilárd akaraterőt igényel a terhes nő részéről s ezért először szülőknél, a kik előtt egy nehéz szülés fájdalmai, fáradalmai és veszélyei még ismeretlenek, nehezebben, s csakis ha kellő intelligenciával bírnak, vihető keresztül, továbbá, hogy drágább a rendes kosztnál, a miért is a magánygyakorlatban csakis jobb módú családoknál rendelhető el, a hol a hal- és húsféléknek (a burgonyánál, tésztánál, hüvelyes veteményeknél stb.) drágább volta nem jó számba. Klinikákon és szülőintézetekben a körülményeknek természetesen nem szabad akadályul szolgálni.

Legújabb *Paton* tengerimalaczokon végzett diatetikus kísérleteket s azt találta, hogy a rosszul táplált anyaállatok kölykei körülbelül 10%-kal voltak könnyebbek, mint a jól tápláltakéi, noha azok is teljesen kihordattak, a mit ő úgy magyaráz, hogy az anya táplálékát első sorban az anya szövetei s csak másodsorban a magzat szövetei használják fel, a tápláléktöbblet pedig egészen a magzat javára szolgál.

A Prochownick-féle diatéta teljesen megfelel a physiologiai követelményeknek is, a mennyiben egy napi koszt 130—160 gm. fehérjét, 80—130 gm. zsírt, 100 gm. szénhidrátot tartalmaz, a mi összesen 1800—2000 gm. calorának felel meg; ennyi pedig egy kevesebb munkát végző nőnek teljesen elégséges, mert ha kilogrammonként 40 calorát számítunk egy egészséges munkás ember napi szükségletül, a mi 65 kilogramm súlynál 2600 caloriat tesz ki, úgy a terhesség alatt kevésbé munkaképes s tényleg rendes viszonyok közt kevesebb munkát is végző nőnek az említett caloriamennyiség teljesen elégséges.

Ellenben nem tarthatjuk észszerűnek a kizárólagos vegetális diatétát, a melyet többen ajánlottak (régebben *Roubotham*, újabban *Holbrook*, *Lahmann*, *Eichholz*, *Theilhaber*), bár tagadhatatlan, hogy úgy e szerzők tapasztalatai, mint a népies szülészetben úgy nálunk, mint különösen számos civilizálatlan néptörzsnél divó megfelelő szokások mellette szólnak, mint nemkülönben azon körülmény, hogy tropikus, subtropikus és déleuropai népeknél, a hol kiválóan növényi és gyümölcsöszt divik, a nők könnyebben szülnek, noha medenczebeli viszonyaik nem kedvezőbbek s hogy európai, különösen angol nők említik, hogy Indiában, Délamerikában, Délchinában való tartózkodásuk alatt az ottani életmód mellett könnyebben szültek, mint előtte vagy utána Európában. (*Prochownick*.)

Hagapoff „régime mixte alternatif“ név alatt a terhesség IV. hónapjától kezdve oly diatétát ajánl, a mely felváltva, az egyik napon rendes vegyes kosztból, a másikon tejdiatétából (tejbefőtt rizs, tapioka, tejfel stb.) áll; ő ezt a diatétát a terhesség alatt fellépő autointoxicatiók (eklampsia, albuminuria, bőrbajok, csillapíthatatlan hányás, fogszú, neuralgiák, pszichikai zavarok) elkerülésére és gyógyítására ajánlja.

Még csak azt kívánom felemlíteni, hogy úgy a többi szerzők, mint a magam tapasztalatai szerint ezen diatéta az anyára nézve nem hogy hátrányos volna, hanem még rendkívül előnyös, úgy a terhesség alatti közérzetet és általános állapotot illetőleg, (ritkább az alsó végtagok vizenyője és a fehérjevizelés, könnyebb a testmozgás stb.), hanem a szülés tekintetében is, a minek oka a csökkent zsírlerakodásban a hasfalakba, valamint abban rejlik, hogy, úgy látszik, a csekély folyadékfelvétel folytán a magzatvíz mennyisége is kisebb, mint különben, a mihez ha hozzávesszük a magzat kisebb voltát, könnyen belátható, hogy a méh és hasfalak sinesenek túlfeszítve s így izomzatuk megtartja a szülésnél oly fontos tonust, a minek folytán úgy a méhösszehúzódások, mint a hasprés működése erélyesebb, mint túlnyújtott és rugalmasságát veszített izomzatnál. Az összes közölt esetekben különben egy nő sem halt meg.

Ismeretes tény továbbá, bár erről a szülészeti tankönyvek nem tesznek említést, hogy *túlkövér, elhízott nők* szülése lassúbb lefolyású s ily nőknél gyakran látunk másodlagos fájdalomgyengésséget beállani, különösen nagyobb magzat igényelte nagyobb munkánál, a minek oka kétségtelenül a hasfal izomzatának elzsírosodásában rejlik. Erre tudtommal szintén Prochownick mutatott rá először, a ki annak kikerülése végett

¹ A conj. diag. azokban az esetekben, a hol erről említést tesznek 8.25—12.0 cm., átlag (40 esetben) 10.25 cm. volt; a conj. vera 6.5—9.0 cm., átlag (30 esetben) 8.12 cm. volt.

ajánlja, hogy ily adipositasban szenvedő nőknek is rendeljük a terhesség alatt a fent vázolt diétát, a mit ő öt esetben kitűnő eredménnyel tett is.

Ily nőknél a diaeta, a mely olyan legyen, mint a szűk medenczés nőknek előírt, a terhesség egész tartama alatt és pedig eleinte kevésbé szigorúan, majd mindinkább fokozódó mértékben alkalmazandó. E nők nemcsak a könnyebb lefolyású szülés, hanem az egyúttal elért lesóványodás miatt nagyon hálásak. A diaeta további betartása a terhesség alatt való megszokás folytán később nagyon könnyűvé válik.

A kövér nők különben néha, mint ezt *Bunsen* egy régebbi (VIP.) és *Prochownick* egy újabb esete (VP.) bizonyítja, túlhízás folytán méhen belül elhalt vagy a születés után nemsokára elpusztuló gyermekeket szülnek, vagy pedig rendszeresen elvetélnék; az említett esetekben szerzőknek sikerült a megfelelő soványító diétával az anya soványítása mellett élő, érett, egészséges gyermekek világra hozatalát elérni.

Csak mellelleg említem, hogy *Braun Richard*-nak sikerült egy nőnél, a kinek erősen promináló spinae ischii és exostosis okozta tölcseralakú medenczéje volt s a kinek első szülését (4000 gm.-os magzat) kraniotomiával és nehéz extractioval fejezte be, thyreoidin-adagolással (naponként egy tabletta) a második terhesség végén (fogóval) élő, érett, 3200 gm. súlyú gyermeket a világra hozni.

A mi a diaeta második alakját illeti, a melyet ugyan-csak *Prochownick* különösen *lesóványodott, anaemiás, erőltet terhesség* nőknek ajánl, hogy a terhesség alatt erősödjenek s szoptatásra képesekké legyenek, az tulajdonképen az általános ismert hizlalo kúraban (Mastkur) áll, nyugalommal, illetőleg ágybanfekvéssel kombinálva; ezt ő 7 esetben sikerrel alkalmazta. Itt a sorrend fordított: a terhesség kezdetén legyen a diaeta szigorúbb s később enyhébb. Én ezt a kúrát csak ritka esetekben, kiválóan kedvező körülmények között tartom kivihetőnek, s csak igen nagyfokú gyengeségnél és lesóványodottságnál és jó emésztő szervek mellett javalltnak; ellenben nagyon észszerűnek találom, ha különösen oly gyenge, anaemiás nőknél, a kik előbbeni gyermekágyukban tejhiány vagy hypogalaktia miatt nem voltak képesek gyermekeiket szoptatni, későbbi terhességeik utolsó idejében, nevezetesen az utolsó hónapban somatose-t rendelünk (3-szor naponta egy kávéskanálnyit). Az ezen szerrel szoptató nőknél elért jó eredmények bírtak reá, hogy már a terhesség utolsó idejében rendeljem azt, a minek jó hatására különben *Lévai Dezső* is egy sorozat jól észlelt eset kapcsán reámutatott.

Végül még egy diätetikai rendszabályt akarok megismertetni, bár itt inkább gyógyszerrel van szó, s ez a *czukor adagolása szülőknek fájdalomgyengítés* eseteiben.

Bossi ajánlotta ezt először 1893-ban 11 eset kapcsán, de úgy látszik a nélkül, hogy követőkre talált volna, mig nem *Payer* pontos tudományos megfigyelések alapján 1899-ben újból ajánlotta az eljárást. Erről irt alapos tanulmányában felemlíti, hogy a felső Enns-völgyben Stájerban (*Fossel*), valamint Svábországbán szokásos a nőket szülés előtt és alatt sok édességgel, különösen mézzel, mézsörrel (*Meth*) és fügével etetni, illetőleg itatni s hogy nagyobb munkát végző egyének, mint turisták, sportemberek előtt régóta kedvelt tápszer a *czukor* és a *csokoládé*. Nemrég olvastam, hogy katonáknál is sikerrel kísérleteztek a *czukorral* mint izomerősítő szerrel.

Payer 30—60—100 gm. közönséges kockacukrot (1 darab *czukorkocka* = 5 gm.) oldott fel kevés rummal ellátott teában s adta azt kísérletképen 33 szülőknek és pedig 7 esetben abszolút vagy majdnem abszolút másodlagos fájdalomgyengeségnél a kitölési időszak végén 6 esetben jó eredménnyel; 12 esetben ugyanily javallat alapján a szülés korábbi időszakában, 7 esetben kitűnő, 2 esetben kétes eredménnyel, a mennyiben korai burokrepedés is lehetett oka az élénkebb szülőképességnek; 6 esetben elsődleges fájdalomgyengeségnél (háromszor burokrepedés után), mindannyiszor jó eredménnyel s végül 6 esetben a szülés kezdete előtt, 5 esetben jó eredménnyel, a mennyiben a szülés 5—15 óra mulva megkezdődött. A *czukor* rendes adagja 30 gm. (= 6 darab *czukorkocka*) 200 gm. teában vagy vízben feloldva s egyszerre

beadva (tapasztalataim szerint ezt *czukros víz* alakjában is szívesen veszik a szülők), hatástalanság esetében 1—2 óra mulva ismétendő ez az adag.

Fájdalomgyengítés esetében a szülőképesség rendszeresen már $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ óra mulva kezd élénkülni, a méhösszehúzóerők erősebbekké, de nem fájdalmasabbakká lesznek, sőt mintha a *czukor* egyszersmind fájdalomcsillapító hatással is volna, a minek oka bizonyára abban rejlik, hogy erősebb, tartósabb és rendszeresebb méhösszehúzóerők hosszabb és zavartalanabb szüneteket engednek.

Én az eljárást másodlagos fájdalomgyengítés néhány esetében jó eredménnyel alkalmaztam s kíváncsún tartanám, ha úgy ezzel, mint a *Prochownick*-féle diétával a tudományos szempontból mérvadóbb klinikák és szülőklinikák komolyan foglalkoznának; a *Prochownick*-féle diétával legcélszerűbben a „házi terheseken” és pedig úgy, hogy válogatás nélkül az egyik nő a rendes, a másik a módosított kóstolt kapná.

A kérdés nagy gyakorlati fontossága bizonyára megérdemelné a vele való behatóbb foglalkozást és a kellő gondossággal végzendő kísérletezést.

Táblázat.

Folyó- szám ¹	? P	Diaeta tartama hetekb.	Gyermek		Conj. diag.	Conj. vera	Szerző
			súlya gm.	hossza cm.			
1	V.	7 $\frac{1}{2}$	2350	50.5	10.8	8.5	Prochownick
2	V.	6	2400	51.0	10.4	—	"
3 a)	II.	4 $\frac{1}{2}$	2250	52.0	10.0	—	"
b)	IV.	8 $\frac{1}{2}$	2200	50.5	—	—	"
4 a)	II.	10 $\frac{1}{2}$	2350	49.0	—	—	"
b)	III.	11	—	—	—	8.2	"
c)	IV.	9	2400	50.0	—	—	"
5	III.	14	2470	50.0	10.5	8.7	"
6	IV.	10 $\frac{1}{2}$	2500	51.0	—	8.6	"
7 a)	III.	11	2180	48.5	—	—	"
b)	IV.	10	2490	—	10.5	8.6	"
8	IV.	12	2640	51.75	10.5	8.7	"
9	II.	14 $\frac{1}{2}$	2300	49.0	10.8	8.5	"
10	IV.	9	2750	52.0	10.5	8.3—8.5	"
11 a)	III.	13	4050	51.0	—	—	"
b)	IV.	6—8	3200	49.5	10.6	8.6	"
c)	V.	6—8	3350	51.0	—	—	"
12 a)	II.	11	2400	48.0	—	—	"
b)	III.	10	2500	50.0	10.3	8.5	"
13	II.	12	2350	49.5	10.5	8.4	"
14 a)	III.	10	3400	51.0	—	—	"
b)	IV.	22	2700	49.5	10.8	8.8—9.0	"
15 a)	IV.	8	2800	49.0	—	—	"
b)	VI.	22	2700	50.0	10.8	8.8—9.0	"
16	IV.	11	3000	52.0	11.2	8.8	"
17	V.	10	2680	50.0	10.8	8.3—8.5	"
18	I.	6	2600	50.0	9.8	—	Brehm
19	IV.(?)	10	3070	54.0	10.0	—	Hoffmann
20	III.(?)	8	3060	51.25	11.75	—	"
21	III.	16	3000	49.5	10.0	—	"
22	III.	8	2560	49.0	10.5	—	Swiecicki
23	II.	8	2840	50.0	10.1	—	"
24	II.	?	2480	49.0	9.8	—	"
25	IV.	?	2560	50.0	10.0	—	"
26 a)	VI.	7	2750	50.0	—	—	Haspels
b)	VII.	6	2900	51.0	10.5	—	"
27	VI.	6 $\frac{1}{2}$	3000	50.5	11.5	—	"
28	I.	7	2997	49.0	—	—	"
29	II.	4	2930	46.0	—	—	Reijenga
30	I.	1 $\frac{1}{2}$	3400	51.0	8.5	8.0	"
31	VI.	4 $\frac{1}{2}$	2900	50.0	8.25	6.5	"
32	II.	6	2700	47.5	9.0	7.5	"
33	II.	13	2850	49.0	9.25	7.5	"
34	III.	5	3100	54.0	9.5	7.75	"
35	IV.	8 $\frac{1}{2}$	3000	49.0	10.0	8.0	"
36	II.(?)	13	3300	51.0	—	—	"
37	IV.(?)	12	3600	51.5	9.75	8.0	"
38 a)	II.	6	2700	47.5	—	—	"
b)	III.	10	3290	53.0	—	7.5	"
39 a)	III.	5	3100	54.0	—	—	"
b)	IV.	8	3200	51.5	9.5	7.75	"
40	VI.	8	4580	54.0	9.75	8.0	"
41	III.	8	3730	54.0	9.5	7.75	"

¹ A számok jelzik a terhes nők folyó számát, a kiknél a diaeta alkalmaztatott; ha ez egy nőnek több terhessége alatt történt, azt a szám mellé irt betűk: a), b), c) jelzik.

Folyó- szám	P	Dietetika tartama hetekb.	Gyermek		Conj. diag.	Conj. vera	Szerző
			súlya gm.	hossza cm.			
42	III.	8	3500	—	9-25	7-5	Prochownick
43 a)	II.	4	2775	47-0	10-5	—	Josephson
b)	III.	6	2825	48-0	—	—	"
44	V.(?)	6	2430	42-0	—	—	Donath
45	V.(?)	6	3750	52-0	12-0	—	Van de Poll
46	V.	12	3400	—	—	7-5	Hegele
47	IX.	10	2900	—	10-5	—	Leusser
48	II.	8	kis gyermek	—	—	9-0	Beck
49	IV.	6	4100	55-0	10-0	—	Horn
50	III.	22	2000	ikergyermekek	—	—	Fraenkel
51 a)	{	—	—	—	—	—	Preiss
b)		—	—	—	—	—	"
52	III.	9	3750	—	—	8-0	Meurer
53		22	4038	—	—	—	Pradon
54	V.	22	3400	—	—	—	"
55	V.	6	3500	55-0	—	—	Klein
56	VI.	8	2750	33-5	10-5	—	Rühle
57	III.	—	1510 (33. hét)	—	—	—	Eisenhart
58	II.	8	2980 (36. hét)	51-0	8-5	—	(Löhlein és Florschütz)
59	II.	8	3100 (36. hét)	52-5	10-0	—	"
60	III.	10	2700 (38. hét)	47-0	10-75	—	"
61	III.	—	1585 agynélk. (36. hét)	45-0	—	7-2	Ahlfeld

Irodalom.¹

Ackermann J. F. Ueber die Erleichterung schwerer Geburten, vorzüglich über das ärztliche Vermögen auf die Entwicklung des Fötus. Jena 1804. — *Ahlfeld F. Lehrbuch d. Geburtshilfe. 3. Aufl. Leipzig 1903. 578—580. — Assalini Paolo. Nuovi stromenti di ostetricia e loro uso. Milano 1811. — Barlow John. (Erleichterungsmittel schwerer Geburten bei Ungestalttheit des Beckens.) Medical Facts and Observations. VIII. Ref. Allg. med. Annalen. 1800. 981. — *Baudeloque J. H. L'art des accouchements. 4^e éd. 1807. II. 291. — Beck G. Bericht über 100 Zangenentbindungen in der Privatpraxis. Prager med. Wochenschr. 1900. Nr. 41. — *Bokelmann W. Wie weit können wir durch specielle Ernährung während der Schwangerschaft zur Erleichterung der Geburt beitragen? Therapie d. Gegenwart. 1901. 247—251. — *Bossi L. M. Sull'azione ecobolica dello zucchero. Annali di Ost. e Gin. 1893. és Archives italiennes de biologie. XXI. 300. — *Braun R. v. Thyreoidin bei Beckenenge. Centralbl. f. Gynäk. XX. 1896. 722. — *Brehm H. v. Ein casuistischer Beitrag zur Umgehung der künstlichen Frühgeburt. Petersb. med. Wochenschr. XV. 1890. 77—78. — Brünninghausen H. J. Etwas über die Erleichterung schwerer Geburten. Würzburg 1804. — *Bunsen. Erfahrungen auf d. Gebiet d. Geburtshilfe. Neue Zeitschr. f. Geburtsk. VII. 1839. 51—52. — Clay. Med. Times. 1844. No. 250. — Donath J. F. W. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1891. I. 570. Ref. Edinb. med. Journ. 1891/1892. 217—219. — Eichholz. Geburtshilfliche Ketzereien. Der Frauenarzt. 1895. — Eisenhart H. Enges Becken, Prochownick'sche Kur. Münch. med. Wochenschr. XXXIX. 1892. 35—36. *Ref. Schmidt's Jahrb. CCXL. 1893. 56—57. — *Florschütz Hermann. Kritik der Versuche durch eine bestimmte Diät der Mutter die Gefahren der Beckenenge zu umgehen. Dissert. Giessen. Wiesbaden 1895. — *Fossel Victor. Volksmedizin und medicinischer Aberglaube in Steiermark. 2. Aufl. Graz 1886. 53. — *Fraenkel Ernst. Tagesfragen der operativen Gynäkologie. Wien u. Leipzig 1896. 124. — *Hagapoff. Le régime envisagé au point de vue préventif contre un certain nombre d'accidents gravidiques etc. XIII. Congrès internat. d. méd. Paris 1900. Section d'Obstétr. 183—184. — Haspels Johannes. Over de Prochownick'sche Dieetkund. Academisch Proefschrift. Amsterdam 1894. *Ref. Schmidt's Jahrb. CCXLVI. 1895. 215. — Hegele. Künstliche Frühgeburt oder Entziehungskur. Aerztliche Rundschau. 1899. Nr. 36. *Ref. Frommel's Jahrb. f. Geb. u. Gyn. XIII. 1899. 831—832. — *Hoffmann Arthur. Ueber Umgehung der künstlichen Frühgeburt durch diätetische Maassnahmen während d. beiden letzten Schwangerschaftsmonate. Therap. Monatshefte. VI. 1892. 2. 74. — *Hoffmann Arthur. Prochownick'sche Diätcur. Sänger-Herff'sche Encyklopädie d. Geburtsh. u. Gynäk. Leipzig 1900. I. 248. — *Hoffmann. Ueber künstl. Frühgeburt. Neue Zeitschr. f. Geburtsk. XV. 1844. 351—357. — *Holbrook L. M. Fajdalom nélküli szülés. Angolból fordítva. Budapest 1895. 30—38. (Amerikai eredeti kiadás. New-York 1892. Német fordítás. München 1892.) — *Horn. Über die Erfolge der Prochownick'schen Diät zum Ersatz der Frühgeburt etc. bei engem Becken. Ges. f. Geburtsh. u. Gynaek. zu Köln a/Rh. 1897. jun. 30. Ref. Centralbl. f. Gyn. XXII. 1898. 645—646. — Josephson

Hygiea. Stockholm 1892. 395. *Ref. Frommel's Jahresbericht 1893. — Jörg J. C. G. Versuche u. Beiträge geburtshilflichen Inhalts. Leipzig 1806. — *Klein G. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. VIII. 1898. 716. — Kluge. Journal f. Geburtsh. von A. E. v. Siebold. 1828. 144. — Krause A. Die künstliche Frühgeburt. Breslau. 1855. — *Krönig. Ges. f. Geburtsh. zu Leipzig. 1901. febr. 18. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1901. 687. — *Lahmann H. Ueber den Einfluss d. Diätetik in d. Schwangerschaft auf die Grösse der Frucht. Internat. klin. Rundschau. V. 1891. 1759—1761. 1801—1803. — Lenhardt. Nachricht an das Publicum. Salzburger med. chir. Zeitung. 1789. 46. 368. — *Leusser. Die Prochownick'sche Diät zur Erzielung kleiner Leibesfrüchte bei Beckenverengung. Münch. med. Wochenschr. XLIV. 1897. 830—833. — *Lévy Dezső. Ujabb adatok a somatose értékekhez. Gyógyász. 1902. 34. sz. — *Löhlein H. Ueber die Grenzen d. künstlichen Frühgeburt. Deutsche med. Wochenschr. XIX. 1893. 491—492. — Lucas James. Memoirs of the Med. Society of London. 1789. II. 413. — *Mamlock Gotth. Ludw. Ueber die Diät Friedrichs des Grossen. Zeitschr. f. diätet. Therapie. VI. 1903. 357. — *Meissner Fr. L. Forschungen des XIX. Jahrhunderts auf d. Gebiete d. Geburtshilfe. 1826. I. 56—58. — Merriman. (Von der Enthaltensamkeit als einem Mittel, das Wachsthum d. Fötus zu beschränken.) Synopsis of the various kinds of difficult parturition. 4. ed. London 1826. 5. ed. 1839. (Németül: Die regelwidrigen Geburten etc. Mannheim 1828. 2. Aufl. 1831.) — Meurer R. J. T. Neederlandsche Tijdschrift v. Verlosk. en Gynaecol. VIII. 3. *Ref. Centralbl. f. Gyn. XXI. 1897. 1158. — Montaux. Arzt für Schwangere. 1792. — *Moreau, id. Arneth. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Wien 1853. 90—91. — Osiander Fr. B. Lehrbuch d. Entbindungskunst. Göttingen 1799. 532. — *Osiander Fr. B. Handb. d. Entbindungskunst. 2. Aufl. Tübingen 1830. II. 68—71. — Osiander J. Fr. Die excessive Grösse der Leibesfrucht und die Hindernisse, welche die Geburt verursacht, nebst Verhaltungsregeln, um den Fötus klein zu erhalten. Fricke u. Oppenheim'sche Zeitschr. f. die ges. Medicin. XVI. 3. — *Paton D. Noel. The influence of diet in pregnancy on the weight of the offspring. The Lancet 1903. jul. 4. — *Payer Adolf. Ueber den Einfluss des Zuckers auf den Stoffwechsel der Schwangeren und auf d. Geburtsverlauf. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. X. 1899. 559—580. 784—805. — Van de Poll. Eene Bydrags tot de Prochownick'sche Dieetkuur. Medic. Weekblad. 1895. 651. — Pradon P. Ett fall af „svara förlösnin-gar“ behandlad med. Afmagringskur. Hygiea. LVIII. 3. s. 1896. 327. *Ref. Schmidt's Jahrb. CCLI. 1896. 164. — Preble E. Diet during pregnancy as a prevention of dystokia and for the determination of sex. Obstetrics. 1899. May. *Ref. The Americ. Gyn. and Obst. Journ. XV. 1899. 189—191. — Preiss E. Schlesische Aerzte-Correspondenz. 1898. No. 6. — *Prochownick L. Ein Versuch zum Ersatz d. künstlichen Frühgeburt. Centralbl. f. Gyn. XIII. 1889. 577—581. — Prochownick. Ueber Diätikuren in der Schwangerschaft. Aerztl. Verein zu Hamburg. 1901. apr. 16. *Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XIV. 1901. 212. — *Prochownick L. Über Ernährungscuren in d. Schwangerschaft. Therap. Monatshefte. XV. 1901. 387, 403, 446—463. — Reichenbach. Noch ein Paar Worte über den Vorschlag des Herrn Dr. u. Prof. Nagel in Altona, bei schweren Geburten von zu engem Becken, das Bitterwasser nach dem Rathe d. Engländer in d. Schwangersch. anzuwenden. Pfaff. Praktische u. krit. Mittheil. a. d. Geb. der Med., Chir. u. Pharm. Neue Folge. VI. Nr. 6. — *Reijenga J. Die Prochownick'sche Diätkur u. ihr Verhältniss z. künstlichen Frühgeburt, Sectio caesarea u. Symphyseotomie. Groningen 1896. — Reijenga. Einige neue Resultate der Prochownick'schen Diätur. Med. Wochenbl. f. Nord- und Süd-Niederland. 1898. okt. 15. — Reisinger F. Die künstliche Frühgeburt. Augsburg u. Leipzig. 1820. 279. — *Ribbius. Niederländische Gynäkologische Gesellsch. 1901. märz. 17. Ref. Centralbl. f. Gyn. 1901. 623. — Rühle. Zur Diät. von Prochownick beim engen Becken in der Praxis. Münch. med. Wochenschr. XLVIII. 1901. 915. — Scanzoni. Lehrb. d. Geburtshilfe. 1853. — *Schaefer R. Der Einfluss der Diät und d. Lebensweise Schwangerer auf d. Niederkunft. Monatsschr. für Geb. und Gyn. XV. 1902. 571—579. — Siebold E. v. Annalen der klin. Entbindungsanstalt. Würzburg 1806. — *v. Swiecicki. Ein Beitrag zum Prochownick'schen Ersatze der künstlichen Frühgeburt. Wiener med. Blätter. XIII. 1890. 339—340. — *Temesváry Rezső. Előítételek, népszokások és babonák a szülészet körében Magyarországon. Budapest 1899. 26. — *Theilhaber Adolf. Über vegetarische Diät bei Frauen. Die Krankenpflege. II. 1903. 898. — Wigand D. J. H. Etwas über den Lenhardt'schen Gesundheitstrank für Schwangere. Loder's Journal f. Chir., Geburtsh. u. gerichtl. Arzneik. III. 1800. 167. — Wilde. Das weibliche Gebärungsvermögen. (Durch die Schwächung der Mutter.) Berlin 1838. 233. — *Winckel F. v. Ernährungstherapie bei Krankheiten der Frauen. Leyden, Handbuch d. Ernährungstherapie. Leipzig 1898. II. 694—695.

Eklampsia négy esete.¹

Windisch Ödön dr. tanársegédttől.

Az eklampsiás megbetegedés igazi oka a szorgos kutatások daczára mindezeig felderítetlen és így a keletkezésére vonatkozó számos theoria mellett kezelésében egyöntűség sincsen, a kezelése tisztán empirikus. A budapesti egyetemi I. sz. női klinikán a legújabb időben nagy mennyiségben nyújtott konyha-

¹ A *-gal megjelölt munkákat áttanulmányoztam.¹ Bemutatás az I. sz. női klinikáról. Előadott a gynaekologiai szakosztály 1903. május 19-diki ülésén.

sós subcutan infúziókkal tettünk kísérletet meleg pakkolások kíséretében és három esetben a betegség bámulatos gyors és könnyű lefolyását észleltük. Ez esetekben a beállott bő izzadásnak és a megindult diuresisnek tulajdonítjuk a kedvező hatást; a negyedik eset letalisan végződött, itt sem izzadást, sem diuresist előidéznünk nem sikerült. Az utóbbi kórboncz-tani leletével a baj aetiológiájára is enged némi következtetést vonni.

Első esetünkben az eklampsiás megbetegedés egy 25 éves I. parát ért a szegényebb iparos-osztályból. Utolsó menses 1902 július 26-dikán; terhességének utolsó hónapjaiban az alszárok mérsékelt duzzadását észlelte. Szülőfájások kezdete április 25-dikén d. e. 5 ó. Első eklampsiás roham d. e. 11 ó. 45 p.; poliklinikánk orvosa a második roham végéhez érkezik és 1 cgm. morphium injectioja után d. u. 1 ó. 30 p.-kor a klinikára szállítatja. Sensorium kissé zavart, arczon, szemhéjakon és a bokák körül kisfokú oedema. Pulsus 84, telt, feszes. Vizsgálat előtt harmadik roham comával, pulsus 116. Egy cgm. morphium subcutan. Status: medence rendes. I. koponyafekvés a terhesség végén a bemenetben rögzített fejjel. Méhszaj tünőfélben, nagy fejdaganat, erősen meconiumos magzatviz, magzati szívhangok nem hallhatók. A szülés gyors befejezése chloroformnarkosisban az elhalt magzat perforatiojával. Csapolásra kevés concentrált, kissé zavaros vizelet 3‰ fehérjetartalommal, vesehengerhám és hyalincylinderekkel. Műtét után 400 gm. 0.6‰ konyhasó oldattal hypodermoklysis, pakkolás meleg kendőkre; csakhamar bő izzadás áll be. Két órai nyugodt alvás után az asszony teljesen tiszta sensoriummal ébred; öt órával az utolsó roham után rövid nyugtalanságra a negyedik roham lép fel. Morphium-injectio és ismét hypodermoklysis, e közben az ötödik roham. Pulsus 132. Egy cgm. morphium subcutan. Az utóbbi két roham cyanosis és coma nélkül. Az adott infusio mennyisége 500 gm., meleg pakkolásokra ismét bőséges izzadás. Több roham nem jelentkezik; a gyermekágyas többnyire nyugodtan alszik, a vizeletkiválasztás normális mennyiségben indul meg, már csak 1‰ fehérjét tartalmaz. A gyermekágy rendes lefolyású, eltekintve lepedékes sebek okozta két kis hőemelkedéstől. A fehérje fokozatosan tűnik el a vizeletből és a 15-dik napon már nem mutatható ki.

