

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

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, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravosik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauder Vilmos, Thanoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Högyes Endre: A budapesti Pasteur-intézetnek 1903. évi kimutatása. 712. lap.  
 Jendrassik Ernő: További adatok a járás élettanához 714. lap.  
 Engel Károly: Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. belgyógyászati kórodájáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. egyet. tanár.) Az exsudatum pleuriticum pulsans és exsudatum pleuriticum adiposum casuistikájához. 717. l.  
 Tárca. Platz Bonifác: Lassnitzhöhe. 719. lap.  
 Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Ráskai Dezső: A prostata hypertrophia tanának mai állása. 721. lap. — Könyvismertetés. G. Klemperer: Die Behandlung der Nierensteinkrankheit. (P i c k e r R e z s ő.) 722. lap. — Lapszemle. Sebészeti. Polina Daiches: A lágycsérvek radicalis műtéti eredményei. (L o b m a y e r G é z a.) — Julius Finck: Spondylitises pápok absolut kiegyenlítésének problémája.

(Holzwarth.) — Ledderhose: A vivőérbillentyű jelentőségéről és viszonyukról a vivőértágulatokhoz. (Christian.) — M. Juliusberg: Galambok és tyúkok epithelioma contagiosumáról. (Christian.) — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Georgi: A collargol használata az orvosi gyakorlatban. — Credé: A collargol hatásmódja. — Folyóiratok átnézete. 722. lap.  
 Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitüntetés. — Kinevezések. — Babarezi Schwartz Ottó. — Megbízás. — Onodi Adolf. — A „Budapesti Orvosi Kör”. — A sebészek nemzetközi egyesülete. — A magy. kir. belügyminister trachoma-díja. — Lakásváltoztatás. — A nyitramegyei közkórház kimutatása 1903-ról. — Megjelent. — Elhunyt. 724. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.  
 Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Bihar megyei orvos-, gyógyszerész és természettudományi egylet Nagyváradon.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti Pasteur-intézetnek 1903. évi kimutatása.

Közli: Högyes Endre dr. egyetemi tanár.

I. Az intézet forgalmának egyetemes átnézete.

Az intézetet az 1903. év folyamán 3382 egyén kereste fel orvosi tanács és esetleges antirabikus védőtások elnyerése végett. 3035 ezek közül Magyarország 61 megyéjének 1146 községéből jött, 347 pedig a szomszédországok, nevezetesen Horvátország és Szlavonia, Bosznia és Hercegovina, Galiczia és Szerbia 170 községéből érkezett.

A jelentkezettek közül 491 egyént nem vettünk fel a védőtásokra, mivel ezeknél a marás előadott körülményei rájuk nézve biztosan kizárták a veszetséggel való fertőzés eshetőségét. Maradtak tehát 2891-en, kik közül teljes védőtást kapott 2833 egyén, 58 pedig csak részleges védőtást, a mennyiben 26 egyénről az oltások folyamán kiderült, hogy a maró állat nem volt veszett, 32 egyén pedig önkényesen abbahagyta a védőtást.

A védőtásra felvett 2891 egyén közül magyarországi illetőségű volt 2558 (88.48%), 333 (11.51%) pedig a fentebb említett szomszédországokból való.

A védőtásokra felvett egyének nemére, korára, foglalkozására a statistikai adatok a következők:

A 2610 egyén kor és nem szerint következőleg oszlott meg:

1—5 évesek közül	198 férfi,	117 nő,	összesen	315
6—10	365	229	594	
11—15	309	150	459	
16—20	251	110	361	
21—25	174	65	239	
26—30	119	56	175	
31—35	102	30	132	
36—40	106	54	160	

41—45 évesek közül	90 férfi,	35 nő,	összesen	125
46—50	62	41	103	
51—55	44	28	72	
56—60	34	27	61	
61—65	19	16	35	
66—70	18	16	34	
71—75	10	6	16	
76—80	3	4	7	
81—90	2	1	3	

Összesen: 1906 férfi, 985 nő, összesen 2891

Foglalkozásuk vagy családjuk társadalmi állására nézve a védőtásra felvettek következőleg oszlottak meg:

Földbirtokos . . . . .	12	egyen
Földműves . . . . .	712	"
Iparos . . . . .	462	"
Napszámos (eseléd) . . . . .	1307	"
Kereskedő . . . . .	58	"
Hivatalnok . . . . .	163	"
Magánzó . . . . .	16	"
Vasutas . . . . .	94	"
Katona . . . . .	47	"
Orvos . . . . .	20	"

Összesen 2891 egyén.

Ez adatok tehát az 1903. évre is mutatják az előbbi évek azon statistikai törvényét, hogy Magyarországon és szomszéd országában a veszett állatmarás esélyeinek a földművesek, hivatalnokok, iparosok, eselédok 5—15 év között levő fiúgyermekei vannak leginkább kitéve.

A veszetség fertőzés-forrásaira nézve az 1903. év tapasztalata szintén egyezik az előbbi évek tapasztalataival. A 2891 védőtásra felvett egyén közül veszett vagy veszetségre gyanus

ebmarást szenvedett: 91·38%, hasonnemű macskamarást 6·08% és csak 2·52% egyéb veszettségfertőzést. Ezt és a marások tömegességének módját mutatja a következő tábla az 1903. évi megmartaakra:

1199 esetben	1-1 kutya mart	1-1 egyént,	összesen	1199 egyént
302	1-1	2-2	"	604
108	1-1	3-3	"	324
33	1-1	4-4	"	132
20	1-1	5-5	"	100
12	1-1	6-6	"	72
8	1-1	7-7	"	56
3	1-1	8-8	"	24
5	1-1	9-9	"	45
2	1-1	10-10	"	20
1	1	11	"	11
2	1-1	12-12	"	24
1	1	14	"	14
1	1	17	"	17

1697 kutya mart összesen ..... 2642 egyént

100 esetben	1-1 macska mart	1-1 egyént,	összesen	100 egyént
13	1-1	2-2	"	26
5	1-1	3-3	"	15
2	1-1	4-4	"	8
2	1-1	5-5	"	10
1	1	17	"	17

123 macska megmarta összesen ..... 176 egyént

8 esetben	1-1 szarvasmarha	iniciált	1-1 egyént,	összesen	8 egyént
3	1-1	"	2-2	"	6
1	1	"	3	"	3
1	1	"	4	"	4
1	1	"	6	"	6
8	1-1 sertés	"	1-1	"	8
1	1	"	2	"	2
8	1-1 ló	"	1-1	"	8
1	1 ló	"	2	"	2
1	1 róka	megmarta	2	"	2
2	1-1 majom	"	1-1	"	2
1	1 nyúl	"	1	"	1

36 különböző állat mart összesen ..... 52 egyént

1 esetben	1 ember	iniciált	1 egyént,	összesen	1 egyént
1	1	"	3	"	3
1	1	"	5	"	5
1	1	"	12	"	12

4 ember iniciált összesen ..... 21 egyént

Ebmarottak száma	2642	= 91·38%
Macskamarottak száma	176	= 6·08%
Egyéb állatmarottak száma	52	= 1·79%
Emberről iniciáltak száma	21	= 0·72%

Összesen: 2891

Az intézetbe felvételre jelentkezés időszaki fluctuatioja az 1903. évre nézve is azt tüntette fel, mint az előbbi években, hogy a tavaszi és nyári hónapok azok, melyekben Magyarországon és a szomszéd országokban leginkább el van terjedve a veszettség.

A jelentkezés havi ingadozása a 2891 egyénre 1903-ban következő volt:

Hónap: I. II. III. IV. V. VI. VII. VIII. IX. X. XI. XII.  
Egyén: 217 201 269 226 238 307 304 269 214 224 189 233  
összesen 2891 egyén.

A védoltások ez év folyamán is az előbbi évekhez hasonló módon történtek. A védoltó anyag termelése és a védoltások tényleges kivitele az egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatos helyiségekben, az úgynevezett Pasteur-intézetben történt. A 2891 beteg közül 2508 volt a szt. István-kórházban, 383 pedig magánlakáson elhelyezve, valamennyien ambulánsan kezeltettek és a szükséghez képest naponként egyszer vagy kétszer jelentek meg, a 12 éven aluli marottak kísérőikkel együtt, a védoltásokra. A kórházban ápolat 2508 megmarta és 707 kísérőjének, tehát összesen 3215 egyénnek ápolási napja az 1903. évben 40,843 volt, egy egyénre átlag 12·70 ápolási nap esett.

A napi oltások számának minimuma és maximuma az egyes hónapokban a következőleg ingadozott.

Hónap: I. II. III. IV. V. VI.  
Szám: 68—97 79—104 94—126 90—105 91—112 84—155

Hónap: VII. VIII. IX. X. XI. XII.  
Szám: 86—145 89—167 81—105 71—112 60—96 66—101.

Leginkább igénybe volt véve tehát az intézet munkássága ez évben is, úgy mint az előző években, június, július és augusztus hónapokban.

A veszettség kitörésének megakadályozására ez évben is kizárólagosan az intézet vezetőjének védoltó módszere alkalmaztatott, az úgynevezett *fix virus diluáló* módszer, mely lényegében abban áll, hogy a sterilizált physiologiai konyhasó-oldatban diluált, fix virus nagy hígítási fokokon kezdve successive erősödő fokozatokban fecskendeztetik a bőr alá. A kiindulási fokozat 10,000-szeres, 8000-szeres hígítás, melyet később 5000-szeres, 2000-szeres, 1000-szeres, 500-szoros, 200-szoros, súlyosabb esetekben 100-szoros hígítások követnek bizonyos empirikus sorrendben és cyclusokban.

Az egyszer befejezett mennyiség a magasabb dilutiók-ból 2—3 köbcentimeter, az erősebb dilutiókból 1—2 köbcentimeter. A fix virus ilyen dilutióinak alkalmazása az ember bőre alá absolute veszélytelen. A dilutiók előállítása könnyű és egyszerű, az adagolás practikus. Az activ immunitást a veszettség ellen épen olyan biztosan megadja, mint az eredeti Pasteur-féle „szárított velő“-módszer. A gyakorlati alkalmazásban a veszettségellenes védoltásokra ezek miatt a szárított velőmódszer felett előnyt érdemel.

A mi most a védoltások ez évi gyakorlati hasznosságát illeti, a következő statisztikai eredmény mutatkozik:

A 2891 védoltásra felvett egyén közül 32 a védoltások folyamán azoknak folytatásától és befejezésétől önkényesen visszalépett, 26 egyénről pedig szintén az oltások folyamán kiderült, hogy az őket megmarta veszettségre gyanús állat nem volt veszett; így védoltásuk továbbfolytatása abban maradt. Teljesen befejezett védoltást ilyenképen a fennebbi számból 2833 egyén kapott. E 2833 egyén közül a védoltások daczára 19 egyén kapta meg a veszettséget és halt el abban, 2814 pedig életben maradt. Ez 0·67%-nyi halálozásnak, illetőleg 99·33% gyógyulásnak felel meg.

Ama 19 haláloset azonban a gyógymód valódi eredményességének megítélése szempontjából nem számítható be valamennyi a halálozási és gyógyulási statistikába. 1 azok közül a védoltás folyamán, 7 a védoltás befejezése után 15 napon belül kapta meg a bajt. E 8 lyssa-halottat le kell vonni a 19 esetből, mert ezek — a párisi Pasteur-intézet statisztikai kimutatásokban legelőször, a mi korábbi kimutatásunkban is részletesen kifejtett és általában elfogadott okok miatt — úgy tekinthetők, mint a melyeknél a védoltás azért nem vezetett eredményre, mert a baj lappangási idejének már késő szakában jutottak a védoltáshoz, annyira, hogy azt teljesen befejezni náluk nem lehetett. A fennebbi 19 haláloset közül csak 11 olyan van, melynél a védoltások befejezte után 15 napon túl tört ki a veszettség. E 11-re mondható joggal az, hogy ezek a teljesen befejezett védoltások daczára is megkapták a veszettséget; és e 11 az, mely joggal beszámítható a halálozási és gyógyulási statistikában a veszettségellenes gyógyítás rovására. A 8 lyssa-halálosetet ilyenképen levonva 2833 esetből, 2825 eset marad mint kellő időben és teljes védoltást kapott eset. Ezek közül 11 halván el, a tulajdonképeni halálozási százalék gyanánt 0·38, gyógyulási százalék gyanánt pedig 99·62 tűnik elő.

4 évvel ezelőtt ugyanezen helyről volt szerencsém közölni a tek. Akademiával, hogy öt éven át (1892, 1893, 1895, 1896, 1897) a lehető legnagyobb pontossággal gyűjtött és a legkörültekintőbb szorgossággal elemzett statisztikai adatokból az derült ki, hogy ez időben Magyarországon

I. 855 az intézetben meg nem jelent és így nem védoltott veszett állatmarta egyén közül

megkapta a veszettséget	119 = 13·91%
nem kapta meg a veszettséget	736 = 86·09%

II. 5271 az intézetben megjelent és védoltott veszett állatmarta egyén közül

megkapta a veszettséget	22 = 0·41%
nem kapta meg a veszettséget	5249 = 99·59%

hogy tehát azon idő alatt az antirabikus gyógyítás a megmarta egyének halálozási százalékát 13·91%-ról leszállította 0·41%-ra.

Az 1903. évi statisztikai eredmények szintén megfelelnek ez empirikus tapasztalatnak, sőt 0·03% javulást mutatnak ahhoz képest.

A következő két tábla a párisi Pasteur-intézet után általánosan gyakorlatba vett schema szerint tünteti fel az 1903. évben orvosolt 2833 veszett állat marta egyént, tekintettel a maró állat vesztségének bizonyosságára és a marás súlyosságára.

A) csoportba vannak felvéve azon esetek, melyekben a maró állat vesztségét laboratoriumi vizsgálat vagy az a körülmény igazolja, hogy az egyidejűleg megmart emberek vagy állatok közül valamelyik megkapta a bajt.

B) csoport tartalmazza azon eseteket, hol a maró állat vesztségét állatorvosi észlelet bizonyítja.

C) csoport azokat, a hol az előbbi vizsgálatok nem történtek és csak a marás körülményei tanúsítják, hogy a maró állat veszett volt.

A marás-sebek súlyossága szerint a csoportok a) fej- és arcsebek, b) kézsebek, c) láb- és törzssebek címét nyerik.

Az első tábla a fentebbi levonások nélkül, a második a fentebb említett levonásokkal tünteti fel az eredményeket.

a) Levonás nélkül.

	Fejseb			Kézseb			Láb- és törzsseb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	5	—	—	49	1	2.22	29	1	3.45	83	2	2.40
B) csoport	141	5	3.54	845	3	0.35	1001	3	0.29	1987	11	0.55
C) csoport	64	—	—	272	5	1.83	427	1	0.23	763	6	0.78
Összesen	210	5	2.30	1166	9	0.77	1457	5	0.34	2833	19	0.67

b) Levonással.

	Fejseb			Kézseb			Láb- és törzsseb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	5	—	—	49	1	2.04	29	1	3.44	83	2	2.40
B) csoport	138	2	1.44	845	3	0.35	1000	2	0.20	1983	7	0.35
C) csoport	64	—	—	269	2	0.74	426	—	—	759	2	0.26
Összesen	207	2	0.96	1163	6	0.51	1455	3	0.20	2825	11	0.38

(Folytatása következik.)

### További adatok a járás élettanához.

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

(Folytatás.)

Mindezek a tételek a legnyilvánvalóbb bizonyítást nyerik, ha megkísérüljük a járást rendes, mintegy 75—85 cm. lépés hosszúság és *rendes testtartás mellett* nagyon lassan végezni. Azonnal feltűnik ebben a kísérletben, hogy ez nem sikerül egyenletesen, hanem bármily lassan végezzük is a kettős megtámasztás részleteit, az egyoldali megtámasztások alatt, sőt a 2—3-nak megfelelő kettős megtámasztás alatt is gyorsabban vagyunk kénytelenek a mozgást végezni. Ez a körülmény onnét ered, hogy a 2—3 szakasz alatt okvetlenül legalább annyi gyorsulást kell adni testünknek, hogy az a függőleges állásba bejuthasson, a hullámgörbe leszálló részében pedig, a mint már jeleztük, a leglassabb mozgás is az esés gyorsulásának van alávetve.

Ezek az adatok azonban annyiból még kiegészítendők, hogy tulajdonképpen a test súlyvonala már a csípőizület függőlegesbe jutása előtt is eléri statikai egyensúlyát, mert a láb egész hosszában lehet támaszpont, nem egyedül, a mint azt az egyszerűség kedvéért fentebb felvettük, csak a bokaizület. A test összsúlypontja már  $\alpha$ ,  $\beta$ -nak megfelelőleg (l. a 7. ábrán) statikai egyensúlyban van; sőt  $\alpha$ -tól  $\alpha$ -ig mozdulhat, a nélkül, hogy ezen egyensúlyából kikerülne. Ebből következik, hogy voltaképpen már a  $\beta$ -ig elérés eléréséig, nem kell a  $b$ -ig vivő kinetikai energia,  $\beta$ - $b$ -ig már az alszárizomzat csekély működése elviheti a súlypontot. Második kiegészítésül pedig fel kell hoznom, hogy az összsúlypontot  $\beta$ - $\beta$ -ig való útjában csak előre viszi a kinetikai energia, felfelé segítségül jön az út vége felé (a mint azt még a lépcsőfokra való felemelkedés fejezetében látni

fogjuk) az elül megtámasztott térd, a mely a  $\beta$ -szakaszon túl kezd kiegyenesedni, ezzel a mozdulattal magára vállalja a test emelésének legnagyobb részét a hullámhegyen való útjában. Czipőben járáskor a térd csak a függőlegesen túl feszül ki egészen, mezitlábbal már a függőleges síkban ki van egyenesedve.

Mindezekből a tételekből következik, hogy a járáshoz szükségelt izomtevékenység összetevődik egyrészt az *állási* izomműködésből és ezenkívül a két végtagnak *mozgást létesítő* erő kifejtéséből. Ez utóbbit illetőleg meg kell különböztetni az *aktív* és a *lengő* alsó végtagot. Az aktív végtag, ellentétben az eddigi felfogással, az, a mely a kettős megtámasztás utolsó részében hátul van és a míg a talajt éri, előretolja a testet, sőt ellátja azt az egyoldali megtámasztás idejére is a további előhaladáshoz szükséges energiával. Ebben az utóbbi szakaszban (az egyoldali megtámasztás szakában) ugyanaz a végtag, a mely előbb szerepelt mint lengő végtag, előre emelkedésével (térdben eleinte meghajlásával, azután kifeszülésével) létesíti az elülső lépésszakot, kiszabja a lépés hosszúságát, irányítja az összsúlypontnak haladását. A másik alsó végtag ezen szakaszokban nagyon passzív szerepet játszik, fenntartja ugyan a testet, de nemcsak hogy nem foly be annak előhaladásába, hanem még a medencéhez viszonyított hátrahajlása (a czombesont ú. n. feszítése) sem külön izommunka eredménye; ez a relatív mozgás onnét ered, hogy a szóbanforgó láb a földre támaszkodik, míg a test súlypontja előre halad, tehát voltaképpen a láb olyan, mint a kocsikerék tengelye, az alsó végtag a kerék külője, a mely követi a kocsinak, valóban a medencének előhaladását, a nélkül, hogy rája befolyása volna. Ez a passzív végtag akkor lesz aktív, a mikor a test összsúlypontja a megtámasztási vonalhoz közeledik ( $\beta$ ), és a függőlegesen átmegy, a midőn a testet emeli, és később a kettős megtámasztás szakában, a mikor mint hátulsó láb az előretolást átveszi.

A czombon észlelhető izomösszehúzódásokat a saját értékükben csak akkor tudjuk kellőleg megérteni, ha a czomb mozgására szolgáló izmokat elválasztjuk azoktól, a melyeknek hivatása a medence függőleges helyzetének megtartása; erre vonatkozólag hivatkozom egy előzetes dolgozatomban közlöttekre.<sup>1</sup>

Az emelkedő síkon való járás közben a test összsúlypontja, a mint az az 5. ábrán kivethető, mindaddig jóformán vízszintesen halad előre, sőt kissé még süllyed is, a míg a hátul levő megtámasztott láb a talajt el nem hagyja; ezen időszakban gyűjt meg a szervezet az előhaladáshoz és az emelkedéshez szükséges kinetikai energiát. Ezen célzt szolgálja az elül a földre érkező végtagnak térdben meghajlított volta is, ez a térd csak lassan kezd kifeszülni, ezen irányban legnagyobb sebességét közvetlenül az összsúlypontnak a függőleges irányba érkezése előtt éri el.

Sajátságos, hogy ellentétben ezen fejtegetések adataival, a melyek szerint a járás általában és még kifejezettebben a hegyre menés tulajdonképpen abból áll, hogy súlypontunkat hátul levő alsó végtagunkkal a megtámasztásul előre helyezett másik alsó végtagunk lábának függőleges síkján át-át lökjük: mégis öntudatunkban ezen mozgás mechanikájáról egészen hibás képet nyerünk. Az ember részüt síkon felfelé haladása közben azt a benyomást kapja, mintha az elül a talajra kerülő lába segítségével vonná magát előre, mintha ezen elül levő alsó végtagjával tolná a talajt maga alá és mögé. Az érzéki felismerés téves voltának főokát abban találhatjuk meg, hogy a járás egyes mozdulat-tényezői a leggondosabb egyenletességgel történnek, a szükségelt erő legcsekélyebb mértékével, s a lendület-adás egyenletlenségét a törzsök enyhe előre- és hátrahajlítása (tehát a test súlypontjának némi áthelyezése) és a megtámasztott alsó végtag megfelelő mozdulatai (hajlítás-feszítés) lehetőleg sima átmenetekbe hozzák.

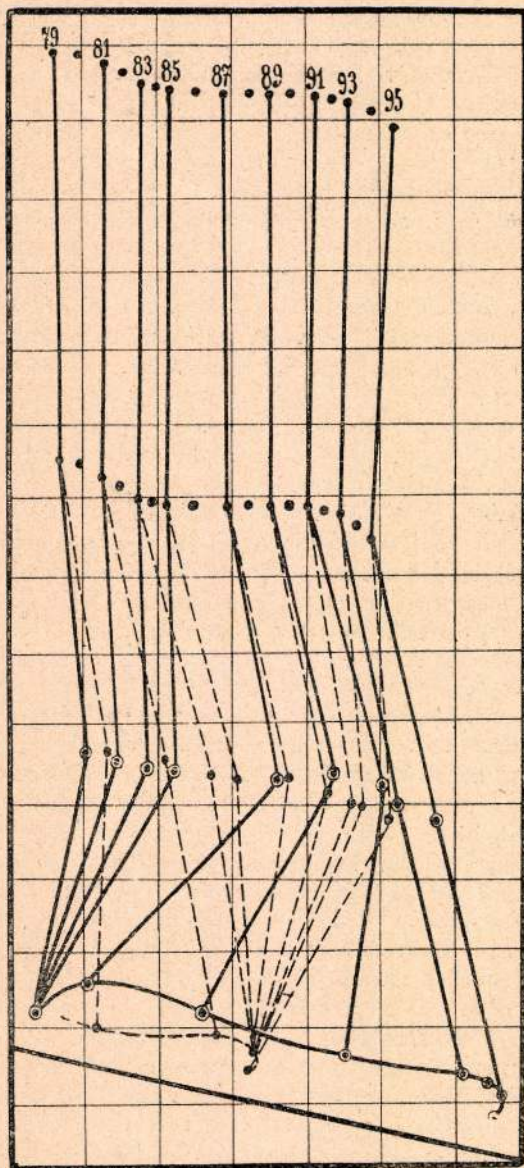
### 3. Járás részüt süllyedő talajon.

A lefelé való haladás nagyon különbözik egyes tényezőiben a felfelé haladástól. Eddigél ezen járásmódot illetőleg is csak Richer adatai állanak rendelkezésünkre, de az ő vázlataiból nem lehet kiolvasni az egyes ízületek görbéit, sőt téves álláspontra juthatunk, ha erősen kicsinyített rajzait nagyobb méretre vesszük át.

<sup>1</sup> Jendrassik Ernő: A szervezet mozgásberendezésének a) 2. rész. Orvosi Hetilap, 1904. és Zeitschrift f. Nervenheilkunde, XXV.

Az egyes ízületek vonalmenete fel van tüntetve a 8. ábrán, a lépés aránylag rövid volta miatt itt minden második felvételt kihúztam, a közbeeső csak ponttal van jelezve. Az időközök azonosak az előbbeni ábrán feltüntetettekkel.

A csípőizület görbéje nagyon hasonlít a felfelé haladás görbéjének tükörképéhez; a pálya egy ideig csaknem vízszintesen halad attól az időszaktól kezdve, a mikor az elülső lengő láb a földre kerül a következő egyoldali megtámasztás függőleges szakaszán túl addig, a míg a lengő láb már nagyon közeledik a földre kerüléséhez, ezen pillanatban hirtelen kanyarodással süllyed a csípőizület, míg a lengő láb a talajt ismét eléri. E tekintetben a hasonlóság az emelkedő talajon járásához igen szembeötlő, ott is az emelkedés az egész lépésnek csak bizonyos, aránylag rövidebb



8. ábra. A rézsút síkon lefelé haladás görbéi. A pontok ugyanúgy jelzik az egyes ízületeket, mint az 5. ábrán. A 85. számon a jobb láb leérkezik a talajra, a 87-en a bal láb elhagyja a talajt.

részletén történik; az emelkedés időpontja azonban nem vág össze a süllyedési időszakkal; az emelkedés ugyanis kezdődik az egyoldali megtámasztás kezdetével s tart addig, a míg a csípőizület (illetőleg a test összpontja) a bokaizületen áthaladó függőleges irányba ér. Ezen időbeli különbség értelme világos: a felfelé emelkedés a súly ellen csakis a lépés valóban aktív szakában történhet, míg a lefelé haladás a föld vonzó ereje révén a súlypontnak a függőlegest meghaladott szakaszában lehetséges: más szóval a rézsút síkon járásban a vízszintes síkon haladásnak mechanizmusa ismétlődik, itt is, ott is az összpont hullámgörbéjének emelkedő szakasza a függőleges előtt, a süllyedő szakasza a függőleges után következik be. Ezen viszonyok további megvilágosítást nyer-

nek abban a körülményben is, hogy a lefelé rézsút síkon való menés közben abban a pillanatban, a midőn a hátulsó láb épen elhagyja a talajt, a csípőizület már csaknem a megtámasztott bokaizület felett áll, azaz a szakasz, a melyet a test a hátulsó lábtól kapott kinetikai energiával fut át, itt nagyon rövid, hiszen itt nagy lendületre nincs szükség, sőt az káros is volna, míg a felfelé járásban nemkülönben a vízszintes síkon járásban is ez a szakasz jóval hosszabb. Hogy a felfelé járást és a vízszintesen menést illetőleg nincs jelentékenyebb különbség ezen járási szakasz időbelisége között, azt eléggé megmagyarázza az a körülmény, hogy tulajdonképpen a vízszintesen járás is emelkedő járásnak felel meg, hiszen a testet az összpont hullámvonalán lefelé kell tolnunk minden lépésben.

A test összpontjának előbb vázolt hirtelen süllyedése a lengő lábnak földre érkezését megelőző pillanatban kifejezést nyer nemcsak a görbe hirtelen süllyedésében, hanem abban a tetemes mozgás-gyorsulásban is, a mely ezt követőleg előáll s mindaddig fokozódik, a míg az elülső láb a talajt el nem érte.

A térdizület haladásának görbéje ugyan területileg nem nagyon tér el a vízszintes talajon járástól, mindazonáltal jellegzetes a térd viselkedése abban, hogy a megtámasztott alsó végtagon a függőleges tartáson túl is behajlítva marad, sőt hajlása még fokozódik, holott a vízszintes talajon és az emelkedő talajon is ezen szakaszban a térdizület kifeszül. Ezen magatartással elkerül a szervezet összpontjának azt a céltalan felemelését, a mely ezen szakaszban kifeszített térdizület mellett okvetetlenül előállana. Mindazonáltal dacára ezen behajlításnak ezen szakaszban még csak alig süllyed a test. Ezen körülményből folyólag azonban igen erősen megterhelődik ezen járásban a quadriceps, a melynek a test súlyát kell viselnie. A lefelé járásban ezen izom fátad el, nem a lábikraizomzat.

A bokaizület görbéje kissé laposabb, mint a sík talajon való járás közben. Jellegzetes végre a törzsöknek függőlegesen tartása, sőt néha a megtámasztásra függőleges pillanatban kissé hátra dülése; a törzsök a járás nyilirányú ingadozásaiban alig vesz részt, kevésbé mint az ép járásban.

A kétoldali megtámasztás időszaka vizsgált esetemben 18%-a volt a lépés idejének, tehát feltűnően rövid, jöllehet a vizsgált egyén a lefelé járásban sokkal rövidebbet lépett. (Lépés nagyság: csípőizületmagasság = 0:84). A lépés hosszának ilyen megrövidülése jellegzetes a lefelé járásra.

Az ízületi mozgás-szögletek táblázata a következő számokban volt megállapítható:

résút síkon lefelé járásban  $\begin{cases} a & b & a+b & c & d & e & L:M \\ -2 & 15 & 13 & 46 & 15 & 60 & 0:84 \end{cases}$

Ezen számokból feltűnő, hogy a czomb a függőleges síkon túl hátrafelé nem végez mozgást, sőt a függőlegest sem éri el; nagyon csekély mozgást végez különben előre is; annak a mit vízszintes talajon való járásban befut, a felét, az emelkedő járásban végzettnek a negyedét teszi ki csupán. Az alszár előre emelkedése olyan, mint a vízszintes talajon járás közben, s az alszár teljes mozgása is körülbelül annak felel meg.