Második eset: 26 éves III. para, erőteljes földmives asszony, előző szülései rendesek, beteg sohasem volt. Szülőfájások kezdete 1903 május 3-dikán éjjel; koponyafekvéses spontán szülés május 3-dikán d. e. 6 ó., élő, érett magzattal; a környezet bemondása szerint két görcsös roham a szülés előtt. Két cgm. morphium injectioja után poliklinikánk orvosa az intézetbe szállítatja d. e. 8 ó. 45 perczkor, hová soporosus állapotban, perczenként 66, szabályos, telt, feszes pulussal érkezik. Oedema sehohsem látható. Nehány percz múlva a harmadik roham. Vizelet nagyon kevés, kissé zavaros, 3.5‰ fehérjét tartalmaz sok vesehengerhám és hyalincylinderrel. Daczára az összesen 9 cgm. mennyiségben subcutan adott morphiumnak d. e. 9 órától d. u. 4 óráig még hat roham jelentkezik $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órás időközökben. Az ötödik rohamtól kezdve állandó mély coma, az arczon fokozódó erős oedema. Pulsus 120—156 között váltakozik, de telt, szabályos, az erősen hörgő légzés azonban kimaradozó, Cheyne-Stokes typust mutat. Daczára a kétóránként adott konyhasó hypodermoklysiseknek, — összesen 4.6 liter mennyiségben, — meleg pakkolások kíséretében, izzadás alig áll be, a vizeletkiválasztás csaknem semmi, mindvégig 3‰ fehérjével. A hőmérsék 38.8°-ig emelkedik, folyton tartó comában, mindvégig telt, szabályos pulsus mellett tüdő-oedema tünetei közt exitus május 4-dikén d. e. 8 ó. 20 perczkor; tehát 26 órával a szülés után, 16 órás rohampausa után. Kórboncz-tani lelet: Tüdő-oedema légtelen helyekkel és kis lobos infarctusokkal; kezdődő pleuritis fibrino-serosa. Hyperaemia maculosa hepatis, apró nekrotikus góczokkal, a kis véredényekben thrombusok. Vesék valamivel nagyobbak, vészegények, egyéb makroszkopikus elváltozást nem mutatnak; a jobb ureter azonban a linea terminalisnál összenyomott és míg e helytől lefelé rendes, felfelé lumene hüvelykujnyira tágult és e tágulásban a vesemedence is részt vesz, nagy galambtojásnyi lumene szintén vizeletet tartalmaz. Görcsö alatt a ve-

sékben periarteritis, néhány glomerulus hyalin degeneratioja a veseparenchyma zavaros duzzadásával.

Harmadik eset: 26 éves I. para. Utolsó menses 1902 augusztus 7-dikén. Szülőfájások kezdete május 11-dikén d. e. 7 ó. Felvétel a klinikára május 11-dikén d. u. 3 ó. Status: egyaránt szűk medence az elsőfokú szűkület legfelső határán; II. koponyafekvés mozgatható fejjel, két ujnyi méhszaj, ép burkok. A tágulási időszak elhúzódó, hosszú fájdasszünetek után a magzat feje május 13-dikán d. e. 8 ó. kor rögzítődik a bemenetben. Május 14-dikén d. u. 5 órakor minden figyelmeztető előjel nélkül a szülő nő fájás közben egy perczig tartó eklampsiás rohamot kap comával; Pulsus 112. Egy cgm. morphium subcutan. Alig gyűszűnyi vizeletben sok fehérje, mely a vizelet esekély mennyisége miatt quantitative meg nem határozható. Vizsgálat narkosisban: méhszaj tünőfélben, ép burkok, fej legnagyobb kerületével éppen a medence bemenetében rögzítve, jó magzati szívhangok, ezért a szülés befejezése Tarnier-fogóval. Élő, érett magzat. Már a chloroformnarkosisban végzett műtét alatt hypodermoklysis 500 gm. konyhasó oldattal; pakkolás meleg lepedőkre, csakhamar bőséges izzadás. Több roham nem jelentkezik, a gyermekágyas többnyire nyugodtan alszik, sensoriuma teljesen tiszta. A konyhasó infúziót műtét után öt és 12 óra múlva 1 cgm. morphium injectioja után ismételjük 500—500 gm.-mal meleg pakkolással és az asszony állandóan bőségesen izzad. A vizeletkiválasztás a rohamtól számított kilencz óra múltán rendes útra tér, a vizelet 0.75‰ fehérjét tartalmaz. Gyermekágy rendes lefolyása.

Negyedik eset: 16 éves I. para. Utolsó menses 1902 augusztus 18-dikán. Fájások kezdete május 23-dikán d. u. 2 ó. Felvétel klinikánkra május 23-dikán d. u. 9 ó. Medence rendes; II. koponyafekvés, fej az üregben, méhszaj eltűnt. Rendes szülés május 23-dikán d. u. 9 ó. 53 p. élő, érett fiú. Május 24-dikén d. e. 4 ó. eklampsiás roham rövid comával, pulsus 108; roham előtt heves fejfájás. Oedema nem látható. 1 cgm. morphium injectioja után 500 gm. konyhasó hypodermoklysis, meleg pakkolásra bő izzadás. Csapolt 1 liter tiszta vizeletben 0.25‰ fehérje. Délelőtt 5 ó. 25 p. második roham 75" tartalommal, comával, pulsus 120. Arczon erős oedema és cyanosis. 1 cgm. morphium subcutan; d. e. 9 ó. 1 cgm. morphium előzetes injectioja után 500 gm. konyhasó infusio; d. u. 1 ó. ugyanígy 400 gm.-mal. Meleg pakkolásban állandó bő izzadás; az asszony többnyire nyugodtan alszik, időnként tiszta sensoriummal ébred, arc oedemája lassan enged, normális mennyiségű vizeletben igen kevés fehérje. Több roham nem jelentkezik. A gyermekágy második napján fehérje már nyomokban sem mutatható ki.

Az eklampsiát magyarázni ma sem tudjuk; teoriákban és hypothesisekben bővelkedünk. Ezeknek egyik része kísérleteken, másik része a therapiából levont visszakövetkeztetéseken alapul. Klinikánk is, a központi idegrendszer fokozott ingerlékenysége mellett, a még homályos eredetű toxinokat tartja a megbetegedés okának, mely toxinok a vesék hiányos működése miatt tartatnak vissza a vérkeringésben. A hiányos vesefunctio lehet a toxinoknak a veseparenchymára gyakorolt direct kártékony hatásának a következménye; de lehet mechanikus is az ureter compressioja folytán, mint a második esetünkben, hol a jobb ureter compressioja ebben és a vesemedencében vizelet pangást okozott; vagy talán mindakettő együtt szerepel oki mozzanat gyanánt.

A felfogásnak megfelelő a therapiánk is. Első sorban az idegrendszer ingerlékenységét szállítjuk alá narkotikák — főleg morphium — által a bódulatig, hogy a görcsök ki ne váltassanak. Igyekezetünk azután a toxinok kiküszöbölésére irányul izzasztás által a bőrön át, nagy mennyiségű konyhasó subcutan infúziókkal meleg pakkolások és meleg fürdők kíséretében. A toxinok így a vérkeringésben felhígíttatnak, izzadás útján a bőrön át kiválasztatnak és az így felszabadult vesék gyorsan megkezdik normális működésüket. A sub partu fellépett eklampsiánál narkosisban enyhe műtétekkel fejezzük be a szülést. Ez utóbbi conservatív eljárás oka abban rejlik, hogy a szülés alatt fellépett eklampsiánál a rendszerint erőteljes és sűrű fájások hamar megteremtik a feltételeket, melyek mellett

a szülés könnyű műtétrel befejezhető, sőt a feltételek kifejlődését a meleg pakkolások és fürdők is elősegítik. Másrészt az esetek nagy számában a rohamok a szülés után is változatlanul lépnek fel, sőt — mint a második esetünkben — az állapot épen a gyermekágyban válhat súlyossá, ez ellen pedig az erőszakolt, nagy művi beavatkozások sem nyújtanak védelmet, sőt az infectio veszélye miatt még rontják is a prognosist.

Három eklampsiás megbetegedésnél sikerrel alkalmaztuk therapiát.

Az első esetben megfelelő morphium-adagolás mellett a harmadik roham után narkosisban perforatioval könnyen befejeztük a szülést. Konyhasós infusiora meleg pakkolással bőséges izzadás állott be és ép sensorium mellett csak öt óra mulva jelentkezett két újabb roham; de jóval könnyebbek az előbbieknél, coma nélkül. Az újból adott infusiora, meleg pakkolásra ismét bő izzadás, a vizeletkiválasztás is megindul, már csak 1‰ fehérjét tartalmaz, több roham nem jelentkezik, az asszony nyugodt alvás után gyorsan összeszedi magát.

A harmadik esetben a fellépett roham után azonnal befejezzük a szülést narkosisban Tarnier-fogóval; más a műtét alatt konyhasós infusio subcutan, meleg pakkolással, melyet még kétszer ismételtünk összesen 1.5 liter konyhasós oldattal. Az infusiókat pakkolásban mindig bő izzadás követi, több roham nem is jelentkezik és az asszony nyugodt alvás után teljesen tiszta sensoriummal ébred; vizeletkiválasztás normális.

A negyedik esetben, melyben az eklampsia a gyermekágyban lépett fel, az első roham után 1 cgm. morphium kíséretében 500 gm. konyhasós hypodermoklystist adunk. A második roham elég súlyos; pulsus 120, coma, erős cyanosis, kifejezett oedema az arczon, de az összesen 1.4 liternyi három konyhasós infusiora pakkolással bő izzadás mellett a cyanosis, oedema gyorsan engednek. Több roham nem lép fel, a normális mennyiségű vizelet igen kevés fehérjét tartalmaz és a gyermekágyas nyugodt alvás után teljesen jól érzi magát.

A második esetben célzt nem értünk. Daczára a 9 cm.-nyi morphiumnak a rohamok fokozott mértékben és gyorsan ismétlődve léptek fel; daczára a nagymennyiségű infusiora (4.6 liter) meleg pakkolások kíséretében, izzadást elérni nem sikerült; a vizeletkiválasztás csaknem semmi, állandóan 3‰ fehérjével. A jobb ureter compressioja kizárta a jobb vesét működéséből, a bal vese pedig nem vette át amannak szerepét, nem lévén képes megfelelni a reá hármló hirtelen fokozott munkának, mire példákat találunk a nephrectomiákat követő veseinsufficienciákban.

A közölt esetekből bár végleges ítéletet nem alkothatunk magunknak, de tekintettel a három esetben feltűnő gyors gyógyulására a beállott bő izzadás mellett és a negyediknek letális kimenetelére, melynél izzadást elérni nem sikerült: azt hisszük, hogy azon esetekben, melyeknél konyhasós infusiókra meleg pakkolásokkal és meleg fürdőkkel sikerül bőséges izzadást előidézni — a megfelelő morphium-therapia és a szülésnek narkosisban könnyű módon való befejezése mellett — az eklampsiás megbetegedés prognosisa jelentékenyen jobbá tehető. E therapia a privátpraxisban is könnyen keresztülvihető.

Casuistikus közlemények az 1. számú női klinikáról.¹

Lovrich József dr. tanársegédttől.

Méhrepedés két esete.

Márczius 19-dikén délután 6 órakor Erzsébetfalváról kocsin egy 11-edszer szülő nőt hoztak, kinek összes előbbi szülései és gyermekágyai teljesen rendes lefolyásúak voltak. A szülőnő elmondja, hogy a fájásai aznap délben kezdődtek. A baba állítólag rossz fekvés miatt orvosokat hivatott. Délután 2 órakor két orvos megvizsgálta és a nélkül, hogy valami műtétet végeztek volna, a klinikára való beszállíttatását aján-

lották. A nőnek fájásai a klinikára érkezése előtt elmaradtak és saját lábán jött fel a klinika 19 lépcsőjén. Felvételnél hőmérsék 36.9°, pulsus 84. Külső vizsgálatnál kiderült, hogy a méh alsó szakasza nagy fokban elvékonyodott. Contractionalis gyűrű köldök felett 2 ujjnyira. Lig. rotundumok fájásszünet közben is hűrszerűleg feszülnek. Az alhas erősen kidomborodik. Baloldalt közvetlenül a hasfal mögött ijesztően tisztán tapintható az egyik láb és czomb. Magzat háta jobb oldalt, fej a fundusban. Belső vizsgálatnál előlfekvő rész a bemenetben a far, keresztcsont jobbra elől. A far mellett a leszakadt hüvelyboltozat szakgatott szélei tapinthatók s ettől jobbra félretolva a háromnegyed részében leszakadt s itt szabadon lógó méhszájszél, mely csupán hátul s jobbra függ össze a hüvelylyel. A magzat fara a méhszájat összenyomva a méhet jobbra és feltolja. Közvetlenül vizsgálat előtt tapinthatjuk az igen laza, petyhüdt hasfal alatt a magzat fejét, mely, úgy látszik, ekkor jutott a méh üregéből a hasüregbe. — Vizsgálat közben véres folyás, hólyagból kevés véres vizelet. Magzat-szívhangok nem hallhatók. A szülőnő kinézése és pulsa állandóan kitűnő, elesettségek semmi nyoma. Medencze méretei: 26, 29, 21 és 10 cm. Ezen esetben tehát penetráló fornx-rupturával van dolgunk; magzat fara a bemenetben s a halott magzat a szabad hasüregben, közvetlenül a hasfal alatt. Narkosisban a szülést befejezzük úgy, hogy az egyik lábat óvatosan lehúzzuk és ennél fogva extraháljuk a magzatot. A lepényt úgy távolítjuk el, hogy a köldökszínór mentén haladunk fel és a szabad hasüregből hiánytalanul, könnyen hozzuk ki a 670 gm. súlyú placentát. A magzat 58 cm. hosszú, 4550 gm. súlyú, halott leány, fejkerülete 36 cm.

Műtét után újra vizsgálatot téve látjuk, hogy a hüvelyboltozat repedése elől jobbról kezdődik, halad körben balra hátra és itt a középvonaltól balra végződik, szakgatott vizenyős szélekkel. Bent a hasüregben lemeztelenített, kifeszített, pulzáló véredényt tapintunk, mely a méh felé halad. Sem most, sem a műtét alatt, sem a műtétet követő óvatos vizsgálat alatt belek nem kerültek kezünk ügyébe. Miután fornx és complet méhrepedés a diagnosisunk, a teljesen jó erőben levő, nem vérző nőnél a repedés üregét szorosan kitömjük jodoform-gaze tamponnal s a hasra szorító kötést és jég-hólyagot alkalmazunk. Öblítést műtét után s a gyermekágy első négy napján nem adunk. Negyedik napon lázas lesz az asszony s a nyolczadik napon a bal csípőtányéron diffus, nem érzékeny resistentiát lehetett tapintanunk, melynek felső határa a köldök vonalában van. Az asszony azután esténként lázas (legmagasabb hőemelkedése a hetedik napon 39.8°, pulsa, mikor legszaporább, 120), egész a negyvenedik napig, midőn a vaginából egyszerre bűzös geny ürült ki nagy mennyiségben. Azóta nincs láza. Az ötvenkettedik napon a következő statust találtuk: Hüvelyboltozat jobb sarkában borsónyi cystácska; portio vag. alig kiemelkedő, jobboldalt kis berepedéssel, baloldalt egy mély szakadás, a melybe az ujj magasan felhaladhat s melynek legmagasabb csúcsán ujjbegynyi gödör tapintható a spina ant. sup. harántvonala alatt körülbelül egy ujjnyira. A nyílás vége balra felfelé tekint. Az egész szakadás körül a medencze faláig terjedő régi, kemény resistentia, mely laposan elveszőleg a medenczetányérra keskenyen felterjed. Az egész beszűródött terület jól tapogatható, nem érzékeny. A középvonalban fekszik a rendes nagyságú méh, a mely mérsékelt anteflexio- és versioval könnyen mozgatható, nem érzékeny. A baloldali gödörtől egy kis lécz határolja el a nagy lencsényi méhszájat. A nyakcsatorna tudniillik a repedés következtében a belső méhszájig könnyen átjárható. A gyermekágyast nyugalmas hanyatfekvésben tartottuk, hasára állandóan jégtömlőt tettünk és az ötödik naptól kezdve steril vizzel hüvelyöblítéseket adunk.

Ezen esetben tehát az aránylag ritkán található spontán fornx-rupturát láttuk, mely áttért a méh alsó szakaszára s a szakadáson át a lepénnyel együtt a magzat a szabad hasüregbe jutott. A repedés keletkezésének magyarázására az anamnesisben semmi támpontunk nincs. Csak felteszszük, hogy a 11-edszer szült méh alsó szakasza és nyaka a lefolyt szülések alatt vékonyult vagy szakadozott már meg és ez úton készült alkalmassá a heges talaj a megrepedésre. Kizárni azt

¹ Előadott a gynaeologiai szakosztály 1903. május 12-diki szakülésén.

sem lehet, hogy az orvosi vizsgálgatás közben sérült meg a szülőnő. Erre vonatkozólag azonban semmiféle adattal nem bírunk.

Miután a nő nagyobb mértékben nem vérzett, ezért érték a magzatnak vaginalis úton való eltávolítása után az egyszerű jodoform-gaze tamponade-val. Mint az eredményből látjuk, a nő teljesen a gyógyulás útján van s a repesztett seb körüli exsudatum árán menekült meg végzetes helyzetéből. Laparotomiát kimutatható vérzés híján feleslegesnek tartottunk. Ilyen eljárás mellett ez az első gyógyult esetünk.

A második ruptura-eset violens eredetű; ezt a negyedik hónapban kezdődő vetélés művi befejezésénél idézte elő a kezelő orvos. Ezen eset egy 39 éves, 9-edszer szülő nőnél fordult elő, kinek előbbi szülei és gyermekágyai rendesek voltak. A negyedik hónapban a terhes bő vérzése miatt orvosi segítyt kért s az orvos $1\frac{1}{2}$ ujjnyi méhszájon át iparkodott a vetélést befejezni. Miután a magzatot számos apró darabban sem sikerült egészen eltávolítania, s mert 2 órai fáradságos munka után az orvos teljesen kimerült, poliklinikánk segítyt kérte. A poliklinikai orvos arteficialis uterus-rupturát talált, ezért a ruptura üregét tamponálta s az asszonyt klinikánkra szállította. Felvételkor az erősen kivérzett, sápadt nő nagy mértékben nyugtalan, izgatott. Hasa lapos, nem érzékeny. Hőmérséke 37.4° , pulsusa 104, filiformis. Belső vizsgálatnál a tampon eltávolítása után kiderül, hogy a hüvelyboltozat ép, méhszáj $1\frac{1}{2}$ ujjnyi, kemény, heges szélű. A méhszájon belül a cervix köröskörül leszakadt s a méhet hátul csupán $1\frac{1}{2}$ ujjnyi szélességű hid köti össze a portioval. Mellül a hasfalhoz két oldalt a parametriumban egy-egy gyermekkökönyi magzat-részekkel és sok lazán olvadt vérröggel telt üregbe jutunk. Felfelé haladva sehol beleket nem tapintunk. A majdnem egészen leszakadt méh kis férfikökönyi, üregében sok laza vérrög és deciduacsfat. A lerepesztett sebszélek vízenyősen duzzadtak, szakgatottak. Vizsgálat közben vérzés. Miután complet méhrepedésre gyanakodtunk s mert a vérzésnek, vaginalis úton végezve a műtétet, urai nem lehetünk volna, ezért laparotomiára szántuk magunkat. A műtétnél, melyet Bársony tanár úr végzett, kiderült, hogy mellül a leszakadt cervix felett a peritoneum krajczárnyi területen szétfoszló félben van, a hasüregben körülbelül 40–50 gm. hig, folyékony vér. Miután az erősen vérző nőnél még magzatrészek is maradtak a lig. latum lemezei között, a majdnem teljesen átszakított méhet magas amputatioval távolítjuk el. Alákötéseket teszünk a lig. infun. pelviumra s így haladunk tovább a méh sarkáig jobbra-balra. Mellül és hátul lebenyt készítve, az át nem szakadt cervicalis hidat lemetszve eltávolítjuk a méhtestet. Ezután a cervicalis csontot köröskörül selyemöltésekkel látjuk el s a két uterinát külön-külön kötjük be. A bal parametriumba lenyúló ujjak egy második magzattörzsrre akadnak, a melynek eltávolítása után a tasak mélyén tapintható az első, már az intézetben kívül darabokban elszedett magzat feje. Ezt is kiemelve, a plica vesicovaginalist két catgutöltéssel összefektetjük s a cervicalis csontot köröskörül a hasfali hashártyához szegjük. Végül az ökönyi üreget lefelé, a hüvely felé és felfelé a hasfal elé kivezetett jodoformgaze-csikkel tamponáljuk.

A peritoneumot, majd a fasciát catgut csomós öltésekkel, végül a hasfalat silkworm csomós varrásokkal egyesítjük. A műtétet aethernarkosisban végeztük. A második napon erős köhögés indul, nyelv nedves, bélmozgások hallhatók, szelek távoznak. A köhögés mindinkább fokozódik, a légzés nehezített lesz. Peritonealis tünetek hiányában tanácskozára a tüdő állapotáért belgyógyászt kérünk (Wenhardt dr.), a ki a jobb tüdő alsó lebenye felett tompulatót, hörghi légzést és crepitatiót constatál és ezekből pneumoniát állapít meg. A hőmérsék a második napon este 38.5 -re emelkedik 124 pulussal, a negyedik napon az esti hő 38.9 ; 145 P. Folytonos fokozódó dyspnoë, kínzó szűrő fájdalmak a jobb mellkasfél alsó felében. E napon kötésváltoztatás. A csont feletti lágyrészek már ekkor egyesültek. A has puha, lapos, sehol sem érzékeny, resistentia egyik oldalon sem tapintható. A has felől alkalmazott jodoform-gaze-tampon teljesen szagtalan, nem véres, csak kevés savóval átvódott. A hüvely felől eltávolított tampondarab véres és kissé bűzös is. A seb átmosása után újabb kötés. Az erők

állandóan esőben, a szorgalmasan nyújtott analeptikák (oxygen) daczára, az asszony az ötödik nap estején exitál. Elvesztettük tehát a beteget, de nem a ruptura következtében, hanem az aethernarkosis által okozott pneumoniában. Az asszony kiállotta a violens uterus-rupturát, a laparotomiával járó shockot, de már nem birta az erősen kivérzett szervezet legyőzni a pneumoniát. A szomorú tapasztalat készlet, hogy ez esettel kapcsolatban pár megjegyzést tegyek az aethernarkosis felől. Az elmondott esettel egyidejűleg három laparotomiánál alkalmaztuk az aethernarkosist, Merck-féle vegytiszta aetherrel, s mind a háromnál súlyos diffus bronchitis lépett fel a műtét utáni egy-néhány napon belül s bár ezeknél nem vált végzetessé a tüdőbetegség, mégis teljesen felhagytunk az aethernarkosisal, miután ilyen súlyos komplikációkat chloroformnarkosis után sem eddig, sem azóta nem észleltünk. A chloroformhoz visszatértünk. A chloroformnarkosis rovására írják, hogy kellemetlen utóhatása napokra kiterjed és a gyötrő szomjúságérzésen kívül a hasat megrázó hányás a gyógyulásra és a beteg táplálkozására is zavarólag hat ki. A műtétet követő 24 órában a gyomor teljes nyugalma mellett a végbélbe 4 óránként nyújtott 200–300 gm.-nyi konyhasó-beöntések a szomjúságérzést megszüntetik. A nyugodt és még a folyadékoktól megkímélt gyomor nem hány. A hányás megindul és makacs marad a második és harmadik napon, a mely időben rendszerint meteorismus fejlődik, mely a gyomrot is érvén, a hányás egyik fentartó okául tekinthető. Ha a műtét alkalmával belek nem sérültek meg, azok mozgathatók. Mi a klinikán a műtétre következő második napon alkalmazott beöntésekkel indított bélmozgásoknál kárt sohasem láttunk, de inkább azt tapasztaltuk, hogy meteorismus nem fejlődve, a hányás vagy éppen nem, vagy elenyésző kis mértékben jelentkezett.

Az eltávolított méhen láthatni a szakgatott sebszéleket. Az összeállított magzatok hossza 22–23 cm. A műtétet a vérzés miatt végeztük felülről, s mint láttuk, az uterina és spermatikák lekötésével a vérzés teljesen csillapodott is. A cervicalis csontot azért varrtuk ki a hasfalhoz, mert a két órai erőszakos műtökiérletek után infectiót tartottunk. A sectio sok tanulságot ígért, de azt az elhunyt családja megakadályozta.

Tubaris abortus esete.

Az esetet extrauterin terhesség diagnózisával vettük fel a klinikára, a ligamentum latum lemezei közé a szemünk előtt fejlődött a haematoma. A nő 38 éves, másodszor szülő, a ki az első terhességet 4 év előtt a harmadik hónapban elvetélte. Jelen bajának fejlődésére vonatkozólag előadta, hogy vérzése ez év február 12-dike helyett tizenkét nappal később jelentkezett görcsökkel, alhasi fájdalmakkal s nagyfokú gyengeséggel. Vérzés és görcsös fájdalmak azóta szakadatlanul fennállanak, azért jött a klinikára. Felvételkor a következőket állapítottuk meg: Az igen kivérzett, halvány asszony emlőiből bőven ürül colostrum. Linea alba pigmentált, vulva kissé livid, portio magasra felhúzva a symphysis felett tapintható, puha. Méhtest ante- és dextroponált, valamivel puhább, nagyobb. Méh mellett jobbra és hátra egy férfikökölnél nagyobb, puha, elastikus, érzékeny, a medenczefallal szorosan összekapaszzkodó tumor tapintható, mely szélesen domborítja le a hátsó hüvelyboltozatot, áttérjedve a másik oldalra is. A tumor felső határa a spina ant. sup.-t éri el s itt a daganat tetején hüvelykujjnál vastkosabb, 7–8 cm. hosszú másik daganat volt tapintható, mely az uterus sarkába folytatódott. Ezek után a havi baj késéséből, a később szakadatlanul fennálló, folytonos vérzésből és abból, hogy a méhben terhességet kimutatnunk nem lehetett, a tipikus elhelyeződésénél fogva egy tubaris graviditas után fejlődött intraligamentosus haematomára tettük a diagnosit. Ezen felvételünket támogatták a terhesség található jelei: colostrum az emlőkben, pigmentált linea alba, livid vulva. Az asszonyt, azon hitben, hogy ágybanfektetéssel meggyógyíthatjuk, két hétig észleltük a klinikán, lázas ugyan nem volt, erőbeli állapota azonban ez idő alatt jelentékenyen hanyatlott, kinézése napról napra romlott; haematomája kimutathatólag növekedett. Ezért vitalis indicatióból szükségesnek véltük a

beteg megoperálását. Miután fokozatosan szemünk előtt még fejlődésben levő haematomával volt dolgunk, nem pedig régen megállapodott folyamattal, ezért nem vaginalis úton, hanem a hason át operáltunk. A hasat felnyitván, azt találtuk, hogy a hashártya mindenütt rendkívül vérbő és kevés laza fibrinalvadékkal borított, főleg a kis medencze táján, hol a kis medenczét egészen kitöltő, a szomszéd szervekkel szélesen összefüggő, kékesen áttetsző tumor látható, mely mindenütt a mesenterium gyökét felemelve ez alá terjed. A méhnek jobb sarkából indul ki a két ujjnyi vaskos, kékesen áttetsző falú, szívós alhártyák közé temetett, bunkószerűen végződő tuba, mely hasüri végével a daganat felé emelkedve, igen tömött tapintatú volt. Lekötve a lig. infundibulopelvicumot és a tuba méhi sarkát, a tuba alatt kereszteződő lánczoltésszel haladunk előre és így a tubát eltávolítjuk; e közben a haematoma vaskos, törékeny fala beszakadt és belőle mindenütt lazán alvadt, részben friss, részben törékeny régi vérrögök ürülnek. A haematoma falát nem varrtuk össze, miután ürege nemesak mélyen lefelé, de felfelé is magasan terjedt a mesenterium lemezei alá a jobb vese irányában. Ezért a szakgatott szélű haematoma falait tetején köröskörül simára metszve csomós öltésekkel látjuk el, melyek által a fennálló vérzést teljesen sikerült csillapítanunk. Ezután a bal adnexumokat vizsgálván, látjuk, hogy a tuba kisujjnyi vaskos, vakon végződik s a környezettel szívós alhártyákkal összetapadt. Ezekből kihámozva a tubát salpingostomiát végzünk. Most prophylaxisból a plica vesicouterinalis hashártyáját három catgut csomós öltéssel elzárjuk és végül a haematoma falát a szomszédos fali hashártyához köröskörül kiszegjük s így közvetlenül a hasseb alsó zugához tűzzük. A haematoma üregét steril jodoformgazeval kitöltve, hasfalat három rétegben zárjuk, külön a hashártyát és fasciát csomós catgut-öltésekkel s felette a kötőszövetet és bőrt silkworm-öltésekkel. A műtét után, melyet Bársony tanár végezett, a beteg 4 óránként az első öt napon keresztül, physiologikus konyhasós oldattal, beöntéseket kapott. Második nap a bélműködést, mint ezt rendszeren tenni szoktuk, megindítottuk és pedig ez alkalomból senna-beöntéssel. A nő az első négy napon lázas volt 39-0° C-ra emelkedő hőmérsékkel és 128-ig emelkedő érveréssel. A hasvarratokat a hetedik napon távolítottuk el s ugyanekkor a jodoformgazet kicseréltük, melyet azután 3 naponként rendszerint váltogatunk s a haematoma üregéből szívargó genyet vegytiszta aetherrel mostuk ki; az aethert ily célból (parametrikus, megnyitott tályogok, kivarrt tokok, piszkos sebek mosására) rendszerint használjuk, kitünő desiniciens és gyorsan párolog, kitörülgetésre nem szorul. A beteg az első kötésváltoztatás óta teljesen normalis hőmérsékű s pulsusa 76-ra szállva le, erőbeli állapota tetemesen javult, úgy hogy a nő ma, három héttel a műtét után, gyógyultnak tekinthető. Az eltávolított tuba hüvelykujj-nál kétszer vaskosabb, fala kékesen áttetsző, írópapír-vastagságú. A tubát metszve, látjuk, hogy az addig 1 cm. hosszú uterinalis vég után hirtelen tágul a tuba ürege és csaknem egész lefutásában régi, alvadt vérrögökkel van kitöltve, mely lazán tapad a tuba sima, belső falához, e falon makroszkopice nyálkahártya nem látható. Az egész olyan képet ad, mint egy mola carnea. A tuba ampullaris vége erősen szétfeszített s laza vérrögökkel van kitöltve, alig 1½ cm. hosszúságú. Itt látható a petezsák áttört helye a szabad hasür felé. Tehát egy graviditas isthmica v. i. tubaria propriával van dolgunk, mely nem repedés, hanem abortus folytán vezetett haematoma-képződéshez. A szakadatlanul fennálló vérzésekből fejlődött haematoma körülbelül 7 hét alatt nőtt az említett nagyságra. Maga a terhesség az első hetekben szakadt meg abortus útján és így megértjük azt, hogy sem a tubában, sem a haematomában petét vagy ennek részleteit szabad szemmel gondosan vizsgálva sem sikerült kimutatni. Górcsói vizsgálat a készítmény keményítése miatt eddig nem volt végezhető. Az asszony súlyos, szemünk előtt rosszabbodó állapota tette szükségessé a műtétet. A folytonos vérzést fenntartó gravid tubát eltávolítottuk és a haematoma falait a hasfalseb alsó zugához kivarrtuk. Mint az eredmény mutatja, eljárásunkat siker koronázta, az asszony meggyógyult.