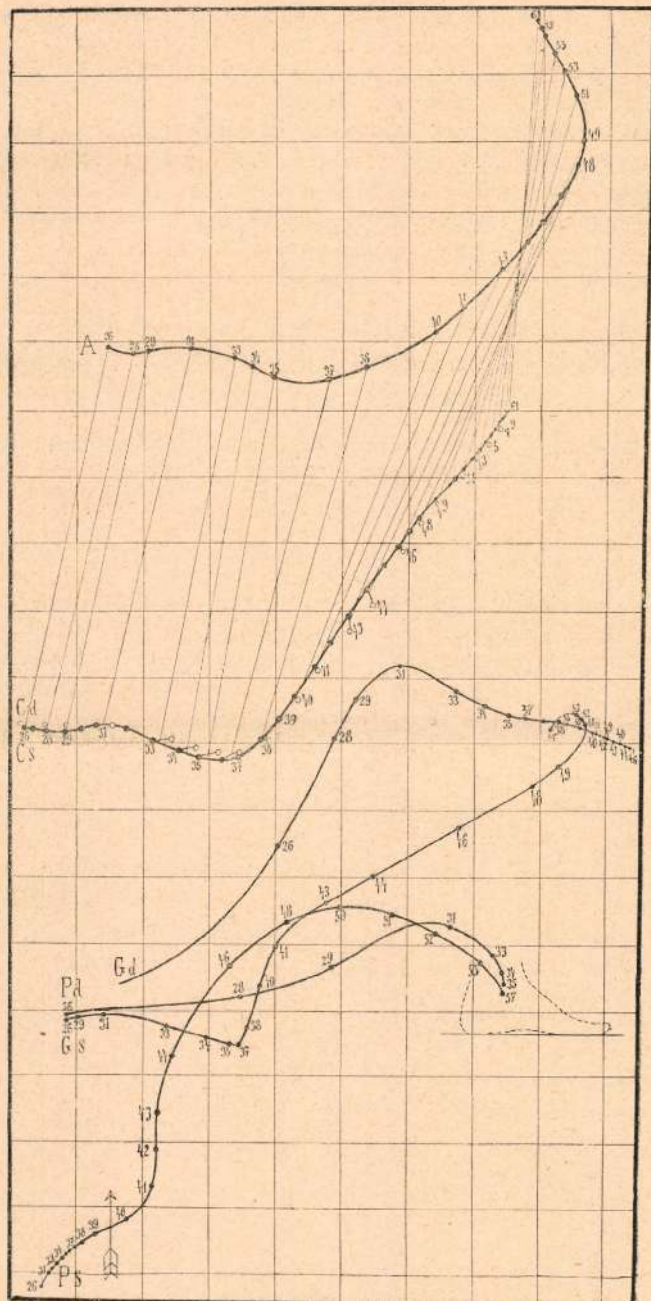
#### 4. Lépcsőfokra felemelkedés.

Ezen kérdést illetőleg három pontos felvétellel rendelkezem. Mindhárom esetben egy 47.5 cm. magas székre lépett fel a vizsgált, ép mozgású egyén. Az egyik felvétel görbéje a 9. ábrán van feltüntetve, a görbék egyenletes lefutású több irányban tanulságos, a másik két felvétel görbéi a menet jellegét illetőleg teljesen hasonló eredményt adtak, jöllehet némi különbség van a görbék alakját illetőleg, a mi főleg abból a körülményből származott, hogy az utóbbi esetekben a vizsgált egyén rövidebb alsó végtagokkal bírt és a megtámasztott lába közelebb volt a székhöz, ezért az emelkedő láb görbéje hirtelenebben száll felfelé, a térd görbéje, és még inkább a csípőizületé azonban csak igen kevésé tér el az ábrán feltüntetettől.

A legérdekesebb ezen görbék közül a csípőizületé, a mely nagyjából tekintve a test súlypontja haladásának is megfelel. A mint látható, csaknem egyenes átlós vonalban, a melynek csak igen csekély felfelé néző domborulata van, jut a csípőizület a polczra fel; a másik két felvételemben felfelé kissé domborúbb vonalban. Némi különbség van a két csípőizület pályája között,

a mi onnét ered, hogy a medence hossz tengelye körül is forgott; az egyén medencefelének előretolásával segítette lengő lábának törekvését.

A fellépés erre a magaslatra akként történik, hogy a kiindulási talajon maradó láb egyenletes gyorsulással lendületet ad a testnek, oly kinetikai energiát, a melynek segítségével a test azután, hogy ezen lába a talajt elhagyta (39—40 közt, de 40-hez közelebb), tovább halad, a míg az alább részletezendő módon felérkezik a kijelölt magaslatra. A kinetikai energiát ugyanezen



9. ábra. Lépesőfokra emelkedés. *A* a fül, *Cd* a jobb, *Cs* a bal csípőizület, *Gd* a jobb, *Gs* a bal térd, *Pd* a jobb, *Ps* a bal bokaizület pályája. Az egyes számok a sorozatos felvételek sorszámai, tehát időközök; a nyíl jelzi a hátulsó lábnak azt a pillanatát, a mikor a talajt elhagyja; 35 az első láb talajra érkezési szakasza, 49-ben kerül a test súlyvonala a felső láb síkjába.

szakaszban még elősegíti a karoknak lendületadó mozgása, ha azok ebben résztvehetnek. A karok ezen segítségével megkönnyíti a lábakraizomzat feladatát; véget ér az emelkedés kezdetével. A lendület megadásának ebben az utolsó pillanatában a csípőizület ugyan már emelkedésben van, de még nem, vagy csak alig (megfelelően a láb sarka emelkedésének) haladta túl azt a magasságot, a melyen a lendületet adó lábnak a földre érkezése idejében volt. A két szakasz között a térd meghajlásával a csípőizület mélyebbre került, a minek célja a lendületvevő szakasz-

nak (az emelkedés azon szakaszának, a melyben a hátulsó láb a talajt még érinti) tetemes meghosszabbítása.

Már most attól a pillanattól fogva, a mikor a hátulsó láb a talajt elhagyta (39—40 között), a test felfelé emelkedésében elég sajátos egyensúlyi helyzetben van. Ha ebben a szakaszban a test nem bírna a kellő kinetikai energiával, akkor a fent megtámasztott végtag sem nem tudná helyzetében a testet megtartani, sem nem tudná szándékolt pályáján előre vinni, sőt ha ezen végtag térd- és csípőizületében kifeszülne, akkor a törzsök hátrafelé löketnék s a föld vonzó ereje is teljes mértékben érvényesülne. Mindebből következik, hogy a testet az emelkedés ezen szakaszában felfelé és előre kizárólag az előbbi szakaszban a hátulsó lábnak, illetőleg az egész végtagnak munkájából nyert erő viszi. Ezen haladásában a test tehát épen úgy, mint valamely szabadon feldobott tárgy a föld vonzásának van alávetve, s haladásának egyenletesen lassúbbodónak kell lenni, ennél fogva pályájának parabolát kellene leírni. Ha azonban a 9. ábrán a csípőizület görbét tekintjük, úgy a parabola görbe helyett csaknem egyenes írtírányt találunk, pedig kétségtelen, hogy ez a görbe megközelítőleg párvonalos a test összsúlypontjának görbéjével; az összsúlypont ugyanis valamivel a csípőizület felett s igen kevés elötte vehető fel, de a törzsökhajlással, a végtagok változó tartásával némileg eltolódik.

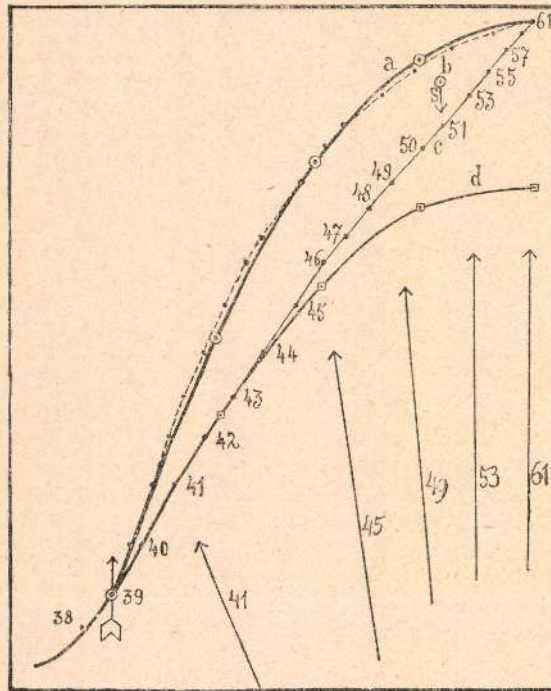
Ha eltekintünk ezen pálya-görbétől s a megállapított adatok alapján szerkesztjük meg az előhaladási sebességekből, vagy még kifejezettebben az emelkedési sebességekből, amint ez utóbbit a 10. ábra *b* görbéje tanúsítja, a megfelelő görbét (a befutott utakat egyenlő idő-abszisszára vonatkoztatva), akkor csaknem tisztán parabolát kapunk: az ábrán kirajzolt *a* görbe a csípőizület kiindulási és megérkezési pontja közé szerkesztett parabola, a mely mellett a számozott pontok a valóságos emelkedési sebesség-görbe szakaszai alig térnek el a parabolától. E két görbe összevágása azonban nem bizonyít egyebet, mint hogy a test egyenletesen lassúbbodó sebességgel érkezik fel rendeltetése helyére.

Érdekesebb megfigyeléseket kapunk azonban, ha a 9. ábrán feltüntetett görbékét tovább fejtegetjük. Kiderül mindenekelőtt, hogy a test összsúlypontja már a 49-es számon elérkezett abba a merőleges síkba, a mely vágja a fent megtámasztott lábat, azaz ebben a szakaszban az emelkedést már tisztán a fent megtámasztott alsó végtag végzi. Hogy a jelzett szakaszban a test súlya csakugyan már egészen a megtámasztott lábat terheli, az kitűnik először abból, hogy ebben a pillanatban fordul visszafelé a fej görbéje s a törzsök a súlypont körül forogva merőleges állásba jön, kiderül továbbá ennek a magatartásnak meghatározására végzett számos fotografiai felvétel elemzéséből, végre a 9. ábrán felismerhető viszony az ábrába belérajzolt láb sarkához (az összsúlypont valamivel előbb van mint a 49. szám), ha a súlyvonalat meghúzzuk.

Mindezek szerint az emelkedés utolsó 30%-a már a fent megtámasztott lábnak lehet kizárólagos munkája s a test szabad lendülete csak a 40—49 közti szakaszra, az emelkedés 70%-ára tehető. Kétségtelen azonban, hogy a fent megtámasztott lábnak nemesak az út felső 30%-ában van befolyása a testre, hanem már előbb is érvényesül az, mert másképp a pálya nem lehetne csaknem egyenes vonal. A két végtag részvételére biztosabb következtetést vonhatunk, ha a 10. ábrán felrajzoljuk a valóságos pályagörbét: *c* és meghúzzuk azt a parabolát, a mely a *c* pálya kezdeti irányának felel meg. Ha ugyanis egy feldobott test pályájának kezdetén úgy haladna mint a *c* görbe kezdetén a csípőizület, akkor a további útjában nem folytatná egyenesen a megkezdett utat, hanem parabolában közelednék a legmagasabb szintjéhez, ez a parabola a *d* vonal. Ez az ábra kimutatja, hogy mennyi a befutott pályával a hátulsó és mennyi az előlő lépés szakban levő végtag munkája. A két görbe egy darabig együtt halad ezen szakaszban, tehát a test a feldobott tárgy pályáját követi, azaz halad a hátulsó lépés szakban levő végtagtól nyert

<sup>1</sup> Nem állott módomban az összsúlypont pontos meghatározása az egyes szakaszokban, a mit talán *Fischer* erre vonatkozó adatai alapján, sőt kísérletileg is meg lehetne pontosan határozni. Ebben az irányban megközelítő pontossággal végzett meghatározásaim azonban nagyon csekély különbséget tanúsítottak a csípőizület görbéjével szemben, tulajdonképpen még jobban összeváltak teteleimmel.

kinetikai energia alapján, lassanként (a 44—45 között) ez az energia elégtelenné válik s mind nagyobb feladat hármlik a fent megtámasztott alsó végtagra. A 49-től, a mint már említettük, a test súlyvonala (S) a megtámasztás irányába belécsik, ekkor tehát a felfelé haladás már teljesen a fent levő végtagtól függhet, de az előrehaladás még ekkor is részben az utolsóelőtti lépésszakban nyert kinetikai energiától származik, bár ilyenkor már képesek vagyunk megtámasztott lábunkkal is súlypontunk előrejutását eszközölni. Görbénknek ez a része, legalább a haladási sebesség dolgában, kissé másképp alakult volna, ha kísérleti egyénünk a felemelkedés végén nem állott volna meg, hanem pl. a következő lépésfokra indult volna, a mely esetben a függőleges megtámasztási szakban igen jelentős gyorsulás mutatkozott volna a vízszintes előhaladás irányában.



10. ábra. *a* vonal a csípőizületnek a hátulsó láb lengővé válási időpontja (39 után) és felérkezése (61) pontjai közé szerkesztett parabola, *b* vonal a csípőizület felfelé haladásának sebességi görbéje, a pontok ezen görbe egyes szakaszai, *c* a csípőizület valószínű pályája, *d* olyan parabola, a melynek alsó kezdő sebessége összevág a csípőizület pályájával. A nyíl a hátulsó végtag lengővé létele, 49 a test összsúlyvonalának a megtámasztott láb függőleges síkjába való érkezése, *S* a test összsúlypontja ezen utóbbi szakaszban. Az ábrán alul részint álló nyílvonalak a csípőizület és a láb támaszkodó pontja közé eső irányt jelzik.

A 45—49. számok között testünk előhaladása tehát két tényezőtől függ, s a mint az ábrán látható, a lendületnek hatása körülbelül épen addig a magasságig fogy el, a míg a test súlypontja pályáján a 49. számhoz ér (a *d* parabola magassága körülbelül a 49 szintjében éri el tetőpontját). Azt a helyzeti különbséget, a mely a 45—49. szakokban a *c* és *d* vonal között van, a megtámasztott láb munkája tölti ki, a mennyiben ezen végtag megnyúlásával (a térd és csípőizületben való feszítés) a *d* parabola helyett a *c* vonal irányába tereli a testet. Ez a megtámasztott végtag tulajdonképen a test előhaladásával ellentétes és felfelé irányuló működést fejt ki (a minnek az irányát a 10. ábrán alul berajzolt és számozott nyilakkal tüntettem fel), ennek az erőnek és a kinetikai energiának, mint két komponensnek eredője szabja ki a 44-től az út irányát. Ez a végtag tehát a testet előrevivő kinetikai energia segítségével mellett oly működést fejthet ki, a melyre különben nem volna képes, mert helyzeténél fogva egyszerűen hátra lökné a testet ugyanazzal a mozgásával, a melylyel most a helyes irányt megvédi. Érdekes, hogy ez az erő kifejtés csak alig lassítja a test előhaladását, a két komponens igen gazdaságos s megfelelő mértékű kiszabása valóban bámulatra méltó. A mint a *b* görbéből (10. ábra) látszik, lassubbodás az emelkedésben csakis a 49 után állott be, tehát olyan időben, a

mikor már a lendület emelő hatása elfogyott s csak a megtámasztott végtag emel.

Az erőösszetevőket megkapjuk, ha a *c* görbe meghatározandó pontját illetőleg felrajzoljuk a megtámasztott végtag erőirányát (a csípőizület és láb támaszkodópontja közé vont egyenes, az ábrán jelezve hosszú nyilakkal), továbbá a kinetikai energia erőirányát. Ez utóbbit megkapjuk, ha a *d* parabolára ott, a hol a meghatározandó pontból vont vízszintes azt metszi, érintőt húzunk s ezzel a tangenssel párvonalas irányt vonunk a kérdéses ponton (a *c* görbén) át. Ezen két egyenes közé még bele kell rajzolni a meghatározandó pont haladásirányát (mert az út nem lévén egészen egyenes, az adott időben fennálló mozgásirányt így találjuk meg). Ez utóbbi lesz az erő parallelogramm átfogója s megadja a két erő egymáshoz viszonyított nagyságát. Tekintve, hogy a kinetikai energia a *d* parabola révén ismeretes, a másik tényező nagysága is meghatározható. Az egyszerű felrajzolás is csakhamar feltűnteti, hogy a fent megtámasztott végtag munkája eleinte igen kevés s 49 ben éri el legnagyobb mértékét.

(Folytatása következik.)

### Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. belgyógyászati kórodájáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. egyet. tanár.)

#### Az exsudatum pleuriticum pulsans és exsudatum pleuriticum adiposum casuistikájához.

Irta: Engel Károly dr. klinikai gyakornok.

Úgy az exsudatum pleuriticum pulsans, mint az exsudatum pleuriticum adiposum az igen ritka kórképek közé tartoznak, melyeknek úgyszólván mindegyike ez ideig irodalmi közlés tárgyát képezte. Egyrészt tehát a casuistika kiegészítése szempontjából, másrészt pedig mivel ezen ritka és különös tulajdonságoknak egy és ugyanazon izzadmányban való véletlen találkozásánál fogva esetem egyedül áll az irodalomban, tartottam én is közlésre méltónak esetemet.

J. S., 34 éves napszámos, felvétetett márczius 14-dikén. Tuberculosis családjában elő nem fordult. Mult év őszéig teljesen egészséges és munkaképes volt. Ez idő óta minden láz vagy rázóhídeg nélkül, teljesen lappangva fejlődő baloldaltáji szűrő fájdalmakat érzett, melyek légvételre fokozódtak, de oly intenzívek nem voltak, hogy munkájában zavarták volna. A tél folyamán azonban a fájdalom fokozódása mellett testi erejében gyengülni kezdett, egy hónap előtt pedig azt vette észre, hogy jobb oldalán nem tud feküdni az ilyenkor fellépő nehézlégzés miatt. Azóta állapota némileg javult; jelenleg fájdalmai nincsenek, lélegzete nem nehéz és csak orvosa tanácsára „a mellében levő folyadék kibocsátása czéljából” kereste fel a klinikát.

A kissé lesoványodott és anaemiás küllemű férfibeteg mellkasa feltűnően asymmetriás. Bal mellkasfél mellül és oldalt felette elődomborodó, bordaközei teljesen elsimultak, igen feszesek, bal bimbó a középvonaltól 2 cm.-rel távolabb van, mint a jobb. A bal mellkasfél ezen elődomborodása kivált a mellkas alsó részén feltűnő és oldalfelé mintegy a hátsó hónaljvonalig terjed. Hátul alul ellenkezőleg a jobb mellkasfél látszik tágabbnak.

A két mellkasfél kerülete a sternum középvonalától számítva hónaljkiúp magasságában

	45 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> cm. bal,	45 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> cm. jobb
bimbó	47	46
proc. xiphoides	47 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	47

A szegycsont alsó részének balra tolatása folytán a szegycsont középvonalának távolsága a test valódi középvonalától (a symphysis és jugulum közepét összekötő vonaltól, signe de cordon) a proc. xiphoid. magasságában 1.1 cm. Légzés mellkas-hasi jellegű, száma percenként 14. Bal mellkasfél alsó része légzésnél alig tér ki, azonban a jobb mellkasfél kitérése sem jelentékeny.

Bal hónaljkiúpban laposdad, kis babnyi, tömött, nem fájdalom mirigy.

Szívcsücsülökés jobboldalt az ötödik bordaközben a bimbóvonalon kívül két ujjnyira, mintegy 3 cm.-nyi haránt területen tapintható, úgy kifelé, mint befelé erősen elhatárolt, emelő. Epigastriumban, legkifejezettebben a bal bordaív alatt közvetlenül

igen erős, emelő, a szívcsúslökéssel synchron lüktetés tapintható. Azonkívül a bal mellkasfél alsó részének mellső felszínén egész a sternumig, kivált pedig oldalsó felszínén egész a hátsó hónaljvonalig egy körül nem irható, diffus, de igen kifejezett, ugyancsak a szívcsúslökéssel synchron lüktetés van jelen. Pulsus magas hullámú, gyors, feszes, száma percenként 90.

Hasban a bal bordaív alatt a lüktető területnek megfelelően feszes resistentia érezhető, jobboldalt a máj 3 ujjnyira haladja meg a bordaívet.

#### Kopogtatás.

Szívotompulat jobboldalt a parasternalis vonalban a negyedik bordán kezdődik, kifelé a csúslökés helyéig terjed, befelé az egész bal mellkasfél felett nyerhető tompulattal folyik össze. Jobb tüdő alsó széle egy bordaközszel lejjebb áll, hátul a paravert. vonalban a 12-dik bordáig ér.

Egész bal mellkasfél felett absolut tompa a kopogtatási hang, kivéve a két ujjnyira szűkült Traube teret. Mellül a tompulat két ujjal meghaladja a sternum jobb szélét, hátul ép a középvonalig ér.

#### Hallgatódzás.

Bal kules alatt igen gyenge be-, gyenge megnyúlt határozatlan kilégzés hallható, ettől eltekintve a bal mellkasfél felett légzés sehol nem hallható.

Jobb kules felett és alatt hangos be-, megnyúlt érdes kilégzés hallható, a belégzés, kivált pedig a kilégzés alatt apró hólyagú ropogó szöreszörejekkel. A jobb tövis feletti árokban a kilégzés kissé megnyúlt, egyebütt a jobb tüdő felett mindenütt sejtes a légzés.

Bal mellkasfél felett sem pectoralfremitus, sem pedig bronchophonia a tövis feletti és kules alatti ároktól eltekintve jelen nincsen.

Szív és nagyedényhangok tiszták, nagy edények második hangja erős. A szívhangok a baloldali lüktető területnek megfelelően is elég jól hallhatók.

Vizeletlet normális.

Beteg keveset köhög, igen gyér nyákos-genyés köpetet ürít, mely Koch-féle bacillusokat nem tartalmaz.

Baloldali hetedik bordaközben a mellső hónaljvonalban megéjtett próbapunctio haemorrhagikus folyadékot derített ki. (Részletes leírását lásd alább.)

Márczius 17-dikén. Punctio, kibocsátása 2600 cm<sup>3</sup> folyadéknak; a szívcsúslökés erősen emelő volta megszűnt; az epigastrium bal felében, valamint a bal mellkas alsó részén jelen volt lüktetés hasonlóképpen eltűnt, kivéve egy a 4-dik és 5-dik bordaközben a bimbó és mellső hónaljvonal között jelenlevő gyenge lüktetést. Szív áttolatása kisebb fokú, bal tüdő tágulni kezd.

Márczius 26 dikán. II-dik punctio. Kibocsátása 2100 cm<sup>3</sup> folyadéknak. Szívcsúslökés baloldalt 5 dik és 6-dik borda között a bimbóvonalon belül egy ujjal jól érezhető, bal tüdő tágulása előrehatad, bordaközök kifejezettek, sehol nem lüktetnek.

Április 3-dikán. III dik punctio. Kibocsátása 1700 cm<sup>3</sup> folyadéknak. Bal oldalon kifejezett retractiós jelenségek, behúzódott epigastrium és bordaközök, szívcsúslökés két ujjnyira a bimbóvonalon kívül. Bal tüdő tágulása majdnem teljes, a kissé még magasabban álló tüdőhatárok mindenütt mobilisek. Pectoralfremitus a bal mellkasfél legalsó részét kivéve, a hol gyengült, a két oldal között különbséget nem mutat.

Május 5-dikén. Az epigastrialis behúzódás kisebb fokú (tüdő tágul).

Május 7-dikén. Beteg kívánságára „mint a ki teljesen jól érzi magát“ elbocsáttatik a kórodáról.

Julius 30-diki lelet (Malesiner Emil garai községi orvos szívés közlése után). J. S. teljesen egészségesnek vallja magát, a klinikáról való távozta óta súlyban gyarapodott, a súlyos aratási munkálatokat könnyen volt képes végezni. Köpete nincsen, nem is köhög, éjjel nem izzad. Mellkas két fele között különbség nincsen, bordaközök mindkét oldalon egyenlően kifejezettek, légzésnél mindkét fél egyenlően vesz részt. Bal mellkas

fél felett mindenütt kissé rövidebb a kopogtatási hang, tüdőhatárok rendesek. Bal tüdő felett a túloldalihoz képest kissé gyengült sejtes légzés hallható. Bal hónaljukúban lenesényi mirigy.

\* \* \*

A punctio által nyert folyadék részletes vizsgálatának eredménye a következő:

A folyadék vöröses színű, átlátszatlan, összerázáskor benne csillámszerűen fénylő hullámok keletkeznek. Friss húsleveszagú, gyengén alkalikus kémhatású. Álláskor az egész folyadékoszlopnak mintegy  $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{7}$  ét kitevő sárgás vöröses-szürke réteg ülepedik le belőle, mely az üveg oldalfalán át nézve fénylő, igen finoman jegezes küllemű. Ezen réteg legalsó része élénkpiros színű. Az egész felett sötétebb vöröses-barnás át nem látszó folyadék van, mely az oxyhaemoglobint két csíkját kifejezetten mutatja. A folyadék felszínén néhány kiesiny zsíresepp úszik. Eczetsav hozzáadására a folyadék alig zavarosodik meg. Aetherrel felrázva a csillóság eltűnik, a folyadék élénkpiros, átlátszatlan marad.

1% os osmiumsav hozzáátételére a folyadék gyorsan barnulni kezd, majd rövid idő alatt szinte egészen feketévé lesz.

A folyadék fajsúlya 15° C. mellett 1024.

Fagyponjtja = -0.54° C.

Konyhasótartalma = 0.605%.

Össznitrogen = 0.771%.

Fehérje = 4.1%.

Összes szilárd alkatrészek = 6.93%.

Hamú = 0.676%.

Aetheres kivonat (sárgás, szilárd tömeg) = 2.1%.

Az aetheres kivonatnak alkoholos kalilúggal való főzése (elszappanosítás) után aetherrel kirázott cholesterin mennyisége = 0.298%. A kissé sárgás színű, kristályos tömeg a cholesterin reakciókat mind igen intensiven adja.

Czukrot még nagy mennyiségű folyadéknak fehérjementesítése és bepárlása után sem sikerült kimutatni.

Egyrészt a zsír (aetheres kivonat) eredetének eldönthetése céljából, másrészt mivel mellkasbeli izzadmány zsírjának analysise még ez ideig az irodalomban közölve nincsen, a zsír pontos vegyi vizsgálatára határoztam el magam. Az aetheres kivonat kalium bisulfuricummal való eldörzsölés után hevítve, kissé csipős szagú gőzöket boesát (acrolein-reactio a zsírok glicerinjének elbomlása folytán), azaz közömbös zsírokat tartalmaz. Meggyújtva kormozó és világító lánggal ég. Az aetheres kivonat alkohol-aetherben oldva savi vegyhatású, azaz szabad zsírsavat tartalmaz. *Aciditása* (Säurezahl) 100 gm-ra 40.9 cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  normál Na OH. *Elszappanosítási tényező* (Verseifungszahl) 100 gm.-ra 232.5 cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  normál Na OH. *Jodsám* (Jodzahl, Hübl'sche Zahl) = 57.4 (a telítetlen halogent kötni képes zsírsav [oleinsav] tartalom viszonyának kifejezője a telített zsírsavakhoz képest [palmitin, stearin].)

*Reichert-Meissl-sám* = 1.4. (A zsír illó, vízben oldható zsírsavtartalmának kifejezője.)

*Zsír olvadáspontja* = 81° C., oly magas kétségkívül a cholesterin tartalom folytán, mely csak 145° C.-nál olvad.

Górcső alatt igen sok, részben teljesen ép, részben csillagalakban zsugorodott és kilúgozott vörösvérsejt, és igen sok, nagy tömegben egymásra rakott cholesterin-tábla látható. E mellett felette sok részben igen fénytörő, elszórt, helyenként sejtalakban csoportosult szemcse, valamint kisebb cseppek is láthatók, melyeknek egy része osmiumsavra erősen megbarnul. A vörösvérsejtek száma 1 mm<sup>3</sup>-ben 44000.

Az utolsó punctio alkalmával nyert folyadék fagyponjtja 0.53° C.

Konyhasótartalma 0.605%.

Fajsúlya 1023.

Vörösvérsejt tartalma 1 mm<sup>3</sup>-ben 43000.

A többi számadatra nézve sem tér el semmiben az első ízben vizsgált folyadék analysisétől.

A betegnél tehát egy az egész bal mellkasfelet kitöltő, a diaphragmát erősen ledomborító, a szívet nagy mértékben áttoló haemorrhagikus izzadmány volt jelen. Aetiologiája az exsudatumnak, valamint haemorrhagikus voltának homályos. Tumor (endothelioma) kizárható, némi valószínűséggel bir a tuberculotikus eredet (az exsud. haemorrhagiás és steril volta, lappangó fejlődése,

a ropogó szöreszörejek a jobb kulesesont alatt a klinikára való felvétel alkalmával), de határozottan ez nem vehető fel, mivel ellene szól a kórlefolyás, a Koch-féle bacillusok hiánya a köpetben és hogy beteg 1 milligramm tuberculin injectiójára nem reagált; ily módon rheumatikus eredetű izzadmány a pleura erős véredényezettségével ki nem zárható.

Feltűnő az exsudatumnak jelentékeny nagysága. Kibocsátotunk összesen 6500 cm<sup>3</sup>-t, a klinikáról való távozáskor pedig betegnél igen csekélyfokú exsudatum még megállapítható volt. Hogy pedig ezen nagy tömeg a klinikára való felvétel alkalmával a beteg mellkasában tényleg jelen volt, és hogy izzadmány-újképződés a klinikai megfigyelés ideje alatt nem történt, azt bizonyítja az egyes punctiókkal tökéletesen arányosan való visszahelyeződése az áttolt szívnek, tágulása a comprimált tüdőnek, kivált pedig az, hogy az exsudatum összetétele teljesen változatlan maradt (l. vegyelemzését). Ha tekintetbe vesszük, hogy a két tüdő összlégtartalma, vitalcapacitás + residualis levegő 4500—6000 cm<sup>3</sup>, akkor elképzelhető, hogy 7000 cm<sup>3</sup>-nyi izzadmány mellett mily tökéletesen kellett összenyomva lennie a bal tüdőnek, mennyire le kellett domboríttatnia a diaphragmának, annyira, hogy a bal bordaív alatt tapintható volt. Érthető egyszersmind a szívnek tengelysavarulattal járó nagyfokú áttolatása, valamint azon körülmény, hogy az exsudatumnak részben a jobb mellkasfelet is igénybe kellett vennie (tompulat átterjedése a sternumon túl). És hogy ennek dacára nehézlégzése mégsem volt a betegnek, annak oka a chronikus lefolyás mellett kétségkívül a jobb tüdő vicariáló tágulata, mely klinice a máj erős letolásában nyilvánult, valamint azon jelenségben, hogy hátul a baloldali tompulat a gerinceoszlopot meg nem haladta, azaz, hogy e helyen a mediastinum áttolva nem volt. Igen érdekes ez esetben a bal tüdőnek tágulékonysága a hosszabb időn át való igen nagyfokú, sőt teljes compressio dacára, úgy hogy az utolsó vizsgálat alkalmával a bal tüdő a bal mellkasfelet egészen kitöltötte és retractionnak semmiféle jelensége nem volt.