Az orosz szülészeti és nőgyógyászati irodalom 1902-ben.

Ismerteti: *Nenádovics* L. dr. (Franzensbad.)

A) Szülészet.

Az orosz szülészeti egyik kiemeltek képviselője, *Lazarevics* I. P. tanár mult évi február hó 25-dikén halt meg Szt.-Pétervárott. Életéről és működéséről egyik tanítványa, *Maszalitinov* dr. (Charkow) emlékezik meg. *Lazarevics* tanár szülészeti tankönyve (két kötetben, 1136 old. 740 ábrával) két kiadásban jelent meg (1877. és 1892-ben). Neve még ismeretesebb az általa szerkesztett parallel szülési fogók révén, melyeknek két typusa van: medencehajlással és a nélkül. A hajlás nélküli parallel fogó magas fogónak bizonyult jónak, különösen arcfekvésnél hátraálló állal; a medencehajlással bíró paralell fogó kimeneti fogónak alkalmas. *Maszalitinov* dr. maga már 20 éve használja e fogókat s azt tapasztalta, hogy először soha nem csúsznak le, (*Lazarevics* még a farra is alkalmazta sikeresen!) másodsor, hogy a fejet nem comprimálják s így a fej a fogóban is végezheti élettani forgásait.

A terhesek csillapíthatatlan hányása két esetében *Ozerovszky* L. J. dr. fényes sikert ért el a gyomornak thymolos vízzel való 6, illetve 3-szori kimosása által.

A terhesség folyamán kiújuló *appendicitis* három esetéről számol be *Uspenszky* V. V. dr. VI. grav. 8. hónapjában abortus, mors; VII. grav. 4. hónapjában radicalis műtét, abortus, gyógyulás; IV. grav. 3. hónapjában radicalis műtét, a terhesség tovább folyik; — Terhesség kapcsán *diabetes insipidus* látott fellépni *Szkrobanszky* K. K. dr. E kóralak viszonya a terhességhez nincsen tisztázva, míg a diabetes mellitus az esetek többségében kedvezőtlenül befolyásoltatik a terhesség által. — Terhesség alatt *Tolocsinov* tanár (Charkow) által végzett *cystotomia* 10 esetéről *Mihin* P. m. tanár számol be. A terhesség csak egy esetben szakítottatott meg és pedig az okból, mert a két széles szalag nagyon meg lett rövidítve s a méh nem emelkedhetett fel növése közben, valamint kevesebb vért is kapott. Az operáltak mind életben maradtak.

A terhesség műleges megszakítására *Vügödszky* I. E. dr. galvánáramot ajánl s pedig *szén-anodot* a méhbe bevezetve. Ugy tapasztalta, hogy a szénelektrod erős méhösszehúzóásokat vált ki oly esetekben is, a hol az Apostoli-féle fémelektrod hatástalan volt. Ugyaníly eljárást ajánl abortus incompletus esetében is.

A szerb királyné esete kapcsán *Lvov* J. M. dr. gyakorlataból a képzelt terhesség 8 esetét hozza fel.

Gyenge fájásokról értekezik *Petrov* V. A. m. tanár. Elsődleges vagy másodlagos gyenge fájások okául szolgál: 1. a szervezet elgyengülése; 2. fiatalkori terhesség, tehát a szervezet fejletlensége; 3. késő terhesség, a méh falának fibrosus elváltozása folytán; 4. kettős szarvú méh; 5. gyakori terhesség, a méh elgyengülése folytán; 6. a méhnyak rigiditása (hegek); 7. az egyik ajak beékelődése; 8. a méhnyak rákja; 9. fibromyoma uteri; 10. daganatok vagy gyuladós folyamatok a perimetriumban, mint erőművi akadályok vagy mint fájdalom forrásai; 11. a hasfalak petyhüdsége; 12. ezélszerűtlen (nem időszerű) vajudozás; 13. a magzatvíznek nagy mennyisége és ikrek, a méhfalak kitágítása folytán; 14. a magzatvíz hiánya; 15. placenta praevia; 16. a magzat rendellenes fekvése; 17. farfekvés; 18. a végbél vagy a hólyag telt volta. A gyógykezelést illetőleg hangsúlyozza, hogy a táglási időszakban is, míg a burok még ép, figyelni kell az anya erejére és a magzat szívhangjaira. A fájások erősítésére következő eljárásokat ajánlja: 28—38 R. langyos fürdőt 20—40'-re; jártatást; hüvelyirrigációt 12—15'-re 37—40 R. vízzel 1½ m. magasságból; kolpeurintert vagy hüvelytamponálást; burokrepesztést; a méhnyak 2—3 ujjal való tágitását; hideg borogatást vagy jégzacskót a méhre; szivizgató szereket: Tra Valerianae, Hoffmann-féle cseppek, bort és kávé; a szülőnő azon oldalra való fekvését, melyiken a vezérpont van; chinint 0.36 2-szer 1½ órában; méhmassaget; a hüvely hátsó falán keresztül a végbélre 2 ujjal gyakorolt nyomást; végre oly művi beavatkozásokat, melyek a fájásokat pótolni képesek (ki-

nyomás, kihúzás. Említést tesz még a túlerős fájásokról is s ezek ellen: a szülőnő ellenkező oldalra való fektetését ajánlja, mint a melyen a vezérpont van, továbbá forró borogatást a hasra és klysmát 15—20 csepp opiumtincturával.

Metreuryisról Sztroganoff V. V. tanár következő tételeket állítja fel: 1. M. komplikáltabb műtét mint a bougi bevezetése; 2. M. maga után vonhatja: levegőemboliát, az elülfekvő magzat-rész elmozdítását, az apró részek rendellenes elhelyezkedését; 3. M. kitiünő eljárás a méhszáj és a nyaki csatorna kitágítására; 4. E részek tágulása élettani módon megy véghez, ha a colpeurynter csövén nem húzunk, ellenben ha ezt teszszük, a tágulás lényegesen eltér az élettani folyamattól (nevezetesen a szalagkészlülék nyúlik ki); 5. harántfekvésnél a colpeurynter pótolhatja az idő előtt megrepedt magzatvízhólyagot; 6. a colpeurynter hatása főleg a méh belső felületének izgatásán alapul; 7. M. javálva van mesterséges koraszülés előidézésére, midőn azt gyorsan kell végezni; 8. időszerű szülésnél nagy szolgálatot tesz a metreuryis, midőn nem tárgult méhszáj mellett az anya vagy a magzat állapota a szülés gyors bevezését követeli; 9. eklampsia és placenta praevia eseteiben korlátozni kell az alkalmazását. (Könnyű és középsúlyos eklampsia esetében jobb az általa ajánlott morphiium és chloralhydrat combinált alkalmazása, súlyos esetében pedig a sectio caesarea, pl. praeviánál jobb a jodoformgazeval való tamponálás); 10. a magzatfej elmozdítása által a colpeurynter felszabadíthatja a köldökzsinórt nyomás alól s ily módon megmentheti a magzatot.

A moszkvai nagy szülőház 156 esete kapcsán *Holmogoroff* Sz. Sz. m. tanár az *arczfekvés gyógykezelésének* mai álláspontját teszi fejtegetésének tárgyául. 13 esetben fogót alkalmaztak, 6 esetben perforatiót, 1 esetben kinyomást *Kristeller* szerint, a többi esetben a szülés spontán ment véghez. A fogó 4 esetben endometritis sub partu miatt, 1 esetben eklampsia miatt lett alkalmazva, fogóra 1 esetben méhrepedést, sok esetben atoniás vérzést kaptak, perforatiót 5 esetben fogó alkalmazása után kellett végezni. Következő tételeket állítja fel: 1. Az újra felmerült törekvés, hogy az arczfekvést nyakszirtfekvéssé változtassuk át, nem bír elég nyomatékossá érveléssel; 2. e művelet úgy az anyára, mint a magzatra nézve nem ad jobb, sőt némely szerző szerint rosszabb eredményt, mint az expectativ eljárás; 3. ennél fogva arczfekvésnél expectative kell eljárunk; 4. megfelelő javulat és feltételek mellett fogót alkalmazzunk; 5. ha már nincsen remény, hogy a gyermeket fogóval ki fogjuk húzni, hátrafordult állásúcs mellett inkább perforáljuk, mintsem akár kézzel akár fogóval megkíséreljük az állást javítani.

Ujabb 3 esete kapcsán *Szokolov* G. dr. a *homlokfekvést* a szájba bevezetett ujjal arczfekvéssé ajánlja átváltoztatni. Esetei következők: 1. IV. terhesség. Medence méretei: 30, 25, 27, 20. 9 ó. 25 p.-kor kezeltartásra való javítás; 10 órakor spontán szülés arczfekvésben. Élő fiú 3680 gm. 54 cm. hosszú, fejének méretei: 38, 15, 13, 10; 2. I. para 29, 24, 26, 17. 5 ó. 45 p.-kor tartásjavítás, 6 ó. 25 p.-kor spontán szülés. Élő fiú: 3040 gm. 51, 35, 12 $\frac{1}{2}$, 10 $\frac{1}{2}$, 8 cm.; 3. VI. para: 30, 25, 27, 18. A lakásán eredmény nélkül többször alkalmaztak fogót. Méhösszehúzódnások teljesen szünetelnek. Tartásjavítás, fogó arczfekvésben. Élő leány: 3050, 48, 35, 13, 11, 9. Nemsokára a második élő fiúgyermek (3400 gm. 52, 35, 13, 11, 9 cm.) lábrafordítással és extractioval volt világra hozható.

A szülés akadályául *Maskileison* N. K. dr. esetében egy *cystoteratoma sacralis* (foetus in foetu) oly formán szolgált, hogy a gyermek csipőig megszületett s e helyzetben beakadt egész 6 órára, miközben az anya lábai között folyton visított, két orvosnak húzó-nyomó beavatkozására sikerült a 49 cm. kerületű daganatot is kihozni, a gyermek 36 óra hosszat élt.

Sosztak J. E. dr. dr. esetében az akadályt egy heves közöszülés folytán fellépett *haematoma retrouterinum* képezte. Incisio rectum felől, fogóműtét, fistula vesicovaginalis (!) — gyógyulás. *Lipinszky* Sz. dr. esetében a bal széles szalagban ülő *dermoidalis cysta* harántfekvést okozott és a szülést lehetetlenné tette. Császármetszéssel fejezte be a szülést, de a daganathoz nem mert hozzányúlni (falusi praxis!) *Juszevics* Sz. A. dr. két esetében a belső méhszáj nem nyílt meg, mert a *burkok tapadtak hozzá* (endometritis). A leválasztás rögtön segített a bajon. *Epekökölíka*

megállította a szülés menetét *Streicher* Ph. dr. esetében. *Tepfer* E. R. dr. egy esetében egy gyermekfej nagyságú *agy-gerinczagi sérv* 4 napra meghosszabbította a szülést (punctio, lábrafordítás, sepsis-halál), egy másik esetében *melkassal összenőtt ikrek* 3 napra meghosszabbították a szülést. *Rubinstein* J. B. esetében a fejnek megszületése után a magzat teste minden kimutatható ok nélkül akadt meg 1 $\frac{1}{2}$ órára s csak több orvos sokszori beavatkozása útján sikerült azt kihúzni. A macerált magzat 4 kgm. volt.

A méh szülés közben való *repedésének* 5 esetét hozza fel *Uzspenszky* V. V. 2—VII. para, 2—IX. para és 1—V. para. 4 esetben per vaginam egy esetben per laparotomiam távolította el a méhet, mind gyógyult. Méhrepedésnek 6 esetét ismerteti *Orlov* V. N. dr., két ízben a bába volt az oka, a többi esetben medencezsűküllet, rendellenes fekvés, 3 esetben laparotomiát végzett s bevarrta a méhet, ezek közül 1 meghalt. Egy hasonló eset kapcsán *Polycpov* A. L. dr. vizsgálat tárgyává tette a rugalmas rostok elváltozásait. Módosított *Unna-Taenzer* (orcein picrinsav) és *Weigert* (furinresorcin)-féle festési módszerekkel meggyőződött, hogy a rugalmas rostok száma a rendesnél kisebb volt, a rostok nem voltak hosszúak, hanem rövidek, mintegy tört darabkák s hogy sok helyen csomókba összekúszálódtak. E jelenséget nem tartja a rugalmas rostok külön betegségének, hanem élettani visszafejlődési folyamatnak. *Ivanov* dr. ugyanis kimutatta, hogy a rugalmas rostok a terhesség 5. hónapjáig túltengenek, ezentúl azonban visszafejlődésnek indulnak. A spontán repedések úgy magyarázhatók, hogy vagy a túltengés nem jött létre, vagy a visszafejlődés túlerős avagy nem időszerűen lép fel.

Prolapsus uteri inverti sub partu eseteit közlik *Kaczelszon* L. Sz., *Kacz* A. J., *Brodzsky* V. J. és *Vaskevics* dr.-ok. Repositio kézzel vagy colpeurynter segítségével. *Kacz* dr. esetében a rendellenes állapot 25 napig tartott minden fájdalom és vérzés nélkül.

Placenta praevia centralis oly esetét közli *Bjeloglazov* M. dr., a melyben a magzat a placentán elkezdett részen keresztül született meg a lepény többi részének épségben maradása mellett.

Csepurkowszky R. J. dr. esetében a méhlepény 19 napig bent maradt a méhben a szülés után, állandó vérzésen kívül más jelenséget nem okozott s eltávolításakor teljesen épnek bizonyult.

Sztroganoff V. V. tanár morphiium-chloralhydrattal kezelt 113 eklampsia esetét hozza fel 6 halálesettel (5.3%) s *Menge* ellenében kiemeli, hogy ezek valóban eklampsia, nem pedig hysteria-epilepsia esetei voltak. — Az eklampsiát *Sztroganoff* tanár tudvalevőleg fertőző betegségeknek tartja. *Koloszov* P. V. dr. a valószínűség számtani elméletét alkalmazva arra a következtetésre jött, hogy ez *Sztroganoff* eméletét sem nem dönti, sem nem erősíti meg.

Egy primipara terhességének 6. hónapjában fellépett *morbus Werlhofii* *Fuchs* J. M. dr. esetében szülés után halálos méhvérzést okozott.

A szülészeti fogók különféle típusait és azok mechanikai hatásait ismerteti *Racsinszky* N. J. tanár kiemelve a *Tarnier*-féle fogó és ennek legújabb módosításának a *Crousat*-féle fogó előnyeit a többi fogótípusok felett.

A szülés után 7. napra hemiplegiát, 14 napra panophthalmist előbb a jobb, majd bal szemén is észlelt *Loszkov* P. M. dr. s embolusból származtatja e jelenségeket.

Libov A. A. dr. a *gyermekágyi láz* 8 esetében és *Grinevics* I. I. dr. 2 esetben látható sikerrel alkalmazták az antistreptococcus-serumot. Ugyanily hatásról győződött meg állatkísérleteken *Klitin* I. I. dr.

Lvov M. I. dr. egy esetében a magzat hólyagja oly nagy irtartalommal bírt, hogy a szülés lehetővé tette a céljából végzett punctio alkalmazásával 7 liter folyadék ürült ki; a bal vese hólyagos degeneratiót mutatott, úgy hogy csak a jobb vese működött. — *Dyprosopus-syncephalus*, hemicephalus, triophthalmus, thoracopagus, tetrabrachius elnevezés alatt *Zwinyatsky* Sz. M. dr. oly torzszülöttet ismertet, melynél az elnevezésben foglalt rendellenességeken kívül még egy közös thymusmirigyet, közös szívet,

gyomrot és duodenumot, 4 tüdőt stb. talált. *Szobjesztianszky* E. M. dr. többi rendellenességen kívül hydrocolpos-hydrometrat is talált egy torzszülöttnél.

Téves *diagnosis* alapján, abortus és oophoritisnek vélt esetben méhkaparást végzett *Nikonov* Sz. A. dr., 9 napra ezután belső vérzés tünetei miatt laparotomiát végzett s látta, hogy tubaris terhességgel (nem oophoritis) van dolga. Gyógyulás. *Cysta ovarii* endometritis decidialis téves *diagnosis* alapján *Vartauszky* G. M. dr. is előbb méhkaparást végzett, majd laparotomia útján a vélt cystát távolította el, miközben azonban meggyőződött, hogy ez nem cysta, hanem tubaris terhesség, mely esetében 8 hónapig méhvérezéseket okozott. Rendes terhesség és dermoidalis cysta *diagnosis* alapján laparotomiát végzett *Rubczov* I. I. dr., miközben azt találta, hogy méhnek tartott képlet a kitágult kürt, a dermoidnak tartott képlet pedig egy haematocoele retro-uterina volt 4 hónapos macerált magzattal. Kitént, hogy a betegnél 1 év előtt rendes abortus téves *diagnosis* alatt egy tubaris terhesség repedéssel és hasúri abortussal végződött.

Helyes *diagnosis* mellett *Kablukov* A. F. dr. hátsó hüvelyboltozat bemetszése által a méhen kívüli terhesség 7. hónapjában halott magzatot távolított el, miközben büzös magzatvíz ömlött ki; a méhlepényt nem távolított el, hanem tamponált; 2 hónapos kezelésre gyógyulás. *Porosin* M. N. dr. esetében a terhesség 6. hónapjában a végbélből esontrészek mentek el; laparotomia gyógyulás. *Fratkin* B. A. dr. 5 esetéről számol be: 4 laparotomia, 1 conservatív kezelés, mind gyógyult. Laparotomiát arra az esetre ajánl, midőn a belső vérzés ismételtén lép fel, vagy midőn a haematoma nő. — *Fedorow* V. P. dr., a moszkvai Baszmanaja-kórház anyagáról számol be: 27 esetre 22 laparotomia (1 haláleset sepsis miatt), 2 exstirpatio uteri per vaginam (1 haláleset, másodlagos vérzés miatt a szorítófogók levétele után) 3 colpotomia. Tehát 27 műtetre 2 haláleset. További 37 eset conservative lett kezelve. A méhvézést tubaris terhességnél annak jeléül tartja, hogy a terhesség félbeszakította. *Rümsa* A. dr. laparotomia útján a kitágult kürtből egy 49 cm. hosszú leánymagzatot távolított el; a terhesség 1½ évig tartott. *Atlas* V. dr. a méhet még sondával sem tudta feltalálni, s a méhen kívüli terhességre csak abból következtetett, hogy a magzatrészeket közvetlenül a hasfalak alatt tapintotta. Laparotomia útján a hasüregből 57.5 cm. hosszú, 4500 gm. súlyú halott magzatot távolított el; a magzat közvetlenül a műtét előtt még élt. Műtét előtt még hőmérséklet emelkedése volt jelen, 2 hétre a műtét után betege sepsisben halt meg. A terhesség 8. hónapjában *Greife* G. A. dr. laparotomia útján 41 cm. hosszú magzatot távolított el a kürtből. A gyermek él, az anya gyógyult. *Varnek* L. N. dr. következő különös esetet észlelt: egy IX. gravidánál rendes terhesség mellett baloldali kürtterhesség is volt jelen; a bekövetkezett tubaris abortus 1½ hónapig erős méhvérezéseket okozott s a méhterhesség tovább folyt, dacára annak is, hogy forró hüvelyirrigációk, ergotin, hydrathis és hydrathinin lettek alkalmazva. A terhesség 6. hónapjában próba-laparotomia, mely alkalommal a terhes bal kürt lett eltávolítva. A méhterhesség rendes szüléssel végződött. *Aric* O. Sz. dr. ismerteti *Mandelstamm* dr. 2 esetét: egy esetben a tubán semmi makroszkopikus nyílást nem lehetett kimutatni, pedig a hasúr tele volt vérral; másik esetben még szemmel is látni lehetett, mint nőttek a bolyhok a kürt falán keresztül. E folyamatot mikroszkopice az első esetben is ki lehetett mutatni. E két eset is megerősíti *Sztroganoffné* dr. erre vonatkozó vizsgálatait. *Sztroganoffné Ulezko* K. P. dr. az interstitialis (méhen kívüli) terhesség 3 esetében mikroszkopice vizsgálatot végezett, s azt találta, hogy itt is, mint a tubaris terhességnél is a *Langhaus*-féle sejtek betörnek a muscularisba, felmarják a véredények falait s utat készítenek elő a bolyhok előnyomulására. E jelenségeket ő élettani folyamatnak tartja.

Anus praeternaturalis vestibularis 2 esetében *Holodkovszky* A. M. dr. a végbélnyílást oly módon létesítette, hogy a felkeresett végbelet a bőrhöz hozzávarta. — *Ophthalmoblenorrhoeát* szaruhártyazavarodással látott rögtön a szülés után *Okincsicz* L. dr., az anyának pedig nem volt tudomása fehér folyásról. Köldökszínorrepedést máj és belek előesésével látott újszülöttnél *Feldmann* R. A. dr., műtét, halál.

A köldökszínór kezelésére vonatkozó irodalom áttekintése mellett *Untilov* I. K. dr. a moszkvai szülészeti klinikából 36 esetét hozza fel, a hol *Martin* szerint jártak el és 6500 esetet, a hol aseptikus gyps-kötés lett alkalmazva. Tételei a következők: 1. Mint minden seb, a köldökszínór is legszigorúbb aseptikus kezelést igényel; 2. *Martin* eljárása nem igazolja a benne fektetett reményeket. Körülményes és a magzatra veszélyes is lehet, miért is alkalmazását korlátozni kell; 3. egyszerű aseptikus kötés nem elegendő, kívánatos hygroskopikus anyagok alkalmazása is. E célra *Fogonszky* dr. vizsgálatai szerint legjobb a gyps; 4. szem előtt kell tartani, hogy ezen eljárás (gyps-kötés) egyszerű és olcsó, a mi különösen falusi praxisra fontos.

Székrekedés ellen csecsemőknek *Zsukowszky* V. P. m. tanár 20 csepp extr. fluid. Cascara Sagradae ad (10 csepp syr. simplix) s 500 esetben azt tapasztalta, hogy minden melléktünet nélkül hatást ért el, hogy habitualis székrekedés meggyógyult. *Barber* sagradapastillák is megfelelnek (1½ past. feloldva egyszerre).

A hüvely elülső falának előesését 6 éves leánykánál észlelte *Alekszejev* V. P. dr. Ez beállott a hymen „esküvő játék” közben történt berepesztése folytán.

Egy 3½ hónapos gyermekén véghezvitt közösülés, *Rjeznikov* O. A. dr. észlelése szerint, következő sérüléseket okozta: a hymen a gát és a végbél elülső fala 2 cm.-nyi magasságra voltak berepesztve, a hüvely elülső és a végbél hátulsó fala előesettek. Jelentékeny vérzés 3 hét alatt gyógyulás műtét nélkül.

Szazsin I. V. dr. állítja, hogy a szoptató asszony által ivott alkohol minimalis mennyisége is káros a gyermekekre nézve, izgékony idegrendszerrel bíró gyermekeknél pedig veszélyes tüneteket okozhat. Az alkohol sok esetben oka annak, hogy a gyermek rosszul fejlődik és emésztési zavarokban szenved.

B) Nőgyógyászat.

A női megbetegedések kóroktanával és prophylaxisával *Bobrov* V. m. tanár foglalkozik. Ha az újképletektől, melyeknek okát nem ismerjük, eltekintünk, a többi női megbetegedés okai négy csoportba foglalhatók össze: 1. Fejlődési folyamatok; 2. boneztani tulajdonságok; 3. élettani folyamatok; 4. infectio. A nemi részek torzképződéseinek alapját e részek fejlődési módjában találjuk; e torzképződmények, valamint a nemi részek veleszületett gyengesége, továbbá mindazon kóros befolyások folytán léphetnek fel, melyek a szerzett betegségek okai gyanánt ismereteseek, ezek: infectio, trauma és intoxicatio. E tekintetben ismeretes az alkohol, a syphilis, az endometritis és a külső trauma hatása, a miből pedig a prophylaxisra fontos útmutatást szerzünk. A nemi részek boneztani szerkezetének a jelentőségét következő példák illusztrálják: a petefészkek folliculusai cysták alapját adják, a kötőszövet, az izomszövet és a hám mindenféle más daganatok alapját szolgáltatják; a méhnek vér- és nyirkedénydús volta elősegíti a daganatok gyors növést, lehetővé teszi a nagy vérvesztéseket és gyors infectiót; a nemi részek dús beidegzése alapját képezi a sok reflectorikus tünetnek; a kürt hasúri szájadéka összeköt a külvilággal egy olyan érzékeny testrészt, a milyen a hashártya; végre a végbél közelsége szintén egy gyenge pontot képez. Ezekből a prophylaxisra nézve azt a fontos következtetést kell levonni, hogy a női nemi részek tisztaságára különös gondot kell fordítani. Élettani folyamatok közül megtámadható pont első sorban a hősám, mely alatt a szervezet gyengül és egy nyílt sebfelület támad. A prophylaxisra nézve az a feladatunk, hogy a serdülő leányt minden hősám alatt védelmezni kell, mint egy sebesültet, a ki ilyenkor sem physikai, sem szellemi munkára nem képes. A nemi élet és a szülés oly élettani folyamatok, melyek különösen infectiora adnak alkalmat. Egy élettani folyamat továbbá a hypertrophia és az atrophia, mely a méhet úgy minden hősám alatt, valamint minden terhesség, illetőleg minden szülés alatt éri. E tekintetben a méhre hatással bírnak: 1. Általános constitutio-nalis betegségek, fertőző betegségek, egyes szervek, pl. a szív és a belek állapota; 2. a petefészkek és a mellmirigyekből eredő inger; 3. a nemi élet szabálytalanságai (kicsapongás, visszatartás, coitus interruptus); 4. a méh mozgékonyságának korlátozottsága; 5. a szülés. Az utolsó pontra nézve fontos tudni, mi is okozza szülés után a subinvolutiót? Ezek: 1. Valamely fertőző betegség;

2. a méh és a periparametrium lobosodása; 3. erős vérzés; 4. visszamaradt méhlepény- vagy burokrészek; 5. minden folyamat, a mely a méh mozgékonytát korlátozza; 6. a méh rendellenes állása; 7. a méh vagy a szomszédos részek újképletei; 8. a méh és nyakának jelentékeny sérülése; 9. physikai és physiologiai nyugalom hiánya a szülés után négy héten belül; 10. a szív és a tüdők megbetegedései; 11. a mirigyszervek (máj, vese, nyírkmirigyek, gyomor-bél, bőr) rossz működése; 12. nem szoptatás. (Túlhosszú szoptatás nem okozza a méh hyperinvolutióját, hanem petyhüdtiséget és megnagyobbodást.) Hangsúlyozandó, hogy a köznép hite, miszerint a túlszoptatás véd a conceptiótól, téves. Élettani folyamat végre a conceptio, melynek hiánya zavarólag hat a nemi élet cyculására (menses, conceptio, szülés, vagyis a petefészkek, a méh és a mellmirigyek cyclikus működése). Arra nézve, hogy a leánygyermek egészsége általában, a szervezet ellentálló képessége biztosítható, fontos tekintetbe venni: 1. Az öröklést; 2. a férfi állapotát conceptio idejében; 3. a nő egészségét a terhesség és a szoptatás alatt; 4. a leány physikai nevelését. Ha a leány e tekintetben biztosítva van, a nő nemi sphaerájára következő prophylaktikus elvek még különösen fogatosítandók: 1. A nőt meg kell védelmezni a pubertás és minden hószám ideje alatt; 2. kikerülendő a fertőzés a szülés előtt, ez alatt és ez után is; 3. a nőnek módot kell adni, hogy anya lehessen és hogy maga szoptathassa a gyermekét; 4. biztosítani kell a szülés és a gyermekágy rendes lefolyását. Mennyire hasznos lehet e prophylaxis, kitetszik abból, hogy a női megbetegedések 20%-a kankós fertőzésen, 50%-a pedig abortuson vagy szabálytalan lefolyású szülésen alapul.

A szüléssel összefüggő női megbetegedések prophylaxisáról szólva Gubarew A. P. tanár arra fektet súlyt, hogy minél kevesebbet avatkozzunk a természet dolgába. Vezérelvünk legyen a szülésnél: expectativ eljárás és a sepsis, továbbá hüvelyfeskendezések, fájdalomcsillapító és méhösszehúzó szerek s effélék mellőzése.

A trimethylamin és annak szerepe a női nemi csatornában képezi Mihin P. V. m. tanár búvárlásának a tárgyát. Meghatározta különböző női megbetegedések, terhesség, climax stb. során a hüvelynyák trimethylamin-tartalmát s tanulmány tárgyává tette utóbbinak a hatását különböző bakteriumokra. Következtetése a következők: 1. A hüvelynyák mindig tartalmaz trimethylamint és pedig különböző mennyiségben; 2. mennyisége úgy látszik a szervezet életerejétől és a nemi részekben folyó anyagcsere fokától függ. Így valamely betegség vagy műtét után mennyisége tetemesen csökken, s climaxban teljesen hiányzik; 3. fejletlen nemi szervek mellett és climax praecox esetében szintén csökken a mennyisége; 4. heveny lobos folyamatok a nemi részekben vagy azok szomszédságában fokozzák a trimethylamin mennyiségét; 5. trimethylaminnak erős bakteriumölő hatása van. Nyíltan hagyja a kérdést, hogy honnan ered a trimethylamin. A hüvely önfertőtlenítését a leukocytosis, a tejsav és a trimethylamin hatásából magyarázza. Valószínű, hogy a trymethylamin a tejsavval söt képez, mely a méh lúgos váladéka által bontatik, s így szabadul fel a trimethylamin.

Feldmann R. A. dr. egy kétnapos újszülöttnél három napig tartó vérzést észlelt a nemi csatornából. — Juszevics Sz. A. dr. egy családban két tagnál amennorrhoeát észlelt; egyik steril is volt. — Palem M. A. dr. esetében a fogfájás az először jelentkező hószám beálltával elmúlt. — Anufriew A. dr. teljes sikerrel végezte dysmennorrhoea ellen az Alexandrow (Smolensk) dr. által ajánlott műtétet, mely a következőben áll: a húgyhólyag rendes módon történt felpreparálása után az elülső Douglas megnyitása nélkül egy sagittalis metszéssel feltárja a cervicalis csatornát, azután a belső méhszáj hátulsó falából félkörben egy ékdarabot vág ki olyformán, hogy az ék éle a keresztessont felé tekint; e seb széleit összevarrja, majd a cervix elülső falát s végre az elülső hüvelyboltozatot varratokkal helyre állítja. A beavatkozást Alexandrow egy hegyszövet kimetszésének nyilvánítja; eredménye pedig tágabb belső méhszáj és az anteflexio csökkenése. (Megjegyzendő, hogy ugyanilyen eljárást Theilhaber is ajánlott, csak hogy Alexandrow practice ki is vitte, még pedig két évvel a Theilhaber és a saját közlése előtt.)

A méh és az adnexumok teljes hiányát két-két esetben látták Szeredinszky J. K. és Gersun M. M. dr.-ok, egy esetben

pedig Kersznowszky I. I. dr. — A hüvely vakon végződött. — Csernomordik J. E. dr. két nőnél a méhlepény művi eltávolításakor a méhfenékről lenyúló válaszfalat talált, a mely ezeknél három ízben oka volt az abortusnak. Uterus duplex esetét közli Kirczner B. N. dr. az egyik 9, a másik 5 cm. hosszúságú volt, elsőben négy terhesség ment véghez. Egy 15 éves leánynál sikeresen operálta meg Petrow N. N. dr. az anus vestibularist. — Szegirew tanár 1899-ben először leirt egy endometritis dolorosa kóralakot. Egy hasonló esetét ismerteti Kozlenko M. m. tanár. Anamnesis: idegterhelt családból származó nő háromszor szült, erős vérzésekben szenvedett, férje korán halt meg, úgy hogy sok ügygyel-bajjal magának kellett gondoskodnia a család fentartásáról, húsz év folyamán nem közöszült. Panasz: három évvel a climax beköszöntése előtt fokozatosan kifejlődő és növekedő éjjel-nappal, járás és nyugalom közt egyaránt jelenlevő gyötrő fájdalom, mely az alhasra és a csomókra is kiterjed, s már öt év folyamán tart; munkaképtelen, búskomor lett, szívdobogásban, étvágytalanságban, a fejhez való vértódulásban és álmatlanságban is szenved. — Jelen állapot: Az endometrium sonda érintésére fájdalmas; ezenkívül semmi kórosat a nemi szervekben nem lehet kimutatni. Therapia: Általános erősítő gyógymód, kétszeri scarificatio, tizen-nyolcször megvillanyozás galván-árammal (anod a méhben), teljes gyógyulás. K. e kóralakot hysteria egy tünetének tartja.

Egy lochyometrából kifejlődött és a máj tomputatáig érő Pyometra diagnostikai nehézségeket okozott Bondarew P. G. m. tanárnak. Előbb terhességre volt a gyanu (a nő amennorrhoeás volt, de szoptatott), majd egy sebész, egy belgyógyász és egy szülész-tanárral ex consilio a terhességet kizárta s elgenyedt cystára állapodott meg. Laparotomia közben és a daganat bevágása után látta csak, hogy az pyometra, ép adnexumok mellett. Nyílást ejtett a hüvely felé, a méhet és a hassebet pedig bevarrta. Hasseb per primam gyógyult be, de kilenczedik napra újra láz- és újra daganat lépett fel. Ezután még három ízben valami tályogot nyitott a méh szomszédságában (hüvely felől) s négy hónapi klinikai kezelésre a beteg gyógyult.

Egy nem forceirozott közöszülés okozta hüvelyboltozat be-repesztését és ebből kifolyólag peritonitis exsudatívát látott Modlinszky P. I. dr. oly nőnél, a kin három hó ezelőtt totalis extirpatio lett végezve s a hüvelysebet teljesen begyógyult. Két hét alatt gyógyulás. — Peritonitis pseudocolloidalis név alatt Weber F. K. dr. oly három esetet ír le, a hol ovarialis cysta repedése folytán colloid került a hasüregbe és másodlagos peritonitist okozott; egy esetben a cystából eredő hám a hashártyán elszórt cystákat hozott létre.

Gonococcus festésére von Wäl A. dr. a következő keveréket ajánlja: 15 cm³ auramin tömény alkoholos oldatából (1:10) és 8—10 cm³ tionin tömény alkoholos oldatából (1:20). 10—15' alatt a sejtek világoszöldre, a gonococcusok pedig sötét-kékre festetnek. — A kankó prophylaxisáról ír Greife G. A. dr. fiatal embereket fel kell világosítani, hogy az abstinentia semmi káros következménnyel nem jár; a társadalmat pedig fel kell világosítani arra nézve, hogy milyen veszedelmes megbetegedés a kankó. A kéjnőket szigorúan kell ellenőrizni, még pedig göresövi vizsgálat alapján. Egyéni prophylaxis szempontjából férfinak condom használatát vagy 2% Ag. nitr. vagy 20% protargol becséppentéseket kell ajánlani. Nőknek pedig következő tanácsok szólnak: 1. A férfi vizeljen a közöszülés előtt; 2. a férfi ne közöszüljen excessus in Venere et in Baccho után; 3. többszöri közöszülés egy napon és plane közvetlen egymás után kerülendő; 4. a nő minden közöszülés előtt végezzen bő hüvelyöblítéseket, leghelyesebben tejsavoldattal; 5. ajánlatos általában a hüvelyöblítéseket gyakrabban végezni. — Kankós fertőzésen alapuló ischias és neuralgia intercostalis két esetét ismerteti Kalabin I. Sz. m. tanár. (Zeleanew I. F. tanár férfi betegein meggyőződött, hogy a kankós infectio változásokat okoz úgy az érző és érzéki, valamint a mozgató és a sympathikus idegekben is.)

A méhelőés ellen Alexandrow Sz. A. dr. hat esetben fixatio uteri extraperitonealis vaginalisnak, Fritsch által ajánlott, általa módosított és elnevezett műtétet végezte, a mely következőben áll: a hüvely elülső falából egy ovalis nyálkahártyadarab lesz kimetszve, mint rendes colporrhaphiánál; azután az elülső Douglas lesz megnyitva s azon a nyíláson a méh a hüvelybe

kihúzza; ezután a peritonealis Douglas sebszélét a méh (hátsó) falához odaűzi, s végre a méh ugyancsak hátsó falát a hüvely sebébe bevarrja. Az eredmény jó. — Prolapsus uteri et vaginae okairól értekezik *Szokoljew* A. N. tanár. Elsődleges előesés az által jön létre, hogy a hasüri nyomás letolja a hátrahajlott vagy hátradült méhet, főfeltétel tehát a méh hátrahajlása vagy hátradülése és a lig. transversum colli ellazulása. Másodlagos előesésnek oka a hüvely húzása (sok esetben a cystocele előtöremlő a hüvelyt). Ha a méh kicsi vagy a medenczerekesz ellazult, e húzás következtében a méh kibukkan a medenczefenék nyílásán; ellenben ha a méh nagy, vagy a medenczerekesz elég ellenállást fejt ki, akkor a cervix kinyúlása, illetőleg túltengése következik be. — *Szavinov* N. N. m. tanár 10 esetről számol be, a hol sikerrel végezte a ligamenta rotunda extraperitonealis megrövidítését mobilis retroflexio ellen. — *Hermann* I. dr. felhossa egy esetét, a hol az asszony egy saját készítményű 7 cm. átmérőjű gyűrűt 36 évig viselt; e közben kilencszer szült is; a gyűrűt csak szülések alkalmával vette ki; utolsó 17 év folyamán pedig soha sem távolította el. Jelen állapot: hüvely- és cervix-fekélyek. — *Grenkow* Sz. F. dr. sikeresen oly sérvet operált, mely 17 évig állott fenn, 10 cm.-re a térd alá ereszkedett, vagy veder serosus folyadékot, beleket, változatlan petefészket és két ökölnagyságú fibromyomát is tartalmazott. E sérvtől az asszonynak hat rendes születe volt. Hasonló sérvet operált *Krümow* A. P. dr. is.

Állatokon tett kísérletek alapján *Bogojavlenszky* N. F. dr. a hasmetszésre vonatkozólag következő utasításokat ad: Az összenövés jobb és tartósabb, ha a metszés nem a fehér vonalban, hanem az izmokon keresztül vezetetik. De az idegek átmetszése az izmok peripherikus részeinek az atrophiját vonja maga után. Ennélfogva medialis metszésnél legjobb az, a mely mind a két egyenes izom hüvelyét feltárja (hasznos a fehér vonal kimetszése), oldalmetszésnél pedig legjobb az, a mely az izomrostok mentén vezetetik (intermuscularis metszés). Az összenövés tartósságára nézve szükséges az izom-oponeurotikus varrat; elsüllyesztett varrat nem felszívódó anyagból hátráltatja e réteg összenövését. Ennélfogva vagy felszívódó anyagot kell használni, vagy pedig a varratokat eltávolítani (tehát nem sülyesztett varratot alkalmazni). A sérvtől kifejlődésére legnagyobb befolyással bír a varrat elgnyedése. Bandage nem képes a sérvképződést megakadályozni, hanem csak a meglévőket korlátozni. — *Nikonow* a hasmetszés utáni sérvek kikerülése czéljából a következő metszést ajánlja: bemetszés 2—2½ cm.-nyi távolságban a fehér vonaltól egész az egyenes izom húzáig (tehát az izom hüvelyének feltárása); ezután az egyenes izmot ki kell praeparálni tompa úton elöl a fehér vonalig, hátul a fehér vonaltól körülbelül olyan távolságra, mely a bemetszés vonalának felel meg; az izmot félre kell húzni, s az izomhüvely hátsó falát hashártyával együtt nyitjuk meg. Varrás: első varrat (vékony selyem vagy szarvasín) az egyenes izom hátsó hüvelyfalára hashártyával együtt; visszahelyezése az elülső izomnak; második varrat az izomhüvely elülső falára, harmadik, igen felületese varrat a bőrre. Ellenjavalt e metszés csak oly esetekben, midőn sürgős a beavatkozás.

Levitzky A. P. mütétant élő állatokon tanít minden elővigyázattal, mintha élő emberen végeznék a mütétet (narcosis, asepsis stb.). — *Bogdanow* G. F. dr. 30 laparotomiáról 2 halálessettel számol be egy falusi kórházból (Zemskaja bolnica). Hasonló kórházban *Zwijaginczew* N. A. dr. is végezett hasonló 15 nagy mütétet. — *Nikonow* Sz. A. dr. következő esetről számol be: egy 16 éves, 7-dik hónapban terhes nőt mellbe és hasba szúrtak olyformán, hogy a méh is két helyen lett megnyitva, az egyik nyíláson a magzat felső végtagja is előesett. Laparotomia, bevarrás, gyógyulás. A hassebek per primam gyógyultak. — *Kolomenkin* N. A. dr. laparotomia után két halálesetről számol be, melyek oka belső elvérzés volt, s pedig egy esetben a gynomor-, más esetben a bélfekélyből. E fekélyeket ő thrombusra, illetőleg embolusra vezeti vissza.

Hydro-nephro-cysto-neostomia-mütétesoportot végzett *Szneginew* V. F. egy nőn következő módon: laparotomia cysta oravii miatt; mütét közben ezenkívül konstatálva lett még hydronephrosis is; ezt lumbalis oldalról nyitotta meg. Nyolcz hónap mulva újra laparotomiát végezett, extraperitonealiter ki lett praeparálva a húgyhólyag és a nephrocysta; utóbbit hozzávarrta a húgy-

hólyaghoz s köztük közlekedést létesített. Gyógyulás. Sz. hangsúlyozza, hogy a nőgyógyász kötelessége laparotomia közben minden szervet megvizsgálni s a netalán szükséges beavatkozást is foganatosítani.

Perlitz V. Sz. dr. két ízben az átmetszett uretert selyemmel oly módon varrta össze, hogy a varrat csak a muscularisban haladt (a nyálkahártyát nem fogta), az összevarrt helyet hashártyával borította s végre e helyet gaze-zel a hasseb alsó zugába drainizozta. Fényes eredmény. — A kis medencze jobb hozzáférhetősége czéljából *Vorzkreszenszky* dr. oly asztalt, illetőleg oly fekvést ajánl, melynél a beteg lábai nem térdben hajlítatnak, hanem csípőizületben túlfeszítettnek.

Fibromyoma miatt végzett 24 laparotomiáról számol be *Keszler* L. I. tanár. A sebészi beavatkozás sikerét némelyek asepsis és antisepsis által vélték elérni, a francziák ehhez még a mütét gyorsaságát, a németek (*Küster*, *Bum*) még a vérzés mellőzését is tartják szükségesnek. Igen kedvezőtlen viszonyok között (első mütétei, rossz assistentia, rossz műtőterem, nehéz esetek stb.) operált 24 laparotomiára 2 halálesetet jelez. E szép eredményt következő eljárásnak tudja be: 1. szigorú anti- és asepsis (mütét közben is sokszor sublimatba mártja a kezeit); 2. pontos vérzéscsillapítás mütét közben; előbb szorítófogókat alkalmaz a méh mellett, majd lánczolatossal varratot (erre nagy súlyt fektet!) a széles szalagra, s minden varrat csomózása után metszi csak át a megfelelő szalagrészt; 3. aethernarkosis (utólagos vérzés ellen biztosabb chloroformnál). Mütétei 2—4 óra hosszat tartottak. S ime azt látja, hogy e három pont betartása ellensúlyozza a mütét hosszú tartalmát (shockot). Mindazonáltal ajánlja oly technikát elsajátítani, mely gyors működést tesz lehetővé. Erre legjobb a franczia rendszer, a hol a jövődő sebész-nőgyógyász 4—10 évig boneztannal foglalkozik. Neki fiatal korában ahhoz nem volt alkalma, most nehezen tudja pótolni.

A hüvelyfal fibromyomájának három esetét közli *Gruzdew* V. Sz. tanár; a ligam. rotundum extraperitonealis fibromyomáját *Lwon* M. I. dr., a cysta ovarii falában fibromyomát *Odinczow* V. E. dr. látta.

A fibromyoma uteri sebészi gyógykezelése czímén *Kannegisz-szer* N. Sz. dr. beszámol Ott tanár anyagáról. Először is konstatálja, miszerint különféle therapeutikus eljárásba, villanyozásba és a climax hatásába fektetett bizalom nem vált be; azután kiemeli, hogy 1894-ben Rómában Ott tanár által proponált korai beavatkozás mindinkább tért hódított, a mi különösen a párisi congressuson 1900-ban kifejezésre jutott. Vitás kérdések: 1. kell-e conservative eljárni, t. i. csak a daganatot kihámozni, a méhet pedig hagyni; 2. ha már a méhet nem lehet megtartani, jobb-e az amputatio vagy pedig a totalis exstirpatio; 3. melyik úton kell haladni, hüvely- vagy hasmetszés útján. E kérdések megoldására felhasználja Ott tanár anyagát 1902. július hó 1-jéig. 462 fibromyoma-mütétre 75 conservativ myotomia (kihámozás) 85 amputatio supravaginalis esik, többi esetben a totalis exstirpatiót végezte és pedig 77 esetben hasmetszés 210 esetben hüvelymetszés, 15 esetben combinált úton. Ott tanár mütéti javaltat a következők: progressiv vérzés, a daganat gyors növevé, a szomszédos ürtérrel bíró szervek összenyomatása, heves fájdalmak, a daganat degeneratioja, munkaképtelenség. Conservativ myotomia az esetek 14%-ban lett végezve (*Rein* 35%, *Martin* 36%, *Olshausen* 27%-ban), s pedig csak oly esetekben, a hol a meg-hagyott méh még teljesíthette az élettani hivatását, tehát fiatal nőknél, a hol a petefészek legalább egy részét meg lehetett hagyni (az esetek 33% 45 éven túl volt, 25%-ban pedig a petefészket nem lehetett meghagyni). Ott tanár 1892-ig az amputatio supravaginalist végezte s 85 esetre 15 halálesetet, 50%-ban pedig izzadmányt jelez a mütét után. 1892 óta csak totalis exstirpatiót végez. 210 totalis exstirpatiora hüvelymetszés útján 7 halálesetet v. 3.3% jelez (*Redlich* dr. szerint summaris halálozási % orosz szerzőknél 3%, külföldi szerzőknél 3.4%). Izzadmány 22 esetben v. 10.4%-ban lépett fel, s csak 7 esetben nem szívódott meg fel a beteg távozása idejéig. 75 hasmetszési esetre 6 halálesetet v. 8% jelez (*Redlich* dr. szerint utolsó 15 év alatt summaris halálozási % 11.7). Utolsó időben a laparotomia okozta halálozási % javult, bizonyára azért, mert sok nehéz eset hüvelymetszés

alá kerül. Így felhossa Ott tanár egy esetét, a hol egy nőnél, miután 6 hétig lázas volt ($38.5-40^{\circ}$ C.) egy 2800 gm. súlyú myomát hüvelyi úton távolított el, pedig a daganatban több geny-góc is volt s a műtét utáni időszak láztalan volt. Hüvelymetszés ellen felhosszák, hogy 1. a műtét tér szűk; 2. a vérzéscsillapítás nehéz; 3. a szomszédos szerveket könnyű megsérteni; 4. s végre, hogy conservativ eljárásra (kihámózásra) alkalmatlan. Ha a hüvely szűk, Ott tanár előbb egy gátmetszést végez. Fibromyoma darabolása alkalmával a kést mindig szemeláttára vezeti, csak az esetleges összenövéseket választja szét ujjal (vakon) (ezt különben laparotomia kapcsán is így csinálják). A szomszédos szervek netaláni sérülését laparotomia alkalmával, mondják, könnyű helyre-állítani. Ez azonban Ott tanár bevilágítási módszere mellett hüvely részéről is lehetővé lett. Felhoz két esetet, a hol Ott tanár hüvelymetszés útján sikeresen végezett totalis exstirpációt, daczára annak, hogy összenövések voltak még az (elülső) hasfallal is. Ott tanár egy esetben sem sértette meg a szomszédos szerveket vagi-nalis úton haladva, elvérzési halált nem látott soha, sem a műtét alatt, sem a műtét után; a hol utóvérzés állott be, mindig sike-rült azt hüvely felől felkeresni és elállítani. Ellenben laparo-tomizáltak közül kettő halt meg utóvérzés miatt (ilyen esetet jelez Rein, Olshausen is). A mi az utolsó szemrehányást illeti, Ott tanár conservativ eseteiben egyenlő részben szerepel a has-metszés a hüvelymetszéssel. Mondják még, hogy ha hüvely útján nem sikerül a műtétet bevégezni, úgy is laparotomiára kell át-menni. Ott tanár csak két esetben volt kénytelen azt tenni (egy esetben a hátulsó Douglasban levő ökölnyi daganat el volt meszesedve s nem sikerült darabolni; másik esetben az elülső Douglasban lévő daganat nem engedte a hólyagot felpraeparálni). A hüvelymetszés jobb statistikájára felhozhatják, hogy ez úton talán csak kisebb daganatok távolíthatnak el. Ott tanár nem rit-kán köldökig érő daganatokat is hüvely útján távolított el. Ellenben fel van jegyezve (Rein, Olshausen és Ott-nál is), hogy halál állott be, a hol laparotomia útján aránylag kis daganatok lettek eltávolítva.

Mindezek alapján K. a következő tételeket állítja fel: Egy általános műtét eljárását nem lehet megállapítani. A hol a nemi részek még functionálhatnak, conservativ eljárás van helyén; különben totatis exstirpatio van javalva, még pedig inkább a hüvely útján. Ez út különösen javalva van a szív- és vesebajoso-knál (megjegyzni, hogy e betegségek fibromyoma következményei szoktak lenni), obesitás esetében és midőn a daganatban vagy az adnexumokban geny-gócok vannak. Laparotomia csak ott végzendő, a hol a daganatot hüvely útján nem lehet eltávolítani. Supravagi-nalis amputatio javalva van, midőn a műtétet gyorsan kell be-végezni.

Ulezko-Sztroganowné K. P. dr. 12 eset kapcsán a leiomyoma uteri malignum-ra vonatkozólag következő pontokat állítja fel: 1. E betegség azért szerepel ritkán az irodalomban, mert vagy sarcoma vagy egyszerű myoma néven említik. 2. Klinice nagyon rosszindulatú, hamar ad metastasisokat és recidivál. 3. Matrixe az izomsejt, mely degenerálódik, míg végre oly alakot nem vesz, mely kevéssel különbözik a sarcoma sejtjeitől. 3. Jellemző tulaj-donsága: a sejtek polymorphismusa, sokmagvú sejtek és sok, valamint különféle mytosis jelenléte. 5. Rendesen a már meglevő myomából fejlődik. 6. Fiatal izomszövet typusa szerint alkotott újképletek, melyeket némelyek sarcomának, mások jóindulatú myomának tartanak, gyanusak gyors növéseük, valamint hajlamos-ságuknál fogva a l. m.-ba való átmenetre.

Fibromyoma gyógykezelésének felvilágosítása céljából Gusza-kow L. A. dr. a méh véredényei alakításának hatását a méh szövetére kísérleti úton tanulmányozta. Két kutya és 14 házi nyúl szolgáltatott a vizsgálati anyagot. Ezeket tapasztalta: Első időben pangás lép fel, a folyamat végén pedig atrophikus tüne-mények kíséretében cirrhotikus elváltozások úgy a nyálkahártyá-ban, valamint az izomrétegben. Ezekből practikus-therapeutikus következtetéseket von le: Ha a méh táplálkozását akarjuk le-fokozni, mind a két a. uterinát kell alakítani, ha akármilyen más okból a műtét hasmetszés útján történt, jó még azon kis ágacs-kát is alakítani, mely a méh sarkából kiindulva oldalt tart s a sper-matikával anastomizál. Az uterinák alakítása egyszerű beavatko-zás, tehát falusi orvos is könnyen végezheti. Az uterinák alá-

kötése legjobb palliativ eljárás fibromyoma ellen. Ez szerepelhet mint önálló methodus, de mint kisegítő beavatkozás is, míg a beteg összeszedi magát a radicalis műtetre.

Alexandrow A. N. dr. fibromyoma esetét hozza fel, mely 45 éves alatt a 34 saját szerkezetű electrodok használata mellett faradikus áram behatására $\frac{1}{3}$ -ára kisebbedett meg, miközben a vérzés és a fájdalom is elmúlt és a nő súlyában 1.8 kgm.-mal gyarapodott. Egy három hónapos terhességnek megfelelő nagyságú fibromyomát látott eltűnni galván-árammal való kezelés követke-ztében Polubogatow N. L. dr.

A vulva és a húgyeső rákjának egy-egy esetét hozza fel Fratkan B. A. dr. Mindkét esetben recidiva állott be. — Sarcoma uteri 8 esetét ismerteti Varnek L. N. magántanár. Eseteiben sarcoma gyakorisága rákhoz viszonyítva 1:32; fibromyomához viszonyítva 1:24. Sarcomák egy része simulálja a rákot, más része a fibromyomát. Érdekes egy esete, a hol polypus sarcoma-tosus submucosus 5 évig állott fenn amennorrhoea mellett, köldö-kig érő daganatot képezett, a nélkül, hogy az általános egészséget zavarta volna.

Deciduoma malignum esetét írja le Iszszerszon Sz. M. dr., a mely 8-dik rendes szülés után fejlődött ki. Előbb placentaris polypusnak tartotta, de a méhkaparás nem állította meg a vér-zést; 10 hét alatt a méh akkora lett, mint 3 hónapos terhesség-nél. Ekkor gyanuba vette a d. m. s totalis exstirpációt végzett. A diagnosis helyessége azután be is igazoltatott.

Hagen-Torn I. E. dr. egy $33\frac{1}{2}$ kgm. súlyú cysta ovariit távolította el a laparotomia útján. — Húgyhólyagban kifejlődött dermoidalis cystát távolított el Bogajewszky A. T. dr. A beteg 8 évig húgyhólyag-katarrhusa ellen kezeltetett előzőleg. Voszkre-szenszky M. A. dr. egy öreg asszony felboncolásánál a méh egész falát kölesnyi-lenesényi cystákból állónak találta, a cysták hengerhámval voltak kibélelve és kocsonyás anyaggal kitöltve. Wolf féle test maradványának tartja. Echinococcus hepatis, omenti, et cavi Douglasi esetet operált Dombrowsky R. H. dr. A Douglasban lévő hólyaghüvely oldaláról lett felnyitva, suplimattal kimosva, joddal beecsetelve és kitamponálva. Más ízben laparoto-miát végzett s a másik két hólyagot a hasfalhoz odavarrta, majd 4 nap múlva feltárta s ugyanígy kezelte, mint előbbi. Gyógyu-lás. A Douglasban ülő hólyag vizeleti, székelési zavarokat és fájdalmat okozott. — Bukojemsky F. V. dr. ambulanter méh-kaparást végzett 116 esetben endometritis és 35 esetben vetélés miatt. A beteg 3 óráig megfigyelés alatt maradt, majd kitampo-nált hüvelylyel távozott. Endometritis $12\frac{0}{100}$ -ánál nem adott ered-ményt a műtét.

Lukasewics V. I. dr. állatokon tett petefészekátültetési kísérleteket. A növényevő állat petefészke átültetve húsevő állatba, 3 évig is tovább élt, de végre mégis atrophizált.

Jakobszon V. L. dr. Ott tanár kötöz-szobájának és műtö-termének levegőjét vizsgálta meg az iránt, hogy a vízzel való leöblítés e a gőzzel való telítés fertőtlenítés szempontjából milyen eredményt ad. A következőket találta: 1. A műtöteremben gőzmosás után a levegő aránylag tiszta s ilyen marad a műtét kezdetén is. 2. Járás-menés és sok ember jelenléte a műtöteremben nagyob-bítja a levegőben talált mikrobák számát. 3. A kötöz-szobában sokkal több mikroba találtatik, mint a műtöteremben. 4. Vízzel való mosás itt is csökkenti azok számát. 5. Műtöteremben patho-gen mikrobát nem talált, ellenben a kötözben genybakteriumok találtaknak.

Vaporisatióról előadást tartott Nowikow A. M. dr. (I. Cbl. f. G. Sitzungsbericht der P. Gyn. Ges. in St.-Petersb.).

Alexander A. N. dr. húgyhólyag- és nemi bajok villanyo-zása céljából az activ elektrodot a húgyhólyagba, a passiv elektrodot a keresztsontra ajánlja alkalmazni. (Azelőtt ő a végbélbe aján-lotta bevezetni az activ elektrodot. Megjegyzendő, hogy az ő activ elektrodja így van szerkesztve: izolált rézrúd végén egy kis platinalemezt alkalmazva; e réz egy állati hólyagba lesz befogva, melyben konyhasó-oldat van. Iyformán az áram a fémtől a sóoldathoz és a hólyag falához vezetetik s csak közvetve éri az emberi testet. Midőn pedig a húgyhólyagba vezet be az elektrodot, elesik az állati hólyag, melynek szerepét a physiolo-gikus konyhasó-oldattal kitágított húgyhólyag maga veszi át. Új hüvely-thermo-hydro-elektrodot szerkesztett Sztrökin V. A. dr.

Célja, hogy a villamos áram állandó irrigatio közben működ-
hessen, midőn is víz bontatik s az oxygen in statu nascendi hat,
és a polarisatio terményei eltávolíttatnak.