Az exsudatumnak ritkán észlelhető oly nagy mennyiségén, valamint e mellett az épség teljes helyreállításán kívül kivált két szempont az, a mi a figyelmet első pillanatra megragadja, és ez az exsudatum pulsatioja, valamint az exsudatum sajátságos összetétele, nevezetesen nagy zsír- és cholesterintartalma.

Az exsudatum pleuriticum pulsans ritka kórkép, a mennyiben bár már a XVII. század közepe óta ismeretes, az irodalomban közölt esetek száma jóval a százon alul marad. Wilson 1893-ig 68 esetet gyűjtött össze, azóta pedig 15—20 esetben több közölve nem lett.

Az exsudat. pleur. pulsans az esetek túlnyomó számában baloldali, sőt Beclere szerint csakis baloldali mellhártyaizzadmány lüktethet, mely féltevérs azonban téves, a mennyiben négy jobboldali lüktető mellhártyaizzadmány is le van már írva.

A lüktető mellhártyaizzadmány az esetek nagyobb számában geyses (Wilson 68 összegyűjtött esete közül 37-ben), úgy hogy régebben csakis empyema pulsans-ot ismertek.

A lüktetés megjelenhetik egy daganatszerűen kiemelkedő és esetleg a mellürbe visszanyomható területen, sőt előfordul több olyan lüktető területen is egymás mellett vagy egymástól távol. A mellkasnak bármely helyén lehet ezen lüktetés, így le vannak írva ilyen lüktetések pl. a sternum mellett vagy a gerinceoszlop mellett. A lüktetéseknek ezen alakja empyema necessitatisnél fordul elő a fali mellhártya elgenyedése után.

(Folytatása következik.)

## Tárca.

### Lassnitzhöhe.<sup>1</sup>

Lassnitzhöhe Stájerországban a magyar határtól 37, Grácztól 27 kilométernyire van. Egészen új intézmény, mely 1901-ben keletkezett, és részvénytársaság tulajdona. Vasúti állomása Lassnitz; innen kocsin 7—8 percz alatt, gyalog 10—15 percz alatt lehet a gyógyítóhelyre eljutni. Lassnitzhöhe ugyanis nyaralóhely és sanatorium-egyesület. Az egész intézet minden részében az újdonság, az ifjúság, a ki nem fejlődöttség színét viseli. Maga a kocsú, mely a vasúti állomástól az inté-

zethez vezet, meglehetősen kezdetleges; az első kapavágásoknak, kavicsolásoknak képét mutatja. Bár erdőn vezet át, de irányja olyan, hogy a nap égető sugarai egész nap belefekszenek; azonkívül az út nagyon poros; eső ugyanis az idén nagyon gyéren öntözte. Lassnitzhöhe a vasúti állomást tekintve, dombon fekszik, része egy stájer falunak, melynek házai azonban több óranyi területen vannak szanaszét szórva. A sanatoriumhoz nyolcz villaszerű és több melléképület tartozik. A legmagasabb ponton a gyógyító-intézet áll. Ennek két, keleti és nyugati szárnya van; a szárnyakat hosszú, üveges, részben félig nyílt folyosó köti össze. A nyugati szárny három emeletes, földszintjét az ebédlő, az olvasó- és a zenélő-terem foglalja el; az emeleteken vendégszobák vannak, melyeknek jó része fedett erkélyvel van ellátva. Az ebédlő részén dél és nyugat felé két igen tágas, fedett veranda nyílik, mely a vendégeknek szolgálatára áll. Ugyane célra való a hosszú üveges folyosó. Ennek egy részébe nyílnak a fürdőző, villanyozó, nap-, fény-, gőz-, masszáló- és tornázó-helyiségek. Az üvegfolysó keleti oldalát az orvosi rendelő-szoba foglalja el.

A sanatorium közvetlen környezetéhez tartozik egy igen jó stájer koresma, posta-, táviró- és telephon-állomás, mely utóbbi Grácztal van összekötve; az aprólékos szükségletekről egy parányi kis szatócsbolt gondoskodik, gyógyszer-tár azonban nincs. Bérkocsi minden pillanatban kapható.

Lassnitzhöhe földrajzi fekvése igen kedvező. Szabad kilátás nyílik mindenfelé. A távolban szinte kör alakban húzódnak köröskörül a stájer alpok magasabb gerincei; a közbeeső részt erdős, szántóföldes völgyek, pázsitos dombok töltik ki. Pár kilométernyire emelkedik a 2000 meter magas Schöckl, a tövében Radegunddal, a gráci Schloßberg is állandóan látható. Az intézet 555 meterre fekszik a tenger színe felett, s így klímája elég enyhe, a mit bizonyít az is, hogy az erdőben a szelid gesztenyefa díszlik. Eső, különösen az idén, kevés járt. Harminezőt napból, melyet ott töltöttem, csak négy volt esős. A szelek járása igen mérsékelt. Távol van minden nagyobb helységtől, s így levegője tiszta és pormentes. Az alsó talaj mészkő levén, Lassnitzhöhe vízhiányban szenved, forrás, patak sehol sincs; a sanatorium a szükséges vizet a völgyből kapja, a honnan villamos erő hajtja a magasba. A víz tiszta, jóízű, de igen meszes. A sanatoriumnak saját vízvezetéke és gázvilágítása van, de csak a főépületben, a mi kétségtelenül hátrányos körülmény. A mellékvillákban ugyanis a closteteket hordott vízzel öblítik, a mi egyszer-mászor nem történhetik meg, mert a víztartókból kifogy a víz. Világosságot meg a petróleum-lámpa nyújt, a mi tekintettel az épületeknek nagyon sok faanyagára, nem épen veszélytelen. A lépcsőzet, a folyosók padlója, az erkélyek ugyanis tisztán fából készültek.

Lényeges, és immár nagyon érezhető hibát követtek el az intézet alapítói az által, hogy a mellékvillákat a sanatoriumtól szanaszét szórta. Száztól négyszáz lépésig tehető a villáknak a középponttól való távolsága. S hozzá még a villák különböző magassági szintvonalon állnak. Néhány lenn a völgyben, mások fenn a dombon, a mi a főépülettel való közlekedést rendkívül megnehezíti. Pedig az egész napi élet, étkezés, gyógykezelés a főépülethez köti az itt tartózkodókat. Alpesi vidéken rendszerint mégis gyakoribb levén az eső, könnyű átlátni, mily kényelmetlenséget és nehézséget okoz a villák szétszórtsága. Mindezt fokozza az esteli világítás hiánya. Utcái világítás nyáron egyáltalán nincs; az utak mentén van ugyan pár lámpás, de ezek, úgy látszik, csak a téli időben gyúlnak ki. Tessék elképzelni, hogy vacsora után, mondjuk 9 órakor, még jó időben is, mily nyaktörő a járatan idegenre nézve a völgybe le, a hegyre fel való kapaszkodás! Hát ha még az eső is esik! Megérkezésem napján, július 2-dikán, a Bergfried nevű villába szállásoltak, mely a főháztól vagy kétszáz lépésnyire lenn a völgyben áll. Rögtön átláttam az összes nehézségeket s kijelentettem, hogy ha a főházban nem kapok lakást, azonnal elutazom. S hogy okom volt ezen erélyes kijelentésre, mutatta azon esti tapasztalatom. Midőn ugyanis 9 órakor hazamentem, az esti homályban a részben terrassirozott úton csaknem lábamat törtem!

Második lényeges hiánya ezen új intézetnek, hogy megfelelő sétahelyei nincsenek. Erdő csak egy irányban van közvetlen közelben, az is igen silány, tü- és lomblevelű fák keveréke. Rendező kéz az erdő nem gondozza, a mult őszi lomb mindenütt ott hevert a földön, letört száraz ágakkal, galyakkal vegyesen. Nedves időjárásakor e rothadó anyag egészségtelen gázokat terjeszt. A közönséges erdei kocsúton kívül az erdőben csak rossz gyalogutak vannak, melyeket szintén erdei hulladék borít, seprű nem tisztít és kapa nem rendez. Pedig ezek a gyalogutak a sanatorium javára készültek, kigyózza húzódnak, csakhogy gondozásban nem részesülnek. A sétáló ezeken az utakon kénytelen járkalni. A sanatorium északi lejtőjét vagy egy holdra tehető silány fenyes borítja. Ezen erdőeskét, vagy nem is tudom, minek mondjam, 70—80 centimeter szélességű kavicsozott utacsok szeldek, de ezek sincsenek jó karban. Itt s az alább fekvő erdőben padok s asztalok vannak elhelyezve. Mikor Stájerországban annyi az erdőben gazdag hely, valóban csodálom, hogy a sanatorium számára ezt a meglehetősen erdőtlen, helyesebben összefüggő erdőszélességgel nem bíró vidéket választották ki. Hisz a megfelelő terjedelmű, árnyas sétálóhely előrendű szükséglet a beteg számára nemcsak egészségi okokból, hanem időtöltés és szórakozás céljából is. A vasút felé eső részen is van valamelyes erdő. Azonban ezt sétálóknak még akkor sem nevezhetném, ha mindenképen megfelelne. A sanatoriumtól ugyanis oda csak árnyéktalan úton lehet eljutni, azonfelül öntözés nem levén, az utak mód felett porosak! Turisták számára mindenfelé gyönyörű vidék-részletek kínálkoznak. Azonban én a betegek szempontjából írom le a sanatoriumot.

<sup>1</sup> Felolvasatott a szegedi orvosegyesület 1904. évi november 12-diki ülésén.

A lakások berendezése jó. A bútort új, nem luxuriosus, de mindenben megfelelő. Minden bútor fenyőfából való, izléses, secessió stílusban. Az állószekrények egyik ajtaja tükrös, az ágy és ágynemű pompás. A főépület szobáit a folyosóra két ajtó zárja el, a szomszéd-szobára ajtó nem nyílik, az ablakokon redők és függönyök vannak. A mellékvillákban a szobákat simla ajtó zárja, s az ablakokon redők nincsenek. Minden házat villámhárító tartalmaz villámcsapás ellen. Sajnos, a főépületben is falépesők vannak, a nagy erkélyek szintén tisztán fából valók. A főépületnek egyik hátránya, hogy a gőzkazán közvetlen közel áll hozzá, minek következménye, hogy a keleti szél a szénfüstöt, a gépolajszagot a sanatoriumra veti.

Csak igen korlátolt számmal fogadhat be a sanatorium betegeket, a mennyiben csupán hatvan személyre való lakással rendelkezik. Pedig a jelentkezők száma oly nagy volt, hogy minden eltávozó vendég helyét azonnal új foglalta el. Ez a nagy fellendülés a tulajdonosokat arra bírta, hogy az ősz folyamán új, negyven szobás épületet emeljenek. Ezzel együtt jár egy új ebédlőnek az építése, mert a mostaniban hatvan ember sem fér el. A hely szűkén az a körülmény segít, hogy a páciensek egy része otthonában élnek. Szórakozásul szolgálnak a kuglizó, orosz függőkugli, lawn tennis és croquet. Az olvasóterembe az általános ismert német lapokon kívül a Budapesti Hírlap is jár. Zongorázni csak este kilenc óráig szabad. Általában a házi rend elég szigorú, este pont tíz órakor minden közös helyiségben elalszik a világ, s a házak ajtóit bezárják. A közös helyek, a nagy terasz, a hosszú üveg folyosó tele vannak mindenemű ülő- és fekvőszékkel, divánnal.

Az anyagi ellátást Neuholdné asszony vezeti. Címe: házköpviseelő, Hausrepresentantin. Egy eszes, ügyes, figyelmes, kitűnő modorú hölgy, a ki minden étkezést kedves mosolylyal fogad, lakására kalauzol, a közös helyiségekbe vezet, asztali szomszédjainak bemutat, de sőt még az orvoshoz is elvisz. Ő intézkedik a lakások fölől, igazgatja a cselédséget, mely igen készséges és igyekvő, bár roppant sok dolga miatt apróbb feledékenységekbe esik. Az ételrendet, az ételek milyenségét az igazgató-orvos hagyja helyben, a konyhára azonban szintén Neuholdné asszony ügyel. Naponként négyszer szolgálnak étellel. Reggel, délből, uzsonnára és este. A reggeli és uzsonna ugyanabból áll. Tetszés szerint szolgálnak kávéval, teával, cacaoval. Az ebéd három fogásból áll: levesből, egy húsmenüből, legalább kétféle főzeléssel s tésztából, kiegészíti saison-gyümölcs. A vacsora csak egy fogásból, mindig valami húseledelből áll. Kiegészíti valamelyes befőtt, legtöbbször gőzezi prunella, mely azonban igen-igen savanyú eledel. Az ételek kivétel nélkül jók. Szám szerint nem sok, de jó és tápláló eledel, melyekből kiki tetszés szerinti mennyiséget költhet el. Az ételekhez kenyér vagy zsemlye jár, szintén tetszés szerint. Bort, sört az intézet ad elég olesó árban, azonban a házi szabályok óva intenek minden szeszes italtól, de sőt még a vizivást is korlátozzák, naponként csak fél liter folyadékot engedvén. Ez persze csak utopia! A kiknek a bor élvezése meg van tiltva, azoknak a cselédség nem szolgál, bármennyire kívánják is! Az igazság okáért fel kell említenem azt is, hogy a déli étkezés nem történik pontos időben. A házi szabály fél egyre teszi az étkezést, azonban különböző okok miatt rendszeren háromnegyed egy, de sőt egy óra is van, mire találunk. A míg t. i. a primárius orvos a rendelést el nem végzi, vagy a míg a külön étkezőket el nem látják, addig a nagyszámú közösen étkezőnek várakoznia kell, a mi nagy hiba! A beteg emberre nézve az étkezés nemcsak a szükséglet kielégítése, hanem szórakozás is. Tehát a pontos időt be kellene tartani mindenképpen! A boszúság főleg a külön étkezők ellen fordult, a mennyiben a közös helyen felszolgáló cselédséget ezek tartották iekötte. E bajon segíteni lehet és kell, több cseléd alkalmazása által.

A gyógyítóintézet feje, lelke, megalapítója, hirnevének szerzője *Miglitz Eduard* dr. orvos, ki a grázi Irgalmasok kórházának egyúttal primáriusa, főorvosa. Két orvos segítkezik neki: egy magyar, *Ehler Gusztáv* dr., kinek Hausarzt a címe és egy szerb, *Petrovics* dr. Abban, hogy *Miglitz* dr. egyúttal Grácban erősen lekötött és időhöz s helyhez kötött gyakorlatú orvos, abban némi anomalia van. A sanatorium ugyanis megkiváná azt, hogy a vezető s a gyógyítást minden tekintetben irányító orvos állandóan benne lakjék, hogy ez így legyen, az nemcsak a betegeknek elsőrendű érdeke, de már anyagi szempontból érdek a sanatoriumnak is. Az a tudat, hogy a kire a közbizalom irányul, a kitől mindegyik gyógyítását reméli, hogy az állandóan jelen van, a betegek megnyugtató s a sanatorium jó nevének megszilárdítója. Azonban *Miglitz* dr.-t hivatásos kötelessége Grácba kötvén, intézetében minden nap csak pár órát tölt. Délelőtt 11 órakor érkezik és délután 3 órakor utazik. Vasárnap csak délután jön Lassnitzhőhére. Ettől eltekintve azt kell mondanom, hogy *Miglitz* dr. feladatát a sanatoriumban tökéletesen teljesíti. Középnél magasabb barna egyéniség szép félhosszú fekete szakállal, megnyerő szép férfias vonásokkal, kinek halvány arcában a nyájas, megnyerő, bizalomkeltő fekete szemek szoros értelemben világítanak. Minden beteget *Miglitz* dr. vizsgál meg: a diagnózist, a gyógyító módot ő állapítja meg. A segédorvosok ezzel nem foglalkoznak; ők a primárius rendelkezéseit hajtják végre gondosan, nagy szakértelemmel és figyelmesen.

Leírom az eljárást, melyet *Miglitz* dr. a diagnózis megállapítása végett velem követett. Mindenekelőtt megkérdezte minő bajt érzek s azt miképpen érzem. Meg kellett mondanom, mióta érzem a bajt és miképpen gondolom, hogy keletkezett s milyen formában fejlődött. Megtudakolta szenvedtem-e valaha súlyos betegségben? Névszerint gyomor- és bélhájban? Szülőimnek, névszerint atyámnak volt-e hasonló és egyáltalán volt-e valami súlyos baja? Mostani foglalkozásom hitem szerint összefügg-e bevallott bajommal? Szenvedek-e fejfájásban; s az mikor és

miként nyilvánul? Ezután levetköztem. Megvizsgált tetőtől talpig. Gyomromat, beleimet nyomkodás, kopogtatás és tapintás által; a tüdőt kopogtatás és hallgatósóval; ugyanígy vizsgálta meg a háti részeket. A szívet hallgatósóval vizsgálta meg. Megvizsgálta a nyelvet felül és két oldalán; a szemeket egyenként, csekély nyílást engedvén a nézésre; megnézte a garatot, nyeldeklőt, a fogakat; megütötte a térdkalács alját; megtapogatta az összes izomzatot, hajtogatta az összes ízületeket; megvizsgálta a végbél. Az orvosi vizsgálatnak azon kedvező nyilatkozat volt az eredménye, hogy minden szervem teljesen egészséges. A mi felett mosolyogtam. Másnap *Petrovics* dr. egy csepp vért vett ki a bal kéz közepső ujjából; azt s a vizeletet megvizsgálta vegyleg; a minék az az eredménye volt, hogy a vér igen gazdag haemoglobinban; a vizeletben fehérjének, cukornak nincsen nyoma.

Minden beteg kap egy rendelőkönyvet, mely az általános házi szabályokon kívül magában foglalja az összes orvosi rendelkezéseket. E sárga könyvecskének másodpéldánya az igazgatói irodában van, a hol minden nap nagy rovatos íven közzéteszik azon gyógyító eljárásokat, melyek azon napra szólnak. Ez íven, mely a gyógyító intézet folyósóján van kifüggesztve, betűrendben külön vannak felsorolva az urak s külön a nők. A gyógyító mód a beteg megkérdezése nélkül állapítatik meg, a mi talán nem minden esetben helyes eljárás. Véleményem szerint mindenkivel közölni kellene előre a reá szabandó procedurákat, hogy az illető esetleg nyilatkozhatassék, ha valamely eljárás reá nézve bármely okból nem volna alkalmazható. Minden héten kétszer megállapított napon kiki megjelenik a primáriusnál, ki újra megvizsgálja; megtudakolja a gyógyítás menetét, meghallgatja az esetleges kívánalmakat és panaszokat s azokon a lehetőség szerint azonnal segít. A betegnek minden kérése, panasza, kívánsága, nemkülönb minden orvosi rendelkezés azonnal jegyzékbe lesz véve, hogy a rendelőkész részéről minden feledékenység ki legyen zárva.

A külső gyógyító eszközök minden nemével fel van szerelve a sanatorium. A fürdés minden formáját alkalmazzzák. Van fél, egész, hideg, meleg, sós, szénsavas, fenyő, villamos kádfürdő. Szükség szerint a vízhez más járulékok is hozzáadhatnak, pl. korpa. Van légfürdő, száraz forró lég és forró gőzfürdő; villamos fényfürdő, azonfelül mindenféle villamosítás; douche, leöntés, pakkolás, massage minden neme; pakkolás forró fangóval (50—60° C.). Külön terem szolgál a sós belégzésre; külön a gyógyító gymnastikára, melynek felszerelése igen gazdag. A napfürdő, légfürdő számára külön helyiségek vannak a nők s az urak részére. A nők számára a sanatorium közvetlen szomszédságában egy körülbelül 400 m<sup>2</sup>-nyi, magas kerítéssel körülvárt térség szolgál, a hol a beteg, ha úgy van rendelve, fürdőt is vehet s a szabad levegőn bepakkolásban is részesülhet. Tornaeszközök is vannak e helyen. Az urak légfürdője lenn a völgyben, az erdő szélében levő gyep térségen van, melyet a közönségtől szintén magas nádból fonott, de a levegőt átbocsátó kerítés zár el.

Az összes gyógyhelyiségek közül legkevésbé elégit ki a fürdő-terem. Ez igen nagy méretű helyiség, melyet függönyök vagy 16 cellára osztanak. E kis rekeszekben állanak a fürdőkádak, részint bádógból, részint fából, mely utóbbiak között még festetlen is van! Ma, midőn a tisztaság iránt oly nagyok a követelmények, alig érhető a meleg fürdőhelyiségeknek illető felszerelése. De nem is elegendő nagy e hely a különböző vízi proceduráknak gyors lebonyolítására. E bajon az intézőség az által fog segíteni, hogy a nők számára külön fürdő-termet épít. Némi észrevételt kíván az is, hogy nem minden fürdéshez jár tiszta fürdőruha, hanem a ki pl. minden nap kap félfürdőt, annak nevét kék ezerúval írják a lepedő sarkára, mely azután hosszabb ideig marad használatban. Ugyane takarékoság nyilvánul meg a törülközők körül a lakószobákban. Minden héten kijár kettő; több nem! Más fürdő-helyen annyit adnak, a mennyit az illető vendég elfogyaszt. Ezek kicsinyeségek, miknek nem volna szabad gyakorlatban lenniök. A teljesség okáért azt is fel kell említenem, hogy lenn a völgyben a sanatoriumtól félóránnyira, fenyőerdő közepette hideg uszoda is van. Ez azonban magántulajdon.

Érdekes a sanatorium közönsége. Nagyobb része a hölgyvilághoz tartozik. Tekintettel arra, hogy a sanatorium első sorban az idegek gyógyításával foglalkozik, könnyű megállapítani a közönség általános jellegét. Idegesek, rokkantak, képzelődők keveréke ez. Van néhány szélütött, néhány hátgerinczbajos; sok bizonytalan, nyughatatlan tekintetű hölgy, részben hysterikus, a ki egész viselkedésével zaklatott idegeiről tesz tanúságot. Vannak azonban egészségesek is, kik épen csak üdülés céljából tartózkodnak ott. Szigorú házi szabály, hogy a betegségről beszélni tilos. Pedig valósággal egyebet se hallani, mint panaszt, reménykedést, elégedetlenséget.

Mindent összefogva, Lassnitzhőhének nagy jövője van. Földrajzi fekvése úgy a higiénia, mint a megközelítés szempontjából előnyös. Kitűnő szakértelem alapította, kitűnő szakértelem vezeti. Bizalom-teljesen mehet mindenki Lassnitzhőhére. Ha az emberi tudomány a szenvedéseket egyáltalán gyógyítani avagy enyhíteni bírja: akkor Lassnitzhőhe orvosai erre valóban képesek. Nemcsak kitűnő tudással, hanem szeretettel, készséggel s a legnagyobb gondossággal teljesítik hivatásukat. Az azonban kétségtelen, hogy a sanatorium anyagi, külső fejlődésének csak a kezdetén áll. A legközelebbi 25—30 év a külső természetét át fogja alakítani s Lassnitzhőhét fel fogja ruházni mindazon kellekekkel, melyeket a gyógyulást kereső ember minden joggal megkíván.

Még csak az árakról akarok pár szót mondani. Az első orvosi ordinatio tíz korona. Minden további ordinatio, lakás, étel, gyógy-

kezelés, mindennemű fürdő, massage stb. együttesen napi 14 korona. Külön kell azonban megfizetni az orvosságokat s a világitást. Ez utóbbi minden hétre két korona.

Teljes igazsággal azt kell mondanom, hogy Lassnitzhóhén minden-nel meg voltam elégedve.

Platz Bonifác dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

A prostata hypertrophia tanának mai állása.

Közlő: Ráskai Dezső dr. műtőorvos.

I. rész. Kóroktan és kórszövettan.

*Irodalom.* 1. *Guyon*: Leçons clinique sur les maladies de voies urinaires. Paris. 1885. — 2. *Launois*: De l'appareil urinaire des vieillards etc. Paris. 1885. — 3. *Casper*: Zur Pathologie des Tractus urogenitalis senilis. Virchow's Arch. 126. kötet. — 4. *Virchow*: D. m. W. Vereinsbeilage. 1890. — 5. *Thompson*: The diseases of the prost. etc. London. 1886. — 6. Brit. med. journ. 1886. — 7. *Motz*: Contrib. à l'étude etc. Ann. d. m. gen.-urin. 1897. 10. — 8. *Assmuth*: Über senile Dysurie. Petersburger med. W. 1893. 9. sz. — 9. *Moulin*: Enlargement of the prost. London. 1894. Brit. med. journ. 1896. — 10. *Griffiths*: The prost. gland, its enlarg. or hyp. Journ. of anat. and phys. 1890. — 11. *Rindfleisch*: Lehrbuch der path. Gewebelehre. 1886 és 1895. — 12. *Albarran et Hallé*: Hypertr. et neopl. epith. de la prostate. Ann. d. mal. d. org. gen.-urin. 1898. 1900. február, március. — 13. *Bernays A. Ch.* (St Louis): Med. news. 1902. február 22. — 14. *Thomson*: Edinb. m. journ. 1898. és The anat. of the prost. Brit. med. journ. 1904. június 11. — 15. *Wallace*: Remarks on some points in the treatm. and morbid anat. of enlarg. prost. Brit. med. journ. 1902. március 29. — 16. *Walker I. W. T.*: The surg. anat. of the norm. and enlarg. prost. Brit. m. journ. 1904. július 9. — 17. *Ciechanowiczki*: Anat. Untersuchungen über die sogenannte „Prostatahypertrophie“ und verwandte Prozesse. Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. 1900. VII. 2., 3. és 18. Quelques aperçus sur le prost. etc. Ann. des mal. gen.-urin. 1900. május. — 19. *R. H. Greene et H. Brooks*: The nature of prostatic hypertrophy. Journ. of the Amer. med. assoc. 1902. április. Ref. Centrabl. f. Harn-u. Sexualorg. 1902. 610. l. — 20. *Rothschild Alfred* (Berlin): Untersuchungen etc. Virchow's Archiv. 173. kötet (1903) és Über die Frage der aet. Beziehungen zwischen Gonorrhoe und Prost. hyp. Centralblatt f. d. Krankh. d. Harn- und Sexualorg. XV. k. 4. füz. 1904. — 21. *Rosving Thorikild*: Die Behandlung der Prostatahypertrophie. Archiv f. klin. Chirurgie. 68. k. 934. l. — 22. *Wassilieff*: De l'influence de la resection du canal deferent sur le tonus du sphincter vesical. Ann. d. m. gen.-urin. 1903. 5. — 23. *Kapsamer*: Ein Beitrag zur Klinik der Prostata-tumoren. W. klin. Woch. 1903. 5. sz. — 24. *G. A. Jastreboff* (St. Petersburg): Quelques particularités sur les caractères microscopiques de la prost. et de la vessie des vieillards. Ann. m. gen.-urin. 1903. 5. sz. — 25. *Socin*: Die Krankheiten der Prostata v. Pitha und Billroth's Chirurgie. III. k. 2. rész. — 26. *Frisch*: Die Krankheiten der Prostata. Nothnagel's Pathologie. XIX. k. III. f. — 27. *Motz et Arresse*: Note sur les vessies des „prostatiques sans prostate“. Ann. des mal. d. org. gen.-urin. 1903. 24. f. — 28. *Jean Petit*: De la prostatectomie périnéale. Thèse de Paris. 1902. — 29. *Albarran et Motz*: Contribution à l'étude de l'anatomie macroscopique de la prostate hypertrophie. Ann. gen.-urin. 1902. 769. l. — 30. *Goldmann* (Freiburg): Zur Behandlung der Prost. hyp. Beiträge zur Chirurgie. 31. k. 1. f. — 31. *Casamayor*: Trait. de l'hyp. de la prost. basé sur une conception étiologique nouvelle. Ann. d. mal. gen.-urin. 1901. 10. sz. — 32. *Reerink* (Freiburg): Anatomie zum Blasenverschluss bei der Prost. hyp. Centralbl. f. Chir. 1903. 36. sz. és Über die Ursache der Urinretention bei Prostatakern. Centralbl. f. Chir. 1904. 27. sz. — 33. Kézikönyvek: *Frisch*: Die Krankh. der Prostata. Socin-Burckhardt Verletzungen und Krankheiten der Prostata. Le Dentu és P. Delbet: Traité de Chirurgie Maladie de la Prostate. Albarrantól.

A mióta Morgagni egyik epistolájában, a melyben az aggkor megbetegedéseiről szól, az öregeknél oly gyakori vizelet zavar okául a prostata megnagyobbodását említi, azóta a kutatóknak igen hosszú sora foglalkozott a megnagyobbodás természetének felismerésével, a létrejöttét előidéző okok megfejtésével.

E megfejtési törekvések nem egy tetszetős hypothesisist hoztak felszínre, de valamennyi hosszabb-rövidebb élet után letűnt. E tekintetben a legújabb vizsgálatok sem hoztak javulást. A rendkívüli szorgalommal és kifogástalan exactsággal végzett vizsgálatok sem tudták az okozati összefüggés és az ebből vont következtetések oly szakadatlan láncolatát létesíteni, mely hézagaiban egy-egy hypothesisissal való áthidalást nem igényelne.

E kérdéseknek a multban csak theoretikus, tudományos értéke a jelenben practikus actualitást nyert azért, hogy a baj vagy állapot radikális gyógyítását célzó beavatkozások helyes alkalmazása, ezen sebészi beavatkozások értékének megítélése a baj aetiologiai alapjának és kórtani természetének felismerése nélkül alig képzelhető.

Ezért nem véltünk felesleges feladatot végezni, midőn a baj radikális gyógyítására alkalmazott sebészi eljárások ismertetésének jobb megértésére és méltánylására a kóroktani és kórtani felfogás mai állását foglaljuk nevezetesebb eredményeiben össze.

A régebbi, nevezetesen francia iskola úgy a prostata hyper-

trophia, mint a hólyag, vesék és herék elváltozását aggkori tünetnek tartotta és tisztán a korrall járó visszafelújulási folyamatoknak fogta fel.

E nézetet vallotta még a modern francia urológiai iskola mestere, *Guyon*<sup>1</sup> is 1885-ben II. kiadásban megjelent méltán híres munkájában.

*Guyon* klinikai megfigyelésből származó és mesterien felépített következtetései, módosultak tanítványának, *Launois*-nak<sup>2</sup> kórszövettani vizsgálataival által, a melyeknek eredményét *Guyon* teljesen magáévá téve és több tanítványa által kiegészítve, alapját képezte azon conservatismusnak, melyet ő és iskolája egészen a legújabb idők (1901.) az állapot gyógykezelésében szem előtt tartott.