Az irrigator csövén 2 szénelektrod van alkalmazva; az
egyik szabadon végződik, a másik egy fémgyűrűvel érintkezik,
mely az irrigator csövet veszi körül. — *Intrauterin befecskendé-*
seket (Tra Jodit Alumol-oldat *Grammatik* tanár ajánlata szerint)
Bukojemsky V. F. dr. ambulanter végzett 3163 esetben. 40—50
befecskendezésnél többet egy betegnél nem végezett. Már 30
befecskendezés után mindig beállott a menopause. Eredményt
látott endometritis gonorrhoea et fungosa eseteiben, heveny
adnex-gyulladásoknál és 3 esetben kis fibromyománál is. Ellenben
sactosalpinxnél sikert nem ért el. Ezen eljárás mellett szól
Lebedew A. P. dr. is (Tra Jodit Alkohol). Nézete szerint ez el-
járás kapesán a lobos folyamat kiújulása csak tisztatlanságra,
magas nyomásra és a méhkimozdításra vezethető vissza. A
nyálkahártya a 40 befecskendezés után is szépen regenerálódik.

— *Gubarew* A. P. tanár ez eljárás alkalmazásakor óvatosságra
int. Adnexumok megbetegedésénél ő nem látott esetet, a hol ez
eljárás javulva lett volna. — Méhvérsékek ellen *Lyenewics* L. L. dr.
terpentin olajos tamponokat vezet a hüvelybe, *Kalabin* I. Sz. dr.
esalán- (*urtica dioica*) főzetet (10:200; 2 ór. 1 evőkan) ajánl.

A „német gynaekologiai társaság“ X-dik congres- susának tudományos tárgyalásai.

(Würzburg, 1903. június 2—6-dikáig.)

Közl: *Cukor Miklós* dr., v. klinikai gyakornok, franzensbadi
fürdőorvos.

I. A prolapsus-műtétek különös tekintettel azok végleges gyó- gyulására.

(Referensek: *Küstner O.* és *Martin A.*)

Küstner (Boroszló): A méhelőesés definitiójára nézve előadó azt
véli, hogy ha az uterus prolapsusát az határozza meg, vajon a portio
a hüvelybemenetet túlhaladja-e vagy sem, úgy ez gyakorlatilag éles és
czélszerű lehet, azonban lényegében nem az, ha tekintetbe vesszük amaz
ismert tényt, hogy ugyanazon előesés ugyanazon nőnél a különböző visz-
nyok mellett majd jelent, majd pedig nem jelent méhelőesést. A klinikára
méhelőessel felvett asszonyokon néhány napi fekvés után csupán a
hüvelyelőesés demonstrálható. Az előeső hüvelyfal előesése a méh sülve-
dését jelenti csupán; hüvelyelőesés és méhelőesés két különböző dolog.
A méh sülvedéséből fokozatosan fejlődik a méh előesése és az előeső
hüvelyfal előesése a méhelőesésnek csak előstadiumat képezi. A hátulsó
hüvelyfal előesése létrejöhet egészen különállóan a méh sülvedésétől
és többnyire régi gátrepedéseknek következményeit képezi, e mellett
gyakran a méh helyzete egészen normális. Vannak prolapsusok, melyek-
nél a vagina felső részén különös sajátosságot találunk; ugyanis ez az
előesett portio mögött egy aránytalanul nagyfokú elődomborodást képez,
mely a megtekintésnél egy mélyen álló Douglas-ürnek látszik meg-
felelni.

Miután *Freund* vizsgálatai óta tudjuk, hogy a mélyen lenyomuló
Douglas az infantilismusnak egyik anatómiai sajátosságát képezi, ezen
prolapsusokat a genitalis infantilismusnak ezen alakjával lehet össze-
függésbe hozni. Az előeső Douglasnak, az excavatio vesicouterinának
mélyebb állása is embryonalis sajátosság, miért is a prolapsusok némely
eseteiben annak szintén aetiologiai szerepet kell tulajdonítanunk.

Az uterus és a szomszédos szervek a prolapsus okozta elváltozásai-
nál a méh rendesen tetemesen megnagyobbodva, a cervix megnyúlva és
megvastagodva van. Ez oedemán alapszik. A portión fekélyek képződ-
nek. A húgyhólyag dislocatioja és difformatioja által, kisebb vagy
nagyobb cystokele alakjában vesz részt. Az urethra szintén dislocálva
van. A rectokele egészen nagy prolapsusoknál is teljesen hiányozhat.
A medence peritoneuma rendkívüli petyhüdt és tágult. Előeső és
hátulsó excavatio tetemesen mélyebb. A parametran szövetek szintén
igen petyhüdték, a ligamentum rotundum függesztő szálak izomzata
megvastagodott. Az esetek 20%-ban a medence peritoneumon és az
adnexumok körül gyulladásos folyamatok vannak.

A prolapsus aetiologiáját illetőleg előadó azt tartja, hogy az a
méh rögzítmódjának elégtelenné válása által keletkezik. Azon szervek
és szövetsorok, melyek a méh összorganizmusát képezik, nem tel-
jesítik többé feladatukat a méhet normális helyzetében és állásában való
megtartásukat illetőleg. A medencefenék mindenesetre a medencebeli
szerveknek fontos támaszául szolgál a prolapsus keletkezésére nézve,
azonban még sem ennek hiánya a legfontosabb, hanem az, hogy a
medencealap elvesztével a medencebeli képletek függesztő készülé-
keire hárul nagyobb feladat. Ez okozza azután azt is, hogy a
függesztő szálak sima izomzata, mely által a méh rendes állásában
tartatik, ezen feladatára szintén elégtelen lesz. A ligamentum latumnak
alsó részlete a lig. cardin. rejti azon masszív izomkötegeket, melyek a

rendes helyzetéből a húgyhólyag és végbél különböző telődése által
kimozdított méhet normális állásukba visszatérítik. A medencefenék
elégtelensége miatt ezen izmokra kettős feladata hárulván, azok eleinte
hypertrophizálnak azonban végre is elégtelenek lesznek. Ennek követ-
keztében az uterus retroversio-flexioba kerül és a haspréssel szemben
keletkezett helyzetbe jut, a hasprés az uterust a vagina tengelyében
mélyebbre tolja, a retroversióból descensus, a descensusból prolapsus
keletkezik.

Azon régebbi nézet, hogy a gát defectusánál az előeső hüvelyfal
veszíti el támasztát, descendál, prolábál és vele együtt a vele ad-
haereus hólyagrézlet, — melyet lassanként a portio és uterus követ —
ama megfigyelésre támaszkodik, hogy egyrészt a reponált előesés ki-
nyomási kísérleténél a vulvában előbb az előeső hüvelyfal jelenik meg
és csak azután a portio és uterus, másrészt, hogy az előeső hüvelyfal
előesése az esetek legnagyobb számában cystokelel együtt jár. A
hüvelyfal által gyakorolt húzás azonban a hasprés szerepéhez képest
elenyészően csekély, különben is a húgyhólyagnak a prolapsusnál ön-
állóbb szerepe van, mint azt mindeddig felvették.

Az általános ellazuláshoz a hólyagot fixáló szövet is ellazult, a
húgyhólyag paracystiumban van meglazulva. A cystokele pedig maga
a prolapsus keletkezésére befolyással bír az által, hogy cystokelenél a
húgyhólyag alsó részének mélyebb helyzete folytán az antero-postero
átmérő rövidült, mi által a portionak előrejutása a descensusba és a
prolapsust megelőző retroversio létrejövése meg van könnyítve.

A prolapsus prophylaxisa a retroversio-flexio prophylaxisában áll,
mely viszont egyrészt czélszerű, derekat nem fűző ruházkozásban, más-
részt helyes gyermekágyi diatetikában nyilvánul. A gyulladásos folya-
matokon alapuló deviatiók elkerülték a gyulladások prophylaxisában áll.

Egyik therapia sem képes oly tökéletes status quot elérni, mint
a rationalis pessariumkezelés. Munkás-osztálynál ez nehézségekkel jár,
miért is a műteti eljárás itt inkább helyén való. A műtétek közül
ventrifixura, vaginaefixura és Alexander közel egyenlő eredményeket
nyújtanak.

Fixált retroflexióknál massage vagy Schultze és gyűrű; vagy
előeső colpotosia, adhaesiók szétválasztása és vaginaefixura vagy lapa-
rotomia adhaesiók szétválasztása, adnexkorrektúra és ventrifixura legyen
az eljárás.

Az előesés kezelését illetőleg az elv a műteti eljárás.

A műtétek kétfélék, conserválók és roncsolók. Vannak átmenetet
képező műtétek. A conserválók a nemzés, fogamzás és szülés lehető-
ségét fenn akarják tartani, — a radicalisak a méhet és vaginát eltávo-
lítani. Elvileg előadó szerint az első részesítendő előnyben, erre ösz-
tönzik őt, magának Hegar-nak jó eredményei. A recidivákat azonban
annak tulajdonítja, hogy Hegar műtete a méh rendellenes állását figyel-
men kívül hagyja, miért is előadó elvileg Hegar műteteit végezve
prolapsusoknál egyúttal ventrifixatiót is végezett.

Miután azonban ventrifixatióval a méhet elég magasra függeszteni
nem lehet és a túltengett portio továbbra is mélyen áll, az utóbbit
Alexander-műtettel pótolta. A méhnek rögzítése után a portio túl-
tengése miatt portio amputatiót végezni ép oly hiba lett volna, mint
megfordítva a vaginalis műtét után az abdominalisat végezni. Mióta
azonban gummi-kezttyűvel operál, ez utóbbit bátran végzi a portio
előzetes amputatioja után.

A kolporrhaphiáknál az eredeti Hegar-műtétől eltért. Az előeső
hüvelyfal a felesleges részt ovalis alakban resecálja és a húgy-
hólyagot feltolja. A hátulsó kolporrhaphiát az egyszerű Hegar-féle
háromszög, de szívesebben a *Freund* és *Martin*-féle kétlebenyes met-
szések szerint végzi. A *Lawson*, *Tait*, a *Winkel* és a *Neugebauer-Lefort*-
féle eljárások az előbbiekkal nem versenyezhetnek.

Az uterusnak a ventrifixationál való nem elég magas felfüggesz-
tése miatt előadó az esetek egy sorozatában annak a hátulsó medence-
falhoz való fixálását is végezte a promontorium magasságában, de attól
elállott, mert jobb eredményeket ez, mint az antefixatio nem mutatott.
A hol a végbél is elő van esve, ott annak abdominalis rögzítési módja
a legjobb eljárás.

A *Wertheim*-féle túlfokozott vaginaefixatiót azon szempontból
tartja czélszerűnek, mert ott a méh helyzete miatt az a hasprés káros
hatása alól egészen ki van véve. Kellemetlen csak az, hogy a gyógyul-
tak a mélyen a vaginába levő méhet érzik és kezdődő recidivának vélik.
Mindenesetre kedvezőbb az eredmény a *Fritsch*-féle módosításnál, hol a
méh alsó része egy hátsó kolporrhaphia sebbe lesz behegesztve.

A radicalis eljárások jogosultságát semmiesetre sem vitatja el,
ha azok az állandó gyógyeredményekre nagyobb biztosítékot nyújtanak,
mint a konserváló műtétek. Ezen feltételek mellett első sorban az azon
nőknél kíván létjogosultságot, a hol műtét czélja elsősorban a munka-
képesség helyreállítása.

Féjtegetéseinek alapjául szolgált

1. 17 műtét ventrifixatióval és hüvelyszűkítő műtéttel, melyet
Dorpatban végeztek;

2. 143 eset, melyeken antefixatio és hüvelyszűkítő műtét történt
(*Boroszló*);

3. 239 eset a boroszlói klinikán végezve. Különböző műtétek
(ventrivaginae és promontorii fixatio és *Wertheim*-féle, köztük néhány
totalexstirpatio.)

Az idő rövidsége miatt az összes esetek ellenőrzése — az állandó
gyógyulást — illetőleg kivihetetlennek bizonyult, azok egy részére
vonatkozó *Christiani*-tól összeállított statistika szerint

65.7%-ban kifogástalan a gyógyulás,

25.2%-ban hüvelyrecidiva,

9.00%-ban teljes recidiva lépett fel.

Martin A. (Greifswald). Előadó azt tartja, hogy a prolapsus egy általános megbetegedésnek, egy általános táplálkozási zavarnak részjelenségét, localis tünetét képezi. A betegek nagy számánál, azon trauma, mely a szülésnél a genitál szerveket éri, csak egy végtelen alkalmi okot képez a betegség kifejlődésére. Az előesések létrejövésének megakadályozására, prophylaxisára nagyobb mérvben kell ügyelnünk, mint az mindeddig történt. A prophylaxishoz tartozik a medenczefenék és hüvely sérüléseinek gondos és korai megszüntetése, a gyermekágy rationalis kezelése, rationalis ápolás súlyos általános megbetegedések után és a klimakteriumban.

A előesések műtéti kezelése akkor nyújt kilátást biztos sikerre, ha a műtét az egyes elváltozásokkal külön számot vet. Nem elégséges csupán a hypertrophikus nyákhártyatömegeket eltávolítani, hanem az uterust és a medenczefenék kötőszövetnek összességét be kell vonni a műtét keretébe és a műtét terv a hüvelybemenet teljes rekonstrukciójában nyerjen befejeződést.

Az egyes elváltozások figyelembe vétele az esetek legtöbbszörében a méh rögzítését teszi szükségessé, mely a jelenlévő zavarok szerint a méh és a szomszédos szervek egymáshoz való viszonyainak megfelelőleg, majd a vaginae, majd a ventrifixatióban, majd az Alexander Adams-féle műtétben nyerhet kifejezést. Különös gond fordítandó a hólyag kihelyeződésének megszüntetésére, azt pedig, hogy erre nézve mely módszer a legmegfelelőbb, vajjon a hólyag basisának visszatolása (Raffung) vagy pedig vesicifixura, vagy retrofixatio avagy az uterushoz magának aláhelyezése, azt a jövő fogja eldönteni.

Az uterushoz eltávolítása oly esetekben indikált, a hol a normális helyzetű vagy prolapsált uterus megbetegedése ily radicalis eljárást motívál. Ha az uterus maga lehetőséget kínál arra, hogy támasztó készülékül szolgáljon, úgy Freund W. A., Wertheim és Fritsch műtéti eljárásai további latolgatást érdemelnek.

Ha azonban a méh, a hüvely és a többi medenczefenék szervek igen nagyfokú petyhüdségük miatt létjogukat a medenczében elvesztették, az összes tömegnek az eltávolítás mint az utolsó gyógy-eljárásnak eszközlése válik szükségessé.

A míg egyes műtők az uterus eltávolításával és kolpoperineoplastikával megelégedtek, az utolsó években javaslatba hozott egyúttal a felesleges massákat is resecálni. Ide tartozik Jakob, Quenn, Gottschalk, Delbet, Pozzi, Hartmann stb. különböző eljárása. Németországban legelőbb Fritsch végeztet ily műtetteket és a vaginalis uterus-exstirpáció után a hüvelyboltozatból kiindulva a hüvelynek nagy részét resecálta. A totalexstirpáció uteri és a vaginae resectioja még mindig nem mutatott kielégítő eredményt, miért is előadó az uterus exstirpációja után a hüvelynek exstirpációját is végezte és az eredmények igen kielégítőek voltak. Ha a genitál szervek teljes eltávolítása után a seb-törlésér tántog, úgy az az introitusban haránt varratok által igen jól összehúzható, vagy végül is a gátat perineauxesis által egész az urethráig meg lehet hosszabbítani.

Az ezen mód szerint operáltak száma azonban még kevés és még a gyógyulás megfigyelése sem oly időtartamú, hogy az „ultima ratio” ezen műtété felett, az utolsó szó kimondható volna. A 19 operált közül 16 a munkás-osztályhoz tartozik, és mindegyik korának meg nem felelőleg nagy fokban senilis.

E tárggyhoz tartozó előadások.

Halban (Bécs). A prolapsusok anatómiájához és aetiologiájához. Előadó Tandler-rel közösen, a prolapsusok anatómiai viszonyait megfigyelendő, prolapsussal bírt nők lulláin vizsgálatokat végeztet és azok alapján méhhüvelyprolapsust és hypertrophikus elongatiót különböztet meg. Az utóbbinál az anatómiai lelet a normálshoz hasonlít, míg a tényleges prolapsusoknál az egész medenczefenéknek maximalis descensusa van jelen, mint az a m. levator ani, az anus, az urethra, a gát fekvéséből látható. A hypertrophikus elongationál nem a cervix van elongálva, hanem a méh alsó segmentuma, a mint az a belső méhszáj és a peritoneum viszonyainál a vizsgálatoknál kitűnt.

Ziegenspeck (München). A prolapsusok okát az abdominalis és atmosphaerikus nyomáskülönbségekben keresi. A prolapsus uteri keletkezésére a feltételek akkor vannak meg, ha a portio vaginalis a medenczefenék nyílásában van, hol a nyomáskülönbségeknek ki van téve.

Schatz (Rostock). A medenczefenék és az uterus leszakadásáról mint a prolapsusok okairól. Előadó szerint, ha a nő a szülésnél erőlködik és tolónyomásokat végez, még mielőtt a hüvely a fej felett egészen visszahúzódott volna, akkor a hüvelynek a medenczefenékéről való leszakadása lép fel. Az oldalsó hüvelyrepedések által pedig a medenczefenéknek harántfeszülése vész el.

Schäffer (Heidelberg). A descensus és a prolapsus pathológiájáról. Előadó prolapsusoknál a vér viszonyait vizsgálta. A komplikatio nélküli decensusoknál, mint a descensus uteri előjeleinél az uterushoz activ arterialis kongestiót talált, melyet primaer vasomotorikus zavarnak tart, mely a súlyos vérkeringési folyamatokkal parallel halad. Valószínűleg az ezen hyperaemia következtében fellépő finom szövet-oedema a rugalmasság csökkenését okozza.

Koblanek (Berlin). A prolapsus-műtétek maradékosztályáról. Előadó az esetek következő megkülönböztetését ajánlja: gyógyulás, nem gyógyulás, és relativ gyógyulás. 51 prolapsus-műtét négy évi megfigyelési idő után 44%-an teljes, 22%-an recidiv, 34%-ban részleges gyógyulást eredményezett. Szülés után recidivák rendszerint felesleges szülési beavatkozásoknak köszönik keletkezésüket. A mi prolapsusoknál az uterus helyzetét illeti, az 388 esetben retrovertálva vagy retroflex-

tálva, 123 esetben normális helyzetű volt. Negyven esetben pedig atrophizálva.

Schauta (Bécs). A súlyos prolapsus-esetek műtéti elöl.

A prolapsusok műtéti kezelése három csoportra osztható:

1. Plasztikai eljárások a hüvelyen, a gátan és esetleg a portión.
2. Plasztikai eljárásokon kívül előrehelyezése a hátrahelyezett méhnek a lig. rotund. és sacrouterinának ventralis vagy vaginalis fixatioja (Alexander stb.).

3. Öreg nők igen nagyfokú előesésénél az antefixatio kívül az uterushoz a hüvelyeső plasztikai elzárására való felhasználása: Freund, Wertheim, Fritsch-féle műtétek.

Előadó 1899 óta a harmadik csoportba tartozó eseteknél, a II-ik és III-ik csoport műtétei között középpállást elfoglaló műtétet végez, a mennyiben az uterust a peritonealis ürből ugyan kihelyezi, azonban azt nem a hüvelybe, hanem a septum vesico vaginaleba hegeszti be. Ezt követi a szükség szerinti terjedelmű kolpoperineorrhaphia, gyakran előzetes portio-amputatioval és a lig. — sacrouterinum megrövidítésével.

Ezen műtét előnye a cystocele visszatartásában, a coitus lehetőségének megtartásában állanak. A terhességnek sima lefolyása természetesen ki van zárva, miért is a még terhességképes nőknél a teherbejutást, a tubák resectiojával ki kell zárunk.

Előadó ezen methodus szerint 40 esetben operált egy recidivával. Itt is, mint minden prolapsus-műtétnél, a legfontosabb dolog a septum recto-vaginale elégséges megerősítése.

Minden műtéti mód, mely a nemzőképességet megtartja, mutat recidivát. A legbiztosabb methodus a Freund és Fritsch-féle, azonban ezek nagy fokban roncsoló műtétek.

Döderlein (Tübingen). Schauta eljárása szerint 36 esetet operált jó eredményekkel és egy esetet bemutató.

Bumm (Halle). A prolapsus-radical-műtétek eredményeiről.

Ha műtét után egy év múlva recidiva nem lép fel, tartós gyógyulásról beszélhetünk. Bumm rossz eredményeket látott

1. a medenczefenék elégtelenségénél,
2. az uterus dislocatiojánál.

Az első esetre a Hegar methodust ajánlja, a másodikban az uterus fixatióját kell végezni. A hüvelyhez való rögzítés nem ajánlatos, a méh ugyan jól fekszik, de az előesésnek kellemetlen érzete állandóan megmarad. Az Alexander-Adams vagy az Olshausen-féle műtétet ajánlja.

A legjobb eredményeket mindenesetre a totalexstirpatio nyújtja; sajnos, hogy gyakrabban nem végezhető; e műtét a betegeket teljesen meggyógyítja. Természetesen csak oly nőknél végezhető, kik a 40-dik életévhez közelednek. B. 105-ször végezte és 93%-ban teljes munkaképességet ért el, 75%-o objective gyógyult.

Schauta eljárása alig ajánlható, mindenesetre azonban az eredményeket be kell várunk.

B. különös figyelmet arra, hogy prolapsus-műtétnek, a hüvelygátot állandóan ellenőrizni kell; a hólyaghurut a gyógyulást nagyon veszélyezteti.

Mackenrodt (Berlin). Megjegyzések a prolapsus-műtétekhez.

A prolapsusok aetiologiáját, — mely véleménye szerint a medencze ideggöcczoknak a szülési trauma utáni elváltozásában áll — az elhangzott fejtegetések nem tisztázták. A méh és hüvely függesztő készülékei jobban tanulmányozandók. Freund és Rosthorn munkái óta a vizsgálatok e téren új eredményt nem mutatnak. Halban és Tandler munkái előadó vizsgálatai is megegyeznek, a melyek már be lettek ugyan mutatva, de nem terjedelmesen közölve. Referensekkel szemben az általános constitutiót a prolapsus keletkezésére nézve befolyás nélkülnek tartja; ámbár enteroptosisoknál előfordulhat prolapsus, de véletlenül, azaz egy szülési trauma folytán; de e nélkül nem; míg ellenben az enteroptosis, prolapsus nélkül, előzőleg már igen nagy fokban fennállhatott és sok esetben a szülés és a nagyfokú enteroptosis dacára a prolapsus nem keletkezik. M. a prolapsust tisztán localis megbetegedésnek tartja, melynek okát nem általános okokban kell keresni. A medenczefenék kötőszövetnek részleges, pl. egyoldalú vagy pedig általános trophiája szerint a medenczefenék szervek súlyos elváltozásai különböző alakban jelentkeznek. Kezde az egyszerű féloldali ferde állástól egész a teljes előesésig. Nem osztja Schatz véleményét, hogy a levator ani leszakadása a medenczefenék kötőszövet atrophijájának oka lenne. A medenczefenék a szakadási hegek mindig zsugorodással gyógyulnak, miért viselkednek másként a levator ani.

A therapiában a palliatív eszközök nagy szerepet játszanak, nevezetesen a legkorábbi alakjainál és jobbmódú nőknél moórfürdők, kimélés, kis pessariumok, melyek ideiglenesen viselendők, gyakran a kisfokú súlyos visszafelépülésére és tartós gyógyulásra vezetnek. Helytelen az ilyen palliatív módszert eléggé nem méltatni, mert a műtét maga is csak egy palliatív mód, mivel az plasztikai hatásával megszünteti ugyan a prolapsust azonban csak később vezet tartós gyógyeredményhez azáltal, hogy a kötőszövetben okozta secundaer elváltoztatásait, az atrophiat meggyógyítja. Azért helytelen minden túlzott műtévest, mely a syntopia visszaállításánál többet akar elérni. Minden bizonyos fontos, hogy ezen konservatív palliatív műtét exact módon végeztesse, hogy egyúttal a prolapsusnak mechanikus gyógyulása is elértesse, mely konsolidálódva a csatlakozó kötőszövetelváltozásokkal vezet tartós gyógyuláshoz.

Theilhaber (München). A vagina resectioja mint a hüvelyprolapsus gyógyításának módszere.

A nagy genitálprolapsusok túlnyomóan az előlő hüvelyfalnak primaer prolapsusai, primaer uterusprolapsus ritka. A retroflexio másodlagos és nem oka a prolapsusnak. Gátrepedések és berepedések a septum rectovaginaleba olykor a hátulso hüvelyfalprolapsus keletkezésére befolyással vannak, de nem okai az uterusprolapsusnak. T. az előlő

hüvellyel előesésénél csak az elülső hüvellyel resecálásának végzését ajánlja.

Gebhard (Berlin). Az uterus vaginalis ventrofixatiojához. Vaginalis ventrofixationnak 54 esetéről számol be. A hólyag visszatolása és az elülső Douglas megnyitása után a lig. rotundák tapadási helyén át az uterust hosszú catgut-fonalak lesznek vezetve, melyek felpócolt medenczefekvésben a hasfalra át tüvel átvezetve és azután csomózva lesznek és így lesz a méh az elülső hasfalhoz fixálva. Ötvennégy eset közül 49 recidivamentes maradt.

Asch (Boroszló). Meggátolhatók-e a prolapsus-műtétek recidivái valamelyes eljárással?

Asch a ventrofixationál kis hasseben át az uterust előremeli, de nem az alsó sebszögletbe fixálja, hanem a szem ellenőrzése mellett ez alatt az elülső hasfalra és azután a hasüreget etage-varrattal zárja.

Kolpoperinorrhaphiánál *Asch* a *Hegar* és *Tait* eljárásainak egy kombinációját végzi.

Vita.

Heinricius (Helsingfors). Fiaitálabb nőknél a prolapsus-műtéteknél plastikus hüvelyműtétet és a ventrofixatiót *Czerny* szerint végzi, a klimakteriumban levő nőknél az uterus teljes extirpációját *Doyen* szerint, az elülső hüvellyel resectióját és ha szükséges kolporrhaphiát végez.

Amann (München). A súlyos prolapsus-műtéteknél különválasztja az eseteket, hol a fogamzási képesség megtartandó, az esetektől, melyek a klimakteriumban vagy az előtt vannak.

Mindig megjavítandó a méh rendellenes fekvése az első csoportnál, az *Alexander-Adams*-féle műtéttel, melyet *Amann* inguinalis koeliotomiával és Bassini-vel egyesít; csak ritkán van ventrofixatióra szükség, mely suprasymphysaer harántmetszéssel végezhető. Az ezzel egyesített plastikánál a Douglas-peritoneum resectioja is végezhető; perineoplastikánál a levatorrostok exact egyesítése a főkéllék.

A második csoportba tartozó eseteknél a méhnek a septum recto-vaginaleba való átültetését ajánlja; igen nehéz steril prolapsusoknál, *Amann* a méhnek előre fordításával és a *Freund-Fritsch*-féle átültetésével annak a vaginába, igen jó eredményeket ért el.

Fränkel (Boroszló). A ventrofixatio könnyen okoz ventralis herniát, azért *Fränkel* azt nem az alsó szögletbe, hanem az alá fixálja. A kolpoperinorrhaphiánál *F.* a *Tait-Sänger* és *Hegar* műtétek egy kombinációját végzi; melynek előnye a gyors kivihetőségben és vérvesztes csökkentésében nyilvánulnak.

Sellheim (Freiburg). *Küstner* véleményéhez csatlakozva, ő is azt tartja, hogy az excavatio vesicouterinának mélyebb állása embriyonális állapot, mely talán ép úgy állandósulhat mint a Douglasnak mély volta. Nulliparák medenczemetzeteit demonstrálja, melyeken más fejlődési hiányok mellett igen mély Douglast és rendkívüli mély plica vesicouterinákat mutatnak. Más fejlődési hibák közül prolapsusra rendelkeznek: a méhnek vesesületett hátrahajlása és hiányos gátképződés.

A műtét kezelést illetően a freiburgi női klinikán mint annak előtte az a nézet uralkodik, hogy elégséges plastikus műtéttel a legsúlyosabb genitálprolapsus is meggyógyítható.

A hátulfekvő méhnek helyzetjavítását a plastikával csak akkor egyesítik, ha azt vélik, hogy a beteg egyes panaszai ezen alapszanak. Ezen viszonylagosan ritka eseteknél az *Alexander-Adams*-műtétet mint a legkisebb fokban behatékát, a többiek elé helyezik.

A prolapsus-műtétek eredményei a következők voltak:

tökéletes gyógyulás	79.40%-ban
teljes recidiva	20.60% „
könnyű recidiva	17.30% „
nehéz recidiva	3.40% „

Az átlagosan 20% recidiva okai beállott szülésekre és ama körülményre vezethető vissza, hogy fiatal nőknél, tekintettel a beálló szülésre a felfrissítést készakarva és csak kis terjedelemben végezték.

Kehrer (Heidelberg). A prolapsus műtéteknél az egyes különböző varratoknál mutatózó különböző gyógyeredmények ama különböző feszülési viszonyokból magyarázhatók, melyek gummilabdákra végzett hasonló kimetszésekkel azokon jól demonstrálhatók és melyek előadási czélokra jól felhasználhatók.

Pfannenstiel (Giessen) szintén *Schauta* álláspontján van. A recidiva főveszedelme a cystokelebe rejlik. Ez elégséges módon csak vaginaxurával hárítható el, melyet *Pfannenstiel* 7 év óta körülbelül úgy végez, mint azt *Schauta* végzi, nem az esetleges retroflexio miatt, hanem egyedül a cystokele miatt. A teljesen leválasztott hólyag, a méh hátulsó falára és ez elülső falával szélesen a vaginára lesz helyezve. A hüvely gyakran megrövidítendő, mert a méh hossza és az elülső hüvellyel nem mindig felelnek meg egymásnak. Fontos, hogy a vérzés teljesen csillapítandó és csak azután egyesítendő a hüvely, tehát nem alkalmazandó egyszerre vérzésesillapító és egyesítő varrat. Azonkívül magas gát képzendő. Ezen műtét olyan nőknél is végzendő, kik még fogamzásra képesek. *Pfannenstiel* 268 prolapsus-műtétet végzett, ezen eljárás szerint 121 esetet operált, a többinél az uterust varrással rögzítette. A portio-amputatio elkerülhető az által, hogy a nőt hosszabb ideig fektetjük. Egészen atrophikus uterusról a *Fritsch*-féle eljárást a *Freund-Wertheim*-mal szemben előnyben részesíti, mivel az uterust mint a hólyag pelottája, e czélra nem elégséges. Ellenzi a totalexstirpációt.