*Launois* (l. c.) szerint a prostata hypertrophia egy általános véredényelfajulás részintete. A mint a coronariák elmeszesedésével a szív-izomzatban jönnek degeneratív folyamatok létre, ép úgy idéz az urogenital tractus véredényeinek elmeszesedése ezen tractus szerveiben (vese, hólyag, prostata, here) többnyire kötőszöveti proliferatio alakjában elváltozásokat elő. A prostatamirigy átmeteszeten kis kerekded, fehér tokkal körülvevő tömegek találhatók, a melyek az újonnan képzett kötőszövet által körülvevő mirigyacinusoknak felelnek meg. A mirigy körülvevő fibrosus tok is megvastagodik, úgy szintén a mirigy belsejébe küldött nyúlványok is. Az így elváltozott acinusok glandularis fibromáknak nevezhetők (fibromes glandulaires). Ezzel kapcsolatban a kis és nagyobb véredek falának elfajulása constatálható. „A göreső azt mutatja nekünk“, mondja *Launois*, „hogy a kis véredények mindenkor endo-periarteritikus állapotban vannak; a boncolások, a melyeket végzettünk, a szivbillentyűk, az aorta, a nagy ütőerek, pl. a renalis atherosomatosus elfajulását mutatták. Klinikai megfigyelésünk pedig igazolta, hogy minden prostatás atherosomatosus (tous les prostatiques sont athéromateux), bármely korú lett legyen vagy bajának akármely stadiumában észleltük is.“

E nézet nem sokáig maradt ellentmondás nélkül, ellentmondásra talált úgy alapfogalmában, mint következtetéseiben. Ez ellentmondás elsősorban *Casper*<sup>3</sup> részéről, majd jóval később magából a Necker-kórház iskolájából *Motz*, *Albarran* és *Hallé* részéről hangzott el.

A kifogások két szempontból indultak ki és pedig: 1. Ha jelentékeny számban találhatók a prostatikusok között véredényelmeszedéssel bírók, úgy nem kevésbé nagy a száma azoknak, kik ily elváltozással nem bírnak. Nevezetesen igen ritka az elmeszesedés a túltengett prostatában egyáltalában, teljesen hiányzik pedig a túltengés glandularis formájában. Hasonlóképpen nem található, mint elsődleges elváltozás a vesében és a hólyagban. 2. Ezek alapján is már nehezen hozható összefüggésbe a prost. hyp. az arteriosclerosisral, annál is kevésbé, mivel a szervezetben mindenütt azt tapasztaljuk, hogy a véredények elmeszesedése folytán létrejövő elváltozások a nemesebb szövetelemek fönkrementésében és az illető szervnek magának térfogati kisebbedésében szokatlan rendszeresen megnyilvánulni.

Ezen nézet ellen *Virchow*<sup>4</sup> állást foglalt, a mint *Thompson*<sup>5-6</sup> is ellene mond. Még legtöbb concessiót teszi ezen felfogásnak *Motz*,<sup>7</sup> ki, ha a kis edényekben arteriosclerosis nem is talált, úgy a hyp. okául mégis a nagy edénytörzsekben fennálló sclerosis által a prostatában létrejött congestiót tartja. Míg *Assmuth*<sup>8</sup> az arteriosclerosisral szemben a primaer kötőszöveti elfajulás fontosságát hangoztatja. *Moulin*<sup>9</sup> is tisztán localis elváltozást vesz fel, mely nem függ össze sem alkati, sem rendszer (atherom) megbetegedésekkel. *Griffiths*<sup>10</sup> az elsődleges okot a mirigy-acinusok lobos elváltozásában keresi, melynek második stadiumában a periglandularis beszűrődés fibrosus kötőszövetté lesz, miáltal a mirigy- és izomképletek elsenyvednek. *Casper* (l. c.) a pr. hyp. három alakját különbözteti meg.

1. Hypertrophia prostatae myomatosa circumscripta sive nodosa.
2. Hypertrophia prostatae fibromyomatosa diffusa és
3. Hypertrophia prostatae adenoidea.

Az 1. alaknál (*Virchow* hyperplastisches Myom) a felületen csomók vagy dudorok emelkednek ki, a melyek többnyire fibromuscularis szövetből állanak, mirigyállomány maradványaival, többnyire külön tokkal bírnak, a melyből könnyen kihámozhatók. Az uterus myomáival való hasonlóságot már *Velpeau* emelte ki, innen a kettő közötti analogia felvétele. A myomatosa hajlam a mirigyállomány sima izomsejtekben való nagy gazdagságából következik. *Casper* ezt az alakot 24 eset közül 19-szer találta.

2. Ot esetben a 24 közül *Casper* egy oly alakot talált, a mely már a metszlapon jellemző rostos sávok által tünt ki, a melyek szürkés-féhr színűk által a szemszéd szövettől eltérnek, sok águ fa elágazódásához hasonlítva. A szerve való enyhébb nyomás mellett semmi vagy csak igen kevés váladék ürül, ellentétben az előbbi alakhoz, a melynél a mirigynek a kis tumorok közötti részéből mindenkor sárgás, nyákos nedv szorítható ki. Göresővileg széles sávokban megszegény rostos szövet található, részint kötőszövet, részben izomrostok. Az előbbi azonban túlsúlyban van.

3. Az adenoid hypertrophia diffuse, vagy csomókban lép fel, a mely csomók rostos szövetsávok által vannak egymástól elválasztva, de nem hámozhatók úgy ki, mint a myomák.

Az adenomák nem valódi adenomák, nines meg a solid mirigy-csapok kicsirázása, és nines meg a mirigyepithelnek burjánzása.

A *Casper*-féle felfogással és leírással sokban egyezik az, a melyet *Rindfleisch*<sup>11</sup> tankönyvében a prostata hypertrophiáról nyújt. *Rindfleisch* a prostata hypertrophia egyes eseteiben a mirigyállományak már nyomát sem találta, az egész prostata egynemű fibromuscularis szövetté változott át. Ez a forma azonban ritka, a myoma többnyire csak egyes csomókban és lebenyekben fordul elő, ezen myomák legtöbb esetben különálló tokkal bírnak, a melyből könnyen kihámozhatók. A fibromuscularis elem azonban ritkán kizárólagos, még a legelváltozottabb

részletekben is tubulusok nyomai fellelhetők. A mirigyesövek két rétegű alacsony hengerhám jellegűek, csak erősen kitágultak, kiöblösödött üröket alkotnak, melyek sejttörmelék, folyadékot és réteges concrementumot tartalmaznak. Ezen ürök néha makroszkopikus nagyságot érnek el, szabad szemmel látható ürökké és hasadékokká tágulva, a melyekben az epithel degeneratív folyamatok folytán hiányosnak mutatkoznak. *Rindfleisch* nézete szerint a prostata hypertrophia „egyes mirigy-részletek peritubularis stromájának fibromuscularis hyperplasiája, maguknak a tubulusoknak egyidejű meghosszabbodásával és megsokszorosodásával”. Az egyes mirigy-tubulusok végső elágazódásukban a subepitheliális stratum megnagyobbodása által gombostüfej alakját és nagyságát nyerik el és mint kis csomók a többi parenchymából kiemelkednek. A mirigy-tubulusok növekedése kétféle módon lehetséges, vagy a szomszédos mirigy-tubulusokkal való összeolvadás által, vagy belülről a fibromuscularis daganatkeletkezés kifejlődése által. Minél inkább uralkodik ez utóbbi növekedési alak, annál inkább válik el a csomóska környezetétől, míg végre különálló fibrosus tokba kerül.

Ha a növekedés belülről kifelé történik, akkor a mirigyelemek tönkremennek, ha a növekedés a szomszédsággal való egybeolvadás által jön létre, úgy a mirigyelemek épségükben megmaradva, az interstitialis szövet szaporulatával szaporodnak, hosszabbodnak. (*A hypertrophia lágy alakja.*) *Rindfleisch* szerint tehát nem a szó szoros értelmében vett túltengéssel van dolgunk, hanem daganatképződéssel, mely nem a mirigy-szövetből, hanem a szövetközi fibromuscularisból indul ki és így *Rindfleisch* szerint, ha az aetiologia nincs is megfejtve, de veszt rejtelmességből, tekintve azt, hogy a tapasztalat szerint a hajlott kor daganatképződésre igen hajlamos.

Prostata hypertrophia alatt kétségtelenül azon morphologiai elemek szaporulatát kell értenünk, a melyek normaliter a mirigyet alkotják és így nem heterogen elemek productióját.

(Folytatása következik.)

### Könyvismertetés.

Prof. Dr. G. Klemperer: *Die Behandlung der Nierensteinkrankheit.* Vorträge, gehalten im Fortbildungskurs für praktische Ärzte. Urban und Schwarzenberg. Wien und Berlin. 1904.

Az előtűnk fekvő kis októberfüzet 81 oldal terjedelemben felöleli azon előadásokat, melyeket szerző a német gyakorló orvosok továbbképzési cursusán a vesekőbetegség kezeléséről tartott, és melyek ez év folyamán a szerkesztésében megjelent „Therapie der Gegenwart”-ban közzé voltak már téve. Ezen lap olvasói részére újat e könyvecske nem tartalmaz, csupán a kellemes forma és az anyag szorosabb egymáshoz való fűzése által nyújt a mű nekik is hasznosat a kellemessel összekötve.

Röviden összegezve tartalmát, *Klemperer* a fősúlyt egyrészt a kólikák kezelésére, másrészt a diätetikus és prophylaktikus intézkedések keresztülvitelére helyezi, a mi azon főleg vidéki gyakorló orvosok hatáskörének leginkább megfelel, a kik részére az előadások tartottak. Minden köfajta nézve gondosan meg vannak állapítva a képződés és oldódás elősegítő és gátló körülményei. Ezen nagyrészt saját kutatásain alapuló vizsgálatok teljes terjedelemben vannak közölve. Igen jók a részletes étrendi szabályok és az általánosan mondottak.

Nem tudok azonban egyetérteni szerzővel azon megszorítás dolgában, a melylyel a sebészi beavatkozást illetőleg nyilatkozik, ennek indicatioit csupán az absolut anuriában és az acut genyes pyelonephritisben látván. Talán mégis vannak esetek, midőn nagy kövek sem kólikát és pyelonephritist, sem anuriát, sem haematuriát nem okoznak, és mégis növekedésük által sebészi beavatkozás nélkül a megtámadott vesét lassan tönkreteszik.

A mű kiállítása igen csinos, és kellemes alakja akármilyen úton való olvashatóságát praedisponálja.

*Picker Rezső dr.*

**Uj könyvek.** *A. Broca:* Leçons cliniques de chirurgie infantile. Deuxième série. Paris, Masson et comp. — *B. G. A. Moynihan:* On gall stones. London, W. B. Saunders and Co. — *J. W. Ballantyne:* Manual of antenatal pathology and hygiene. Edinburgh, W. Green and Sons. — *W. Osler:* Aequanimitas. London, H. K. Lewis. — *W. H. Jackson:* Orthodontia and orthopaedia of the face. London, J. B. Lippincott Co. — *G. M. Edebohls:* The surgical treatment of Bright's disease. New-York, F. F. Liseicki.

### Lapszemle.

#### Sebészet.

A lágyéksérvek radicalis műtéti eredményéről számol be *Polina Daiches* a berni Kocher-klinikáról. A műtétek 1898. szeptembertől 1900. januárig történtek. Összesen műtétetett 204 szabad sérv, ezek közül 96 invaginációs áthelyezéssel Kocher szerint, 53 sérv csatornametszés nélkül Kocher szerint, 35 Bassini szerint és 20 köldöksérv. Az elért eredményekről a betegek levél útján való megkérdezése alapján nyert tudomást. A műtöttek között volt 139 férfi 168 sérvvel és 31 nő 36 sérvvel. Hernia inguinalis externa 124 betegen 139-szer operáltakat. Hernia inguinalis directa 15 betegen 17-szer. Hernia umbilicalis 10 betegen. Hernia epigastrica volt 7 és hernia ventralis volt 3. Kétoldali sérv volt 15 betegnek. Czomb- és lágyéksérve vagy köldöksérve öt betegnek volt egyszerre. A legfiatalabb megoperált beteg 17 hetes volt, a legöregebb 72 éves. Érdekes, hogy a kóroda a megoperáltakon csak egyszerű collodium-kötést alkalmaz, drain-csövet nem helyez a sebébe s a varratokat

a harmadik napon távolítja el; hetedik napon a beteg rendszeren elhagyja a kórodát. A 204 megoperált között csak kettőnél volt sebfertőzés, tehát 0.98%. A 204 megoperált közül kettő halt meg, ezek közül egy valamelyes fertőzés következtében. Recidiva volt 1.5%-ban. Szerző azon végeredményre jut, hogy a Kocher-féle sérvműtét úgy a saját, mint másoknak a cikkben felsorolt statisztikája alapján a legjobb, utána közvetlenül a Bassini-féle methodus adja a legjobb eredményeket. Végül az összes felhasznált esetek kivonatolt körtörténetét közli. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 57. kötet, 1. füzet.)

*Lobmayer Géza.*

#### Spondylitises púpok abszolút kiegyenlítésének problémája.

*Julius Finck* (Charkow) saját tapasztalatai alapján arra a meggyőződésre jutott, hogy a VI. háti csigolyától lefelé képződött púpok kiegyenlíthetők, érte ezen kiegyenlítés alatt a púp teljes correcturáját. Hosszú idők óta nagyra nőtt púpoknál a kiegyenlítésre való törekvés teljesen céltalan s szerinte a kezelésnek azon időbe kell esnie, a mikor az oki folyamat még fennáll, tehát a megbetegedés első négy esztendőjébe. Eljárásának indoklására kiterjeszkedik ama mechanikus okokra, melyek a púpképződésnél szerepelnek. A gerincoszlop két párhuzamosan egymás mellé helyezett oszlopnak tekintve, spondylitisek a mellősi főoszlop a megbetegedett csigolyatest összeroppanása folytán folytonosságában megszakítást szenved és most a gerincoszlop előfelé megtörik, mely megtörés a haránt izület körül, még pedig a két sértetlen csigolya közti izület körül történik. Ezáltal az egyensúly megzavarodik, mit a beteg oly módon egyenlít ki, hogy a púp alatt és felett a gerincoszlop mozgékony részeiben compensáló lordosist létesít. Ilyen körülmények között egyenes álláskor az összeroppanó csigolyatest állandó nyomás alatt van, mely azonban a csigolyaivakra is áterjed. Mindezek alapján *Finck* azt következteti, hogy sem a fűzővel való kezelés, sem az extensió kezelés a púp kiegyenlítését nem eredményezheti, mert az előbbinél a megterhelési viszonyok nem változnak, míg utóbbinál a csigolyaivakra gyakorolt nyomás is megszűnik. Csakis úgy érhetünk célra, ha a statikus viszonyokat megfordítjuk. Frissen képződött púp esetét véve fel, annak kiegyenlítését úgy remélhetjük, ha a narcotizált beteget egy kipárnázott asztal szélén úgy helyezzük el, hogy a beteg gíbusa csücsével az asztal élére kerül, úgy hogy törzse és alsó végtagjai szabadon leöngenek az asztal végén túl.

Mint hogy azonban a megbetegedés természeténél fogva az ily erőszakos redressálás nem ajánlatos, a fentebbi eljárás által elérhető eredményre a púp successiv lassú kiegyenlítésével kell törekednünk. Eljárása abban áll, hogy a beteget egyszerűen hanyatfejtve megvárjuk az acut periodus lefolyását s most a gíbus alá helyezett párnákkal e púpot mindinkább elemeljük a fekvőhely síkjától. Főkéllék, hogy kis területű párnát használjunk, mely csakis a kiemelkedő púpot támasztja alá, mely czélnak legjobban keresztbe helyezett vatta-csíkok felelnek meg. Ily eljárás mellett fokról fokra kibebbedik a gíbus, míg végre teljesen eltűnik akkor, mikor a reclinatiót ily módon ad maximum fokoztuk. Merevebb gíbusoknál, hol már a lágyrészek erősebb zsugorodása áll fenn, praeparative megszakíthatjuk e zsugorodásokat, úgy hogy a hanyatfejtő beteget gíbusánál fogva feltámasztjuk kezünkkel annyira, hogy a fej elemelkedik alapjáról; a hatás fokozására még a beteg karjait feje fölé kinyújthatjuk. Ilyenkor esékely ropogás jelzi az összenövések megszakadását; ha e ropogás nem érezhető, a beteget a levegőben kissé megrázzuk. Azon esetre, ha még e kézfogással sem érezhető a ropogás, akkor szerző az extensiót veszi segítségül.

A fektetési kezelés egy évig tart, melyet azután a fűzővel való ambulans kezelés követ. Az utókezelésre szolgáló fűző kellékei, hogy merev anyagból készült legyen, convex felülettel állandó nyomás gyakoroltassék a megbetegedés helyére; az ágyéki részben való megbetegedésnél a fűzőnek a czombokra kell terjednie, hogy a beteg ne ülhesen; a minta erős reclinatiós helyzetben extensio nélkül vétessék, a fűzőnek a csipőket körül kell fognia, azonban a mell és has felett nyitott lehet. A reclinatiót Dollinger módja szerint szerkesztett válltartók biztosítják. A XI. háti csigolyánál magasabban fekvő megbetegedésnél magas, két részből készített fűzőt kell alkalmazni, mely egészen a fej alá terjed. (A púpok ilyenkor redressálásánál a fentebbi tapasztalatok daczára a legnagyobb óvatosságot ajánljuk. A referens.) (*Zeitschr. f. orth. Chirurgie*, XII. kötet.)

*Holzwarth.*

A vivőérbillentyűk jelentőségéről és viszonyokról a vivőértágulatokhoz értekeznek *Ledderhose*. Szerinte téves azon elterjedt nézet, hogy a billentyűk szerepe, záródásuk által a véráram megfordulását megakadályozni s a vér súlya által okozott hydrostatikus nyomást enyhíteni, mert mindez csak nyugvó véroszlopnál lenne lehetséges s a vérkeringést eleve kizárna. Téves továbbá azon nézet is, hogy az izomösszehúzódások — a billentyűk becsapódása miatt — csak a szív felé engedvén kitérni a vért, ez által segítenék elő a vérkeringést, mert ez is csak álló véroszlopnál történhetik meg, míg keringő véroszlopnál a vivőér összenyomása alatt keletkezett pangástól létesülő nyomásfokozódás továbbítja a vért a nélkül, hogy a billentyűk bezáródnék.

Az ugyan nem tagadható, hogy a billentyűk záródhatnak physiologikus körülmények közt (pl. ha ujjunkkal üressé simítunk egy bőrvénát vagy hirtelen extrem helyzetváltoztatásnál), rendes körülmények közt azonban a vivőérbillentyűk nem vétetnek igénybe, mit igazol az is, hogy a korrall nagy részük elpusztul. Ezek szerint tehát a vivőértágulatok nem a billentyűk elégtelensége folytán támadnak, hanem az edényfal rugalmasságának elveszése folytán s pl. az alszár varixaiában foglalt vér a capillarisokból ered, nem pedig az iliacából folyt oda vissza. Hogy pedig a vena saphena lekötése vivőértágulatoknál ennek daczára hasz-

nos, ennek oka az, hogy a czombvivőerben járás közben támadt nyomás-változások fokozottabban hatnak szívólag a mély vénák útján a tágu-latokra, minthogy a lekötött saphena a femoralis felől a kiegyenlítődést nem engedi meg. (Deutsche med. Wochenschr. 1904. Nr. 43.)

Christian.

**Galambok és tyúkok epithelioma contagiosumáról.** Galambok epithelioma contagiosumát vizsgálta *M. Juliusberg* ugyanazon módokon, mint Marx és Sticker tették azt a tyúkok epitheliomáinál. Mindkét betegség analog az ember molluscum contagiosumával.

Vizsgálatait a következőkben foglalja össze:

1. A galambok epith. cont. virusa ugyanúgy átszűrhető, mint a tyúkoké.
2. A leszűrt anyaggal való oltások incubatiós ideje körülbelül megegyezik oly hosszú, mint a daganattal vagy pörkökkel való direct oltásoké.
3. Eseteiben az állatpassage a contagiumot gyengítette és végül avirulenssé tette.
4. Ugyanoly mennyiségű 1% erythrosin hozzáadásával napfényre téve, a vírus hatályát veszti.
5. Az átoltás emberre vagy egérre hatástalan.
6. A bennük talált számos mikroorganizmus egyike sem kórokozó a galambra vagy tyúkra. (Deutsche med. Wochenschr. 1904. 43. sz.)

Christian.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A collargol használatáról az orvosi gyakorlatban irt legutóbb cikket *Georgi* a „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ ez évi 20. számában. Mindenekelőtt külső használatát írja le. 10%-os oldat használható aseptikus műtétek után közvetlenül a bőr összevarrása előtt, továbbá fertőzött üregek sebeknél kitörésre (appendicularis tályogok, diffus peritonitis). 1:5000—10.000 oldat használható testüregek, sebek fertőtlenítésére, borogatásokra stb. Poralakban is használható a collargol, főleg tejzúccsal 3:97 arányban keverve; a falusi gyakorlatban, nemkülönben a hadsebeszetben jó szolgálatokat tehetnek a collargol-tabletták, a melyek egyszerűen a sebtasakokba súlyosztandók, a hol a sebváladék által lassan oldatván, a tamponáló gaze-t antiseptikussá teszik. Szembajokban, égett sebeknél, fertőző bőrbetegségekben kenőcsalakban használható a collargol (Collargol 0'6, Aqu. destill. 1'5, Ol. gault. 2 csepp, Ungu. adip. lan. ad 30'0). Collargol-pastával (Collargol 0'6, Amyl. trit., Zinc-oxyd., Vaseline aq. 10'0) fertőző területen (anus vagy a genitáliák szomszédsága) levő sebek zárhatók el légmentesen. A húgyvesőben, méhben vagy sipolyjáratokban a Klien-féle 20%-os collargol-pálcikák használhatók, a hüvelyben és végbélben pedig suppositoriumok (Collargol 0'5, Aqu. destill. qu. s., Butyr. cacao 20'0; fiang suppositoria Nr. X). Belső antiseptikus céljaira a collargol kenőcsalakban (unguentum Credé), intravenosus befecskendés alakjában, vagy a szájon és a végbélen át adható. Az unguentum Credé naponként 1—4-szer dörzsöltetik be a zsirtalanra tett bőrre 15 percen át, még pedig felnőtteknél 2—3, gyermekeknél 1 gramm mennyiségben. Intravenosus injectiohoz 20%-os oldatból 5—15, 50%-os oldatból 3—9 cm<sup>3</sup>-t használunk egyszerre. Per os labdaesokban vagy 10%-os oldatban (naponként 3—4-szer kávésevőkánálnyi tejes kávéban vagy cacao-ban) adható a gyomor-bélhuzam fertőzésénél, továbbá argemum helyett gyomorfekély és gerincevelőbajok eseteiben. Collargolklymák (0'5—1'0 collargol 50'0—100'0 vízre) reggel és este adandók; a belet nem izgatják, jól felszívódnak. Argyriát collargol-használat után eddig még nem észleltek. Gyors hatás szükségessége esetén az intravenosus befecskendések előnyben részesítendők.

A collargol hatásmódjáról szóló rövid közleményben *Credé* fel-említi egyrészt *Rodzewicz* újabb közleményét, mely szerint collargol úgy cutan, mint intravenosus alkalmazása után a nagy sokmagvú leukocyták a vérben 24 órára megszaporodnak; másrészt *Schade* cikket, melyben arra az eredményre jut, hogy a fémek, főleg colloidalis alakjukban, tetemesen fokozzák a szövetekben az oxydatív folyamatokat. Ezen adatok figyelembe vételével tehát a collargol kedvező hatása fertőzésekben a következő három okra volna visszavezethető: 1. bakteriumölő hatás, 2. az oxydatív fokozó hatás és 3. a leukocyták szaporítása útján a phagocytosis erősbödése. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1904. 20. szám.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat,** 1904. 48. szám. *Lévai József:* Májeirrhosis folytán keletkezett hasvízkórnak két gyógyult esete. *Sarbo Artur:* A traumás neurosisokról. *Fischer Jakab:* A nemi perversitások a törvényszék előtt.

**Orvosok lapja,** 1904. 45—47. szám. *Baumgarten Samu:* A húgyveső structura miatt végzett partialis resectioja kombinálva cystotomia perinealissal. *Deutsch Ernő:* Az aristochininről. *Juba Adolf:* A vörheny prophylaxisa.

**Budapesti orvosi újság,** 1904. 47. szám. *Hollós József:* A lysoform bakteriumölő hatásáról. *Löbl Vilmos:* Marólúg, acut phosphor és szén-oxyd mérgezések közegészségügyi vonatkozásai. *Máyer József:* Gyilkossági phosphormérgezés esete. *Váradi Zsigmond:* A beszéd hibáiról.

**Wiener klinische Wochenschrift,** 1904. 47. szám. *Czerwenka:* A colpitis kezelése élesztővel. *Paschke:* Sajátságos veleszületett húgyvesőspoly. *Gobiet:* Tetanus-serum duralis infusiojával meggyógyított súlyos tetanus. *Rüsler:* Oltási reactio vörös fény mellett.

**Wiener medizinische Wochenschrift,** 1904. 48. szám. *Luithlen:* Veleszületett bőrbajok. *Saenger:* A pangási papilla pathogenesise. *Ajello, de Meis és Parascandolo:* Kryoskopia a májinsufficiencia felismerésére. *Kapelusck:* A hashártya különös sajátágai laparotomiánál. *Opo-censky:* Arteriosclerosis, tabes és pseudotabes.

**Berliner klinische Wochenschrift,** 1904. 48. szám. *Strassmann és Schulz:* Szén-oxymérgezés. *Berent:* A visszafejlődő hangszalaggyulladás differential-diagnostikai jelentősége. *Wassermann:* Adat a fertőzőmódok ismeretéhez tüdőgyümökörben. *Baginsky:* Gyermekkori hevenyizületi csúsz.

**Deutsche medizinische Wochenschrift,** 1904. 48. szám. *Sahli:* Zsebhen hordható higanymanometer klinikai czélokra. *Schultze:* A tabes korai szakainak diagnosisa és kezelése. *Ebstein:* A gyomorhyperaciditas kezelése. *Müller és Inada:* A jod hatása arteriosclerosisban. *Graser:* Idült lobok és genyedések diagnosisa. *Bumm:* Nők sterilitásának kezelése. *Fritsch:* A művi abortus. *Dührssen:* A női nemi szervek hurutjának kezelése. *Schmidt-Rimpler:* Cornea- és lencsehomályok okozta látászavarok és kezeléseik. *Bezold:* Süketnémák oktatása. *Rille:* Phimosis acquisita. *Boldt:* Atropin bőr alá fecskendezése ileusban. *Engelen:* Magas tabes esete. *Rubens:* A diphtheria diagnosisa.

**Centralblatt für Chirurgie,** 1904. 43. szám. *Werner:* A radium-sugarak hatása az állati szövetekre. *Vatter:* Az a gastro-epiploica dextra subcutan rupturája. *Knester:* Pessarium az anus praeternaturalis elzárására.

**Neurologisches Centralblatt,** 1904. 21. szám. *Bruns:* A paralysis agitans tünettanához. *Levi:* Adat a nyakbordák casuistikájához.

**Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane,** 15. kötet, 10. füzet. *Asch:* Urethroskopiai adat.

**Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen,** 6. kötet, 4. füzet. *Petruschky:* Tuberculinnal kezelt gümökórosok ivadékai. *Sobotta:* Gümökór és esecsemőtáplálás. *Lawson Brown:* Tuberculinnal kezelés. *Sorgo:* A gümöbacillusok kitenyészése köpetből és izzadmányból.

**Therapie der Gegenwart,** 1904. 10. füzet. *Renvers:* A vérkeringési szervek syphilise. *Fléiner:* A természetes gyomornedv használata gyomorhajokban. *Chajes:* Refractometriai fehérjemeghatározások, gyógy-beavatkozások ellenőrzésére. *Asch:* A házassági gonorrhoea diagnosisa és kezelése. *Heine:* Az idült középfülgyulladás diagnosisa és kezelése. *Mutterer:* Szívhajok kezelése adonis vernalissal. *Clemm:* Új gyógyszerek cholelithiasis ellen.

**Bulletin général de thérapeutique,** 148. kötet, 15. füzet. *Rochard:* A rák gyógyulása. *Cabanès:* Orvostörténeti adatok.

**Archives générales de médecine,** 1904. 43. szám. *Boinet:* Eucachondrosis rhachitiformis. *Boix:* Állandó subcrepitatio a tüdőalapon. *Gourin:* A köhögés csillapítása.

**Revue de chirurgie,** 1904. 10. füzet. *Lejars és Ménétrier:* Az appendix diverticulumai és diverticularis appendicitis. *Ghillini:* A radius alsó epiphysisének törése. *Delage és Massabian:* Az emlő lipomái. *Gross:* A gyomorfekély átfürödése. *Delors:* A pajzsmirigy rákja. *Mally és Richon:* Adat az izületi traumákat követő functionális impotentiák tanához. *Balacesso és Cohn:* Oesophagotomia externa cervicalis idegen testek eltávolítására a bázisgingból.

**Revue de médecine,** 1904. 10. füzet. *Pröobrajensky és Morgouliss:* Adat a myositis tanához. *Catola:* „Lacunes de désintegration cérébrale.“ *Lortat-Jacob és Sabarcanu:* Familiaris idült icterus splenomegaliával.

**Archives de neurologie,** 1904. október. *Marandon de Montyel:* Obsessio és nemi élet. *Soukhanoff:* Adatok a melancholiás állapotok ismeretéhez.

**La semaine médicale,** 1904. 47. szám. *Charrin és le Play:* A bélben képződő mérgek kórtani szerepe. *Lejars:* Tubaris koraszülések.

**Le progrès médical,** 1904. 48. szám. *Urriola:* Sárgaláz Panamában.

**The lancet,** 1904. II. 22. szám. *F. Foord Caiger:* A typhus kezelése. *E. Klein:* A saprophyta- és parasita-bakteriumok élettörténete és egymáshoz való viszonyaik. *F. W. Hewitt:* A methyloxyd, aethyl-chlorid és somnoform érzéstelenítő hatása. *J. T. C. Nash:* A himlő kezelése vörös fényvel. *T. F. Rickets és J. B. Byle:* Ugyanaz. *R. J. Ewart:* Az aortabillentyűk mechanismusa. *T. L. Bunting:* Calomel okozta mérgezés. *W. Sheen:* Bőranthraxhoz hasonló elváltozások himlő-oltás után. *R. Hay Marshall:* Mulyptollal kezelt diphtheria-eset. *C. Mansell Moullin:* Corticalis haemorrhagia műtét után gyógyult esete. *Wm. Thyme:* Koponyaalapi törés a szájon át.

**British medical journal,** 1904. november 26. *R. Koch:* Trypanosomiasis. *F. Foord Caiger:* A typhus kezelése. *Ph. H. Ross és A. D. Milne:* „Tick fever.“ *L. Rogers:* A lólégy szerepe a trypanosomiasis terjesztésében. *A. Balfour:* Trypanosomiasis Sudanban. *Cuthbert Christy:* Trypanosomiasis. *J. T. Hewitson:* A tápasatorna bizonyos részeinek betegségei és az általuk okozott lobos folyamatok. *A. Binning:* Chloralhydrattal meggyógyított tetanus. *A. J. Rodocanachi:* A fossa media fracturája baloldalt, subduralis haemorrhagia jobboldalt, trepanálás, gyógyulás.

Edinburgh medical journal, 1904. november. D. Fraser Harris: A physiologia a tanításban. W. F. Gairdner: Az Edinburghban és Glasgowban használatos perencsio-módszerek. A. Morrison: Szívbetegségek kezelése. R. J. Ewart: Röntgen-therapia. J. B. Hellier: Nehéz szülés okozta halál. J. Batty Tulce és Ch. R. A. Howden: Elmebetegségek büntetőjogi felelőssége.

## Hetiszemle és vegyések.

Budapest, 1904. december 2.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kiutatása szerint az 1904-dik év 45. hetében (1904. november 6.-tól november 12.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,484, összesen 813,399. Elveszülte 371 gyermek, elhalt 234 egyén, a születések tehát 137-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 23.7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15.0, az egy éven felüli lakosságnál: 15.0, az öt éven felüli lakosságnál: 14.7. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 4, meningitis tuberculosa 4, apoplexia cerebri 4, convulsiones 2, paralysis progress. 9, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 2, morbi org. cordi. 10, morbi myocardii 2, vit. valvularum 7, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 4, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 2, pneumonia, 20, pneumonia crouposa 3, tuberc. pulmonum 46, emphysema pulm. 7, pleuritis 1, alii m. org. resp. 0, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 13, 2 éven felüli 2, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii ocell. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 1, alii morbi hepatis 3, alii m. org. dig. 0, nephritis 8, alii m. syst. urop. 5, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 3, debil. congenita 13, paedatrophia 2, marasmus senilis 11, carcinoma ventric. 2, carcinoma uteri 2, alia carcinomata 9, alia neoplasmata 2, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 2, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 3, variola, varicella 0, morbilli 4, morbilli pneumonia 1, scarlatina 12, pertussis 0, croup laryngis 0, dipht. faucium 3, influenza 0, febris puerperalis 1, lues congenita 3, erysipelas 0, pyaema, sepsis 4, alii morbi infect. 3, morbi alii et ignoti 1, casus fortuitus 4, suicidium 1, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3782 beteg, szaporodás 907, csökkenés 831, maradt e hét végén 3767 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi november 6-dikától november 12-dikéig terjedő 45. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): kanyaró 142 (202), vörheny 119 (118), álh. gége- és ronesoló toroklob 32 (47), hökhurut 2 (16), gyermekági láz 1 (2), hasi hagymáz 12 (17), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 50 (53), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykeriob 0 (0), járv. fültömírigylob 4 (1), trachoma 6 (3), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

+ **Kitüntetés.** Ő Felsége *Fáykiss Károly* dr. II. osztályú fő-törzsvorosnak saját kérelmére nyugdíjállományba helyezését elrendelte s ez alkalomból a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta neki.

○ **Kinevezések.** *Vargha Ferencz* királyi koronaügyszékhelyett az igazságügyminister 3 évre kinevezte a törvényszéki orvosi vizsgálóbizottság tagjává. A pozsonyi állami kórház másodorvosává a belügyminister *Alzner Ernő* dr.-t nevezte ki.

△ **Babarezi Schwartzert Ottó** dr.-t, a magyar korona országai vörös kereszt-egylete főmegbizottját és főgondnokát, kinek épen a nevezett egylet is igen-igen sokat köszönhet, ő Felsége élethossziglan kinevezte a főreudiház tagjává.

— **Megbizás.** A pécsi állami gyermekmenhely másodorvosi teendőinek ellátásával a belügyminister *Lévai Ödön* dr.-t bizta meg.

± **Ónodi Adolf** egyetemi tanárt a Societa italiana di laryngologia, otologia e di rhinologia Sienában tartott évi nagygyűlésén tiszteletbeli tagjává választotta.

+ A „Budapesti Orvosi Kör“ 1905. január és február havában sorozatos előadásokat rendez a „szülészet és nőgyógyászat“ köréből. Az előadások a „Budapesti Kir. Orvosegyesület“ nagytermében (Szentkirályi-utca 21) tartatnak, 1905. január 17-dikén kedden d. u. 6 órakor kezdődnek és folytatódnak még 6 egymásután következő kedden, d. u. 6 órakor a következő programmal. 1905. január 17-dikén *Berczeller Imre*: A méhvérzésről. 1905. január 24-dikén *Temesváry Rezső*: Az abortusról. 1905. január 31-dikén *Tóth István*: A méhen kívüli terhességről. 1905. február 7-dikén *Liebmann Mór*: A gyermekági megbetegedések prophylaxisa és orvoslása. 1905. február 14-dikén *Tauffer Vilmos*: A méhrákról. 1905. február 21-dikén *Dirner Gusztáv*: A méh helyzetváltozásairól. 1905. február 28-dikén *Bácker József*: A női genitáliák lobos megbetegedéseiről. A „Budapesti Orvosi Kör“ ezen sorozatos előadásokon vendégeket szívesen lát.

+ A sebészek nemzetközi egyesülete első congressusát 1905. szeptember havában *Kocher* elnöklete alatt Brüsszelben fogja megtartani.

△ A magy. kir. belügyminister 2000, azaz két ezer koronát tűzött ki a trachoma kóránát és gyógyítását tárgyaló legjobb könyv vagy értekezés jutalmazására, mely önálló munkáldoklás alapján készült s mely az aetiologia vagy therapia terén absolut értékű haladást tartalmaz.

A mennyiben csak ezek egyikét tárgyalja, 1000—1000 koronával jutalmazható. A pályamunkák 1904. december hó 31-dikéig a magy. kir. belügyministerhez (Budapest, I. ker., Belügyministerium) küldendők be. Nyomatásban már megjelent művekkel is lehet pályázni. A szerző saját hazája nyelvét használhatja. A bíráló bizottságot a magy. kir. belügyminister alakítja meg.

— **Lakásváltoztatás.** *Ferenzi Sándor* dr. idegorvos november 1-je óta VII. Erzsébet-körút 54. sz. alatt lakik.

+ **A nyitramegyei közkórház kimutatása 1903-ról most jelent meg** *Biringer Ferencz* dr. kórházi igazgató tollából. E kimutatás szerint az említett kórházban a mult év folyamán összesen 2491 beteget ápoltak, kik közül gyógyulva 1187, javulva 740 távozott.

— **Megjelent.** *Eulenbury-Kolle-Weintraud*: Lehrbuch d. klinischen Untersuchungsmethoden. II. kötet, II. fele. Urban und Schwarzenberg. Berlin—Wien, 1905. — *Kövesi-Róth-Schulz*: Pathologie und Therapie der Niereninsuffizienz bei Nephritiden. G. Thieme. Leipzig, 1904.

† **Elhunytak.** *Serli Sándor* dr. nyugalmazott járásorvos Munkácsen. *Kornstein Lajos* dr. gyakorló orvos Nagyváradon.

**Magyar savanyúvíz külföldön.** Tekintélyes külföldi orvosok is ajánlják a légutak, az emésztő és kiválasztó szervek (gége, torok, tüdő, gyomor, bél, vese és hólyag) hurutos bántalmainál a *malnási siculia gyógyforrást* (természetes sós savanyúvíz), mely az összes külföldi hasonló összetételű ásványvizeknél jóval, sőt négyszerre is dúsabb tartalmú, következőképen hatásosabb is. Örvedetes, hogy e téren is gyarapítjuk jóvedelmünket.

„**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.** Telefon 697.



## Téli fürdőkúra a Szt. Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kén-savas források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olesó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt. Lukácsfürdő Igazgatóság** Budán.



## Tátrafüred

1020 meter magas. **Nagyszálló** egész éven át nyitva.

Elsőrendű konyha. Központi fűtés. Villamos világítás. Társalgók. Vizgyógyimód. Hízlalókúra. Téli sportok. — **Az őszi és téli időny** kiválóan előnyös fűdőlknek, ideg-betegeknek, vérszegénységű, kezdődő

légzőszervi bajoknál, **Basedow-kór**nál stb.

**Teljes penzió lakással naponta 9 koronától feljebb.**

Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

## Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet

Budapest, 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. Vizgyógyimód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

## Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere)

dr. Grünwald-féle sanatorium külföldön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenie, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezetőorvos: **Réh Béla dr.**

**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.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIV. rendes tudományos ülés 1904. november 26-dikán.) 725. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyvárád. 1903. november hó 3-dikán tartott szakülés. 726. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1904. november 26-dikán.)

Elnök: Tauffer Vilmos. Jegyző: Illyés Géza.

## Carcinomáson degenerált súlyos xeroderma pigmentosum esete 8 éves fiúnál.

**Guszman József:** A beteg, kit ma bemutat, már a közkórházi orvostársulatban képezte bemutatás tárgyát. Hogy ma az Orvosegyesület elé hozzák a beteget, abban leli okát, hogy e sajátos bánalom nagy ritkasága, érdekes pathológiája, nagyfokú progrediálása s typosus volta csaknem kötelezősége teszi a bemutatást. A 8 éves fiú családjában hasonló baj még nem fordult elő. Három testvére van (két leány, egy fiú), kiknek bőre teljesen normális viszonyokat, s pigmentációt mutat. A beteg 1 éves kora óta beteg, a mikor is atyjának állítása szerint „nagy szeplők” és bőrvörösödések támadtak a fedetlen testrészekben, arczán, nyakán, kezében. Azóta a fiúnak említett testrészei mindinkább pigmentáltabbak, tarkákbak lettek, míg végre csomók és göbök támadtak arczán, melyek utóbb kifehélyesedtek. Az egyetem bőrkórtani intézetének rendelkezésére 1902. április 18-dikán került először a beteg, mikor az elváltozások már igen jellemzőek voltak, de tumorok ezen időben még nem voltak észlelhetők. Ugyanott másodszer 1904. szeptember 3-dikán jelentkezett, s azóta áll megfigyelésük alatt. A fiún található rendkívül súlyos elváltozások jelenleg a következők: mindkét kézhatáron az alkarok feszítő oldalára áterjedőleg, főleg azonban az egész arczon, nyakon le a vállóvig a bőr sötétlen festenyzett, szennyes barnaszínű. E helyeken részben számos gombostüfejni, lencsényi piszkosbarna pigmentációs folt (taches pigmentaires), részben változó nagyságú atrophias, fehéres és hegesen fénylő s apró vérerektől átfutott területek (taches blanches) találhatók. A felsorolt elváltozások legkifejezettebben az arczon láthatók, mely közletről tekintve szinte tarkának tűnik. A bőr egyébként vékony, fonnyadt, ráncos. Az orron, ajkakon, homlokon elszórtan cseresznyemagnyi—babnyi, erősen kiemelkedő, kemény tapintatú göbök, melyek részben véres-pörkös lepedékek borítottak, részben kifehélyesedtek. Az alsó ajaktól és álltól a jobb fülig húzó s az állsont jobbra felé egészen elfoglaló, sőt a nyakra is ráterjedő férfitenyérnyi, erősen kiemelkedő tumor látható, melynek elülső nagyobb része kifehélyesedett, keményen beszűrődött szélű, egyenotlen alapú és széteteszt, bűzös szövet-törmelékkel borított. A nyaki, különösen pedig az állalatti nyirok-csomók mogorónyiak, diónyiak, kemények. A gyermek rendkívül lefogyott, erőtlen, s újabban igen heves fájdalomról panaszkodik, melyek ellen narcotiumokkal kell küzdeni. A kifehélyesedett tumor az utolsó 2—3 hétben szemlátomást növekszik.

Egy a bal arczán fekvő kis tumort kiirtottak és szövettanilag feldolgoztak, mely alkalommal typosus carcinomát tudtak megállapítani. Megszaporodottstromában igen erősen burjánzó hámok, melyek a mélységbe törnek, s rendkívül bőségesen cancróid gyöngyöket képeznek (carcinoma cancróides).

Az eset egy teljesen kifejezett és igen progrediált alakja a Kaposi által leírt xeroderma pigmentosumnak, a melynél a feltűnő és szokatlanabb csak az, hogy az előbb-utóbb rendszeren fellépő végzetes carcinomás elfajulás ily korán és súlyosan már a gyermekkorban lépett fel. A therapia ily előhaladott esetben csakis palliatív lehet, a prognózis pedig a gyorsan növekedő carcinoma következtében teljesen infaust.

## Paget-kór és carcinoma mammae esete férfínál.

**Kollarits Béla:** H. I., 56 éves, ügynök családjában hasonló megbetegedés nem fordult elő. Bája a jobb bimbóudvaron kezdődött 1874-ben kis vörös folt alakjában. Azóta csak igen lassan terjedt, erősen sohasem nedvezett, nem is okozott a betegnek kellemetlenséget, csekély viszketéstől eltekintve. 1904 tavaszán erős, folyton növekedő „keményedést” vett észre, mely kifakadt és azóta több ízben véres savót ürített. Az emlőbimbó azóta retrahálódott. A jobb bimbó és bimbóudvar helyén körülbelül koronányi kiterjedésű, élesen határolt, tömött alapú, viaszszerűen áttűnő, barnavörös, itt-ott apró, erősen tapadó pikkelyekkel fedett, számos tágult visszérrel átszőtt plaque látható. Tapintásnál a bőrlaesus pergamentszerű keményedésén kívül gyermekököllyi, a bőrrel együtt mozgatható tumort érezni; a hónaljárokban három, egyenként mogorónyai nyirkmirigy. Porter 1872-ben megjelent leírása által figyelmessé téve, 1874-ben Paget 15 eset kapcsán értekezett e bőrbántalomról. Utána Butlin, Thin, Duhing, Wile, Brocq, Vidal és Hallopeau ismertettek hasonló eseteket. Wickham 1890-ben már 50 esetet talált az irodalomban. A kórfolyamat leggyakrabban nőknél jelentkezik a menopausa után, ritkán korábban. Rendszeren egyoldali és ilyenkor a jobboldalon mutatkozik. Férfínál Grocka a scrotum, Darier a

perineum, Rolleston és Sennts a regio pubica, Tarnowsky, Tommasoli és Pick a penis, Wienfeld az ajak, Ravogli az orr, Fordyce a nafesek bőrén észlelte. A leírt esetek közül az emlőbimbóról csak egyben vette kiindulását. Az emlőbimbón kerek vagy polycycikus szélű, hyperaemiás folt keletkezik, apró, erősen tapadó pikkelyek képében hámlás indul meg, mihez nemsokára az afficiált bőrrészlet pergamentszerű megkeményedése járul. Nedvezés és következményes crusta-felrakódás, apró ulceratiók jelentkeznek, melyek igen felületesek és könnyen véreznek. A bimbó lassan visszahúzódik és elsimul. Ilyenkor, különösen ha a nedvezés erősebb, a crusták eltávolítása nélkül könnyen ecezemanak nézhető. Gyakran viszkető, égető fájdalmat éreznek a betegek. Évek múlva a bánalom csaknem kivétel nélkül mamma carcinomára vezet, a mi a jelen esetben is megtörtént. Kaposi szerint a bánalom a chron. eczema egy alakja volna, mely nézetét azonban elfogadni nem lehet. A klinikai megjelenésben és a histológiai képből annyira különböznek egymástól, hogy élesen külön kell választani a két folyamatot. A betegség aetiológiája ismeretlen. Darier és Wickham psorospermiái, melyeket egy időben e kór okozóinak tartottak, miután bennök keratohyalint sikerült találni, a hámsejtek leszármazottjainak bizonyultak. Nékám tanár, ki a kórfolyamat histológiáját három eset kapcsán ismertette, egyben a tejesatornak lumenét elfoglaló nagyszámú, Gram szerint nem festődő, rövid vékony bacillust talált. 1904-ben Fabry és Trautwein élesztő gombákat irt le egy esetben, melyeknek azonban kórokozó szerepet nem tulajdoníthatni. Valahányszor idősebb nőről van szó, kinél sem scabies, sem teresség nem constatálható és ily ecezemaszerű megbetegedést mutat emlőbimbóján, gondolni kell a Paget-féle betegsége. Eczemánál hiányzik az éles határ, a felületes pergamentszerű induratio és a bimbó sem húzódik össze. Jól alkalmazott therapiára elég gyorsan gyógyul. Lueses primær affectioval, a bimbóudvar epitheliomájával csak ideig-óráig téveszthető össze.

Kétes esetekben a squammák mikroszkopi vizsgálatával könnyen eldönthetni a kérdést, a mennyiben a pseudococcidumok könnyen ki-mutathatók, ha a pikkelyeket 40% káliúggal melegítve disszociáljuk. Esetükben a kifejezett kemény alap, a bimbó retractioja és a külső carcinoma első pillanattól fogva minden kételyt kizárt. A mig carcinoma gyanú nincsen, a plaque energikus kikaparása, kiégetése, kiétoése szükséges. Az epitheliománál annyira bevált Röntgen-kezelés ilyenkor is megkísérelendő lenne. Jungmann és Pollitzer esetében Holzknacht kiváló eredményt ért el. Ha egyszer carcinoma van jelen, csak sürgős műtétet ajánlhatni a betegnek.

## A katatonias tünetekről.

**Moravcsik Ernő Emil:** Részletesen ismerteti az elmebeteg-nél előforduló izomtonusbeli elváltozásokat, a stereotypia, negativismus, mutacismus, katalepsia tüneteit a helyzetbeli és mozgásbeli rendellenességekkel, valamint a verbigerálást, a kóros fecsegési vonást, az indokolatlan ágyban fekvésre és étkezési ellenkezésre való hajlamot. Kiemeli hogy azok elsődlegesen önállóan, vagy másodlagosan érzék-aladások, téves eszmék, hangulatbeli elváltozások, kényszerhelyzetek és utánzás következtében keletkeznek. Áttekintést nyújtott a katatonias fogalmának történeti fejlődésére nézve és ismertette a Kahlbaum által felállított katatonias elmezavar sajátosságait. Kiemeli, hogy bár a katatonias tünetek többféle elmekórforma keretében felléphetnek mint episodusok, de azért vannak egyes ritkábban előforduló esetek, a melyk-nél szereplő állandó izomtonusbeli megváltozások és a szellemi tünetek olyan csoportosulásban és megjelenési formában és módban nyilvánulnak, hogy ezáltal az önálló kórforma bélyegét nyerik. Az elmekórtani klinika beteganyagát szolgáltató megfigyelő osztályon gyógykezelés alatt állott betegeinél eszközölt s a hőmérséki, érvesi, légzési viszonyokra vonatkozó észleleteit is közli, a melyek bizonyos jellemző saját-ságokat tüntetnek fel, úgyszintén vizsgálatai alapján constatálta az idegek és izmok villamos ingerlékenységének csökkenését is. Végül több beteg bemutatásával és a betegeiről felvett vetített képekkel világította meg az elmondottakat.

**Oláh Gusztáv:** Az előadás és bemutatások rendkívül érdekesek voltak. Minket elmeorvosokat különösen érdekelnek a katatoniasok, mert ezek első alakjai az értelmességtől való eltávolodásnak, egy kinyújtott kéz, bizonyos furcsaság például levélirásnál, kezdete lehet egy paralysisnek. Kraepelin figyelmeztetett először erre és azóta hajsza indult meg ilyen tünetek után, de az utóbbi időben már alábbhagyott, mert ezen katatoniasok egy harmada meggyógyult. Másként nem jellemezheti, mint furcsaságnak és épen ezért katatonianál simulásra gondolunk és viszont. Egy gyilkos katona esetük volt, kit simulánsnak tartottak, míg a bécsi Allgemeines Krankenhaus katatonianak nézte. Most 8 hó óta a gyűjtőfogházban van. Meglehető nehézséget támasztanak ez esetek, mert körülhatárolva nincsenek.

Osztályán egy asszony van, ki másodnapoként katatonias állapotba jut, typosus eset; de másnap teljesen jól van, kettős öntudatúnak látszik, egyik állapotáról sem tud a másikban.

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

1903. november hó 3-dikán tartott szakülés.

(Folyt.)

### 4. Erdős Adolf (vendég) „Orvosi és közegészségügyi viszonyok Boszniában és Herzegovinában“ czimvel tart előadást.

Előadását abban a hitben tartja meg, hogy mindenkit érdekelni fog, mint alakult egy darab Ázsiából egy darab Európa, másrészt e magyar véren szerzett és sok magyar által lakott országok sorsa orvosi szempontból is sok tanulságot nyújthat, főképp abból a tekintetből, hogy mikép lehet kitartással és erélyvel még primitív népek közé is elvinni a hygiene áldásait.

A mikor e területek occupatioja megtörtént, az ottani egészségügyi viszonyok kétségbeejtők voltak. A két ország valóságos melegegye volt a járványos betegségeknek. A szomszédos államoktól elzárva, a kormányzat minden egyébvel inkább törődött, mint a közegészségügyi viszonyok javításával. Ehhez járult, hogy a lakosságnak nagy része mohammedán s ezeknek a hitével ellenkezik, hogy megszabadulni igyekezzenek a bajoktól, a melyeket a végtet, jobban mondva Allah akár büntetésből, akár más okból mért rájuk. A két országban alig volt orvos s a kevés is katonarvos volt. Ezek a civilizációs keveset foglalkoztak. Annál jobban virágozott azonban a kuruzslás, a melyet a papok űztek, a kik gyakorlatukat apáiktól örökölték. A kuruzslás hálás foglalkozás volt. Ha a beteg felgyógyult, az érdemet maguknak tulajdonították, ha elhalt, az Allah akarata volt. Az országnak egyetlen kórháza a serajevói Vakuf-kórház volt, a mely, a helyett, hogy a járványos betegségek terjedésének útját állta volna, még inkább előmozdította azt, és benne más betegek is áldozataivá lettek a ragályozásnak, csaknem valamennyien. Növelte a bajt, hogy ezek a kórházból kikerülve, egészséges vidékeket is megfertőztettek.

A ragályos betegségek terjedéséhez hozzájárultak a rossz táplálkozási viszonyok, a melyek miatt az egyének ellenállóképessége csökkent. A lakosság ekkor még főképp növényi táplálékkal élt, a vidéken élők még ma is főképp olajos kenyérről élnek. Húst legfeljebb havonta egyszer, ünnepnapon esznek. A lakásviszonyok is igen kedvezőtlenek. Vályogból épült, padozat nélküli házban, jobban mondva istállóban együtt hálnak a házi gazda és családja a tehenével, lovával, tyúkjával, macskájával és kutyájával. Az ily háznak kéménye sem volt, a füstöt a falba vájt lyukakon át bocsátották ki. Szerencse, hogy a falakat borító vakolat laza és lézagos volt s lehetővé tette a szoba szellőztetését.

Az occupatio után az ország új kormányzata azonnal egészségügyi bizottságot szervezett. Ennek is sokat kellett küzdenie a különböző vallások hűveivel. A görög-keleti orthodoxok az évnek 204 napját átbojtolták, a mohammedán meg gyaor orvosra nem bizza magát, mert megingathatatlan a hite, hogy ez nem lehet hasznára. A mohammedán nő életének legnagyobb részét négy fal között tölti el, a havá napfényt sohasem hatol be. Ha az utcára megy, sem élvezheti a napfény áldását, mert arcát be kell burkolnia. Már 13-14 éves korban férjhez megy a mohammedán leány, testileg fejletlen, azért a sok szülés és szoptatás aláássa erejét, vérszegénység és idegesség lesz. Érthető, hogy köztük igen gyakori a méhbjaj, az osteomalacia s a tuberculosis.

Hogy testét egy orvosnak mutassa meg, azt vallása tiltja, belső vizsgálat szükségességét meg említeni is veszélyes.

Ily körülmények közt a legerélyesebb módon kellett a viszonyok javításához kezdeni, a mának ellenállást csak így lehetett legyőzni s eredményt is csak így lehetett remélni. Az országban úgyszólván alig volt egészséges ember. A nők gyengék, vérszegények, nagyrészt gümőkórosak voltak, a férfiak legnagyobb része is bujakóros, pellagrás, leprás és gümőkóros.

Az új kormányzatnak első intézkedése volt, hogy törvényben mondta ki, hogy Boszniában és Herzegovinában ezentúl orvos, bába és gyógyszerész csak az lehet, a kinek törvényes jogosultsága, illetőleg oklevele van. Míg 1879-ben az ország területén csak 12 orvos működött, 1901-ben már 116. Ezenkívül minden kerületben és expositurában (járás féle) ú. n. Localsanitátscommissio működik, a melynek a kör-, járás- vagy községi orvosokon kívül a kerület politikai főnökei is tagjai, így a Militär-Stationcommando egy kiküldöttje s a községtanácsnak több tagja. Ennek a bizottságnak havonta össze kell ülnie megbeszélni a teendőket és a tett intézkedésekről beszámolni. Járványok idején a bizottság tagjainak a számát a szükséghez képest megszorítják és járványorvosokat küldenek ki.

A syphilis terjedésének megállítására a Landessanitátsrath a következő intézkedéseket tette: elrendelte a friss syphilis-esetek kötelező bejelentését; a betegek részére a serajevói Landesspital-ban teljesen ingyenes gyógykezelést engedélyezett. Azok részére, a kik különböző okokból kórházba nem mehettek, ingyenes orvosi kezelést és gyógyszerbiztosítást. A járásorvosoknak kötelességüké tették, hogy a járásbeli bujakóros betegekről havonta kimutatást készítsenek, a melyben a gyógyítás eredményéről is be kell számolni.

Hogy ez intézkedéseket erélyesen foganatosították, azt az ezévi szeptember hó 22-dikén tartott dermatologiai congressus igazolta, a melyen a nagy számban egybegyűlt külföldi szaktekintélyek, Neisser, Mracek, Pick stb. kijelentették, hogy őket főképp a rossz hírből álló és rosszindulatúnak vélt boszniai syphilis család a helyszínére s nagy meglepetésükre alig volt alkalmuk ott tertiar syphilit észlelni.

Hasonlóképpen állnak a viszonyok a variola tekintetében. Ez Boszniában és Herzegovinában emberemlékezet óta igen sok áldozatot követelt.

Alig van bennlakó, a ki át ne esett volna rajta. Így pl. 1888-ban 14,177 variola-megbetegedés fordult elő 2050 halálozással (1882-ben 13,540 megbetegedés 2998 halálozással). Az occupatio előtt e betegség pusztítása még nagyobb volt.

E betegséggel szemben a kormány az első intézkedést 1880-ban tette. Díjakat osztott ki a szülőknek, a kik megengedték, hogy beoltott gyermekeik pustuláiból más gyermekeket oltsanak be. Ez időben eszközölték az ú. n. szükség (kényszer-) oltásokat is, t. i. mihelyt valamely helyen variola lépett fel, ott a fertőzött helyen és környékén a lakosságot beoltották.

1881-ben 200, 1882-ben 4000, 1883-ban 6000 koronányi oltási jutalékot osztottak ki. A lakosság kezdett az oltással megbarátkozni s már hajlandó volt az oltóorvos fuvar költségét is megtéríteni. Az általános oltás mindinkább terjedt, úgy hogy 1886-ban 13 községben oltottak, 1902-ben az oltási díjazás már 20,000 koronára emelkedett. Időközben meghonosították az újraoltást is, a melynek áldásos hatását már a nép is felismeri. Hogy az oltásnak és újraoltásnak mily fényes eredménye volt, számadatok bizonyíthatják. 1888-ban 14,177 himlőmegbetegedés fordult elő, 1892-ben már csak 3685, 1895-ben már egy sem. Ez idő óta ugyan fellépett még többször szövőrványosan, de mindannyiszor elfojtották.

A szülések és a gyermekágy hygienéje terén érték el a legkevesebbet, a minek az volt az oka, hogy mohammedánoknál a nőt férfi nem vizsgálhatja meg s a kultúra még nem fejlődött oda, hogy ott nődoktorok volnának, még kevésbé oda, hogy nő férfi orvossal vizsgáltatná meg magát. A gyermekágyi fertőzés ezért sok áldozatot követel. Nagy részben oka ennek a sok babona is, a melynek szülések alkalmával a nő tárgya.

Bár e babonákat titkolják, előadónak néhányat sikerült feljegyeznie. Így szokásos szülés előtt a nemi részeket írósvajjal bekenni és megfürdeni, akárhányszor tisztátlan dézsában. Azt tartják pl. a szerbek, hogy a szülésnek titokban kell lefolynia, mert ha mások is tudnak róla, nehéz lesz s a szülőnőnek nagy fájdalmai lesznek. Ezért van, hogy órákba, istállóba, tyúktrécebe rejtőzködnek s ott várják be a szülést. A Boszniában lakó szerb lakosságnak még az a különös szokása van, hogy a nők mindig a földön fekvő szülnek. Szülés után sem fekszenek ágyba, hanem tovább is ott maradnak a szennyes rongyokon, a piszokban, a melyben a szülés végbement, sőt az egész idő alatt a placéntának is ott kell maradnia a szülőnő mellett.

Hogy a szülés fájdalmait csökkentse, a szülőnő a kemence nyílását lépi át és vizet iszik férje csizmájából, a melyben előbb egy leány haját mosták meg.

A gyermekhalandóságot nagyban növeli a nagyon elterjedt mákonyfogyasztás. Alig látható viruló, piros arcú török gyermek, a minek oka, hogy sok mákonyt fogyasztanak s hogy a táplálás is rossz. A bosnyák nép igen szegény, tápláléka nagy részben fakeregből készült kenyér és olajkeverék s ily táplálék mellett érthető, hogy a gyermekek sem lehetnek viruló színben.

A felnőtteket meg a sok dohány és fekete kávé csigázza el. A török sohasem látható eszük nélkül s ha néhány pereznai szabad ideje van, el nem mulasztja, hogy egy eszébe fekete kávé igyék, a mi, a kávé nagyon olesó lévén, napjában többször megtörténik.

A mi az ország kórházait illeti, sok jó erről sem mondható. Szerajevóban van egy, jó levegőjű helyen épült kórház, a Landesspital, a melynek berendezése a legmodernebb. Pavillon-rendszerben épült. Orvosi személyzete nagy, ép úgy ápoló- és ápolónői személyzete is. Itt tartják a betegápoló-tanfolyamot is.