Döderlein (Tübingen). Incomplet és complet prolapsusok élesebb megkülönböztetését kívánja. Az első főleg fiatal nőknél fordulnak elő, a második csoportba tartozó prolapsusok, főleg oly nőknél fordulnak elő, melyeknél a fogamzási képesség már szóba nem jön. Az első csoport számára a plastikát ajánlja, a második csoportbelieknél a plastika már nem elégséges műtét eljárást képez. Complet prolapsus esetéi

közül 75% 40 éven felüli volt; ilyen nőt a gyógyítással egyidejűleg totalexstirpationnal sterilekké kell tenni. A totalexstirpation minden esetben indicálva van hypertrophikus és ulcerativ folyamatoknál. *Döderlein* 63 esetben végezte, három halálesete volt. Az eredmények igen háladosak. Azonban ajánlatos volna a hüvelyt is eltávolítani. Teljes prolapsusoknál teljes extirpation ajánlatos.

Fritsch (Bonn) főleg erős asszonyoknál és nem gyengéknél talált prolapsusokat, mely egészen localis megbetegedés. Az általa ajánlott eljárásnál az uterus a cystokelenek nem támasza, hanem az felfelé húzást gyakorol. Ha nagy az uterus, totalexstirpation ajánlatos; máskor meg, a gát megerősítése *Frank* szerint. Emboliát mint *Bumm* nem látott sohasem, a régi *Simon*-féle eljárás szerint operál. A ventrofixatiót jónak tartja, de nem épen szükséges. Vaginaefixatio elvetendő, a vizelésnél állandó panaszok maradnak vissza. Portio-amputatio csak fekélyképződésnél végzendő.

Prolapsus meggátolására a pessarium-kezelés igen fontos, főleg a puerperium után. Cervixrepedések *Emmet*-féle műtéttel prophylactice kigyógyítandók. *Fritsch* minden műtét előtt desiniciálás végett az uterust 1 liter sublimat-oldattal kiöblíti.

Wertheim (Bécs). Két általa operált esetnek, a halál után kivett praeparatumait mutatja be. Hogy az elülső hüvellyel bevarrt uterus csupaszon hagyandó; vagy pedig többé-kevésbé a hüvellyel befedendő, az *Wertheim* szerint lényeges jelentőséggel nem bír.

A *Bucura* által közölt esetek még eddig sem recidiváltak. Azaz egyes eseteknél erős nyomásnál megfigyelt mutatózása a fundusnak a labiumok között, a mély rögzítésre vezethető vissza, de nem recidiva. *Wertheim* műtétét esetlegesen a lig. sacrouterina megrövidítésével egyesítve a legsúlyosabb eseteknél is elégségesnek tartja, a nélkül, hogy az extirpationnak és a *Freund-Fritsch*-féle műtéteknek hátrányai val járna.

Chrobak (Bécs). A prolapsus definitioja még mindig hiányos. Az elongatio colli nagyobb figyelmet érdemel. Ektropionált, lacerált és hypertrophikus portiók eltávolítandók. Hosszú, intravaginalis portio a hüvellyel együtt illeszkedik és létrehozza a retroverziót, a prolapsusok első fokozatát. Általános kezelés fontos. Ő is azon nézetben van, hogy sovány egyéneknek könnyen keletkezik prolapsus, azonban nem a sovány-ság annak oka, hanem a lesóványodás. Ezzel *Fritsch* nézete is jól meg-egyeztethető. *Chrobak* összesen 1100 prolapsust operált, melyek közül 470-et *Hegar-Simon* szerint. Ezek közül 314-ről kapott tudósítást, 84 esetben jó eredményről. 68 ismét terhes lett, ezek közül fele számnál szülés után is jó maradt az eredmény. Véleménye szerint a műtéttel funkcióképes szerv elérését kell czélozni, azaz kedvező viszonyokat a közösülés, nemzés és szaporodáshoz. Mint műtét eljárást itt ajánlandó: ventrofixatio és a lig. rotundákra a hüvellyel át való megrövidítése. Ivarképes korban a castratio elvetendő. Vaginaefixatio sem ajánlandó. Egy teljesen kielégítő eljárás ez idő szerint nem létezik.

Freund (Strassburg). Az infantilismus szerepet játszik a prolapsus aetiologiájában, hátul bélsúlyedést, elől hólyagsúlyedést okoz. A recidiva meggátolására a hólyagsúlyedést megszüntetése feleltes fontos. A műtét eredmények javultak, mióta nagyobb és véresebb beavatkozások végeztek. A ventrofixatiót igen jónak tartja, még kevés általa okozott panaszt észlelt. Maga prolapsusoknál totalexstirpation végzendő. A totalexstirpation elvileg csak a menopausában és csak akkor végzendő, ha a kopulatio ki van zárva.

Martin (Greifswald). Zárzó. Tekintettel a rövid időre, mely miatt sok, vitára jelentkező véleménye a congressus döntése folytán nem volt meghallgatható, a vita nem teljessége miatt zárvától eláll.

Küstner (Boroszló). Zárzó. A prolapsusok kezdetéről és keletkezéséről még mindig mitsem tudunk.

Minden műtő fixáló uterus-műtéteket végez és mindegyik hangsúlyozza azonkívül a vaginalis műtéteket. Az eredmény mindegyik műtétnél közel egyforma; a totalexstirpation sem nyújt több eredményeket.

Küstner még egyszer ajánlja az uterus antifixatióját és a hüvellyel megszűkítését.

II. A méhen kívüli terhesség anatómiája és therapiája.

(Referensek: *Veit* és *Werth*.)

Veit (Erlangen): *Werth*-tel egyetértve elfogadja *Spee*-nek és *Peters*-nek nézetét a petének az uterus nyálkahártyájában való első beágyazásáról. Hogy a beágyazás a méhen kívüli terhességnél ugyanily módon megy-e végbe, e felől különböző módon lehet vélekedni, mivel mind-egyik teljes bizonyító erővel bíró készítmények hiányoznak. Per analogiam következtetést vonni az uterusról a tubára lehet, de annak helyességét minden igyekezet dacára mindeddig bebizonyítani nem sikerült.

A nézeteltérés azonban ama kérdésben kulminál, van-e a petének e mellett roncsoló hatása is, vajjon ez, mint *Werth* mondja, valóban önönmagának az ágyát, de a sirját is készíti-e. Hogy a pete az uterinalis vagy a tubaris epithelben készen lelné a folytonosság hiányát, eme feltevéshez *Veit* szerint minden alap hiányzik. Szerinte érthetetlen az is, mint lenne a pete eme nyílás fúrása képes. A tuba falában található (*Veit* szerint) anyai vagy (*Werth* szerint) foetalis eredetű szövetek a pete roncsoló tendenciája mellett még mitsem bizonyítanak. Még ha annak kimutatása sikerülne is fog, hogy azok foetalis eredetűek, akkor is inkább azt hinné *Veit*, hogy azok a nyirok- és vérárammal praeformált szövetfűrökbe behurczoltattak, mintsem, hogy azok invasióra képesek lennének.

A reflexát részben a tuba redői alkotják, e mellett azonban létezik

egy valódi reflexa is. Az epithel ama hiánya, melyen át a pete átjut, ismét befedődik és az ezen tetőzetet képező szövet a reflexa. Az spontán eltűnhet, usuratio vagy ruptura folytán tönkremehet, de eredetileg megvolt.

A *tubaris decidua* képződésére nézve *Veit* és *Werth* között csak fokozati különbség van, a mennyiben *Werth* elismeri, hogy a tuba falában található egyes sejtek deciduaszerűen elváltozott kötőszövet-sejtek.

Élő *extrauterin* beágyazott peténél mindig műtét van indokolva, és pedig a petezsák extirpátója; az abdominalis út előnyt érdemel, ugyan az utóbbi időben a vaginalis műtéttel is jó eredmények lettek elérve.

Elhalt, korai magzatnál, mely a petezsákban fekszik, műtét van indikálva; ha a pete ki van küszöbölve, a további resorptio várható. Csupán ha kiújuló tünetek jelentkeznek, kell műtétet végezni, és pedig ismét lehetőleg a petezsák extirpációjával.

A hasúrbé történő vérzésnél azonnal műtét végzendő, ha az életet veszély fenyegeti, nagyfokú elesettségnél lehetőleg várakozni kell.

Későbbi elhalt magzatnál, ha a közérzetben komoly zavarok lépnek fel, a petetömlőt mindig kiirtandó.

Tekintettel az aránylag mindig jó prognózisra, a petezsák kiirtása akkor is végezhető, ha az semmi tünetet nem okoz. Okvetetlen operálni kell a petezsák tartalmának *elevesedésénél*, és pedig itt a drainage van javalva.

A műtét technikáját illetőleg fontos tudni, hogy minden petezsák kocsányos és a vérzés az odavezető edények lekötésével szűnik meg.

Werth (Kiel) ama állásponton van, hogy a pete növekedése az anyai szövetekkel szemben már eleve roncóló hatást fejt ki. Azon a helyen, a hol anyai és foetalis sejtek egymással érintkezésbe jönnek, az anyai sejtek coagulációs nekrosisa lép fel; erre vezethetők vissza az anyai határszövetben rendszeren, bárha nem is oly egyöntetűen mint az uterusban, előforduló fibrinociklok is. A szövetroncsolódás nem következménye csupán a peteágyban fellépett vérzésnek, mint a hogy azt *Veit* állítja. Ellenkező véleményét vall abban is *Veit*-tal, hogy mindama korai terhességi esetek, a hol vérzés lépett fel, anatomiai vizsgálatokra alkalmatlanok volnának, feltéve, hogy a vérömlény nem dislocálja az egész petét és hogy annak egy része összefüggésben maradt a petezsákkal.

Füth által kezdeményezett vizsgálatok eredményeként, a peteágyban a tuba falához való térbeli viszonyait illetőleg a legújabb vizsgálatok azt mutatják, hogy intercolumaris petebeágyazódásnál a pete nem, mint azt *Veit* gondolja, subepithelialisan a nyálkahártya kötőszövetébe, hanem intramuralisan az izomfalba van beágyazva. A növekvő boholykomplexumoknak az intervillusos ürekből kiinduló, *Veit* által boholydeportationak nevezett intravenosus kiterjeszkedéséből az egész pete intramuralis elhelyeződése nem magyarázható meg. Ez utóbbi, előadó szerint, a petének a tuba falába való transepithelialis befürödésén alapszik, a hol a nyálkahártyaréteg minimális vastagsága miatt az izomzattal azonnal érintkezésbe jut, azonban ez az activ benyomulási feltevése nélkül is érthető volna, ha a további vizsgálatok *Micholitsch* adatait megerősíték, a melyek szerint a pete fejlődésének kiindulási pontja a tubában a nyálkahártya intramuralis bemélyedéseiben keresendő.

A petének tubaris fekvési helyén a *decidua* nem képződik összefüggő szövetréteg alakjában. Mindenekelőtt histologiai értelemben nincs *decidua-reflexa*, csupán az ampullaris terhességnél, a hol az ampulla szélesebb üre a submucosus elhelyeződésű petének a nyálkahártya felületén túl való előrenövésre elegendő térrel bír.

A tubaris terhességnek leggyakoribb kimenetele a tubaris abortus és a külső ruptura. Ezek következményei az alkalmatlan helyi viszonyok mellett való növekedésnek, miáltal a pete roncóló tulajdonságokat nyer. Az úgynevezett tubaris abortus oka a tuba lumenének és a peteágyban már elejétől fogva gyanú lezárási rétegének a petétől kiinduló elroncsolódása és egyidejűleg a peteágy belfelületén levő edények arrosioja. Az ettől függő haemorrhagikus elroncsolódás és tovaáramlás leggyakrabban a fejlődés kezdeti fokán levő petéket éri. Előadó a tubaris abortust, az uterinalis abortustól való nagyfokú anatomiai és oki különbözése miatt, hogy hamis analógiákra ne vezessen, belső magzatburok felrepedésnek próbálta elnevezni.

Az ovarialis terhesség előfordulása csupán a terhességnek előrehaladott stadiumában lett minden kétséget kizárva, észlelve, most már megfigyelve vannak annak korábbi idejű esetei is. *Tussenbroek* vizsgálatai alapján ismeretes, hogy a beágyazódás intrafollicularisan történik, a folliculus, melyben a megtermékenyítés és beágyazódás lefolyik, a rendszeres módon corpus luteum alakul, miglen ezalatt falában a peteágy tovább fejlődik; decidualis elemek teljesen hiányoznak, mint azt *Franz* is észlelte esetében.

Újabb vizsgálatok szerint azonban a petének epoophoralis insertioja is lehetséges, a mikor is a pete az albugineának mélyebben benyomuló hasadékát, vagy pedig a csiraeptihelnek szélesebb bemélyedését használja fel a beágyazódására.

A mint az előrehaladott tubaris terhességnél, úgy az ovarialisnál is kocsányos és kocsány nélküli alakot lehet megkülönböztetni. Az első ép úgy viselkednek, mint más ovarialis tumorok, a kocsányképződést és elhelyeződést illetőleg. Az ovarialis terhességnek intraligamentosus elhelyeződése úgy mint a többi ovarialis daganatoknál csak kivételesen fordul elő.

Az ovarialis terhesség anatomiai diagnózisát illetőleg a terhességnek korai idejében a petetömlő és petefészek között az organikus összefüggés könnyen kimutatható és a diagnózis felállítására elégséges lesz.

A későbbi időben kiterjedt összenövések, az intraligamentosus fejlődés és a növéssel gyarapodó nyomás folytán a specifikus szövetelemek elveszhetnek, miáltal folliculusok és visszafejlődési alakok kimutatása — még friss esetekben is — lehetetlenné válik. Megfordítva, petefészekrészeknek a petezsák falában való pozitív lelete is félrevezethet, miután tubaris terhességnél is nincs kizárva, hogy széles összenövések vagy pedig intraligamentosus fejlődés folytán a petefészek látszólag a magzati tömlő egyik alkotórészévé lesz.

A petetömlőt ovarialis eredetűnek kell tartani, ha az a ligamentum latum és az uterusallal való összefüggésének módja folytán csupán a adnexszervből származhat, és ha biztosan kimutatható, hogy a tuba és a fimbria ovarica a petetömlő képzésénél részt nem vettek, továbbá, ha egyidejűleg egy mellékutba terhessége is kizárható.

Ovarialis terhességnél a *tubaris abortushoz hasonló folyamat* előfordulása igen kétséges (nyitva maradt folliculusrepedés helyén való kiürülés). Relative nem ritka esemény egy korai intracapsularis vérzés, a peteágy secundær rupturájával vagy a nélkül. A petefészeknek terhességi képessége jóval nagyobb, mint a petevezetéké, melynek oka ama a magzatra nézve kedvezőbb viszonyokra vezethető vissza, melyek annak a petefészekben való fejlődésekor fennállanak. A petefészek kéregállománya védi egyrészt a fejlődő petét, másrészt képes gyorsan lapszerűen kiterjedésben növekedni.

A gazdag erezettség kedvezőbb táplálási viszonyokat feltételez, és a főerek centralis fekvésük folytán az anyai szövetbe nyomuló chorionbolyhokkal szemben jobban vannak védve, mint a tuba erei.

Az interstitialis terhességet illetőleg, daczára annak, hogy 44 interstitialis terhességi eset előfordulása meg van állapítva, annak finomabb anatomiaiáról csak keveset tudunk. Előfordulásának anatomiai oka is még nyílt kérdés, valószínűleg itt is lezajlott gyuladásokban kell az okot keresnünk, mint azt *Opitz* és *Micholitsch* általánosságban felveszik.

A peteágy fejlődése interstitialis terhességnél a csekélyebb ellenállás irányában történik felfelé és kifelé. A beágyazódás intramuralis.

A petetömlőnek az uterus üregével való szélesebb communicationja csak néhány esetben van kimutatva; mint biztosan ismert ok, a miért a két egymás mellett fekvő ür egymással egyesül, mindeddig csak a petetömlő tartalmának az uterusba való activ benyomulása ismeretes.

Az anatomiai differentialdiagnosishoz igen ajánlatosak a *Ruge* által felállított megkülönböztetési jelek: az uterus ferde állása és az ezzel összefüggő magasságdifferentiák, az adnexák és speciell a tubának az uterusból való lefutásánál.

Veit (Erlangen): Referatumaéhoz megjegyzi, hogy az extrauterin-pete nem tekintendő rosszindulatú daganatnak, véleménye szerint a pete nem növekszik az anyába, mint azt *Werth* hiszi. A pete beágyazódása szerinte majdnem praeformált ürbe megy végbe.

Werth (Kiel) védi álláspontját, hogy a pete mégis „rosszindulatú” újdonszövődés, e kifejezés azonban nem általános értelemben értendő, csupán egyes esetekre vonatkozik, különösen veszedelmesek fiatal peték.

A therapiára vonatkozólag a korreferenssel való megállapodás értelmében *Werth* kiterjeszkedni nem akart, de *Veit*-nak egy nyilatkozatát mint jó alkalmat arra használja fel, hogy kijelentse, hogy ama korábbi tételét, hogy minden ektopikus terhesség rosszindulatú újdonszövődésnek tekintendő és mint olyan kezelendő, csak a még élő, a fejlődés stadiumában levő terhességre vonatkoztatta és egészen távol állott tőle és áll tőle most is, mindig sebészi beavatkozást tanácsolni, fenyegető tünetek által nem kísért, megszakított ektopikus terhesség esetén is.

E tárgyhoz tartozó előadások:

Freund H. V. (Strassburg): A méhenküli átlérhességről. Előadó az utolsó két évben 10 esetben valódi és 5 esetben méhenküli átlérhességet operált; a szinlelést 2 esetben tiszta haematocoele, 2 esetben tuberculosus és egyszer adnextumor képezte. Közli eseteit.

Szerinte az általános venosus pangás okozta mechanikus hyperaemia következtében sokkal gyakrabban keletkezik haematocoele, mint azt mindeddig felvették. Enézetet illetőleg *Freund Sauter* véleményéhez csatlakozik.

A négy klinikailag, de anatomiailag is felette csalékony esetben a sorozatos metszetek chorionbolyhokból mitsem mutattak, e nélkül pedig kétes esetekben méhenküli terhességet diagnosztizálni nem lehet. Annak a feltevésnek, hogy a pete a tubából kikerült és eltűnt volna, tekintettel annak a tubában való submucosus beágyazására és a bolyhok deletaris sarjadzasi képességére, nincs alapja.

A mint a mechanikus hyperaemia a hashártya ereiből vérzést okozhat a Douglasba, akként hasonló feltételek mellett ugyanazt okozhatja a tuba üregében vagy vele egyidejűleg a Douglasban is. Ezáltal az egész kérdés a női genitáliák torzképződéseivel, constitutionális anomáliáival és azoknak edényelváltozásaival jön szoros kapcsolatba. Végül rámutat az uterus nyálkahártyájának és üregének analog haemorrhagiára, a melyek az uterus apoplexiájánál fordulnak elő, továbbá a localis és általános haemorrhagikus és pangási zavarok következtében előforduló ovarialis haematomára és a veszélytett és szerzett tubaris elzáródásoknál fellépő haematosalpinxra.

Füth (Lipce): A petetok (capsularis) kiterjedéséről a tubában. Előadó úgy véli, hogy nagyobb jelentőséget kell tulajdonítani annak a petének a mellékpetevezetőkben való beágyazásának lehetőségére. A tubaris terhességnek mintegy 2 1/2 hónapos esetében, a melynek képrajzát bemutatja, a pete minden kétséget kizárólag a petevezető egy mellékjára került. E mellett oly viszonyok nyilvánulnak, a melyek az uterusban élő nem fordulnak és csupán a petének activ előnyomulása

mellett érthetők meg. *Füth* különösen a petezsák elülső falának usurálására hívja fel a figyelmet, a melynek következtében a placentalis szövet egy relatív kicsi nyíláson nagyobb mennyiségben nyomult ki. A capsularisnak már egyik előbbi munkájában kifejtett sorsára vonatkozólag *F.* kiemeli, hogy a capsularis a petével együtt nem növekszik, hanem hamar nekrotizál és hogy a peteburkok később részben fedetlenül fekszenek a tuba lumenében. Ez tisztán mutatkozik a szóban forgó praeparatumon. E helyeken a chorionepithelnek a tubaepithellel szemben való viselkedése felette fontos. A hol a chorion a tubanyálkahártyájának fésűs redőin áthúzódik, nagyobb nagyításon látható, hogy a tuba nyálkahártyájának sötétén festenyzett sejtsorozata meg van szakítva és a defectusba a halványan festenyzett chorionepithelek nagy tömege benyomul. Itt tehát magzati és anyagi epitheliák vetélkednek és az előbbieket kerekednek felül. Eme viselkedés egyezik ama nézettel, hogy a pete active az epithel alá nyomul és ott active tovább terjeszkedik. A tubában hiányzik a pete befogadására való törekvés, összehasonlítva az uterus e képességével. Nem képez basalist, nem növekedik a petével, úgy hogy az csakhamar a nyálkahártyából a muscularisba kerül nagyobb edényeivel. Ezután áttér *F.* a chorionbolyhok deportatiójára *Veit* véleményének értelmében. Rajzokon demonstrálja, hogy a *Langhans*-féle sejtek — a sorozatos metszeteken — mint törekszenek az anyai véredények felé és mint pótolják annak falát egészen az endothelrétegig. Lehetetlen ezt, *Veit* értelmében, úgy magyarázni, hogy a sejtszlopok és az azon ülő chorionbolyhok az edényekbe deportálva lettek és a venafalakkal összenőttek. Ilyen bemutatott képeket csak fiatal petében lehet látni, míg a készítmény, a mely *Veit*-ot a deportatio tanulmányára vezette, 2 1/2 hónapos graviditásnak felel meg. Ez a punctum saliens.

Végül *F.* az eltérő körülményeket tárgyalja, a melyek az uterinalis petebeágyazásnál mutatkoznak. Itt egy hatalmas decidua képződik, a melyben a pete fekvé maradt. Itt a capillaris edények duzzadó edényekké fejlődnek, a melyek megrepednek, vagy pedig az odanyomuló trophoblastoktól áttörnek és a melyekkel a pete továbbfejlődéséhez szükséges és elégséges contactusba jön. Tárgyalja végül az uterus hypertrophikus működését, mely csak a negyedik hónaptól ággitatik.

A pete activ szerepe absolute csak akkor volna bebizonyítható, ha a folyamatokat láthatnók. De miután ez ki van zárva, a kéznél levő leletekkel kell beérnünk, és *Füth* ezért ezt a kifejlődött felfogást a legjobban magyarázatnak találja.

Heinsius (Greifswald): *Anatomiai vizsgálatok tubaris terhességnél.* A giesseni congressuson előadó közvetlenül a bekövetkezett ruptura után, műtét útján nyert három praeparatumon tudta demonstrálni a *Langhans*-féle sejteknek *Füth* által az imént vázolt módon való besarjadzását az izomrétegbe, különösen pedig a véredényekbe. A pete szinte bemarta magát a tuba falába.

Az azóta vizsgált 25 eset közül az öt legérdekesebbet tárgyalja schematikus rajzokon. Az öt eset közül az elsőnél intramuralis terhesség állott fenn, a melynél a pete az uterus izomfalában foglal helyet. A másodiknál ectopikus terhesség egy esetében a pete-mola a fő- és mellék tuba között a fimbria-végződéseknél feküdt. A 3., 4. és 5-dik esetben a tubaris abortusnak három typusa volt jelen. A tökéletes abortus esetében a pete a vérzés által a fimbria végződéséig ki volt hajtva; a tökéletlen abortus esetében az erős tubakanyarodások következtében egy ventilszerű elzáródás keletkezett és a pete-mola mint holt tömeg a tubában feküdt; a 3-dik esetben tökéletlen abortus után secundær ruptura és egy tubaredőnek leszakadása és elhúrozódása mutatkozott. Mind a három esetben a vérzés a tuba lumenébe néző petetokot repesztette meg, a melynek maradványai tisztán kimutathatók voltak. Az izomrétegnek nagyfokú elpusztulása miatt, annak a pótló hatása lehetetlen volt. A peterészek mélyen a tuba falában feküdtek.

Az eseteknek göresövi vizsgálata megerősítette és kiegészítette előadónak korábbi nézetét. A *Langhans*-féle sejtek az activ tényezők. Még a magzat elhalála után is fel kell vennünk a pete kisfokú növekedését. A további növekedésnek lehetősége malignus tumor módjára igen csekély.

Létezik decidualis reactio az anyai szövetben, oedema és hyperaemia alakjában, főleg a peteágy közelében. *H.* kétszer látott oly képet, a mely szerint az izomszövetek és az edényfalaknak terhességi reactiója, symplasmazzerű képződése ki nem zárható. (A hol a serosa vér gyülemlik, serosa-epithelsarjadzások tűnnek fel.) A tubaris graviditásnál a serosa-epithelnek nagyfokú sérülése különösen haematocelék képződésére praedisponál.

Ugy maternalis mint foetalis elemek sarjadanak és mennek tönkre. A *Langhans*-féle sejtek majd malignus tumorszerűen a környezetbe nőnek, majd egy kifejezett placentalis rész látható. Majd képződik decidua, majd nem. A leletek különfelesége magyarázható:

1. A foetus és az anyai individualitásából. Legtöbbször a foetalis sejtek növekedési képessége nagyobb. Egyensúlynál kilátás van a magzat megmaradására.

2. A terhesség idejéből. A terhesség idejének emelkedésével a foetalis sejtek növekedési képessége fogy, az anyai sejtekké emelkedik.

3. A terhesség megszakitása után lefolyt időből. A terapiára nézve mérvadó, hogy az élő pete az anyára nézve állandó veszély, az elhalt pedig azért, mert tapadási helyéről újabb vérzés lehetősége van meg. Visszafejlődés sohasem biztos. Ezért korai, lehetőleg conserváló műtét a legmegbízhatóbb és legkiméletesebb eljárás.

Stratz (Hága): *Az extrauterin graviditás diagnosizához.* S. a. haematocelék képe alatt lefolyt haematosalpinx egy esetében decidua-

szerű sejteket talált, azonban foetalis elemeket nem; mindennek dacára az extrauterin terhességet nem tartja kizártnak. Therapeutikus tekintetben *Stratz* a várakozó eljárást és conservatív kezelést glycerintamponnal ajánlja. Ha ez hiábavaló, úgy műtétet kell végezni.

Sarvey (Tübingen): *Az extrauterin graviditás therapidához.* S. 71 eset kapasan a következő álláspontra jutott:

Az extrauterin graviditás operatív kezelése rendszerint indikálva van;

1. A terhesség második felében úgy élő, mint holt magzatnál,
2. élő magzatnál már az első hónapban is,
3. friss rupturánál, profus belső vérzés jeleivel.

Expectativ-symptomatikus legyen az eljárás elhalt magzatnál és tubaris abortusnál, haematocelével vagy a nélkül.

Kivételt képeznek azok az esetek, a hol

1. lázzal járó bomlás lép fel a haematocelében,
2. nyomási tüneteknél és heves fájdalomrohamoknál,
3. társuló nehéz genitál-megbetegedéseknél, a melyek maguk műtétet követelnek.

A conservatív terapiánál a secundaer műtét azonnali kivihetőségéről kell gondoskodnunk, mely végzendő:

1. állandóan növekvő haematocelénél;
2. kimaradó resorptionál, ha a patiens külső kedvezőtlen körülményeinél fogva azt óhajtja, hogy a betegség lefolyása megrövidíthessék.

A műtétnél az abdominalis út előnyt érdemel, mert nagyobb az áttekinthetőség, mert a vérzésnek könnyebben uraivá lehetünk és mivel conservatív elvek könnyebben realizálhatók.

A kolpotomia complicatio és haematocelék nélkül való peteüszög és elgenyedt haematocelék eseteire korlátozandó. Végül demonstrálja S. az 1720-ból származó *Leinzell*-féle kőmagzatot.

Strassmann (Berlin): *Az extrauterin graviditásnak hüvelyen át való műtévésehez.* Előadó 20, főleg a terhesség első három havából származó eseteiben egyenlő gyakran operált az elülső és hátsó hüvelyboltozaton át. A terhes oldalnak ép úgy mint a nem terhes méhfüggelék-fél durva elváltozásainak *Str.* oki jelentőséget tulajdonít. Az előzmény, valamint a makroszkopos megfigyelés a megtermékenyített petének a petevezetőkben való viselkedésére ép úgy nyújt felvilágosítást, mint a hogy a vizelet pangása nyilván a húgyutakban való okokra mutat. A tubaris terhesség gyakran hosszú sterilitás után a tubaris functio visszaállításának a jele. Extrauterin terhesség után az intrauterin terhességre való kilátás igen kedvező. Az operáltak előnyben vannak a nem operáltak felett hirtelen veszély, későbbi panaszok, munkaképesség és terhesség tekintetében. A vaginalis műtét indicálva van meg nem repedt extrauterin graviditásnál (a tuba evacuatioja) és régebbi tumoroknál, a melyek utóvérzésekkel és panaszokkal járnak. Ez úton a műtét rövidebb idő alatt és kisebb shockkal vihető keresztül, mint az abdominalis úton és megkímél herniáktól. Bizonytalan esetekben előzőleg próbapunctio végzendő. A vaginalis eljárásnál az uterusnak felfelé ki kell térnie tudni és nem szabad azt lefelé húzni. Sima lefolyású műtétnél nem kell drainage, legfeljebb egy gaze-esík; csak nagyobb üregnél kell tamponálni; a tampon nyolcz nap előtt nem távolítandó el. A gyógyulási zavarai nem gyakoribbak, de veszélytelenebbek, mint az abdominalis methodusoknál. Elúszkósodásnál vagy gyanus tartalomnál csak incisiót végez; ellenben kétes diagnosissal, a legsúlyosabb vérzésnél és ha a klinikai kezelés ki van zárva, akkor laparotomiát. Az előadásához kapcsolatosan *Graaf* (1672) munkájából egy petevezeték terhesség képét (*Vesalius* után) körözi.