E kórház statistikája kitűnő eredményről számol be. Érdekes osztálya e kórháznak a leprás-osztály, a hol minden képzeletet felülmúló módon eltorzított betegek láthatók. Ezeket látva, még az orvos is megborzad. A szemlélőnek e betegeket látva önkénytelenül is Jókai meggyének bélpoklosai jutnak eszébe. Az említett congressus alkalmával a kórház igazgatója számos esetet bemutatott és sajnálattal ismerte be, hogy az alkalmazott gyógykezelésnek kevés az eredménye és nem csak a már meglévő roncsolások nem gyógyíthatók meg, de még a folyamat terjedését sem lehet meggátolni. Az egyetlen gyógyszer, a mely némi eredményt mutat, az oleum gynecardii.

A vidék helyei közül Mostarban és Dolna-Tuzlá-ban van kórház. Ezekon kívül igen sok a katonai kórház, a mi fontos, tudva, hogy Boszniában és Herzegovinában alig van ember, a ki nem tarthat igényt katonakórházi gyógykezelésre.

Az országnak igen jó a levegője, mert tele van hegyekkel és erdőkkel s mert a levegőt gyarak füstje s az u ak pora nem rontja. Gyára alig van s a hegyes-völgyes vidék a port nélkülözi. Az ivóvíz azonban nem a legeszegebb. Szerajevóban és Mostarban vízvezetékí vizet fogyasztanak, a mely száraz időjárás mellett jó, azonban esős időben nem kifogástalan. A vidéken forrásvizet isznak, a mely völgyben fakad, a talaj általi fertőzésnek nagyon is ki van téve. De a legfontosabb körülmény az, hogy e víz élvezete, mint Stájerországban, golyva keletkezését mozdítja elő. Csaknem minden szegénysztyábeli ember — közép- és vagyonos osztály alig van — golyvás.

A klima nagy szélsőségek közt ingadozik, nyáron türehetetlen a forróság, reggel 7 órakor már eléri a 30°-ot, télen meg a hideg igen jelentékeny. Előadó április hó végén került Boszniába, akkor még számkáztak, május közepén még erősen fűtöttek a katonakórházban, bár ott a fával takarékoskodnak.

A nép igen szegény, lakás- és táplálkozási viszonyai a lehető legrosszabbak. A ki a konyerüket látja, minderről már tiszta fogalmat szerezhet. A kormány azonban e téren is javítani igyekszik a viszonyokon s akárhányszor a szegény nép közt jó konyeret és húst oszt ki.

Általában minden téren örvendetes haladás mutatkozik, remélhető, hogy mielőbb a közegészségügyi viszonyok is javulni fognak. Az ország gazdasági viszonyainak hanyatlását is főképp az eredményezte, hogy a lakosságnak mintegy harmadrésze állandóan oly betegségben szenved, mely munkaképtelenné tette.

Elnök mindkét vendég-előadónak köszönetet mond.

## PÁLYÁZATOK.

2476/1904.

A lemondás folytán üresedésbe jött ökrösi körorvosi állásra pályázatot nyitván, mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják felhívom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, továbbá eddigi alkalmaztatásukat és a nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi december hó 12-dikéig annyival is inkább nyújtják be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A román nyelvet bíró pályázók előnyben részesítetnek.

Javadalmazás:

1. 1000 korona évi fizetés, mely évnegyedes részletekben a vármegye pénztárától, január, április, július és október hónapok első felében utólagosan fizetetik.
2. Természetbeni lakás, mely áll: 3 szoba, konyha, kamara, továbbá egy különálló rendelő-szoba, udvar és konyhakertből.
3. Ökrös községtől 40 korona, Bogy községtől 10 korona halottkémlési díj.
4. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, mely esetleg alkügyezmény útján megváltatik, 80 fillér beteglátogatási, 40 fillér vényirási díj.
5. Az Ökrös községben levő marháknak megvizsgálásáért, ha a megválasztandó körorvos a vágatási biztosítást teendőket elvállalja, a szabályrendeletileg megállapított díjak.
6. A megválasztandó körorvos részére a vármegye alispánja által a kézi gyógyszerár engedélyezése kilitásba van helyezve.

A választás folyó évi december hó 17-dikén d. e. 10 órakor Beélben a körjegyzőségi tanácsteremben fog megtartatni.

Beél, 1904 évi november hó 15-dikén.

3-2

Eder Géza, főszolgabíró.

3420/1904. sz.

Sopron vármegye csepregi járásához tartozó beői körorvosi állásra, melyhez 9 község tartozik, ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása: 600 korona fizetés, 360 korona fuvarátalány, 4 szoba, konyha, kamara, istálló, kocsiszin s a szükséges mellékhelyiségekből álló természetbeni lakás és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak, végül egy kézi gyógytár használata.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi december hó 10-dikéig adják be, mert a később érkező pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

A választás folyó évi december hó 12-dikén délután 3 órakor fog Beő községében megtörténni.

Csepreg, 1904. évi november hó 14-dikén.

2-2

Csontos, főszolgabíró.

4557/1904. kig. szám.

Szilágy vármegye zilahi járásában levő s Mocsolya község székhelyvel rendszeresített Mocsolya, Szilágy-Sámson, Kusaly, Kirva, Erked, Sarmaság, Ökörtő, Szilágy-Kövesd, Szilágy-Balla, Oláh-Baksa, Bádón, Magyar-Goroszló, Diósd, Magyar-Baksa, Szilágy-Sziget községekből csoportosított körorvosi állást elnyerni óhajtók felhívom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt minősítésüket, eddigi szolgálataikat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérelmeiket lehetőleg személyesen 1905. évi január hó 10-dikéig adják be.

A körorvosi állás javadalmazás:

1. Törzsfizetés . . . . . 1400 korona
2. Fuvarátalány . . . . . 600
3. Természetbeni lakás megfelelő gazdasági épület és kerttel.
4. Szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak, még pedig: A székhelyen minden első látogatás 1 korona, a székhelyen kívül eső községekben a 30 filléres fuvardíjon felül 2 korona, minden további látogatásért pedig 50 fillér illetve 1 korona.
5. A székhelyen teljesítendő halottkémlésért esetenként 60 fillér, a mennyiben a községgel más megállapodásra nem jönne.
6. Az engedélyezendő kézi gyógytár jövedelme.

A körhöz tartozó községek havonként csak egyszer látogatandók meg a fuvarátalány terhére.

Zilaha, 1904. évi november hó 28-dikén.

Tarján Miklós, főszolgabíró.

5809/1904. eln. szám.

A városi közpórháznál rendszeresített és főispáni kinevezés útján 3 évi időtartamra betöltendő segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1000 korona évi fizetés, a közpórházban kötelező lakás, ennek fűtése és világítása.

Felhívom ennél fogva mindazon nőtlen orvostudorokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy minősítésüket és netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Szeged sz. kir. város főispáni hivatalához (városi székhely) folyó évi december hó 27-dik napjának délutáni 5 órájáig nyújtják be.

Szeged, 1904. évi december hó 1 sején.


Lázár György dr., polgármester.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárát	Állás	Hely	Fizetés	Czím
decz. 5.	körorv.	Mehádia	1200 k., 400 k. fuvar	Főszolgabíró, Orsova.
" 7.	körorv.	Bánfalu	1000 k., 134 k. fuvar, szabad lakás	Delcassé főszolgabíró, Nezsider.
" 15.	közs. o.	Óbecse	1600, 400 k. m. trach.-o.	Balaton Gyula dr., fszb.
" 15.	körorv.	Szász-Csanád	1700 k., 300 k. fuvar	Simonffy Alajos fszb., Balázsfalva.
" 15.	vár. orv.	Zólyom	1200 kor., 300 kor. lakb.	Polgármester
" 21.	k. s.-orv.	Torda	1000 kor., lak., élelm.	Betegh alisp., Torda

## HIRDETÉSEK.

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 hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eparcsa.

SYR. FERR.

**POLYBROM.**  
CUM ARSEN. SEC. RADITZ.

(100 gm. tartalmaz 2.0 gm. vasat, 6.0 gm. K. Na. amon. brom. és 0.005 arsenit).

**Kellemes ízénél fogva**

felülmul minden eddigi forgalomban levő hasonló készítményt.

**Javalva van:**

Általános idegbetegségeknek, általános gyengeségi állapotoknak mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában. Általános anaemiáknál és chlorosis eseteinél nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

**Készíti és kapható:**

**Raditz Ignác**

„Fehérkereszt”-gyógyszertára

Budapest, IV. kerület, Jövám-tér 6. szám

a központi vásárcsarnokkal szemben,

valamint minden gyógytárban.

Főraktárak: Török József, Dr. Egger, Thallmayer és Seitz, Budapest.

Málnási

**Mária-**  
forrás

Természetes alkalis-  
sós savanyúvíz

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmulja, gyomorégéseknél páratlan hatású.

Budapesti vezér-  
képviselőség: Nadas Márton VI., Csengeri-u. 66. Telefon 288.

Kapható minden gyógyszerárban, drogue-  
riában és fűszerkereskedésben.

Kútkezelőség: Brassó.

D. R.-P.

Extern Salicyltherapia  
(resorbáló, fájdalomcsillapító salicylszappankezesök.)

**Rheumasan** Rheuma, csúz, ischias, migrán,  
pleuritis, influenza, tylosis.

tubus K 2.50; edény K. 1.50.

**Ester - Dermanan**

tubus K 3.—; edény K. 1.80.

**Ester-Dermanan**  
**Vaginal-Kapsulák**

10 darab K 2.50.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLÄNDER, G. m. b. H., Berlin W. 64.

Képviselő: Alex. Herkner, W. en, XVIII.; Nadas Márton, Budapest, VI. (1)

D. R.-P.

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

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, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravosik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauder Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanár.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. A lupus pathogenesiséről és terapiájáról. 728. lap.

Högyes Endre: A budapesti Pasteur-intézetnek 1903. évi kimutatása. 730. lap.

Jendrassik Ernő: További adatok a járás élettanához. 732. lap.

Engel Károly: Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. belgyógyászati kórodájáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. egyet. tanár.) Az exsudatum pleuriticum pulsans és exsudatum pleuriticum adiposum casuistikájához. 733. 1.

Tarcza. Ráskai Dezső: Metschnikoff könyve. 735. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Ráskai Dezső: A prostata hypertrophia tanának mai állása. 736. lap. — Könyvismertetés. Horváth Kornél: Philosophia az orvostudományban. (Haberfeld I. Emil.) 737. lap. — Lapszemle. Kisebb

Közlemények az orvosgyakorlatra. Kunst: Malaria gyógyítása aristochinnal. — Raschkow: Veronal. — Higier: Neurasthenia sexualis gyógyítása. — Eschle: Isopral. — Folyóiratok átnézete. 738. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Kitérítés. — Kinevezés. — A kolozsvári tiszt. orvosi vizsgák. — A budapesti orvosi kör. — Külföldi hírek. — A budapesti poliklinika. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikája. 739. lap. — Pályázatok. Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Természettudományi társulat élettani szakosztálya. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. — Közkórházi orvostársulat.

Melléklet. Réczey Imre: A budapesti k. m. t. egyetemi 2. számú sebészeti klinikum betegforgalma 1901. november-, decemberben és az 1902. évben.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A lupus pathogenesiséről és terapiájáról.

Irta: Róna Sámuel dr. egyetemi rk. tanár.<sup>1</sup>

A midőn 6 évvel ezelőtt Basch collegánk e helyen a lupusnak akkor még új, a fényvel való gyógyításáról referált, a kifejlett discussióban előadtam a nézetem szerint rationalis lupuskezelés elveit. A pathogenesiset azonban csak per tangentem érintém. Ezt pótolom ma.

A lupus vulgaris pathogenesisé, a mióta a Koch-bacillust a szövetében meglették, többféle és változó megítélésben részesült. Mindjárt a bacillus kimutatása után, azon kor két legkiválóbb dermatologusát találjuk szemben egymással a lupuspathogenesiset illetőleg: Kaposi és Besnier. Kaposi pl. még tankönyvének 3-dik, 1889. évi kiadásában is makacsul védelmezi a bécsi iskola azon álláspontját, hogy a lupus nem tuberculosis, hanem egy morbus sui generis, Besnier ellenben éppen Kaposi fenti könyvének francia fordításához 1891-ben fűzött adnotáiban már bebizonyítottan mondja a lupus tuberculosis természetét, sőt kiemeli kívülről jövő infectio folytán keletkezését is, utóbbi illetőleg támaszkodván Jadassohn-nak 1890-ben a Virchow Archivban megjelent „Ueber Inoculationslupus“ című dolgozatára. Főleg a végtagokon orvosoknál, bonczoló szolgáknál, betegápolóknál, mészárosoknál és sintéreknel észlelhető lupus papillaris verrucosus, melyet Riehl (1885.), majd Riehl és Pallauf (1886.) „tuberculosis verrucosa cutis“ név alatt, mint addig ismeretlen bőrtuberculosisit irtak le, lebegett a külső infectiora vonatkozólag Besnier szeméi előtt. Egyben hangsúlyozza Besnier azt is, hogy a lupusnak bármely

alakját követheti és gyakran követi is mirigy- és zsigeri, első sorban tüdőtuberculosis.

A lupusnak illetően keletkezését Baumgarten 1890-ban még nem veszi figyelembe, hanem azon merev álláspontra helyezkedik, hogy a lupus kizárólag metastatikus úton keletkezik.

Azóta azonban egyre szaporodtak és halmazódtak oly közlemények, melyek a lupusnak ép egyénken, külső infectioból eredését bizonyítani törekedtek.

Észlelték azután azt is, hogy tüdőtuberculosisban szenvedő egyének saját köpetükkel inficiálva bőrüket, lupust kaptak. Végül gyakori tapasztalattá vált a lupusnak a bőr alatt fekvő tuberculosis góczokból keletkezése, a bacillusoknak részben rétegtansport útján, részben operatív beavatkozás vagy spontan feltörés folytán a bőrbe jutása által.

Úgy hogy mindezek alapján Jadassohn már 1894-ben a lupus pathogenesisére vonatkozólag azt mondja, 1. hogy a legtöbb esetben a lupus külső fertőzéstől ered, és a nyálkahártyák fogékonyabbak lévén a tuberculosisus vírus iránt, úgy mint Neisser, ő is igen gyakorinak tartja az orrnyálkahártya elsődleges infectioját. 2. A lupus továbbá per contiguitatem a bőr alatt lévő képletek tuberculosisának kifelé jutása által keletkezik. 3. Mindezeknél jelentékenyen ritkább a multiplex góczokban, dissemináltan keletkezés, a mikor a haematogen eredet benyomását kapjuk.

Ezen felfogás ellen újból Kaposi opponált. 1899-ben, könyvének 5-dik kiadásában már elismeri ugyan a lupusnak tuberculosis természetét és még csak a lupusnak klinikai önállóságát és a többi bőrtuberculosistól különbözőségét védelmezi, sőt már a „beoltási lupust“ igazolni akaró közlemények egy részének érvelő jelentősége elől sem zárkózik el teljesen, de mégsem tartja azon álláspontot beigazoltnak, hogy a legtöbb lupust külső infectioból eredőnek kell tartanunk és a spontan vagy haematogen eredetet visszautasítanunk.

Kaposi volt tehát Baumgarten után a mérvadók közül az egyedüli, a ki az absolut haematogen felvétel mellett kitartott.

<sup>1</sup> Előadott a budapesti kir. orvosegyesület 1904. április 16-diki ülésén.

A legtöbb újabb szerző, még ha a haematogen fertőzési módot nem is tartja ritkának, mint pl. Lang (1898., 1902.), sőt ha még nagyobb súlyt is fektet rá, mint pl. Neisser (1901.), mégis az exogen fertőzés, mint leggyakoribb pathogenetikai momentum mellett foglal állást.

Annyira dominált az exogen fertőzési mód felvétele, hogy még most is egyes olyan esetek czitálását és közlését tartják érdemesnek és szükségesnek, melyek a haematogen eredet lehetőségét is kétségtelenül bizonyítsák! Ilyenek gyanánt vétettek azon esetek, melyekben a lupus egyszerre több vagy igen sok (pl. Philippson és Török egy-egy esetében 150) góczban lépett fel heveny fertőző betegségek után, vagy ezek előremente nélkül. Ilyennek fogta fel Kreibich az ő lupus miliaris eseteit és végül, a mi egészen új dolog, legújabb (1904) Wolters egy betegének egyetlen lupusgóczát is.

És a pathogenesis illetően felfogásának nyomába hágott a therapiás eredmények megítélése is, és óriási arányokban növekedett a radikális gyógyult lupus-esetek száma.

Ezen túlzás ellen kelt ki legújabb, néhány hó előtt Philippson szerint nem a primær, vagy a szerzők exogen inoculációs lupusa, melynél a lupus lokális és egyedüli tuberculosus góczot jelent, a gyakoribb, hanem a secundaer lupus, mely a gyermekkorban kezdődik, melynél egyidejűleg egyéb tuberculosus vagy serophulusis is jelen van, és melynél az infectio belső tuberculosus szervből ered és a lupus csak újabb tünete a tuberculosistól a bőrön. Szerinte a felnőttek súlyos lupusa is ide tartozik, mert az is gyermekkori eredetű és a mélyből eredő secundaer infectiora vall. De legfontosabb Philippson-nak azon tétéle, hogy szemben az összes újabb szerzőkkel, az orrnyálkahártya tuberculosist sem tartja primærnek, mert ez leginkább serophulusis gyermekeknél észlelhető és így oly eredetű lehet, mint maga a serophulusis, tehát vagy bronchialis tuberculosus mirigyből eredő felhágó nyaki mirigy-tuberculosistól vagy külső infectioból eredő latensen lefolyó tonsillaris tuberculosistól származik.

Ezekből látszik, hogy milyen ellentétes felfogások uralkodnak még ma is egy oly közönséges, mindennapi betegség pathogenesisét illetően, mint a milyen a lupus. Ez indított arra, hogy újabb vizsgálatokat végezzek. E czélból átvettem az utóbbi 6 év alatt észlelt és kezelt 226 és a jelenleg osztályomon fekvő 30 lupus-beteg kórrajzát.

Ezen vizsgálataimból a következők derültek ki. 1. A 226 lupus között  $\frac{1}{7}$ -del több volt a nő, mint a férfi. 2.  $164 = \frac{3}{4}$  része az összes lupus-betegeknek 6—30 év között volt, mikor a kórházba került. Ezeknek azonban nagy részénél a lupus jóval előbb, évekkkel, sőt évtizedekkel előbb kezdődött. Tehát azon régi tétel, melyet Philippson most újból hangsúlyoz, hogy a legtöbb lupus a gyermekorból ered, csak megerősítést nyert. 3. A 226 beteg közül 61-nek családjáról találtam tüdővést feljegyezve és pedig többször mindkét szülőről és 1 vagy 2 testvérrel. 11-nek családjában csak kérdéses tuberculosist volt jelezve. 3 betegnek nővérénél és egynek anyjánál szintén lupus volt bejegyezve. Personalis tüdő-tuberculosist 9 esetben volt bejegyezve, tehát jóval kevesebb, mint a szerzőknél, a kik 18—34%-os egyidejű tüdő-tuberculosist említettek.

A lupus pathogenesisére ezen kórrajzokból a következők derülnének ki:

1. 90 esetben a pathogenesisre nem vonhattam le még csak valószínű következtetést sem.
2. 39 esetben haematogen metastasisból eredőnek kellett a lupust felvennem és pedig 2 esetben acut módon keletkezést.
3. 10 esetben a bőrrel szomszédos képletek tuberculosistól per continuitatem áttérjedéséből származtattam a lupust.
4. 2 esetben autoinoculatióból, és végül
5. 85 esetben külső infectioból.

Feltűnő ezen adatokban, hogy én az új szerzők legtöbbszörével szemben oly sok (226 között 39) haematogen eredetű lupust vettem fel. A mint a fenti adatokból kiviláglik, az újabb autorok szeméi előtt főleg csak azon lupus-esetek tartoznak ide, melyekben acut módon heveny fertőző bajok után keletkeztek a lupus-góczok. Innen van az, hogy csak kevés eset van az irodalomban közölve.

Láttuk azonban azt is, hogy Kaposi és Baumgarten a lupusok nagyobb részét vagy megannyit haematogen eredetűnek tartották, sőt megjegyzem, hogy egyes újabb szerzők nem csupán a heveny keletkező multiplex lupusra concedálják a haematogen keletkezést, így pl. a Lang által közölt 3 eset közül egyről sincs a heveny jelentkezés felemlítve. Lang egyik esetében az obductio a tüdőben és a tüdőhlyusban fekvő mirigyben mutatta ki az elsődleges tuberculosist góczot, úgy hogy Lang meg is jegyzi, miszerint többször találkoztunk olyan esetekkel, melyekben a haematogen eredet a legplausibilisabb. Wolters (1904) egy esete még azt is bizonyítaná, hogy egyetlen lupusgócz is lehet emboliás eredetű.

Én részemről a 39 eset közül 37-ben idültlen jelentkezett multiplex lupust haematogen eredetűnek tartottam: 1. Mert nem találtam semmi biztos vagy gyanús momentumot az első lupus-gócz exogen keletkezésére.

2. Ellenkezőleg, az első lupusgóczot más, de nem regionaer tuberculosistól már jóval megelőzte, ebből tehát directe a lupus nem származhatott.

3. Mert nem találtam a későbbi lupusgóczok körül sem a legesekélyebb tuberculosistól (mirigy-, inhüvely-, csont-tuberculosistól), hogy esetleg regionaer vagy rétegtransportot, vagy a contactusból eredő fertőzést vehettem volna fel. Hiszen éppen ezen okok ellenkezőjének fennforgása miatt nem vettem fel sokat az előbbi 90 eset közül haematogen eredetűnek.

4. Mert absolute nem bizom abban a felvételben, hogy valaki autoinoculatio folytán saját körmeivel számos góczba oltsa be a tuberculosist, plane mint azt némelyek (Schiele 1903.) felveszik, saját régiebb lupusgóczjaiból.

5. Ennek különben ellene szólt a multiplex góczok keletkezési módja (egy helyen egyszerre több példány stb.), mert több esetben kórházban látom ezen góczok keletkezését. Egyáltalán nem tudom megérteni, hogy ha egyes multiplex lupust olyformán foghatunk fel, hogy annál a multiplex góczok autoinoculatio (ez különben is helytelen kifejezés) folytán, azaz a bőr alatt levő tuberculosistól, tehát biztosan haematogen eredetű subcutan mirigy-, csont-, inhüvelygócznak kifelé jutásából keletkeznek, hogy miért ne foghatók fel az olyan multiplex lupus-eseteket, a hol nincs sem a közelben, sem a távolban ilyen subcutan haematogen gócz, szintén mint directe haematogen eredetűeket?

6. Nem-e haematogen eredet mellett szól számos esetben (18—32%-ban) a lupus mellett tüdő-tuberculosistól vagy 30—79%-ban mirigy-, izületi és csont-tuberculosistól is jelenléte és azon nagyarányú tuberculosist-halálozás, mely a lupusosoknak véget vet?

Én eddigi ismereteink alapján nem merem azt állítani, hogy úgy az egyidejű, mind a későbbi tuberculosist mind a lupusból ered! Ezzel nem akarom tagadni, hogy sok esetben a lupus ne lehetne a belső tuberculosist forrása.

A 30 most is az osztályon fekvő beteg között 8 esetet vettem fel biztos, és 3 esetet valószínűleg haematogen eredetű lupusnak.

A 226 eset közül 10 esetben, a 30 most is az osztályon fekvő között 2 esetben biztosan a bőrrel szomszédos képleteknek, csont-, mirigy-, inhüvely-tuberculosistól per continuitatem a bőrre való áttérjedésére vihettem vissza az első lupusgócz keletkezését. Ez közelismert és mindennap tapasztalható dolog; ezzel a ténynyel nem is kell bővebben foglalkoznom, de nem hagyhatom szó nélkül, hogy milyen kevéssé voltunk kíváncsiak eddig ezen csont-, mirigy-stb. tuberculosist eredetére.

A 226 eset közül 2 esetben autoinoculatióból (saját tuberculosist köpetéből) eredőnek tartám a bal kézháton levő laesiót. Áttérhetek most már az exogen infectiora. A 226 között 85 esetet exogen infectiora vittem vissza, mely egészséges embereket ért volna. Én exogen infectioból eredőnek, tehát elsődleges lupusnak vettem fel ezen 85 eset közül sok arc-, orrbőr- és végtaglupust és 46 orrseptumlupust. A most is az osztályomon fekvő 30 beteg közül 10 esetet vettem exogen eredetűnek, ezek között 7 orrseptum- és nyálkahártyalupust.

Nem tagadom egy szóval sem, hogy az azon uralkodó nézet, miszerint a fej- és végtaglupus, tehát a fedetlen testrészek lupusa legtöbbször exogen eredetű, behatása alatt készített kórrajzok ne igényelnének vagy ne tünnének tetemes correctiót, sőt

magam is azt tartom, hogy a külső infectio felvételénél chablon-szerűen és könnyelműen jártunk el.

A szerzők által közölt esetek egyike-másika kétségtelenül igazolja, hogy *exogen infectióból* keletkezhetik lupus, de megjegyzem, hogy viszont egyike-másika nem állja ki a kritikát.

És épen, mert megszoktuk, hogy nem kell, továbbá, hogy sokszor nem is lehet bizonyítani az exogen fertőzést, halmoztuk az eseteket.

(Folytatása következik.)

### A budapesti Pasteur-intézetnek 1903. évi kimutatása.

Közli: *Högyes Endre* dr. egyetemi tanár.

(Folytatás.)

#### II.

#### Magyarországi veszettség-esetek részletes elemzése.

##### 1. A veszettség elterjedése 1903-ban állatok és emberek között.

A Pasteur-intézet és a földművelésügyi minister részéről kiadott állategészségügyi évkönyv ide vonatkozó adataiból kitűnik, hogy az 1903. év folyamán Magyarország 61 megyéjének 1247 községében 2040 veszett állat (1596 kutya, 26 ló, 135 szarvasmarha, 12 juh, 113 sertés és 158 macska) fordult elő, melyek közül a kutyák 6767 más állatot (6578 kutyát és 189 egyéb állatot) és 2558 embert inficiáltak. Emberinfectio fordult elő a kutyamaráson kívül: 123 esetben macskamarás, 9 esetben lómarás, 14 esetben szarvasmarha-, 9 esetben sertés-, 1 esetben róka, 1 esetben házinyúl, 2 esetben majommarás folytán, 4 esetben pedig veszett emberrel való érintkezés tette valószínűvé a veszettséggel való infectiót.

A veszettség elterjedésének ugyanazon erőteljessége mutatkozott tehát ez évben is, mint azt fentidézett tíz éves összeállításomban kimutattam, úgy hogy kétségtelen az, hogy Magyarország veszettséggel állandóan fertőzve van. A fertőzés kiterjed az ország majdnem valamennyi megyéjére, csak a fertőzöttség súlyossága ingadozik azokban a különböző években.

A veszettség területi elterjedését 1903-ban a következő összeállítás tünteti fel, mely az 1903. évre való állategészségügyi évkönyv és a Pasteur-intézet ide vonatkozó adatainak egybevetése alapján készült és azt tartalmazza, hogy az egyes megyék községeiben hány veszett kutya fordult elő és ugyanonnan hány veszettséggel inficiált egyén jött védoltásra a Pasteur-intézetbe?

Az egyes megyék fertőzöttségének mértékéül az 1890—1897-ig terjedő évek átlagából tett számítások alapján — mint azt fentebb idézett munkámban kifejtettem — felvehetjük, hogy azon megye, a melyben 1—9 veszett kutya fordul elő egy év alatt és a melyből 1—8 egyén jön fel az intézetbe, *csökkent mértékben fertőzöttnek*; a melyben 10—24 veszett kutya van évenként és 9—24 egyén jön a védoltásokra, *középfokban fertőzöttnek tekinthető*. Azon megyék pedig, melyek 24-nél több veszett kutyát mutatnak fel és 24-nél több egyént küldenek a védoltásra, *igen erősen fertőzöttnek*. A következő táblában a fertőzöttség ez átlagos fokozatai az egyes megyék után jelezve vannak: 1-gyel a *gyenge*, 2-vel a *közepes*, 3-mal az *igen erős* fertőzöttség.