Vita.

Jung (Greifswald) a greifswaldi klinikán az extrauterin terhesség terapiájánál szokásos eljárások elveit fejtegeti. Az anyag 86 esetet ölel fel, melyeket J. szintén észlelt és nem kis részben maga is operált. Élő magzatnál, a hasürbe való acut vérzésnél, továbbá elhalt, a petezsákban fekvő magzatnál és a terhességi productumok elevesedésénél mindig műtétet az eljárás.

Veit ajánlatához, hogy elhalt magzatnál akár haematocelével vagy a nélkül, a műtét csak kiújuló tüneteknél végzendő, nem járul teljesen hozzá. A magzat a tubából való kijutásának diagnosisa gyakran egyáltalán nem állapítható meg. Lobos adnextumorokkal való feleserelés könnyen megeshet. Visszamaradó placentaliszsekk mindig magukban rejtik a vérzés veszélyét, külső körülmények által előidézett leválásokat. Végre is a kilépett pete a jelenlevő haematocelere nem közömbös. Elevesedésnél operálni kell, most azonban kedvezőtlen feltételek mellett. Lassú resorptio nagyon is hosszú időre bénítja a munkaképességet. Gyakran ez egy perimetritist eredményez, a mely végre mégis csak műtétet vezet.

A conservatív eljárással a nőknek, főleg a munkásosztályba tartozó asszonyoknak sok drága ideje lesz elpocsékolva. Azért a greifswaldi klinikán a műtét eltvólitás az uralkodó elv, ha csak különösen kedvező külső körülmények a gyors resorptionak kifejezett tendenciájával társulva, a conservatív therapia kísérletét jogosultnak nem mutatják.

86 eset közül 43 eset addominalis és 43 eset vaginalis úton lett operálva, 2—3 halálessel. Abdominalisan friss vérzéseknél és direkt életveszély esetén operálunk, mert így az odavezető edények a legkönnyebben érhetők el; továbbá nagy tumorál és kiterjedt összenövéséknél különben mindig vaginalisan, elülső kolpotomiával operálnak. Figyelemmel vannak mindig a nő termékenyíthetőségének megtartására, a tubának a lehetőségig való kimelésére vagy a másik tuba szabadabbá tételére.

Küstner (Boroszló): K. 154 esetben operált extrauterin graviditásnál; ezek közül öt halál kimenetellel végződött. Az eltávolított termékek mindannyian meg lettek vizsgálva és csak a legkritikább esetben nem tudtak terhességi részeket kimutatni.

A próbapunctio egyszerűbb differential-diagnostikus segédeszköz, mint a glycerintampon a genyes adnexum-megbetegedésekkel szemben, és nem veszélyes. Kis mennyiségű régi vér a canuleban nagyobb részt bizonyítja, hogy az extrauterin graviditás régi keletű.

Jómódú nőket könnyű expectative kezelni, de a munkásosztály asszonyait legtöbbször operálni kell és pedig abdominalis úton, mivel vaginalis úton az adhaesio-képződéseknek eleje nem vehető annyira, mint a hasfalán át végzett műtéteknél.

Pfannenstiel (Giessen): A pete beágyazása és a placenta képződése a méhen kívül is, annak a méhen belül való képződésének módja szerint folyik le. A különbözőségek egyedül az alapul szolgáló szövetek különbözőségeiből erednek. A tuba kevésbé alkalmas peteágy képzésre, mint a méh, az ovarium még kevésbé, de legkevésbé a peritoneum. Epithellel fedett nyálkahártya a pete beágyazásához nem épen szükséges. Az epithel lényegtelen, az úgy is tönkre megy. Elégséges egy többé-kevésbé laza kötőszövet. Nincs kizárva, hogy a peritonealis kötőszövet is képes a petét beágyazni. Elméletileg tehát egy primær abdominalis terhesség nem tagadható. A haematocoelek olyan eseteknél, a mikor a tubában vagy pedig az ovariumban peterések nem találhatók, esetleg korán tönkrement abdominalis graviditásra vezethetők vissza. Másrészt a petének tökéletes kiküszöbölése után a petevezetéből annak peteágyi részén az epithel újra képződhetik. Ez esetben a pete a haematocoeleban épen nehezen mutatható ki. **Freund**-féle extrauterin ál-graviditás felette ritka. Haematocoele retrouterina mindig extrauterin graviditást jelent.

Tubaris graviditásnál mindig képződik petetok, olykor kifejezetten reflexa is, Decidua-sejteknek nem lehet nagy fontosságot tulajdonítani, mivel azok mindig, valamint a méhben is, degeneratív folyamatokat jelentenek.

A placentaképződés úgy történik, mint az uterusban. A bolyhok nem törik át az edényeket, hanem intravenosusan tovaömlenek. Hogy azokat gyakran subperitonealis lehet találni, annak oka a tubafal vékony szerkezetében rejlik, a mely intercolumaris beágyazódásnál a petének igen mély benyomulását feltételezi.

A tuba repedését mindig ugyanazon jelenségek előzik meg, mint a tubaris abortust, azaz haemorrhagiák a pete peripheriájában. Hirtelen fokozódott nyomás folytán a külső fal felreped, ha a vérnek az ostium abdominale felé szabad lefolyása nincs. A repedés a bolyhok keresztülnövéseiből nem következik. A tubaris repedés kifelé az, a mi a tubaris abortus befelé.

A therapia lényegében műtéti legyen, csupán akkor nem, ha a haematocoele besűrűsödésnek indul. A hasmetszés fascialis keresztmetszéssel megkönnyíti a műtétet s nem veszélyesebb a vaginalis methodusnál. Előzőleg végezzünk próbapunctiót. Csupán a haematocoele infectiojánál végzendő vaginalis bemetszés.

Kossmann (Berlin) csodálkozását fejezi ki azon, hogy a míg az ő tengerinyulakon végzett kísérleteinél, a melyekből kétségtelenül kitűnik, hogy a pete nem nyomul be a méh nyálkahártyájába, annak minden bizonyító erejét kétségbe vonták, addig **Spee**-nek tengerimalaczokra vonatkozó adataiból most a nőre vonatkozó hypothesiseket állítanak fel. Különben a dolog a tengerimalaczoknál és a **Burckhard** által tanulmányozott egérnél sem áll másként, mint a tengerinyúlénál; hanem a mesometralis petepolust a mesometralissal és nem az anti-mesometralissal kell összehasonlítani.

Hitschmann (Bécs) tubaris rupturának és tubaris abortusnak két ábráját (átlátszó táblán) demonstrálja, melyen a bolyhok benyomulása az erekbe és a reflexa képződése világosan kitűnik.

Fehling (Strassburg) tubarepedésben és tubaris abortusban nem látja egyazon folyamatot, mint **Pfannenstiel**. A vérzés módja különböző: az elsőnél acut vértörzés, a másodiknál mérsékelt, ismétlődő, de ritkán életveszélyes vérzés történik. Reámutat tubaris abortus és genyes adnextumornak differentialis diagnostikai nehézségeire. A próbapunctio troikarttal vagy aspiratorral elengedhetetlen. Leukocytaszámlálás itt bizonytalan. Értékesebbek vérzési görbék.

Rupturánál, a mely a vérkiáradással jár, mindig műtét szükséges. Hosszadalmas conservatív kezelést a socialis viszonyok gyakran nem engednek meg. Fontos a tubaris abortus ideje. A 4--6-dik hétből származó peterések könnyen, míg a második és harmadik hónap vérmolái csak igen lassan szívódnak fel. Itt a műtét célszerűbb és pedig a laparotomia, a melynél, ha a másik oldal adnexai, mint többnyire, be-tegek szintén eltávolítandók. Esetleg salpingectomia. Vaginalis út itt bizonytalan. Vaginalis incisio csupán elevesedésnél végzendő.

F. kilencz év alatt 130 esetet operált, ezek között 90 haematocoelet, egészben három halálessettel, a melyek közül kettő már inficiálva lett felvéve.

Wertheim (Bécs): A Micholitsch részéről oly sok esetben megállapított diverticulum-beágyazódás által érthető válik némely petének ronesoló, a tuba nyálkahártya-csővet formalisan sequestráló növekedése, a melynek megértéséhez a petének a nyálkahártyába való activ benyomulásáról felállított theoria magában nem elégséges. Ugyanez által megmagyarázhatóvá válik a tubaris abortus némely sajátossága és különbözősége is, szemben az uterinalis abortussal.

Vaginalisan **Wertheim**, mint **Sarvey**, csak relative mozgatható és alma nagyságot túl nem haladó tumorokat operál. E mellett az uterust a hüvelybe előhúzni nem szabad, mint azt **Strassmann** helyesen hang-

súlyozta. Helyesebb azt a túloldalra áttolni, hogy ez által a tubaris daganat beállítására és kifejtése sikerüljön.

Martin A (Greifswald) elkövetett nem egy hibát az extrauterin graviditás és az adnextumor diagnosisinál. Csodálkozik a megfigyelő kezelés eredményein; ő tizenegyet expectative kezelte, csak egy beteg maradt meg, a többi tíz esetben a boncolás a diagnosis helyességét igazolta. A műtét előnyben részesítendő.

Freund H. W. (Strassburg) tiltakozik azon feltevés ellen, mintha ő az ál-extrauterin graviditást gyakran tartaná, azonban erősen hisz benne.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Ernst Bumm: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1902.

Eseményszámba ment a német szülészeti irodalomban **Bumm** könyvének megjelenése, mert míg a francia és angol irodalom egy idő óta versenyez oly szülészeti és gynaekologiai munkák kiadásában, a melyek nemcsak az illető szakmát a megfelelő tudományos alapossággal tárgyalják, hanem egyszersmind kiállításuk s különösen az ábrák sokasága és gyönyörű kivitele által feltűnnek, addig a német irodalom az ily munkák híján volt, talán főleg azért, mert a kiadásukkal járó óriási költségek miatt a könyv árát oly magasra kellett volna szabni, hogy ez nem talált volna elég nagy vevőközönségre. Ez aggodalmon a buzgó **Bergmann**-czég túltette magát, a mikor **Bumm** könyvének kiadásával nemcsak oly szép munkát nyújtott nekünk, a melynek párját eddig a német szülészeti irodalomban hiába keresnők, hanem egyszersmind oly, mondhatni potom árát szabott meg (a majdnem 800 nagy quart oldalra terjedő és 575 remek ábrával díszített könyv ára kötve 17 korona), hogy ez az egész világirodalom piacán páratlan.

Talán kissé szokatlan, hogy előbb dicsérjük a mű kiadóját s csak azután szerzőjét, de a ki átlapozza ezt a munkát, kell, hogy igazat adjon nekünk. Ez azonban nem von le semmit a szerző érdeméből, a ki ezzel a munkájával újból bebizonyította, hogy komoly, alapos tudós, kiváló szakember és kellemes író; mert a könyv szövege, a melyről szerzője szerényen azt mondja, hogy csak másodrendű fontosságú, szintén oly kiváló, minden sablontól ment, tanulságos és érdekes, hogy a könyvet alig tehetjük ki kezünk közül, míg azt végig nem olvastuk. Ezzel pedig sokat mondunk, a mikor oly nagy a termelés éppen szülészeti tankönyvekben.

A könyv egyes részleteinek birálatába nem bocsátkozhatunk; beosztása egy szülészeti cursus jellegét hordja magán, a mennyiben huszonnyolcz előadásból áll, a melyek mindegyike a szülészet egy-egy egész nagy fejezetét tárgyalja, oly közvetlenséggel, mint ha most is hallgatóit akarná kiképezni tanáruk, de azért nem csak a szülészet elemeibe avatja be őket, mint a hogyan ezt a könyv címével is jelezni óhajtja, hanem magasabb szempontból a szakemberre is tanulságosan s egyszersmind oly eredeti és érdekes módon annyi szeretettel és lelkesedéssel adja elő e tananyagot, hogy még a kész orvos, sőt a szakember is nem csak élvezettel, hanem haszonnal is fogja tanulmányozni **Bumm** könyvét.

A munkának különben e napokban (alig egy év után) már a második kiadása hagyta el a sajtót, némileg bővített és javított s irodalmi adatokkal kiegészített alakban, bizonyosságul annak, hogy a kiadó czég áldozatkészsége megtalálta jutalmát. Vivat sequens!

Temesváry.

F. Ahlfeld: Lehrbuch der Geburtshilfe. Dritte, umgearbeitete Auflage, Leipzig, Grunow, 1903.

Ahlfeld könyve, melynek eddigi kiadásait is bizonyára minden magyar nőorvos élvezettel olvasta, új, lényegesen bővített kiadásban fekszik előttünk. A szövegében felével, rendkívül instructív ábráiban pedig csaknem kétszeresére gyarapodott kiadás a régi előnyeit, a kellemes előadási módot, a tételeknek a szerző bő tapasztalatából merített esetekkel és klinikája statistikájával való megvilágítását, megtartva, úgy külsőleg, mondhatnók technikai tekintetben, mint a tudomány újabb vívmányainak felölelése által belső tartalmában is tökéletesbült. Az egyes fejezetek keretén belül alkalmazott alcímek és a tartalmat jelző széljegyzetek emelik a mű áttekinthetőségét. Az anyag csoportosítása, a tárgyalás rendje is némileg megváltozott: így az ikerterhesség és ikerszülés tárgyalása, a koponyafekvéstől eltérő szülési mechanizmusok megbeszélése most a szülés pathológiájában leli helyét s a szűk medencék különböző alakjait egy új rendszerbe foglalva látjuk bemutatva. Egyes nagy fejezetek kapcsán röviden általános directívákat ad az orvosnak viselkedésére nézve: így a terhesség physiologiájának tárgyalásához utasításokat csatol a terhesek dietetikájára vonatkozólag, általános szabályokat ad a szűkmedenczés szülések vezetésére és az anyai és magzati élet viszonylagos értékének megítélésére nézve. A pete tapadása, syncytium-képződés, a deciduoma malignum és a fiúfűtő üszök kérdéséről a régi kiadástól teljesen eltérőleg **Marchand** és **Peters** újabb kutatásaiból kiindulva egészen új alapon ismerteti. Saját kísérletei és tapasztalatai alapján melegen ajánlja az alkoholt úgy a kezék desinfectiojához, mint a köldökesonk és köldöksérv esetén a sérvtömlő kezeléséhez. A szülés pathológiájában helyet talál a méh műleges ante-fixatiojából származó szülési akadály tárgyalása is. A placenta praevia

kezelésére újabban szívesen használja a metreurysist; az eklampsia fejeztében azonban — az aetiologiájára vonatkozó újabb elméletek és gyógykezelésére ajánlott újabb eljárások ismertetése után — a túlságosan activ eljárás ellen foglal állást. A műtétani részben külön fejezeteket szentel a művi vetelés, illetve koraszülés elkerülésére szóba jöhető sterilisatio és a Prochownick-féle diéta kérdésének; a művi vetelés indicatioit némileg kiterjeszti (vitium cordis, osteomalacia, hydramnion stb.). Röviden megemlékezik a Dührssen-féle vaginalis császármetszés és a Bossi-féle tágitóról is.

Lényegesen tartalomszerűbb lett a gyermekágy pathológiájának szentelt rész is: hosszan és behatóan tárgyalja a gyermekágyi láz aetiologiáját, külön fejezeteket szentelve a gyermekágyi megbetegedések bakteriologiájának, a különféle bakteriumok behatolása és terjedése módjainak, a női organismus védelmi eszközeinek a mikroorganizmusokkal szemben, az általános és különös hajlamosság kérdésének és végül az infectio és auto-infectio útjainak és módjainak. A septikus megbetegedések kezelésének tárgyalásánál ismertetve találjuk az endometritis puerperalis gyógyítását curettage-zsal vagy a méh kiirtása által, a pyaemia esetére ajánlott visszérkiirtást, a Credé-féle ezüstkezelést és a serum-therapiát.

Mint látjuk, Ahlfeld behatóan ismerteti könyvében mindazt, a mit gondos, lelkiismeretes megvizsgálás után jónak talált, de e mellett megemlékszik minden számottevő újabb irányzatról is, még ha annak maga nem is hiva. Epen ezért mindenki, a ki rövidesen meg akar ismerkedni a modern szüléssel legújabb vívmányainak lényegével, bizonyára örömmel üdvözlözi a régi, jeles tankönyvnek emez új kiadását.

Adler Oszkár.

F. La Torre. Curriculum vitae. Roma, Società Editrice Dante Alighieri 1903.

Sajátságos könyv fekszik előttünk, úgy czélját, mint tartalmát tekintve sajátságos. A szerzője arcképével ellátott s annak szűkebb családjának ajánlott, 276 oldalra terjedő könyvben ugyanis La Torre a szüléssel és gynaekologia cz. rk. tanára Rómában életrajzi adatait, czimeit, továbbá 83, többnyire a szüléssel és nőgyógyászat körébe vágó kisebb és nagyobb dolgozatának rövid kivonatát s végül az ezekben foglalt újabb vizsgálatok és tények ismertetését adja. Szerző czélja kimutatni, hogy mily igazságtalanul ítélkeztek felette már két ízben, a midőn rendes tanári tanszék betöltésénél mellőzték. A 68 ábrával diszített, fényes kiállítású könyv tehát vándor- és védőirat óhajta lenni, a melyben a szerző számos, különösen külföldi neves szakembernek róla és irodalmi munkálkodásáról mondott kedvező véleményét idézve, a „nemo est propheta in patria sua” evangeliumi mondáshoz újabb adalékot óhajta szolgáltatni.

Kívánjuk, hogy La Torre, a ki mellelleg említve, már több ízben járt nálunk is, (a nemzetközi congressusok révén különben majdnem az egész művelt világot bejárta már), s a ki hazánk lelkes barátja, elérje „életének főczélját, a rendes tanári tanszéket, bár a legkisebb olasz egyetemen is” s ezzel elnyerje jutalmát azért a nagyszabású irodalmi munkálkodásért is, a melyet mint számos nagyobb munka szerzője, mint ismételt congressusi referens, mint a „L'Arte Ostetrica” szerkesztője, mint a „Galleria Ostetrica” című, a legnevesebb szaktanárokat ismertető érdekes munka szerzője s végül mint a tudományos szempontból sem érdektelen legújabb munkának kiadója, a melynek nemesak autobiographiai értéke van, teljesen kiérdemel.

Temesváry.

II. Lapszemle.

Szüléssel.

Hegar A. Der Abort. (Deutsche Klinik. IX. kötet, 245—260. l.)

Az anya és a pete azon megbetegedései után, a melyek abortust idézhetnek elő, H. részletesen ismerteti az abortus mechanizmusát. A pete leválása rendszerint a deciduában történik oly módon, hogy annak egy rétege a méhben visszamarad, míg a másik a lefelé haladó petének mintegy kocsányát képezi. Ha a méh contractioi alatt a külső méhszáj megnyílik, a pete megszülethetik a hüvelybe; ha azonban a külső méhszáj zárva marad, a pete a tágult cervicalis csatornában fennakad: létrejö a másodlagos cervicalis terhesség.

Az abortus kezelését illetőleg H. elvei a következők: Fenyegető abortusnál a terhes nő kimélje magát; fentartani a vetélést azonban így is alig sikerül. Megindult vetelésnél az expectativ kezelést ajánlja és a művi beavatkozást csak szoros indicatio (láz, vérzés) alapján tartja megengedhetőnek. Elég tág vagy jodoformgaze-tamponade-dal ujjnyira kitágított nyakcsatorna mellett a golyófogóval lehúzott és fixált méh üregét ujjal takarítja ki; ha a nyakcsatorna tágítása nem sikerült, a peteréseket polypfogó és curette segítségével távolítja el. Súlyos, főleg septikus esetekben a méh mellső falának felhasítása colpotomia anterior útján, sőt az inficiált szerv kiirtása is válhatik szükségessé.

H. ezikke rövidsége daczára is jó tájékoztatást nyújt az abortus tanában, úgy a tudományos ismeretek, mint a therapiás eljárások tekintetében.

Adler Oszkár.

Engström O.: Über Schwangerschaft in der einen Ecke der Gebärmutterhöhle. (Engström's Mittheilungen, Bd. IV., H. 3.) E. a méhnek, a méhüreg egyik sarkában tapadó pete által okozott alak- és consistensia-változására hívja fel figyelmünket. Hat esetben észlelte ugyanis, hogy a terhesség első hónapjaiban a méh egyik sarka tetemesen kiboltosult és a méh egyéb, relative tömött tapintatú részleteitől letérőleg puha, csaknem fluctuatiót mutató consistentiát vett fel. Egyik esetében, hol vérzés miatt úgyis abortus volt várható, sondavizsgálat útján constatálta a pete intrauterin, sarki tapadását. A bimanualis lelet alkalmas arra, hogy extrauterin, interstitialis terhesség gyanuját keltse. A terhesség IV. hónapja körül azonban e tünet lassanként eltűnik s a méh egyenletes, ovoid alakot nyer. (A leirt jelenség nem egyéb a terhesség első idejében majdnem mindig található Braun-Piskaček-féle terhességi jelnél. Ref.) Adler Oszkár.

Opitz E.: Über die Ursachen der Ansiedelung des Eies im Eileiter. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XLVIII. 1.) Szerző 23 tubaris terhesség esetében vizsgálta meg a petevezetékét. 22 esetben acut vérzés miatt távolították el a szervet, 1 esetben a praeparatumot oly nő sectiojánál nyerte, a ki a terhes tuba megrepedése következtében vérzett el. Egy kivételével a pete 7—7 hetes volt.

Vizsgálatait oly módon végezte, hogy a pete és uterus közti tubarészletet egészben megfestve, belőle series-metszeteket készített.

E tubák macroscopice sem voltak normálisak. Legtöbbnyire régi, kétségtelenül már a graviditás előtt meglévő adhaesiákat talált.

Mikroszkopice a nyálkahártya egy esetben sem volt normális. Az epithel többnyire nem szenvedett elváltozást. A bolyhok stromája csak két esetben volt normális. A legfontosabb elváltozás, a mely mind a 23 esetben ki volt mutatható, a szomszédos bolyhok, vagy egy boholy elágazásainak szoros összenövése volt. Az összenőtt bolyhok stromája egymásba szélesen átmegy, a nélkül, hogy az összenövés helyének bárhol nyomát lehetne találni és az egészet beborítja az elváltozást nem szenvedett felhám. Ezen összenövések által szűk járatok és vak zsákok képezetnek, a melyekbe a pete bejutva, vándorlásában megakad. Szerző véleménye szerint legtöbbnyire ezen elváltozás az oka a tubaris graviditás létrejöttének.

Pozsonyi Jenő.

Schambacher C.: Über wahre und vorgetäuschte Tubarschwangerschaft. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XLVIII. 3.) Daczára a sok közleménynek, melyek napról napra tárgyalják a tubaris terhességet, sok felderítendő kérdés van még hátra; így pl. az is téves hit, hogy a legtöbb haematokelenek tubaris terhesség volna az oka.

Sch. 14 eset alapján szól a kérdéshez; mindnyáját tubaris terhességnek tartották, de operatio alatt, mely az utólagos vizsgálat nyomán 4 esetben bizonyult e diagnosis helyesnek; ezekhez még 3 járul, a melyek mikroszkopos vizsgálata derítette ki, hogy más tuba megbetegedések imitálták a tubaris terhességet.

Egyik esetében a tuba spontán amputatioja történt 3 hetes terhességnél, hátulról előremenő esavarodás folytán (Küstner-Freund theoriája értelmében az ovarialis kriptáknál), igen szép sorozatos metszetek készültek az ekként épen maradt tubából. E metszetekből konstatálható, hogy deciduához hasonló sejtek képződnek az erek falzatában, a melyek az endothelt kivéve a jellegző szöveteket eltüntetik. Eredetüket az érfalak kötőszöveti sejtjeinek köszönhetik; ezek meg talán a magzati sejtek okozta valamelyes inger hatása alatt változnak így át, t. i. ezeket a viszonyokat csak oly helyeken láthatni, a hol ektodermális zsugorodó sejtek az erek falzatához szorosan odafeksznek. Tárgyalja részletesen a létrejöttük feltételeit, tápláltságukat, rupturáik okát stb.

Négy esetben kimutatta, hogy ha az abortus és ruptura tünetei typikusan fejlődtek ki és operatio készítették őket, még sem volt terhességnek, hanem egy esetben tüdőgyulladás után fellépő haematosalpinxnak a megbetegedés-e, a többi három közül 1 rupturának, 2 abortusnak imponált, sőt a görcsövi vizsgálat képe olyan volt, mint a milyen a tubar terhességet jellemzi. Korai terhesség tényleg fenn is állott, de a sorozatos metszetek mutatták, hogy a tubában futó és az arteriát kísérő két vena közül az

egyik volt a vérzés oka, a mely teljesen átszakadt harántul, szerkezete tökéletesen *varicosus erek szöveti elváltozását* mutatta. Okul 3 lehetőséget említ.

Unicum számba vehető az eset más okból. A vénának két lumene volt a fimbriától kezdve a tuba közepén túl, tökéletesen át volt járható mindakettő s egyrészt a hasüregbe szájaztak, de a tuba közepe táján egyesültek. Foetalis sejtek, bolyhok egyáltalában hiányoztak.

Hasonló a 2. eset s mindkettő *salpingitis chron. haemorrhagica* jellemző elváltozásait mutatta, első esetben rendellenes, angioma érszaporodással.

Ezért redukálódna is a valóságos ektopikus terhességek száma, ha a nagy 80—100 esetre terjedő kimutatásokat ily irányba vizsgálnák.

Conclusioi: aetiologiája nem tisztázott; szerepe lehet a tuba hossza és átjárhatóságának s a pete kiferdítési fának átvándorlása idején. A gyulladásoknak nincs sok szerepük az aetiologiában.

A bolyh-képzés lehet igen kis arányú is, talán a kevés bolyhabortusnak, sok rupturának lehet az oka. *Decidua-képzés van, de nem szabványosan; durványosan fejlődik ott, a hol a bolyhok ráfeksznek az érfalakra. Placentaris keringés létrejöhet és vérzést okozhat. Salpingitis haemorrhagica főleg, de más tuba-betegségek utánzóhatják a tub. telességet.* Csiky.

Martin A.: Die Schwangerschaft ausserhalb des Uterus. (Deutsche Klinik, IX. kötet, 93—106. l.) M. röviden ismerteti a méhen kívüli terhesség aetiologiáját, tünettanát és diagnostikáját. A therapia szerinte akár zavartalanul fennálló, akár megszakított extrauterin terhesség esetén esakis operatív lehet; a terhesség első 1—2 hónapjában a petezsák kiirtására a vaginalis, előrehaladottabb korában az abdominalis utat ajánlja.

Adler Oszkár.

Krokiewicz. Beitrag zur Lehre von der Lyssa humana. (Wiener Klinische Wochenschrift. 1902. Nr. 6.) Arra a sokat vitatott kérdésre, vajjon a veszettség mérge az anyáról átszármazik-e a placentaris vérkeringés útján a magzatra, szerző egy esete kapcsán nemmel válaszol. 20 éves, a 7. hónapban terhes nőt kóborló kutya a bal kezén, négy helyen megmart. Eleinte nem tulajdonított ennek jelentőséget és orvosi segítséget csak 10 hét múlva keresett, midőn a veszettség első jelei mutatkoztak. Kórházba véteti fel magát, hol azonban 3 nap múlva a lyssa típusos tünetei között meghalt. Szerző úgy az anya, mint a magzat nyúlt agyvelőjéből Pasteur szerint oltásokat végzett: az anyától származó anyaggal beoltott tengerinyúl a 19. nap a veszettség tünetei között elpusztult, míg a magzati agyvelővel beoltott nyúl egészséges maradt.

Goldberger Hugó.

Gynaekologia.

Gebhard: Eine Mischgeschwulst des Uterus (Endotheliom mit Fett- und Knorpelgewebe). (Zeitschr. für Geb. und Gyn. XLVIII. 1.) 56 éves asszonyról van szó, a kinél 16 éve állott be a menopausa és néhány hónapja véres folyása van. A vagina felső részét kitölti az uterusból kilógó, egyenetlen felületű, gangrenosus tumor, a mely puha fibrosus polypus képét adta. A daganat eltávolításánál felmerült annak gyanúja, hogy malignus képlettel van dolga; az sarcomának bizonyulván total-exstirpációt végzett. A beteg meggyógyult. A tumor a jobb tuba sarokból és fundusból indult ki. Microscopice kötőszövetet, sima izmot, zsírszövetet, porcot, mirigyemeket, endothelioma és sarcoma szövetet tartalmazott. E fajta daganatok igen ritkák.

Pozsonyi Jenő dr.

Daniel C.: De l'état des annexes dans les fibromes utérins. (Étude anatomique.) (Revue de Gyn. Tome VII. Nr. 1, p. 25.) Pozzi oldalán, a Broca-klinikán, gyakran észlelte myofibromák mellett a függelékes szervek elváltozását. A véletlen nem játszhatik itt szerepet, okának kell lennie a méhfibromák mellett az adnexumok megbetegedéseinek. Klinikai jelenségeket nem igen talált, a melyek felvételét támogatnák s így anatómiai elváltozásokat kutatott Pozzi 1893—1903. feljegyzései és a recens esetek nyomán.

Az idevágó irodalom ismertetése után Pozzi klinikája 10 évi

anyagát statisticæ állítja össze, hogy hány fibroma mellett volt, vagy hiányzott a függelékek megbetegedése és 208 esetben 72-szer találja (= 34.61%-ban), de 84 esetben nincs feljegyzés, tehát 124 közül 72 = 59:100 járt elváltozásokkal. Munkájában 205 esetről emlékszik meg, (9 év Pozzi klinikáján) 18 operációról, míg ő is tagja a klinikának, 136 esetet 1895 óta gyűjt az irodalomból; az Cloquet elsőt közölte.

Három csoportba lehet az adnexumok betegségét felosztani: 1. a méhkürt, 2. a petefészkek, 3. a Volff-féle testek és a környezeti megbetegedésekre. Részletezve: 1. salpingitis catarrhalis, könnyű salpingitisek: 70 közül 18 = 27.7%. 2. Salpingitis chron. parenchymatosa: 70 közül 13 = 18.88%, ezek már súlyos betegségek (pachysalpingitis). 3. Salpingitis purulenta. Salping. acuta purulenta igen ritka; neki két esete van, de a pyosalpinx már gyakrabban jó elő, 8 = 11.43% eseteiben. 4. Hydrosalpinx-a 10 esetben volt = 14.93%. 5. Haematosalpinx: 70 közt 2 = 2.88%. 6. Tuberculosis tubae nincs esetei között. 7. Ektopikus graviditas 15 esetben 2 = 13.33%.

II. Az ovariomok gyakran elváltozásokat szenvednek myomák mellett, melyek a chronikus oophoritis és a nagy ovarialis tumorok között variálnak. a) Chron. oophoritis a domináló két alakban mint oophoritis chron. hypertroph. és atroph. b) Degeneratio ovarii cystica és pedig: 1. a hydrocystikusok: mikrocytikus elváltozás sclerosis ovar., együttesen sclerocystikusak; továbbá: cysta tubo-ovarica (egy esetben (M. Swinay) kysta tubo-ovarica purulenta). 2. Cysta haematofollicularis és haematoma corporis lutei, végül haemorrhagia interstitialis ovarii. c) A corp. luteum alteratioja, főleg a hypertrophia. d) Abscessus ovarii, salpingitis purul.-val vagy a nélkül (2.88%). e) Tuberculosis ovarii primaer (?) eset. f) Cystoma ovarii lehetnek: mucoid, dermoid és keverték. g) Solid daganatok (sarcoma fibroma epithelioma) 70 esetében volt = 1.42%. A sarcomák és epitheliomák az ovarium fibromákat kísérő elváltozásai között igen ritkák.

III. A széles szálag megbetegedései. a) lig. lat. cystái, cysta parovarialis, tuba paviloni cysták, paratubaris vagy tuba alatti cysták. 134 különböző eset között 10 esetet talál = 14.26%. b) Solid lig. lat. tumorok; 70 esete között egy szines; az irodalomban is csak egy van (Naill). c) Varicocele pelvis 70-ben 4-szer = 5.74%. d) Környezeti elváltozások között a lenővések, adhaesiók a leggyakoribbak. Néha súlyos zavarokat okozhatnak (bél).

IV. Az adnexumok elváltozásai degenerált fibromák mellett: a) jóindulatú (meszesedés, zsíros elfajulás, amyloid degen. stb.). 70 esetében kétszer találta biztosan: egy gócz nekrosisa és teleangiectasia folytán. b) Malignus degenerációk: kettő van az irodalomban közölve. c) Elgenyedés (Martin 205 fibr. között 10-szer találta). d) Aseptikus gangraena, vagy nekrobiosis. e) Septikus gangraena anaerob bakteriumok putrid infectioja folytán. f) Fibromák torsioja 22 eset közül okozott elváltozást az adnexumokban. g) Az uterus torsioja 22-ből 5 = 2%.

Conclusiók: 1. Gyakrabban jönnek elő a tubo-ovarial elváltozások fibromák mellett, mint gondolnók, körülbelül 59%-ban. 2. Minden tuba- és ovariumbetegség gyakori az elváltozások között az egyszerű salpingitis katarrh.-tól a varicocele petris-ig.

Csiky.

Landau L.: Symptome und Behandlung der Myome. (Deutsche Klinik, IX. kötet 117—168. l.) L. elég behatóan tárgyalja a myomák három nagy csoportjának, a submucosus, subserosus és intramuralis tumoroknak symptomatológiáját. Figyelmeztet a myomások chronikus vérzései folytán gyakran kifejlődő hydraemiára és a szív consecutiv megbetegedésére. A myomák kezelése csak operatív lehet; mindazonáltal ismerteti a régebben használt módszereket is. Tüneteket nem okozó myomákat prophylactice csak az esetben operál, ha azok más ok folytán végzett laparotomia alkalmával eltávolíthatók. Ha a myoma csekélyebb kellemetlenségeket okoz, a tüneti kezelés mellett az összorganizmus erősítésére törekszik. Ha végül a daganatok vérzések, fájdalmak, lobosodás vagy szívgyengeség által az életörömet tönkreteszik, vagy épen az életet veszélyeztetik, helyén van a műtéti beavatkozás és pedig, ha lehet, a myomectomia, ha ez kivihetetlen, a hysteromyomectomia lehetőleg az ovariumok bennhagyásával.

Végezetül ismerteti a myomák befolyását a genitáliák functioira.

Adler Oszkár.

Dolérus: Hystérectomie subtotale suivie de menorrhagies, (Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris. Séance du 9 décembre 1901.) Egy nőről referál, kinél egy év előtt fibroma miatt a méh supravaginalis amputációját végezte laparotomia útján. A műtétet követő vérzések tovább is jelentékenyek maradtak és fájdalmasok is voltak, mint előbb. A méh vastag, cystosusnak látszó csomját előbb megpungálta és mint-hogy javulás nem állott be, felmetszette mindkét oldalt a méhnyakot, midőn egy megszületni készülő kis cervicalis fibromát talált. Ezt eltávolítván, a vérzések teljesen megszűntek.

Goldberger Hugó.

Viannay Ch.: Phimosi du col utérin. (Révue de Gyn. et de Chir. abd. Tom. VIII. Nr. 1., p. 17.) Jaboulay professor illetve ezen elnevezéssel egy 36 éves nőnek (hajadon) kóros állapotát, a ki rendszeren menstruált 15 éves kora óta, minden fájdalom vagy más kellemetlen tünet nélkül. 17 éves korában súlyos scarlatinát állott ki s ez időtől fogva rendkívül súlyos dysmenorrhoeás jelenségek mutatkoznak havibaj előtt s alatt.

Vizsgálatkor rendes ürterü volt vaginájának alsó $\frac{2}{3}$ -része, de fokozatosan szűköst felfelé senilis hüvely módjára; e tölesér végén, 6 cm-re az introitustól egy hártya rekesz módjára szűkíti harántul, melynek szájadéka épen átbocsátja a mutatóját. Valóságos „prépuce vaginal”-nak nevezhető elváltozás.

Incisiókkal két oldalt gyógyítják, utókezelése tamponadeból, majd irrigációkból áll, később tágitást alkalmaznak. A dysmenorrhoea megszűnik. Az irodalomban nem gyakoriak az ily *partialis atresia*k. Szülészeti szempontokból adnak nehézségeket, mert a termékenyülést meg nem akadályozzák. — *Rossignol* esete hasonlít bizonyos mértékben az övéhez (21 éves asszony, hártás membrana osztja a hüvelyt két részre, a nyílás lúdtollnyi). Bár a hártya átmetszett szövete nem heges, nem tartja congenitalisnak.

Csikó

Stravoskiadis Chr. Über die Veränderungen des Uterus bei akuten Infektionskrankheiten. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1903. január és február.) Szerző előbb az irodalmat ismerteti, elmondja számos buvárnak véleményét és tapasztalatait, végül a saját vizsgálatairól számol be.

A míg a szerzőknek egy kis része, mint Kaminsky, Barthel, Queirel azt hiszik, hogy a heveny fertőző betegségek alig vannak befolyással a nők sexualis szerveire, addig a túlnyomó nagy résznek ellenkező a véleménye és igen sokan közülök láttak ily bajok kapcsán létrejött abortusokat, koraszüléseket, nem gravidáknál pedig metrorrhagiákat. A mi magát az előidéző okot illeti, némelyek a foetusnak részben a magas láz, részben a vér hiányos oxydatioja következtében történt elsődleges elhalását okozzák, mások szerint pedig a fellépő haemorrhagiás endometritisek az elsődlegesek.

Szerző az irodalomból számos esetet idéz, a midőn az endometritiseknek különböző fajtáit találták az ily betegségekben elhaltaknál és ilyenkor majdnem mindig ki volt mutatható az endometriumban székelő izzadmányban, vagy vérömlenyben azon fertőző kórt okozó baktérium, a melyben a beteg elhalt, tehát a typhus-bacillus, a cholera vibrió, a pneumonia diplococcus stb. Czernetschka említ egy esetet, a midőn egy 25 éves pneumonia utáni sepsis következtében a gyermekágy ötödik napján elhalt anyának a gyermeke a születés után 36 óra múlva ugyancsak croupus pneumoniában halt el és úgy az anyának endometriumból, tüdejéből, mint a magzatnak tüdejéből és endocardiumából vett váladékban a Fraenkel-Weichselbaum-féle diplococust ki lehetett mutatni; ez tehát azt bizonyítaná, hogy az anya tüdőgyuladása intrauterin infectio útján átvihető a magzatra.

Szerző maga 24 esetet vizsgált és pedig 12 croupus pneumoniában, 4 typhus abd.-ban, 3 pyaemiában, 2 meningitisben, 1 pleura empyemában, 1 anthraxban, végre 1 acut miliar tuberculosisban elhalt egyént. Ezek közül 5 volt puerpera, 19 pedig nem. A 24 közül 16 esetben jutott pozitív eredményre, tudniillik a méhüregből azonnal a sectio után steril módon vett váladékban megtalálta az illetők betegségét okozott specifikus baktériumokat. 8 esetben, a melyek között 3 pneumonia, 2 typhus, 1 pyaemia, 1 anthrax és 1 acut miliar tuberculosis volt, semmiféle szövettani elváltozást, sem pathogen mikroorganizmusokat a méhben kimutatni nem lehetett.

A fent említett 16 esetben a méhüreg megnyitása után az acut endometritis képe tárult a szerző szeméi elé az erek erős belőveltségével, vérömlenyekkel és a méhüregben székelő könnyebb esetekben véres, savós, a súlyosabbakban pedig genyes, gyermekágyasoknál pedig gyakran diphtheritises izzadmánnyal.

A baktériumok az uterusba mindenesetre a vérpálya útján kerültek és úgy idézték ott elő a fent leírt elváltozásokat, természetesen nagyban elősegítette munkájukat a méhnek terhes, plane gyermekágyas volta, a mennyiben kitűnő tenyészőtalaj gyanánt szolgált nekik.

A gravidáknál fellépő acut fertőző betegségek abortusra, vagy koraszülésre oly módon vezetnek, hogy endometritis keletkezik, ennek folytán exsudatio esetleg vérzés történik a decidua és a pete közé, az uterus tágul, a mi összehúzódásokat vált ki. Az endometritis ezenkívül még oly módon is okozhatja a terhesség félbeszakítását, hogy miatta a magzat hiányosan táplálkozik, elhal és így váltja ki a contractiókat.

Zboray.

Fritsch H.: Die Bedeutung der Einwilligung der Patienten zur Operation. (Die Krankenpflege, II. Jahrg. H. 2.) Műtét előtt a beteg beleegyezését lehetőleg megnyerni F. szerint az orvosnak ethikai kötelessége; vannak azonban esetek, a melyekben a beteg előtt állapotát és a végzendő műtét horderejét nyíltan feltárni inhumánus cselekedet volna (például carcinomák palliatív műtét kezelése). Az orvost megtámadtatások ellen nem is a beteg beleegyezése óvja meg; magában büntetendő cselekmény (például elhajtás) a másik fél beleegyezése dacára is büntetendő marad. A beteg érdekében lege artis végzett műtét kedvezőtlen lefolyásáért azonban semmiféle bíróság az orvost nem teheti felelőssé.

Adler Oszkár.

III. Bibliographia.

Külföldi szakirodalom.

(Könyvek, dissertációk, thèse-ek.)

Aguinet M. De l'inondation péritonéale dans les grossesses ectopiques. 1903. — *Alst H.* Die Geburten der Frauen unter 140 cm. Grösse. Diss. Marburg, 1902. — *Arbeiten aus dem Gebiete der Geburtshilfe u. Gynäkologie.* Festschrift für Prof. Dr. O. Engström zum 50. Geburtstag. 1903. — *Archiv für Gynäkologie.* 69. Bd., 1. Heft. 1903. — *Baltisch-willer A.* Myome und deren Komplikationen. Diss. Zürich, 1902. — *Bandler S.* Uterine and tubal gestation. New-York. — *Bauer F.* Über kryptogenetische Septico-Pyämie. Diss. München, 1902. — *Baumhöfener H. F. W.* Die mit chron. Nephritis komplizierten Geburtsfälle der Marburger Entbindungsanstalt a. d. Jahr. 1883–1900. Diss. Marburg, 1902. — *Beck G.* Verzögerung der Geburt des zweiten Zwillinges. Prag, 1903. — *Benoit L. A. G.* Des ferments solubles du lait de femme. 1903. — *Bertram C.* Über die Einpflanzung des verletzten Ureters in die Blase. Diss. Halle, 1902. — *Betschmann D.* Über ein fibro-epitheliales, traubiges Papillom des Ovarium und seine Beziehungen zu Keimepithelcysten. Diss. Zürich, 1902. — *Beuttner O.* Gynaecologia helvetica. III. Jahrg. Bericht über 1902. 1903. — *Bick'ly H.* Die Kolpektomie als Prolapsoperation. Diss. Bern, 1902. — *Bohne A.* Beitrag zur Bakteriologie der Scheide nicht untersuchter Schwangerer. Diss. Berlin, 1902. — *Böle C.* Über primäre Uterustuberkulose. Diss. Zürich, 1902. — *Bossi L. M.* Manuale di ostetricia per le levatrici. Milano, 1903. — *Botzong C.* Über Bildung maligner Geschwülste an der Cervix uteri nach Amputatio uteri myomatosi supravaginalis. Diss. Berlin, 1902. — *Bruas F. M.* La grossesse dans les névroses, le psychoses et en particulier dans la paralysie générale. Bord., 1902. — *Bumm E.* Grundriss zum Studium der Geburtshilfe in 28 Vorlesungen u. 578 bildl. Darstellungen. 2. Aufl. 1903. — *Burckhard G.* Die Blutungen nach der Geburt, ihre Entstehung und Behandlung. Würzburg. — *Cohn Fr.* Zur Histologie und Histogenese des Corpus luteum und des interstitiellen Ovarialgewebes. 1903. — *Contencin L.* Des déchirures des culs-de-sac du vagin au cours des accouchements. Montp., 1903. — *Coulon Ch.* De l'augmentation du poids dans les jours qui précèdent la mort du nourisson. 1903. — *Cordes W.* Zur Lehre vom Aderlass und der Kochsalzinfusion. Diss. Göttingen, 1902. — *Cristol H. P. H.* Polypes adhérents de l'utérus et fibromyomes à base d'insertion multiple. Bord., 1903. — *Darger Wilh.* Zur Kenntniss der Kraurosis vulvae. Kiel, 1902. — *Demain Ch.* De la paramérite récidivante associée au prolapsus utéro-vaginal. Par., 1903. — *Dübendorfer E.* Bakteriologische Untersuchungen des Vulva- und Vaginalsekretes. Diss. Bern, 1901. — *Devaux L.* Lésions des annexes durant l'évolution des fibroms utérins. 1903. — *Duc Dodon A.* Des fistules de la glande de Bartholin. 1903. — *Dufongerie W. M. B.* La chlorose ses rapports avec le mariage son traitement par la liquide orchitique. Bord., 1902. — *Dupin-Dulan J.* Hystérie et maladies gynécologiques. Bord., 1902. — *Elmgren.* Über operative Befestigung der Wanderniere. 1903. — *Engström O.* Mittheilungen aus seiner gynäkologischen Klinik. Bd. V. 1, 2 u. VI. 1, 2. 1903. — *Ercklentz.* Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Leistungen der Kochsalzinfusion. Diss. Breslau, 1902. — *Eymann Otto.* Über Blasenscheidenfisteln mit Einschluss der Blasen- und Ureter

Cervicisteln. 1903. — *Fellner Otf. Otto*. Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Wien. — *Figliera Ch.* Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse. 1903. — *Findley, Palmer*. A treatise on diagnosis in diseases of women. Philadelphia. — *Fischer H.* Zwei Fälle von Symphysiotomie aus der königl. geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der Universität Halle. Wittenberg. Diss. Halle, 1902. — *Fournier C.* Précis de gynécologie pratique. 2. éd. 1903. — *Fournier C.* Précis de Gynécologie, 2me éd. refondue. Paris. — *Fraenkel E.* Über missea labour und missea abortion. 1903. — *Fraenkel Ernst*. Hygiene des Weibes. 1903. — *Frank A.* Über Gesichts- und Stirnlagen. XXI. Gesichts- u. Stirnlagen aus der Frauenklinik zu Greifswald. Diss. Greifswald, 1903. — *Frankl Oskar*. Das runde Mutterband. Wien, 1903. — *François M.* Caractères et élevage des prématurés. 1903. — *Fresson Henri*. Le traitement chirurgical de l'inversion utérine. Paris. — *Freund H.* Über die Fibromyome der Ligamente des Uterus. Diss. Freiburg, 1902. — *Frien W.* Ein Fall von einseitiger kongenitaler Cystenniere bei einem 21-jährigen Mädchen. Heilung durch Operation. Diss. Erlangen, 1903. — *Fries A.* Über die Behandlung der Conjunctivitis blenorrhoica neonatorum et adultorum nach der Methode von Kalt. Diss. Tübingen, 1902. — *Ghazarossian V.* De la pathogénie de l'ovaire scléro-kistique. Par., 1903. — *Giffard P.* De l'arrêt de la tête dernière en position directe, au détroit supérieur (difficulté de l'extraction). 1903. — *Girard J. L. M.* Du decubitus acutus, complication des interventions gynécologiques. Bord., 1902. — *Goldammer F.* Beiträge zur Kasuistik und Therapie der Cervixrisse. Diss. Berlin, 1902. — *Gosrau G.* Beobachtungen über die Dauer der Schwangerschaft. Diss. Marburg, 1902. — *Hagmann J.* Über abnorm lange Retention abgestorbener Früchte im Uterus. Tüb., 1903. — *Hammer F.* Stieltorsion bei Ovarientumoren und deren klinische Bedeutung. Diss. Würzburg, 1902. — *Hartje A.* Ein seltener Fall von Bauchblasengenitalspalte. Diss. Göttingen, 1902. — *Hegar Alf.* Korrelationen der Keimdrüsen und Geschlechtsbestimmung. 1903. — *Hemmerdinger K.* Über die Hernia inguinalis und Hydrocele muliebris. 1902. — *Higuchi S.* Über die Verdoppelung des Uterovaginalkanals. Diss. Rostock, 1902. — *Hirsch H.* Beitrag zur Lehre von der placenta praevia. Diss. Marburg, 1902. — *Hoche*. Arzt u. Hebamme. 1903. — *Hofmeier M.* Die königl. Universitäts-Frauenklinik in Würzburg. 1889—1903. Berichte u. Studien. 1903. — *Iljinsky W.* Über die Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalien. Diss. Berlin, 1902. — *Jacobsohn H.* Über 1000 Geburten der Univ.-Frauenklinik Würzburg. Würzburg, 1902. — *Jaffé Jos.* Blasenmole u. Eierstock, ein Beitrag zur Pathologie des Corpus luteum. 1903. — *Jatho M.* Über universelles Oedem beim Neugeborenen. Diss. Marburg, 1902. — *Jourdain J. A.* Etude et traitement des congestions frustes intermenstruelles. 1903. — *Jungherr E.* Beziehungen von Darmerkrankungen zu Erkrankungen der weiblichen Generationsorgane. 1903. — *Kalle E.* Zur Kenntniss der primären Scheiden- u. Vulva-Karzinoms. Greifsw., 1903. — *Kassler O.* Beckengeschwülste und Echinococci der Beckenknochen. Diss. Jena, 1902. — *Keetmann Fr.* Zur Kasuistik der Placenta praevia. 1903. — *Kirchgessner P.* Über mehrfache Tubargravidität. Diss. Würzburg, 1902. — *Kirchner O.* Ein Beitrag zur Kenntniss vom Trichterbecken. Diss. Greifswald, 1903. — *Kocks J.* Zur Sterilisationsfrage. Leipz., 1902. — *Kohn K.* Über die Operation verjauchter Myome des Uterus. 1903. — *Köhler M.* Beobachtungen über Vorliegen und über Vorfälle der Nabelschnur in der königl. Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik zu Halle a. S. in den Jahren 1890—1901. Diss. Halle, 1902. — *Kreusel F.* Über Fremdkörper in der Vagina und im Uterus, mit besonderer Berücksichtigung eines in der hiesigen Klinik beobachteten Falles. Diss. Greifswald, 1903. — *Kreutzkamp A.* Ergebniss der Credé'schen Prophylaxe in der Frauenklinik Halle 1894—1903. Halle, 1903. — *Kristeller E.* Ein Beitrag zur Retinitis albuminaica gravidarum. Diss. Freiburg, 1902. — *Krukenberg E.* Einstellen gebildeter Frauen in den Hebammenberuf. Berlin, 1902. — *Krüger Joh.* Über chorea gravidarum. 1902. — *Lafont Fel.* De la dégénérescence sarcomateuse des fibro-myomes des l'utérus. Bord., 1902. — *Lébedeff M.* Contribution à l'étude de la vulvovaginite des petites filles. Diss. Lausanne, 1902. — *Loewenstein H.* Klinisch-statistische Beiträge zur Puerperalfieberfrage. Diss. Breslau, 1902. — *Löfquist R.* Zur Pathologie der Mucosa corporis uteri. 1903. — *Löw O.* Die Chemotaxis der Spermatozoen im weiblichen Genitaltract. Wien, 1902. — *Magimel I. L.* Du tétanos gynécologique. Bord., 1902. — *Magnus A.* Ein Beitrag zur Therapie des engen Beckens. Diss. Königsberg, 1902. — *Mangiagalli L.* Die Brom-Jod-Salzbäder in der gynäkol. Praxis. Mail., 1902. — *Marggraff F.* Über Spätrezidive bei Mammakarzinomen. Diss. Würzburg, 1902. — *Mariette G.* Valeur semeiologique des modifications de l'utérus au début de la grossesse. 1902. — *Marin A. J. J.* Des cellulites pelviennes consecutives aux hysterectomies abdominales (totales et supravaginales). Bord., 1902. — *Marocco C.* Ostetricia e ginecologia 1903. — *Masseret C.* De l'hysteropexie abdominale (technique, résultats.) 1903. — *Mesnil Rog.* Les mères, qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant (étude clinique.) 1903. — *Meyer E.* Der Eiweissgehalt der Frauenmilch. Diss. Berlin, 1902. — *Michalovitch M.* De la vulvo-vaginite et des principales complications chez les petites filles. Par. 1903. — *Mittheilungen aus der gynäkologischen Klinik v. Otto Engström in Helsingfors.* V. Bd. (I., II., III. H.), VI. Bd. (I., II. H.) Berlin. — *Mohmann R.* Über die Entstehung des Puerperalfiebers auf hämatogenem Wege. Diss. Marburg, 1902. — *Muratet L. M. P. A.* Des rapports numériques des divers éléments figurés du sang chez l'embryon et le foetus humains jusqu'à la naissance, leurs variations dans certaines conditions pathologiques. Bord. 1902. — *Neustätter O.* Die Reform der Frauenkleidung auf gesundheitlicher

Grundlage. München, 1903. — *Otz H. W.* Über Retroversio uteri und ihre operative Behandlung durch die Laparotomie (Fixation der Ligamenta rotunda an die vordere Bauchwand.) Diss. Bern, 1902. — *Pancot H. R.* De l'absence totale congénitale du vagin et de son traitement opératoire. 1903. — *Payre-Ficot L.* De kystes congénitaux de la vulve. 1903. — *Philipp J. E.* Les prétextes invoqués contre l'allaitement maternel. 1903. — *Proust G.* Influence qu'exerce la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire. 1903. — *Pupke O.* Ein Fall von Atresia ani vaginalis. 1903. — *Resinelli G.* 1. Della funzione renale nella vita intra-uterina. Ferr., 1902.; 2. Della gravidanza nell' utero doppio. Cagl., 1903.; 3. Ricerche e studi sul passaggio del bleu de metilene attraverso la placenta. Ferr., 1903.; 4. Gli attuali problemi della ostetricia e ginecologia. Mil. 1903. — *Roques G. E.* De la kératite interstitielle dans la syphilis acquise, le rhumatisme et la vie genitale de la femme. Bord., 1902. — *Ryser H.* Fünfzig Fälle von Extrauteringravität als Beitrag zur ektopischen Schwangerschaft. Diss. Bern, 1902. — *Santlus T.* Über Pseudomyxoma peritonei. Diss. Berlin, 1902. — *Schatz Fr.* Wann tritt die Geburt ein? Leipz., 1902.; Schlechte Wehen und die centrale Steuerung der Wehentätigkeit. Wien, 1902. — *Schenk Ferd.* Die Pathologie u. Therapie der Unfruchtbarkeit des Weibes. 1903. — *Scherf C.* Über Hernien nach Laparotomien. Diss. Bern, 1902. — *Schlosser K.* Über Sarkomatose der Ovarien. Diss. München, 1901. — *Schuhmacher G.* Zur Kenntniss der malignen Chorionepitheliome. Diss. Freiburg i/B. 1902. — *Schmidt Erk.* Über Spindelzellensarkome des Ovariums. 1903. — *Schultz W.* Über Ovarienverpflanzung. Diss. Königsberg, 1902. — *Schultze B. S.* Unser Hebammenwesen u. die Reformpläne. 1903. — *Schütte R.* Über Genitaltuberkulose des Weibes. Diss. München, 1902. — *Schubach P. O.* Über Tubargravidität und ihre Schicksale. 44 Fälle aus der Tübinger Frauenklinik. Tüb., 1903. — *Sellheim Hugo* Prinzipien u. Gefahren der Abortbehandlung. 1902. — *Sellheim Hugo*. Leitfaden für die geburtshilflich-gynäkologische Untersuchung. Freiburg, i/B. — *Strassmann P.* Das Leben vor der Geburt, 1903. — *Streckeisen Edw.* Über zwei Fälle von Sectio caesarea wegen Eklampsie. Zür., 1903. — *Strohmeyer G.* Über einen Fall von puerperaler Sepsis, Pyämia maticata, der nicht von den Genitalien ausgegangen sei. Diss. München, 1901. — *Teillet P.* Des accidents pleuro pulmonaires pendant les suites de couche la plus souvent précurseurs de la phlegmatia alba dolens. 1903. — *Trautmann H.* Myom und Schwangerschaft. Diss. Bonn, 1901. — *Trendelenburg F.* Über die chirurgische Behandlung der puerperalen Pyämie. Münch., 1902. — *Uebelmesser H.* Über 12 Fälle von Kephalocranioklasie nach Zweifel. Diss. Tübingen, 1902. — *Uihmöller Aug.* Über Extrauterinschwangerschaft. Berl., 1903. — *Vatter G.* Beitrag zur Kasuistik und Kenntniss der Dermoidcysten. Diss. München, 1901. — *Veit J.* Geburtshilfe u. Gynäkologie in ihren Beziehungen zu der übrigen Medizin u. zu den Naturwissenschaften. Wiesb., 1903. — *Walther M.* Zur Aetiologie der Ovarialadenome. 1903. — *Watt-Keen J.* Zur Pathologie der Uterus-Myome u. zur Indication ihrer Behandlung. Würzb., 1902. — *Williams J. W.* Obstetrics, textbook for students. New-York. 1903. — *Weininger O.* Geschlecht und Charakter. Eine prinzipielle Untersuchung. I. Die sexuelle Mannigfaltigkeit. II. Die sexuellen Typen. 1903. — *Weinberger Rob.* Die patholog. Anatomie der Puerperal-Eklampsie und Urämie. 1903. — *Wichura M.* Zwei Fälle von Anencephalie. Diss. Berlin, 1902. — *Wild C.* „Wie behüten wir unsere Frauen u. Mädchen vor nervösen Erkrankungen?“ 1903. — *Zade M.* Die Tuberkulose der weiblichen Brustdrüse. Diss. Freiburg, i/B. 1902. — *Zobel K.* Beiträge zur Kenntniss der anatomischen Veränderungen der Milchdrüsen unserer Haustiere bei der gewöhnlichen Euterentzündung und der zuweilen darauffolgenden Euternekrose. Diss. Bern, 1902.

VEGYESEK.

† *Playfair William Smoult*, a londoni King's College Hospital volt szülészeti tanára és az edinburgi hercegnő udvari orvosa meghalt folyó évi augusztus 13-dikán St. Andrewsban 67 éves korában.

† *Swayne Joseph Griffith*, a bristol University College volt szülészeti tanára e napokban halt meg.

† *de Saskie Miller*, a chicagói Rush Medical College volt szülészeti tanára ez év július havában halt meg.

— *Chrobak Rudolf* tanár, cs. udv. tanácsos július hó 8-dikán lett 60 éves, a mely alkalmat számos tisztelője felhasználta, hogy az általános szeretett és nagyrabecsült mestert innepelje. A magyarok iránt mindig rokonszenvvel viseltető tudományát még s mindig fiatalos hévvel szolgáló kiváló férfiú fogadja ez alkalomból a mi szerencsekívánatainkat is.

— *Göttingen. Fleck Georg* a szüléset és gynaecologia magántanárává nevezetett ki a göttingeni egyetemen.

— *Erlangen. Stöckel W.* eddigi bonni magántanár, október 1-sejétől ugyanily minőségben Erlangenben fog működni.

— *Leipzig. Glockner Adolf*-ot a leipzig egyetemen magántanárává nevezték ki.

— *Berlin. Blumenreich Ludwig*, a kinek nevét különösen a Zuntz-al végzett vizsgálatok az eklampsia terén tették ismertté, a berlini egyetemen magántanárává nevezték ki.

— *Zürich. Meyer Wick C.* magántanárává habilitálta magát a zürichi egyetemen.

— *Besançon. Baigue* a besançoni orvosi iskola szülészeti tanárává nevezetett ki.