Megye	Veszett kutyák száma	A fertőzöttség foka	Védoltottak száma	A fertőzöttség foka	Megye	Veszett kutyák száma	A fertőzöttség foka	Védoltottak száma	A fertőzöttség foka
I. Duna bal partja.					II. Duna jobb partja.				
Árva	—	—	—	—	Baranya	79	3	122	3
Bars	2	1	3	1	Fejér	26	3	56	3
Esztergom	18	3	9	2	Győr	13	2	21	2
Hont	3	1	7	1	Komárom	27	3	34	3
Liptó	—	—	—	—	Moson	4	1	5	1
Nógrád	10	2	12	2	Somogy	37	3	59	3
Nyitra	8	1	14	2	Sopron	18	2	26	3
Pozsony	5	1	16	2	Tolna	36	3	57	3
Trencsén	24	2	3	1	Vas	47	3	21	2
Turóc	7	1	5	1	Veszprém	33	3	45	3
Zólyom	20	2	5	1	Zala	22	2	47	3
Összesen	97		74		Összesen	342		493	

Megye	Veszett kutyák száma	A fertőzöttség foka	Védoltottak száma	A fertőzöttség foka	Megye	Veszett kutyák száma	A fertőzöttség foka	Védoltottak száma	A fertőzöttség foka
III. Duna-Tisza köze					VII. Erdélyi megyék				
Bács-Bodrog	98	3	125	3	Temes	77	3	144	3
Csongrád	40	3	54	3	Torontál	49	3	83	3
Heves	25	2	14	2	Összesen	260		444	
Jász-N.-K.-Szolnok	20	2	33	3	VIII. Összegezés				
Pest-P.-S.-K.-Kún	122	3	195	3	I. Duna bal partja				
Összesen	305		421		II. Duna jobb partja				
IV. Tisza jobb partja					III. Duna-Tisza köze				
Abaúj-Torna	20	2	43	3	IV. Tisza jobb partja				
Bereg	1	1	17	2	V. Tisza bal partja				
Borsod	20	2	38	3	VI. Tisza-Maros szöge				
Gömör-Kish.	26	3	42	3	VII. Erdélyi vármegyék				
Sáros	13	2	15	2	Főösszeg				
Szepes	—	—	4	1	1596				
Ung	5	1	22	2	2558				
Zemplén	37	3	62	3					
Összesen	122		243						
V. Tisza bal partja									
Békés	27	3	35	3					
Bihar	110	3	142	3					
Hajdu	14	2	57	3					
Mármaros	31	3	81	3					
Szabolcs	29	3	40	3					
Szatmár	34	3	72	3					
Szilágy	8	1	11	2					
Ugocsa	3	1	24	2					
Összesen	256		462						
VI. Tisza-Maros szöge									
Arad	67	3	90	3					
Csanád	11	2	21	2					
Krassó-Ször.	56	3	106	3					

#### Összegezés.

	Veszett ebek létszáma szerint				A védoltottak létszáma szerint			
	0	1	2	3	0	1	2	3
	gyenge közép erős fertőzöttség				gyenge közép erős fertőzöttség			
	0	1—9	10—24	24—	0	1—9	10—24	24—
	veszett kutya fordult elő				megmárt védoltatott			
I. Duna bal partja (11 megye)	2	5	3	1	2	5	4	—
II. Duna jobb partja (11 megye)	—	1	3	7	—	1	2	8
III. Duna-Tisza köze (5 megye)	—	—	2	3	—	—	1	4
IV. Tisza jobb partja (8 megye)	1	2	3	2	—	1	3	4
V. Tisza bal partja (8 megye)	—	2	1	5	—	—	2	6
VI. Tisza-Maros köze (5 megye)	—	—	1	4	—	—	1	4
VII. Erdélyi vármegyék (15 megye)	—	7	7	1	—	1	6	8
A 63 m. összesen	3	17	20	23	2	8	19	34

Látható az összeállításból, hogy az 1903. év folyamán Magyarország 61 megyéjében fordult elő veszettségfertőzés. Árvában és Liptóban sem állatnál, sem embernél nem fordult elő veszettségfertőzés. A veszett kutyák létszáma szerint 17 megye aránylag gyengén, 20 megye közép mértékben, 23 megye erősen, a védoltottak száma szerint 8 megye gyengén, 19 közepesen, 34 megye erősen volt fertőzve, a mennyiben 24 egyénnél többet küldött fel a védoltásokra. Ezen adatok szomorú bizonyosságát adják annak,

hogy az állategészségügyi rendtartás szabályai országunkban gyarló módon vannak mindezeig végrehajtva.

Legfertőzöttebbek voltak ez évben az erdélyi megyék, a Duna jobb partján és a Tisza bal partján fekvő megyék.

2. A halálozás és gyógyulás viszonyai a magyarországi védoltottakon 1903-ban.

Az intézetben megjelent és védoltásokra felvett 2558 magyarországi egyén közül 58 egyén nem fejezte be az elkezdett védoltást, részint azért, mert egy részük önként visszalépett a védoltások folytatásától, részint azért, mert más részükre vonatkozólag kiderült, hogy az állat, mely őket megmarta, nem volt veszett és így az oltások folytatása felesleges volt. Teljesen befejezett védoltást kapott 2500 egyén, a kikre vonatkozólag a gyógyulási és halálozási statistika szokott módon, tekintettel a fertőzés bizonyosságának különböző fokozataira és a marássebek súlyosságára, a következő:

	Arcz-seb			Kéz-seb			Láb- és törzs-seb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	3	—	—	33	1	3.03	25	1	4.00	61	2	3.27
B) csoport	126	4	3.17	746	2	0.26	872	3	0.34	1744	9	0.51
C) csoport	55	—	—	258	5	1.93	382	1	2.26	695	6	0.86
Összesen	184	4	2.17	1037	8	0.77	1279	5	0.39	2500	17	0.67

A 2500 orvosolt egyén közül 17 egyén kapta meg a veszethez. Az egyetemes halálozás tehát 0.67%, azaz az egyetemes gyógyulás 99.33%.

Amde a 17 lyssában elhalt egyén közül 1 az oltás közben, 6 a védoltások befejezése után 15 napon belül kapta meg a veszethez és csak 10 volt olyan, a kin az oltás befejezése után 15 napon túl tört ki a baj. A két első kategóriába tartozó 7 elhalt egyén fentebb kifejtett okokból kiesik a halálozási és gyógyulási statistikából. Ennélfogva marad 2493 védoltott egyénre 10 lyssa-halálozeset. E levonással a halálozási százalék és gyógyulási statistika a magyarországi 2493 védoltott egyénre következésképp alakul:

	Arcz-seb			Kéz-seb			Láb- és törzs-seb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	3	—	—	33	1	3.03	25	1	4.00	61	2	3.27
B) csoport	124	2	1.61	746	2	0.26	871	2	0.22	1741	6	0.34
C) csoport	55	—	—	255	2	0.78	381	0	—	691	2	0.28
Összesen	182	2	1.09	1034	5	0.48	1277	3	0.23	2493	10	0.40

A halálozási arány tehát 0.40%, a gyógyulás aránya pedig 99.60%.

### III.

A nem magyarországi védoltottakról 1903-ban.

A szomszéd országokból 333 egyén vétetett fel a védoltásokra. Nevezetesen:

Horvátország és Szlavonia	125	községéből	270	egyen
Bosznia és Hercegovina	37	"	50	"
Galiezia	5	"	9	"
Bukovina	2	"	2	"
Szerbia	1	"	2	"

A szomszéd országok összesen: 170 községéből 333 egyén.

Ezeknél a halálozási és gyógyulási statistika a következő:

	Arcz-seb			Kéz-seb			Láb- és törzs-seb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	2	—	—	16	—	—	4	—	—	22	—	—
B) csoport	15	1	6.66	99	1	1.01	129	—	—	243	2	0.82
C) csoport	9	—	—	14	—	—	45	—	—	68	—	—
Összesen	26	1	3.84	129	1	0.77	178	—	—	333	2	0.60

A 333 egyén közül lyssában meghalt 2 egyén. Az egyetemes halálozási arány tehát: 0.60, a gyógyulási 99.40%. E két halálozeset közül azonban egy nem számít be a gyógyulási és halálozási statistikába, mert az oltás után 15 napon belül kapta meg a bajt. A halálozási arány tehát 0.30%, a gyógyulási pedig 99.70%.

### IV.

Az 1903. évi lyssa-halálozesetek elemzése.

a) A lyssa-halálozesetek számbeli viszonyai a védoltottak és védoltatlanok közt.

Magyarországon 1903-ban összesen 28 lyssa-halálozeset fordult elő, 17 eset ezek közül olyan, a hol védoltás történt, 11 eset olyan, a melyik nem volt védoltva. Az arány tehát 60.71%: 39.29%. A 17 védoltott lyssa-halálozesetből az a 7 eset, melyből 1 az oltás közben, 6 pedig az oltás után 15 napon belül halt el, mint láttuk, tulajdonképpen nem számítható a védoltottak közé, sőt átteendő a nem gyógyítottak rovatába. A 7 lyssa-halálozeset ilyenképp áttéve a nem gyógyítottak közé, az igazi arány a következő: 21 nem védoltott esik 10 védoltottra, azaz 75.00%: 25.00%. Ez az arány tehát ez évben kedvezőbb, mint a 10 évi nagy statistikák hasonló eredménye, a hol 283 lyssa-halálozesetből 72 17—77.38% volt védoltatlan és 22.62—27.83% védoltott.

b) Az incubatio tartama az 1903. év folyamán lyssában elhallaknál.

Az intézetben védoltottak közül 17 magyarországi eseten kívül a szomszéd országokból jött védoltottak között még 2 lyssás eset volt. Hozzá számítva ezekhez a 11 nem védoltott esetet, ez évből összesen 30 lyssa-esetről van az intézetnek tudomása. Ezeknek az incubatioját, két eset kivételével, hol az incubatio hozzávetőleg 48—76 napra tehető, tehát 28 esetnek az incubatioját, tekintettel a marássebek súlyosságára is, a következő összeállítás tünteti fel:

Incubatio napokban	I. Magyarországiak						II. Idegenek			Összesen		
	Védoltottak			Védoltatlanok			Védoltottak			Összesen		
	Arcz-seb	Kéz-seb	Láb- és törzs-seb	Arcz-seb	Kéz-seb	Láb- és törzs-seb	Arcz-seb	Kéz-seb	Láb- és törzs-seb	Arcz-seb	Kéz-seb	Láb- és törzs-seb
15—20	—	—	1	3	1	—	—	—	—	3	1	1
21—30	2	1	1	—	—	1	1	—	—	3	1	2
31—40	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
41—50	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—
51—80	—	1	2	—	1	1	—	1	—	—	3	3
81—100	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
141	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
170	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
214	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Összesen	4	8	5	4	3	2	1	1	—	9	12	7
	17			9			2			28		

Az összes esetek közül 9 eset volt arcz-seb, ezeknek incubatioja 8 esetben 15—50 nap között változott és 1 esetben 141 nap volt. Kéz-sebes volt 12, ezeknek incubatioja 5 esetben 15—40 nap volt, 6 esetben 51—100 nap és 1 esetben 214 nap volt az incubatio. Láb-sebes eset volt 7, melyek közül 3 esetben az incubatio 15—30 nap volt, 3 esetben 51—80 nap, és 1 esetben 170 nap.

c) A kitört veszethez tartama e 28 lyssás esetben 1—7 nap között ingadozott, 1—2 napos tartam mutatkozott 10 esetben, 2—3 napos tartam 7 esetben, 3—4 napos tartam 9 esetben, és 7 napos tartamú volt 2 esetben.

Az 1903. évben védoltásra jelentkezettek közül a szent István-kórházban ápolás alatt állott:

Gyógykezelték száma:	2508	ápolási napok száma:	32,720
Kísérők száma:	707	"	8,123
Összesen:	3215	"	40,843.

(Folytatása következik.)

## További adatok a járás élettanához.

Ira: Jendrassik Ernő dr. egyetemi ny. r. tanár.

(Vége.)

Ezeket a viszonyokat még kiegészíti a megtámasztott végtag csípőizületének (a törzsökhöz viszonyítva) és térdének szögében kifejezett mozgása, a melyet a következő táblázat tüntet fel:

Felvétel szám	Csípőizület <sup>o</sup>	Különbség	Térd <sup>o</sup>	Különbség	Különbözetek összege
35	70	—	78	—	—
37	71	1	78	0	1
38	72	1	78	0	1
39	74	2	78	0	2
40	76	2	78	0	2
41	80	4	84	6	10
42	85	5	90	6	11
43	90	5	95	5	10
44	96	6	97	2	8
45	101	5	100	3	8
46	105	4	103	3	7
47	109	4	107	4	8
48	112	3	110	3	6
49	120	8	123	13	21
50	126	6	130	7	13
51	130	5	135	5	10
52	136	6	140	5	11
53	141	5	144	4	9
54	143	2	146	2	4

Ez a két sorozat kimutatja, hogy a csípő- és térdizület mozgásai nagyon egyidejűek s főképen két időszakban gyorsulnak: az első gyorsulás nyilvánvalólag passzív, mert a 40—43-as szakaszban történik, a második gyorsulás a 49-es szakaszra esik, a mikor a megtámasztott végtag a legerősebb aktivitást gyakorolja.

Összegezve az itt előadottakat: a testet a hátulsó lábnak a talajtól való emelkedése után az út első harmadában (39—43) csak a hátulsó lábtól nyert kinetikai energia viszi fel és előre, a második harmadban (43—49) előre csak a kinetikai energia, felfelé részben ez, részben a fent megtámasztott végtag, a kettő együtt; a harmadik harmadban (49—61) előre részben kinetikai energia, részben a megtámasztott végtag izomzata, felfelé csakis a fent megtámasztott végtag. Ehhez a mozgáshoz nem lehet hasonlítani azt, a mikor az ember valamely emelkedettebb helyre feláll (nem fellép), ekkor ugyanis az ember teste súlyvonalát már előre a fent megtámasztott láb irányába hozza s csak ezután kezdi meg a felemelkedést, a melyet, ha lassan akar végezni, teljesen elkerülheti a másik lábnak elősegítő befolyását.

A két alsó végtagnak ezen együttműködése igen szép példája a szervezet gondos takarékoságának. Idegrendszerünk az érzékszervek útján szerzett benyomásai alapján a legpontosabban kiszabja a helyesen koordinált mozgásban a szükséges kinetikai energiát és a mozgás irányát; iparkodik a mozgást lehetőleg egyenletessé, a mozgáspályáját lehetőleg a legrövidebbé tenni.

Ha az egyes tagok pályáját, illetőleg az egyes izületek részvételét a mozgásban külön-külön, önmagukban akarjuk tekintetbe venni, úgy tulajdonképen a térdizület pályájából le kellene vonnunk a csípőizület haladását, a bokaizületéből pedig a térd- és csípőizületét is; egyszerűbben kapjuk azonban meg az egyes tagoknak részvételét az összmozgásban, ha azokat a szögleteket mérjük meg, a melyeket az illető tag a függőlegessel alkot az egyes időbeli fázisokban. Ilyen módon kapjuk a következő sorozatot, a melyben az *A* rovat a felvételi sorozatszámot, azaz az egyes időszakokat jelenti, *B* a törzsöknek (a csípőizülettől a fülhöz húzott egyenesnek a vízszinteshez mért szöglete), *C* a bal (lengő) czombnak, *D* a bal alszárnak megfelelő szöglet, *E* a jobb (támaszkodó) czombé, *F* a jobb alszáré:

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>
26	—14 <sup>o</sup>	9 <sup>o</sup>	— 6 <sup>o</sup>	65 <sup>o</sup>	—51 <sup>o</sup>
28	—13	5	— 6	88	—19
29	—13	2	— 6	95	— 4
31	—14	1	—12	102	+11
33	—12	3	—25	99	5

	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>	<i>E</i>	<i>F</i>
34 (j. l. érkezik)	—11	6	—33	98	3	
35	—11	7	—37	97	1	
37	—14	0	—39	96	— 8	
38	—16	—5	—37	94	—11	
40 (b. l. indul)	—21	—8	—29	83	—17	
41	—22.5	—8	—28	77	—19	
43	—24	—5	—39	64	—25	
44	—25	+1	—49	59	—26	
46	—24	11	—59	49	—28	
48	—24	23	—60	42	—23	
49	—21	24	—56	33	—20	
51	—16	25	—43	25	—18	
53	—13	20	—19	23	—16	
54	—10			21	—14	
55	— 8			22	—10	
57	— 6			13	— 2	

Ezen sorozatból a lengő alsó végtagon feljegyzett fokok (*C*, *D*) egyszermind a végzett munkát is előtűntetik, mert ezen végtag munkája, a midőn lengővé válik, csak a végtag nehézségének legyőzésében áll. A megtámasztás időszakában levő alsó végtag munkájának megítélésében már a test összsúlypontjának mozgását, sőt azt az energia mennyiséget is tekintetbe kell vennünk, a melylyel a test az egyes szakaszokban bír.

Megfelelő készülék segítségével képesek lennénk a munka nagyságát az egyes szakaszokban aránylagosan megismerni, ha t. i. a lábak alá olyan szerkezetű készülékeket helyeznénk, a melyek a talajon gyakorolt nyomást mérnék és grafikailag az időegységekben feltűntetnék. Lényegükben a viszonyok azonban a feltűntetett görbékben is teljesen felismerhetők.

## 5. Lépcsőfokról lelépés.

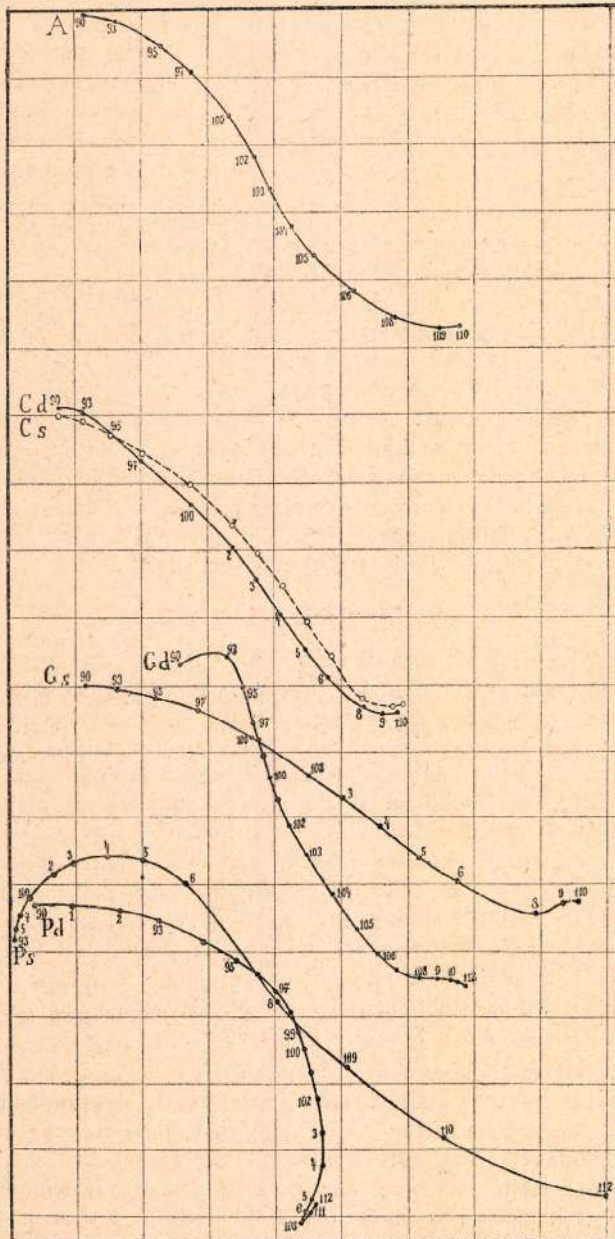
Felvételeimben ugyanazon egyének ugyanolyan magaslatról léptek le, mint az előző fejezetben fel. Az itt feltűntetett görbe (11. ábra.) ugyanazon egyénre vonatkozik, mint az előbbi görbe.

Az egyes görbék is nagyon hasonlítanak a felfelé törekvő pályáihoz. A lelépő láb (bokaizület) pályája a vége felé kissé visszahajlik, mert a láb ujjával kerül a talajra s az ott nyert rögzítési pont körül ívben kénytelen tovább haladni. Feltűnő, hogy a magaslatot később elhagyó láb bokaizülete mily nagy emelkedést ír le, ez érthetővé válik, ha a képeket tekintetbe vesszük: a bokaizület ugyanis a lábujjknak legtovább megtámasztva maradt helye körül írja le az emelkedési ívet, úgy hogy a láb a talajt azon pillanatban hagyja el, a midőn a körív (104—105) legmagasabb pontját érte el. Ez az időpont összesség a másik lábnak földre érkezése szakaszával.

A csípőizület kissé felfelé domború ívben haladja meg pályáját, a két csípőizület között elég jelentékeny különbség van: a lengő végtagnak megfelelő oldal gyorsabban száll alá, mint a másik oldal. Ha ezen görbét is az időbeli egységekre vonatkoztatva szerkesztjük meg, ugyancsak elég tiszta parabola görbét kapunk (12. ábra), a melyen erősebb eltérés csakis a görbe legvégén mutatkozik, akkor, a midőn már a lengő láb elérte a talajt, sőt feltűnő az, hogy a talajra való támaszkodás, mindaddig, a míg csak a lábak ujjai és a metatarzális részlet érinti a földet, nem változtatja meg a leszállás nagy sebességét, csak a saroknak leérkezése. Csakis ezen időpont után lassúbbodik a test esése; az esés ütközését főképen a térdek lassú meghajlása és némileg a mozgás irányának változása hártja el, a lefelé haladó mozgás a vízszintes síkba kanyarodik át. A csípőizület azonban a térdek meghajlásának megfelelően mélyebbre süllyed és csak a legközelebbi, már sík talajon végzett lépésben kerül rendes magasságára vissza.

Ezen viszonyokból, főképen a leszállás sebességének parabola vonalmenetéből következik, hogy az esési sebesség igen egyenletesen gyorsul mindaddig, a míg az elülső láb a talajt el nem éri. Ha azonban ezzel a görbével egybevetjük a csípőizület valószínű pályamenetét, úgy nyilvánvaló, hogy a fent oly soká megtámasztott lábnak igen nagy szerepe van az egész leszállás alatt. Ha ugyanis a test abban a pillanatban, a mikor kilép statikai egyensúlyi helyzetéből (94), már el volna látva annyi kinetikai

energiával, a mennyivel leérkezése helyére juthatna (104), akkor, a mint az a legráskor bekövetkezik, a test összpontjának az ábrán vázolt parabola menetben kellene haladnia. Ha ellenben a test egyedül a szabad esés törvényeinek volna alávetve azon időponttól kezdve, a mikor statikai egyensúlyi helyzetét elhagyja, akkor merőlegesen kellene (az ábrán  $\alpha$ -tól) lesülyednie. Ennél alig jutna a test sokkal messzebb előre, ha szabadon folytatná haladását abban az irányban, a melyben az  $\alpha$  helyzetben van, mikor mégis bír valamelyes kis előre irányzott kinetikai energiával, a mi kitűnik az  $\alpha$  után következő útirányból, a miből szerkesz-

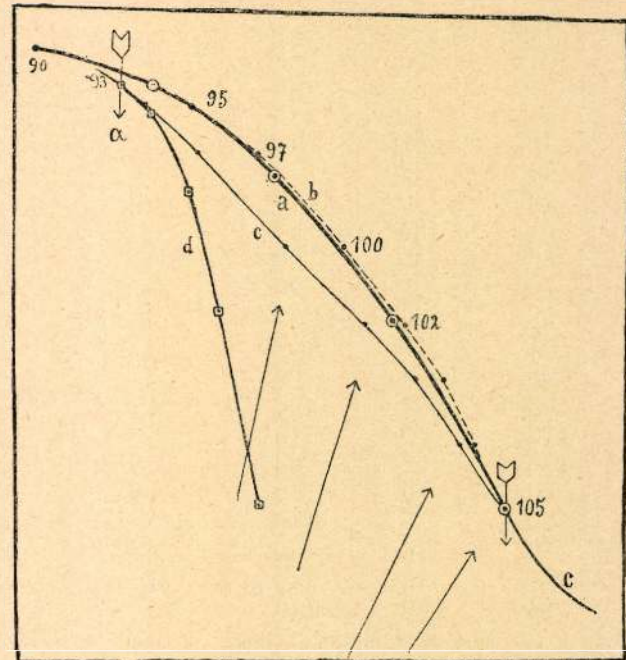


11. ábra. Lépcsőfokról lelépés. A betűk és számok értelmét lásd a 9. ábra magyarázatában. A test összpontja 94–95 közt kerül el a megtámasztás merőleges síkjából, 104–105 a felső láb talajelhagyási és az alsó láb talajra érkezési időpontja, az utóbbi kissé megelőzi az előbbit.

tettem a  $d$  parabola vonalat. Ezen vonal mentén esnék le a test, ha csak annyi kinetikai energiával bírna, a mennyivel  $\alpha$ -ban rendelkezik. Nyilvánvaló tehát, hogy a 94–105 közt a test szabadon esik lefelé, de e mellett a fent megtámasztott láb előre vivő befolyást gyakorol a testre mindaddig, a míg 105 után elhagyja a talajt és lengővé válik. Eddig már természetesen még valami kevés kinetikai energiát is hagy vissza a testben, a melylyel a tehetetlenségének megfelelőleg a másik lábnak megfelelő statikai egyensúlyig (a mi azonban ekkor igen közel van, 106 előtt) vezet.

A fent megtámasztott lábnak munkavégzése a megfelelő erő-parallelogramm megszerkesztésével ugyanúgy határozható meg,

mint az előbbi esetben. Ez a munka igen csekély, sokkal nagyobb feladat hármlik az alul megérkező végtagra, a melynek a földvonzás okozta kinetikai energiát kell legyőznie. Ez az erő is kiszámítható, ha a test súlyát, a földvonzás okozta gyorsulást, a lelépési magasságot, mint megmérhető tényezőket vesszük alapul.



12. ábra. A csípőizület sebességi görbéje a lépcsőről való lelépésben.  $a$  vonal parabola, a pontozott  $b$  az ízület sebességi görbéje, a számok az egyes szakaszok. A lelépő láb ujjai a talajt 104–105 közt érik el, a sarka 107 körül.  $c$  a csípőizület pályája, a nyíl a leérkezés pontja,  $\alpha$  a test statikai egyensúlyának szélső határa,  $d$  az a parabola, a mely a csípőizületnek az  $\alpha$ -ig tanúsított sebességének felel meg.

A fent megtámasztott végtag az esés gyorsaságára csak addig bír befolyással, a míg a test statikai egyensúly-határán belül van. Ezért ha az illető nem járva lép le a magaslatról, hanem egyszerűen féllábbal leereszkedik s a statikai egyensúly határán belül sülyesztli le összpontját: akkor mindvégig lassíthatja sülyedését a fent megtámasztott végtag. A mikor azonban a statikai egyensúly határát átlépte az összpont, akkor a felső lábnak hatása csak előre való irányban lehetséges, a sülyedést nem akadályozhatja. Némileg lassíthatná a pálya kezdetén ez is az esést, de ezzel nagyobbítaná az esési magasságot és így növelné az esés végső sebességét, a mi a szervezet takarékoságának nem felelne meg.

A végtagok egyes részleteinek mozgási szögfokai ezen esetben nem oly fontosak, mint a felszállás munkájában s az ábráról könnyen leolvashatók.

### Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. belgyógyászati kórodájáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. egyet. tanár.)

#### Az exsudatum pleuriticum pulsans és exsudatum pleuriticum adiposum casuistikájához.

Irta: Engel Károly dr. klinikai gyakornok.

(Vége.)

Máskor a lüktetés az épek látszó mellkasfal körül nem írható nagyobb területén fordul elő. Ezen esetekben a lüktetés rendszeren a mellkas oldalsó falának, a hónaljvonalak közti területnek alsó részén van jelen, ritkábban nagyobb területen, esetleg a mellső mellkasfalon. Kulmann a ledomborított diaphragmának lüktetését érezte a bal bordaív alatt.

A mi a lüktetés magyarázatát illeti, legrégebb Traube theoriája, mely azonban jelenleg teljesen megdöntöttnek tekinthető. Traube szerint, hogy a mellhártyaizadmánynak lüktetése

létrejöhessen, a mellhártyaizzadmány mellett szívurokizzadmányának is jelen kell lennie, továbbá a fali mellhártyának a lüktetés helyén elgenyednek, a bordaközöknek pedig ellazultaknak kell lenniök. Ezen magyarázat el nem fogadható, első sorban azért, mivel az exsudatum pleuriticum pulsans azóta észlelt számos esetében szívurokizzadmány nem volt jelen, másodsorban pedig, mivel lüktetést savós mellhártyaizzadmányoknál is megfigyeltek, a hol a fali pleura el nem genyedhetett. Hasonlóképen tarthatatlan Féreo's álláspontja, mely szerint ezen esetekben a mellürben levegőnek is jelen kell lennie az izzadmány mellett, valamint Combyé, mely az atalectasiás tüdőnek a szívurokkal való összenövését feltételezi. Keppler, Kulmann, Fuchs, Rosenbach és Bendix nyomán a mellhártyaizzadmány lüktetése létrejöttének feltételeit a következőkben foglalhatjuk össze.

Feltétlenül szükséges, hogy a szív működés élénk legyen (feltételezve rendszeren az exsudatum folytán megváltozott vérkeringési viszonyok által).

Kell, hogy a mellkasfalnak egy része a szív lüktetés által keltett hullámmal szemben valami ok folytán csekélyebb ellentállást tanúsítson, mint a mellkas falának többi része, a mikor is a lüktetés ezen a helyen fog megjelenni. A mellkasfal egy részének ezen kisebb ellenállását létrehozza az intercostalis izmok ellazulása részint az izzadmány hosszantartó nyomása folytán, részint pedig Rosenbach értelmében reflectorice a chronikus lob folytán. Ezen mindkét tényező úgyszólván feltételezi a chronikus lobot. Ilyen körülmények között a szív lüktetés által előidézett hullám, mely máskülönben egyenletesen oszlik meg az egész mellkastartalomra, leginkább ezen legkisebb ellenállás helyén fog érvényesülni és ezáltal lüktetésre vezetni. Hogy a lüktetés az esetek túlnyomó számában oldalt jelenik meg, annak oka, hogy a bordaközi terek e helyen a legszélesebbek, ellazulásuk tehát itt érheti el a legnagyobb fokot.

Szükséges továbbá az exsudatumnak bizonyos jelentékeny nyomása, hogy ezáltal az erőteljesen működő szívhez odaszorítva annak lüktetéseit teljes mértékben vehesse át. Épen azért punctiora rendszeren megszűnik a lüktetés a nyomás csökkentése folytán, sőt megesezt, hogy a nyomás igen kisfokú csökkentésére, pl. próbapunctiora is megszűnt a lüktetés.

Mennél sűrűbb az izzadmány, annál jobban közli a lüktetést, ezért is fordul elő ezen jelenség gyakrabban genyes izzadmány-nál, mint savónál.

Bal oldalon azért fordul elő inkább, mert az út a lüktetés átvitelére balfelé kisebb és elesik balfelé a mediastinum ellenállása is.

Az exsudatum rendszeren eltokolt (Bendix szerint nem bebizonyított, de valószínű), a mennyiben eltokolt izzadmány esetében könnyebben jó létre a lüktetés közlésére szükséges fokozott nyomás.

Esetemben a lüktetés a mellkasnak jelentékeny részén oldalt alul, valamint mellül volt észlelhető, e mellett pedig az epigastrium bal felében a bordaív alatt a rekesz lüktetése is tapintható volt. A lüktetés létrejöttének magyarázata a fentiek alapján könnyen adható. Az izzadmány hosszú időn át való fennállása, kivált pedig igen jelentékeny tömege folytán létrejött a mellkas oldalsó falának, valamint a diaphragmának ellazulása (a fali pleura elgenyvedése nélkül), a mi megteremtette a szükséges kisebb ellenállást a mellkas falának egyéb részeihez képest. A szív működés erőteljes volt (emelő szívcsúslökés, feszes pulsus), az exsudatum nagy tömegénél fogva igen erős nyomás alatt állott és az ily módon az erőlyesen összehúzódó szívhez odaszorított izzadmány sűrűségénél fogva jól vezette a lüktetés hullámát a fennebb említett kisebb ellenállás helye felé. Esetem egyszersmind mutatja azt, hogy az izzadmány eltokolt volta nem feltétlenül szükséges a lüktetés létrejöttéhez, a nélkül is elérheti az izzadmány a szükséges feszülést. Sőt még 2100 cm<sup>3</sup> folyadék kibocsátása után a nyomás jelentékeny csökkentése dacára is érezhető volt még a lüktetés, ha jóval gyengébben és kisebb térre szorítkozva is és csak újabb punctio után szűnt meg egészen. Röviden összefoglalva: Esetemben a rendkívüli nagy tömege folytán igen erős nyomás alatt álló, chronikus, magas fajsúlyú izzadmány a felette erőlyes szív működés mellett tette lehetővé a lüktetés létrejöttét a mellkas falának, valamint a rekeszizomnak a lob és hosszantartó nyomás folytán ellazult részén.

A rendszeren nagyobb zsirtartalommal bíró izzadmányt Quinke

(1876) felosztása szerint kétfélet különböztetünk meg: 1. az *exsudatum chylosum*-ot, 2. az *exsudatum adiposum*-ot (*chyliforme seu chyloid*).<sup>1</sup> Az első létrejő chylusnak valami ok miatt a savós ürbe való ömlése folytán, a másodiknak oka Quinke szerint sejtelemeknek (fehérvérsejtek, a savós hártya endotheljének, gümőknek vagy rákgöbésének), ritkábban (Quinke egy esetében pl.) a lobos izzadmány folyékony részének, talán a fibrinnak zsíros szét-esése. (Nem kétségtelenül bebizonyított az utóbbi felvétel.)

Mindkét fajtájú izzadmány fehéresen zavaros, átlátszatlan egész a teljesen tejszerű állapotig, rendszeren eltérő göresői képpel és vegyi összetétellel, mely különbségek azonban nem oly élesen elhatároltak, hogy a differential-diagnosist felállíthatására igen gyakran az aetiológiát is ne kelljen tekintetbe vennünk.

A chylosus exsudatum igen finom emulsió, göreső alatt rendkívül kicsi, szinte a közönséges göresői láthatár határán álló ezemeseket mutat, melyek élénk rezgésben vannak. Az adiposus exsudatum képe: elég bőven sejtelemek, az autolysis legkülönbözőbb, rendszeren igen előrehaladt stadiumában; kisebb-nagyobb élénken fénytörő, a karakteristikus zsírfestést mutató cseppecskék, melyek részben nagyobbakká folynak össze, részben pedig még sejtalakban vannak csoportosulva.

A mi a vegyi összetételben való különbséget illeti, Senator szerint a chylosus izzadmányban mindig van cukor, a chyliformisban pedig nincsen. Ezen jel azonban nem megbízható. Egyrészt egész positive chylosus izzadmányokban hiányzott a cukor, másrészt Rottmann, Pascheles és Riesel vizsgálatai szerint igen sok, ha talán nem is az összes savós trans- és exsudatumokban és így a chyliformisokban is, cukor jelen van. A zsír mennyisége a diagnosist nem döntheti el. A chylusnak és így a chylosus izzadmánynak zsirtartalma ugyanis közvetlenül a táplálék zsirtartalmától függ, és így igen kicsiny vagy igen nagy, a chylus átlagos zsirtartalmától eltérő zsirtartalom nem szólhat a chylosus eredet ellen, hacsak nem ismerjük a chylosus izzadmány keletkezése idején felvett táplálék zsirtartalmát. (Munk és Rosenstein vizsgálatainál éhezés alatt a chylus aetheres kivonata 0.171%, zsirtáplálás alatt pedig 4.7%-ra szállott fel.) Fontosabb körülmény az, hogy a chylosus izzadmány zsirtartalma nemesak quantitative, hanem qualitative is függ a táplálék zsirtartalmától, mely körülmény az izzadmány chylosus voltának eldöntése mellett szólhat, mint Minkovszky esetében, ki a táplálék alakjában felvett erucasavat rövid idő múlva az újabb punctio által nyert tejszerű folyadékban közömbös zsír alakjában kimutatta. Tekintve azonban, hogy újabb vizsgálatok szerint az elzsírosodás (folyadékban levő sejtek elzsírosodása is) nem egyéb, mint elfajulás zsírbevándorlással, e körülmény sem szól feltétlenül chylosus-izzadmány mellett.

Nem jellegző egyik vagy másik irányban a fajúly magartartása sem. A chylus a savós ürbe való beömlése után felszívódás folytán besűrűsödhetik, másrészt a beömlés által okozott lob által termelt izzadmány hozzákeverődése folytán felhigulhat.

A mi e kétféle izzadmány aetiológiájának részletesebb tárgyalását illeti, az adiposusról volt már szó. A chylosus exsudatum okai (Pagenstecher összeállításában) a következők:

1. Rupturája a ductus thoracicusnak, mely az eddig megfigyelt esetekben mindig a mellkasban történt. Munch 1904. augusztusig 12 esetet gyűjtött össze az irodalomban. Mindig a mellkast érő erős trauma (elgázolás, összenyomatás, egy lövés sérülés is) hozta létre. Tünetei közvetlenül a trauma után erős dyspnoé, majd a gyors folyadékgyülem tünetei, melyek rendszeren oly fenyegetők, hogy indicatio vitalisát képezik a punctioak. Tíz eset közül négy halállal végződött, a többiekben többször szükségessé vált punctio után, bizonyára collateralisok képződése folytán, gyógyulás állt be.

2. A chylus elfolyása akadályozott és ily módon pangás útján jó létre a chylosus folyadékgyülem.

- a)  $\alpha$ ) Szívujj pangást okoz a vena anonymában;
- $\beta$ ) a vena thrombotizálva van vagy pedig obliterálva;
- $\gamma$ ) falbetegség által van szűkítve.

b) Mediastinális tumor nyomja a ductus thoracicum.

<sup>1</sup> Legjobb volna a chyloid elnevezés. Adiposum nem jó, mert a chylosum is fokozott zsirtartalma, chyliforme pedig azért nem szerencsés, mert az izzadmány tejszerű volta egyéb chemiai anyagok által is lehet feltételezve. (Pl. Hammarsten-féle mucoid.)

c) Tumor a rekesz alatt nyomja a ductust vagy a cysterna chylit.

d) Tumor a mesenteriumban zár el kisebb ágakat.

A mellkasi chylosus folyadékgyülemre persze csak 1. és 2.-ből a) és b) vonatkozik.

Jellegző a chylosus izzadmányra, hogy punctio után rendszeren újból meggyül, annyira, hogy a punctio útján kibocsátott folyadék mennyiségéből a chylus összmenyiségére akartak következtetni.

Ha ezek alapján meg akarjuk ítélni, hogy esetünkben a zsír tartalmú izzadmány mely fajtájáról van szó, lássuk először is az aetiologikus momentumot.

Chylusedényrepedés feltétlen biztonsággal kizárható, egyrészt a kifejezetten chronikus képződés, másrészt az alkalmi ok hiánya folytán. Betegnél a mellkasi folyadékgyülem kivül nem volt jelen semmiféle betegségi tünet, semmiféle rendellenesség, mely a fentiek alapján, mint a chylothorax oki tényezője szerepelhetett volna és melynek a chylothoraxon kivül egyéb jelenséget is létre kellett volna hozni. Semmiféle tünete sem mediastinalis tumornak, sem a vena anonyma elzáródása folytán feltételezett pangásnak, sem hasi folyadékgyülemnek jelen nem volt.

Punctio után a folyadék nem gyült meg újból. Azon körülmény, hogy sem a beteg anamnesisében, sem statusában nem leljük meg a chylothorax oki tényezőit, nyomósan szól chylothorax ellen. De ellene szól a körletfolyáson kivül az izzadmány pontosabb physikai, chemiai és gócsői vizsgálata is.

Az izzadmány külleme (ha el is tekintünk haemorrhagiás voltától) nem felel meg a chylosusénak. Álláskor tejfelszerű réteg rajta nem képződik, mint a chylosus izzadmányánál. Gócsői képe teljesen megfelel az adiposus izzadmánynak, ezeket nem tartalmaz, Na Cl-tartalma megfelel a vérsavóénak és így egy vérsavóból eredő, azaz nem chylosus izzadmányénak. Igen fontos továbbá, hogy cholesterolintartalma a chylusénál sokkal nagyobb (chylusban a cholesterolin mennyisége a zsír  $1/14-1/36$ -a Hansen szerint). Feltűnő talán az izzadmánybeli zsír jódszámának 57.4-hez igen közel állása az Erben által vizsgált chylus jódszámához képest 54.42. Chylosus eredet mellett ez azonban nem szólhat, egyrészt mert a chylus quantitative és qualitative felette különböző zsirtartalma mellett ez tisztán véletlen is lehet, másrészt meg azért sem, mert az exsudatumban jelen volt nagymennyiségű cholesterolin, melynél, mint mondtuk, a chylusban sokkal kevesebb van, is köt meg jodot (a cholesterolin jód-száma 67-68), úgy hogy cholesterolin nélkül jóval kisebb jód-számot kaptam volna. Ha azonban mindennek dacára feltűnő volna a megegyezés, akkor ezzel szembe kell állítanunk az igen jelentékeny különbséget a Reichert-Meissl-féle számban. Az exsudatumnál ez 1.4, a chylusnál (Erben) 2.25, azaz az izzadmánybeli zsír szegényebb illó, vízben oldható zsírsavakban, mint a chylus és e tekintetben inkább a szervezetbeli zsírhoz (depot-zsírhoz) áll közelebb, melynek Reichert-Meissl-száma 0.4-1.6 között ingadozik. (Jód-szám 60-80 között.)

A chylothorax aetiologikus momentumainak hiánya alapján való kizárása folytán, valamint a részletes gócsői, physikai és vegyi vizsgálat alapján, tehát ez esetben egy a sejtek zsíros szétesése folytán létrejövő, azaz adiposus izzadmány vehető fel, mely felvétel mellett mint utolsó érv a beteg anamnesise, t. i. egy chronikusan fejlődő és hosszan fennálló mellhártyabeli izzadmány anamnesise szerepel.

A genyes, valamint savós izzadmány sejtjeinek hosszabb fennállás mellett való zsíros szétesése már régi idő óta ismeretes; kivált a gümös eredetű, genyes izzadmányok esetében fordul ez elő leggyakrabban, úgy hogy Bouveret ezeket empyème graisseux nek is nevezte el. A sejtek elzsirosodásához nem is kell igen hosszú idő. Rottmann esetében egy egészen átlátszó, 1015 fajsúlyú mellhártyaizzadmány 130 nap alatt fehéresen zavarossá lett, mely zavarodás zsirtól volt feltételezve.

A sejtek ezen zsíros szétesésénél jó létre a cholesterolin is. Virchow szerint a sejtek szétesése folytán létrejövő zsirképződéssel egyidejű cholesterolinképződés kétséget nem szenved, a mennyiben igen gyakori lelet, hogy tályogüregek, melyekben genyesejtek hosszabb időn át fekszenek, majd zsírosan szétesnek, hónapok múltán detritussal és cholesterolin-jegecekkel vannak kitöltve, melyek között sejtes elem ki nem mutatható.

Teljesen azonos folyamat fordul elő savóshártyaizzadmányoknál is. Mehu esetében egy thoracocentesis útján nyert folyadékban 17.93% aetheres kivonatot talált, gócsó alatt igen sok cholesterolinjegec volt látható és egyetlen egy fehérvérsejt sem, noha a 4 év előtt megejtett punctio tiszta genyet derített ki. Rosenbach egy nem tuberculotikus egyén 10 év óta fennálló mellhártyaizzadmányát sötét barnásvörösnek találta, benne pedig töménytelen cholesterolin jegec volt jelen. Hasonló eredetű a ritka cholesterolinuria-esetekben is a cholesterolin, azaz szintén genyesejtek szétesése folytán jó létre.

Kétséget nem szenved, hogy ezen esetben is a zsír és cholesterolin hasonló eredetű. Tekintve, hogy a betegnél betegsége kezdetén próbapunctio nem történt, valamint, hogy hosszabb időn át fennálló lázai sem voltak, nincsen alapunk annak felvételére, hogy mellhártyaizzadmánya kezdetben genyes lett volna; a részben még sejtalakban csoportosult zsírszemcsék azonban bizonyossá teszik, hogy az izzadmány kezdetben sejtű volt és hogy ezen sejtelemelek (fehérvérsejt + endothel) zsírosan szétesetek. Hogy e mellett a zsír ez esetben egyéb anyagok szétesése folytán nem képződött-e, az, ha nem is állítható fel positivitással, nem is zárható ki. Így talán vörösvérsejtekből, tekintve, hogy az izzadmány elég bőven tartalmazott kioldott haemoglobint és hogy a vörösvérsejtek cholesterolint tényleg tartalmaznak. Hogy fibrinből vagy nuclealbuminból, mely két anyag a kétségkivül lobos eredetű folyadékban úgyszólván teljesen hiányzott, képződött-e zsír Quincke értelmében, azt határozottan felvenni nem merném.

Irodalom: Bendix: Ein Fall von Pleuritis pulsans dextra. Münch. med. W. 1903. 20. sz. 855-56. l. — Keppler: Pleuritis pulsans. Deutsches Arch. f. klin. Med. 41. k. 220. l. — Fuchs: Pleuritis pulsans. Zeitschr. f. klin. Med. Supplement zu Band 32. 255. l. — Kullmann: Über Pleuritis pulsans. D. med. W. 1901. 339. l. — Rosenbach: Die Erkrankungen des Brustfelles. Nothnagel's Sammlung. 1894. — Pagenstecher: Über Ascites chylosus. Deutsches Arch. f. klin. Med. 72. k. 105-160 (kimerítő kritikai méltatása az irodalomnak). — Neisser u. Berlin: Über Lipämie. Zeitschr. f. klin. Med. LI. k. 5-6. — Wilson: The medical news. Philadelphia. 1893. Citálva Bendix után. — Traube: Zur Lehre vom pleurit. Exsudate. Berliner klin. Wochenschr. 1872. 7. k. — Senator: Über Chylurie mit chylösem Ascites. Charité-Annalen. X. k. 307. — Quincke: Über fetthaltige Transsudate. D. Arch. f. klin. Med. 1875. 16. k. — Munk u. Rosenstein: Zur Lehre von der Resorption im Darm, nach Untersuchung an einer Lymph-(Chylus) Fistel beim Menschen. Virch. Archiv. 123. — Erben: Die chemische Zusammensetzung menschlichen Chylusfettes. Zeitschr. f. physiol. Chemie. 30. k. — Rottmann: Über fetthaltige Ergüsse in den grossen serösen Höhlen. Zeitschr. f. klin. Medic. 1897. 31. k. — Minkowski: Über die Synthese des Fettes aus Fettsäuren im Organismus des Menschen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak. 1886. 21. k. 373. l. — Hirschlaff: Über Cholesterinurie. D. Arch. f. klin. Medic. 62. k. 1898. — Hammarsten: Lehrbuch der physiologischen Chemie. 1899. — Munch: Le chylothorax traumatique. Semaine médicale. 1904. 32. sz. — Virchow: Cholesterincysten der Milz und Oberbauchgegend. Berl. klin. Woch. 1898. 67. lap.

## Tárcza.

### Metschnikoff könyve.

Az emberi élet meghosszabbításával, könnyen megmagyarázható okból, mindenkor foglalkoztak a tudósok és nem tudósok.

E törekvés örök, csak formájában változott, csak intenzitásában volt hullámzásoknak alávetve, a szerint, a mint az uralkodó világfelfogás az ember földi létét értékelte. Természetes is. Minden örömlünk, minden gyászunk, minden keserűségünk és összes reményeink felett ott suhogtatja szárnyait a kimulás. A kimulás gondolata korunk túlfinomult emberét ép úgy megremegteti mint egykor barlangokban lakott elődjét. Az élet legpessimistikusabb felfogása mellett ép oly gócsósen ragaszkodunk e földi léthez, a mint a hogy a legderültebb philosophia mellett szivszorongva gondolunk a végre.

A földi élet teljes lebecsülésének és a halálnak, mint egy szebb, jobb élet kezdetében való hitnek abszolút példáira csak a kereszténység bölesőkorában találunk fanatikus eseteket. Egyebekben a lélek halhatatlanságában, egy túlvilági életben való hit mellett is, a logikus következetesség ellenére, minél hosszabbra óhajtjuk nyújtani ezt az életet, minden nyomorúsága dacára.

A középkor különösen gazdag volt mindenféle találmányban, melyek az élet határának minél messzebbre helyezését célozták. E kor gondolkodói és tudósai nem tartották volna életük munkáját teljesnek, ha e cél elérésére tudásuk és munkájuk gyümölcseiből bőséges adójukat le nem rójják. Nem érdemelte volna meg a bölcslő nevet, ha valamely szert fel nem talál, mely az embereket az élet élvezetének meghosszabbítására képesíti. Az astrologia, az alchemia ép úgy, mint a titkos tudományokkal túllentül telített orvoslás, igen bőkezűek voltak

az elkerülhetetlen emberi sors elodázására irányuló tanácsok osztogatásában.

E tanácsok nem voltak mindig teljesen aggálytalanok. Még a 18-dik század közepén egy német orvos, I. H. Cohausen dr. „Hermippus redivivus“ című munkájában, mely sok olvasóra, sok hívőre talált és így sok kiadást ért el, azt ajánlja, a mit már Dávid király használt és azóta sok magas kort ért hatalmas és nevezetes ember oly sikeresen alkalmazott, hogy a kor által elnyűtt, betegség által legyengült, az élet hosszú harcában leromlott szervezetet fiatal lényekkel való állandó érintkezés által felfrissítsék. Szerintük, ha a tüdőveszes leheletől, úgy az élettől, egészségtől duzzadó fiatal lény kipárolgása, lehelete életet ad, a mint a virág illata felfrissít, egészséget és jókedvet terjeszt maga körül.

Nem ilyen logikai következtetésre építette szereinek hatékonyságát az a svéd orvos, ki 107 évet élt és hosszú életének példaadó gyümölcseként egy elixirt hagyott az utókorra, a melyet összealkotott Hippokratés, Galenus, Celsus, Arnaut de Villeneuve, Paracelsus műveinek tanulmányozása és saját kutatásainak hosszú éveiből. E hét szerből álló orvossággal vetélkedett népszerűségben de Lormé-nak, három francia király első orvosának „élethigánya“. Ezen tanácsoknak és szereknél nagy és tartós hatása, csodás sikere abban rejlett, hogy hitték bennük. Ha e szereket összetételét ismerjük is ma, ha könnyedén újra összekotyvaszthatnók is, hatásuk örökre elveszett és soha új életre nem ébredhet. Nem hathatnak, mert meggyőző erejük és a beléjük vetett naiv hit örökre elapadt. A kik hitték bennük, azoknál a suggestio erejével csodákat művelt.

Az orvoslástan természettudományi alapokra fektetése, az élet-függőket előidéző és fenntartó tényezőknél életani kutatása a makrobiotikában csak diatetikus és hygienikus tanácsoknak engedett teret, a csodaszereket kor lejárt és ezen szerekek kimúlásával eljár ezen munkák kelendőse is.

Az élet meghosszabbítását célzó törekvéseknek a múlt században így majdnem teljesen megszaktat fonalát felveszi korunk egyik legnagyobb természettudósa, Metschnikoff<sup>1</sup> és művének német kiadását egy nem kevésbé fényes hangzású név birtokosa, Wilhelm Ostwald vezeti be. „Mit évezredek rejtélynek tartottak“ mondja előszavában Ostwald, „az emberi élet örökös ellentmondásai, az szerzőnként is foglalkoztatja, de nem mint megoldásra váró rejtély, hanem mint tudományos kérdés.“ Tekintettel az exact tudományok által elértekre, ma már semmi sem látszik lehetetlennél. Már nem ábránd, ha az átlagos életkor meghosszabbításának jövő képét megfestjük.

Metschnikoff nem fogadja el azon tételt, hogy az aggkori elváltozásokat mint valamely életani jelenségeket, tehát elháríthatatlant fogjuk fel. Az aggkori elváltozások ellen küzdeni, ma, Metschnikoff szerint ép oly tudományos kérdés, mint akármely más. Az emberi természetbe való mélyebb betekintés, mint azt nekünk a természettudományok mai methodikája megengedi, jogosulttá teszi azt a reményt, hogy a disharmonia harmoniává változtatható és hogy a ezeltudatos kutatás eredményei e téren is, ha talán csak messze jövőben, el nem maradhatnak.

Ezen meggyőződés birta rá Metschnikoffot, hogy a részleges jelenségek tanulmányozásából az általános összefoglalásra térjen, az élet általános jelenségeinek magyarázatából új, eddig fel nem tárt kilátásokat nyujtva, másokat is ezek tanulmányozására serkentessen. Ezen törekvéseiben támogatja azon megismerés is, hogy a természettudományok haladása által uralkodóvá vált materialistikus (mechanikus) és atomistikus felfogás, ha indirecté az anyagi lét alapját megjavította is, de képtelen a művelt emberiséget foglalkoztató bölcselleti és erkölcsi kérdéseket megoldani. Csak a vallást rombolta le, megfosztotta az emberiséget a vallás nyujtotta vigasztól, de nem tudott helyébe jobbat és állandóbbat helyezni.

A vallás nyujtotta szilárd támasztól megfosztva, a modern ember csak nehezen találja fel azt a nyugodt pontot, a melyből élete folyását irányíthatja, a melyből az egyének különböző categoriáihoz való viszonyát rendezheti. Ezen a létező viszonyokkal való elégedetlenség a pessimismus és mysticismus felé terelte az emberek javát.

Ezek a kételyek más okok folytán keletkezve, a megismerés más alapjain épülve is fel, végig vonulnak minden kor egymástól mindenben különböző gondolkodóinak lelki világán. A lét céljának theosophikus megoldásába sohasem nyugodott bele a gondolkodók számára nézve is tekintélyes része. A vallás pótlására szolgáló erkölcsi tan megalkotására legalkalmasabbnak mindekor az emberi természet tanulmányozását tartották, melynek megismeréséből a jó és rossz fogalma leghatározottabb formájában alkotható meg. Plato bölcsellete a tökéletes ember harmonikus kiképzését célozta. Az antik törekvés, mely a természettel összhangba akarta hozni az erkölcsi élet tanulmányozását, egy külön tanak, a metropathiának kifejlődésére vezetett. Hasonlót céloztak a renaissance kor rationalistikus theoriái. A 18-dik század francia bölcselői is az erkölcsi szülő nézeteiket az emberi természet tanulmányozásából merítették. Ezzel ellentétben minden időben, minden népek vallása azon bajokból, a melyek az emberi természet fogyatékoságából erednek, a physikum és lélek közötti ellentétet construálták meg és azon bajokkal és nyomorúságokkal, a melyeket az előbbiek el kell viselnie, szembeállították azt a végnélküli boldogságot, mely ez utóbbira egy másik jobb világban vár. Sem a vallás vizsgálatásai, sem a pessimistikus bölcselők bölcselleteinek végső conclusioi, az embert cél-

jához, Metschnikoff szerint, közelebb nem hozták. Sikerekre csak az exact tudomány mutathat, mely kiindulva az ember természetének tárgyilagossági tanulmányozásából, a származásból indokolt és az irrationalis életmód által okozott disharmoniák ellen napról napra szaporodó eszközökkel küzd.

Ezt tűzve ki céljaul Metschnikoff, az embernél alacsonyabb teremtmények szervezetében nyilvánuló harmoniák és disharmoniák tanulmányozásába becsátkozik. Kezdi ezt az embernek e földön való megjelenését megelőző idő szerves világának ismertetésével, megállapítja, hogy a természetben a haladás általános érvényességű törvényei nem találhatók fel.

Felemlíti és leírja a vanília és orchideák megtermékenyítésének csodás folyamatát. Kimutatja, hogy vannak a földi léthez helyesen és ahhoz helytelenül alkalmazkodó teremtmények, vannak csodás ezelszerűségű szervek és vannak felesleges, sőt káros szervek. Az embernek az anthropoid majmoktól való származását, a fogsor, a végtagok, az agy hasonló vagy jobban mondva egyező szerkezetétől eltérve, támogatja az ember és majom főregnyűlványának hasonlatosságán, a placenta és foetus analogiáján kívül a szó modern értelmében vett vérrokonság: az anthropoid majom és az ember vérsavójának egyező haemolytikus és praecipitáló tulajdonságai. A fajok eredete nem mindig lassú fejlődés eredménye. Ezt már előre látta Darwin, ha ténybeli támogatása ezen felfedések nem is állott rendelkezésére. Bebizonyította Hugo de Vries, kinek sikerült egy virágból (Oenotera Lamarekiana) 12 új fajtát tenyészteni. Feltehető, hogy az ember is nem lassan vált el a hozzá legközelebb rokon anthropoidoktól, hanem hirtelen, az intellektuális erőnek fellépésével, az első majomból lett emberben, ki a variabilitás egy korszakában nagyobb koponyával, fejlettebb agyvelővel született. Ez nem csodálatos. Ma is születnek ú. n. csodagyermek, kik oly szellemi tulajdonságokkal rendelkeznek, a melyeknek még nyomát sem találjuk fel szülőikben. Ilyen pl. Inaudi a számológépművész. Ezen gyors átmenettel, a magasabb szellemi tulajdonságok által megválogatott életviszonyokkal, a vegetatív szervek, valamint az ivarszervek is nem tartottak lépést. Innen az ezekben mutatkozó disharmonia. Egyes szervek jelentékeny átalakuláson mentek keresztül, erősebben fejlődtek ki vagy elcsenevésztek. Ezen elcsenevészett, hivatás nélküli szervek az ember állati származásának legeleatásabb bizonyítékai.

Ráskai Dezső dr.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

A prostata hypertrophia tanának mai állása.

Közli: Ráskai Dezső dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

Ezen felfogáson rést ütöttek Albarran és Hallé<sup>12</sup> vizsgálataikkal. Vizsgálataik részben Motz vizsgálataira támaszkodtak, ki kimutatta, hogy 100 vizsgált prostata közül 63-ban a mirigyállomány van a stroma felett túlsúlyban, a stroma igen sok izomelemet tartalmaz, a 100 eset közül a többiben a stroma több fibrosus, mint izomelemet tartalmaz és így a mirigyállomány is kevésbé szaporodott.

Albarran és Hallé szerint a prostata aggkori elváltozása, glandularis növekedése, a prostatamirigy adenomatosus burjánzása által jö létre. Ez a burjánzás valódi, de ismeretlen okból meginduló újképlet jellegű birhat, de lehet valamely chronikusan lobos izgalom eredménye is. Az esetek nagy számában a mirigy ezen elsődleges elváltozásaihoz a stroma másodlagos elváltozásai is járulnak. Ezek annyira nagyfokúak lehetnek, hogy az egész körképet uralhatják és a mirigyállomány esökkenéséhez, sőt teljes eltűnéséhez is vezethetnek. Szerintük tehát a prostata hypertrophia mirigyeredetű újképlet, mely változatos anatómiai formában jelentkezhetik, nevezetesen három alakját különböztethetjük meg: a glandularis alak vagy a prostata adenomja, a kevert alak vagyis adenofibroma és a tisztán fibrosus alak vagyis atrophias fibroma. A legtöbb esetben a prostata hypertrophia a jóindulatú újképlet jellegű az egyén haláláig megtartja. Az esetek kis számában azonban rosszindulatú epithelialis újképletté válik. Ez elváltozás eleinte igen lassú és húzódozó. Körülírt vagy terjedt epithelialis jönek létre, a stroma epithelialis infiltratioi, körülírt szigetec intracapsularis alveolaris carcinoma jellegével, a nélkül, hogy a szerv senilis hypertrophia külső jellegét elvesztené. (Kezdeti szakban az elváltozások klinikailag alig kórismézhetők. Gyanúsak azon esetek, a hol a prostata hypertrophia kezdeti tüneteit gyorsan beálló cachexia kíséri vagy a hol a hypertrophia éveig tartó változatlanúsága mellett hirtelen növekedés áll be, cachexia által kísérve.) Összesen vizsgált 100 esetben négy feleséget találtak és pedig 32 esetben mirigyves túltengés, 3 esetben fibrosus túltengés, 51 esetben kevert túltengés, 14 esetben prostatikus epithelioma.

Bernays<sup>13</sup> vizsgálatai alapján a myomatosus hypertrophia elnevezést helyesnek tartja, eseteiben sima izomsejteket és megszapordott kötőszövetet talált. Clarke szerint a megnagyobbodások vagy adenomkötődések vagy fibromatosus szövetszapordulatok, melyek a pars prostata urethrae-nek vagy a trigonum-nak varicositásán alapszanak (?). Thomson<sup>14</sup> szerint a prostata hypertrophia többnyire a mirigyiszövet diffus hypertrophiája által feltételezett. A glandularis hyperplasia legkifejezettebb az oldalsó és hügyeső mögötti részletekben (retrourethral).

<sup>1</sup> Studien über die Natur des Menschen. Eine optimistische Philosophie von Elias Metschnikoff, Professor am Institut Pasteur. Autorisirte Ausgabe, eingeführt durch Wilhelm Ostwald. Verlag von Veit & Co. in Leipzig. 1904.

A fibromuscularis stroma a periphéria felé besűrűsödött, a mi tok képzéséhez vezet.

A tok természete, anatómiai és histológiai hovatartozása az utóbbi években különösebb figyelem tárgya volt, tekintettel azon utóbb kifejtendő nagy jelentőségre, a melylyel az újabb műtéti eljárásoknál bír.

Wallace<sup>15</sup> szerint a prostata tokja normális prostatánál vékony, a prostatával szorosan összefüggő szövetet képez. A túltengett szervnél egy sokkal kifejezettebb, látszólag rostos tokot találunk, a melyből a prostata könnyen kihámozható. Ezen tok görcsövi vizsgálatánál kitűnik, hogy ez a tok nem tisztán fibrosus szövetből áll, hanem mirigyszövetet is tartalmaz. Így tehát a tok elnevezés nem helyes, mert nem egyéb mint kórosan elváltozott prostatarészlet. Normális szervnél a prostatának viszonya olyan, hogy a mirigynek tokjából való kiválasztása egyenesen lehetetlen. Így a kóros toknak bennmaradása esetén is teljes eltávolításról szó sem lehet. A mit könnyen eltávolíthatónak mondanak, az adenoma és nem maga az egész intracapsularis prostata.

Walker<sup>17</sup> megkülönböztet egy tulajdonképeni és egy külső fascia által képzett tokot. Műtét alkalmával az első el lesz távolítva, az utóbbi visszamarad. A normális prostata enucleálása csak nehezen sikerül, a túltengett prostata kihámozása ellenben könnyű. Kis bennmaradó prostatarészletek nem bizonyítanak a műtét teljes volta ellen, a műtét nyugodtan nevezhető teljes prostatectomiának.

A toknak ezen magatartása a körülírt neoplastikus mirigy-megnagyobbodás mellett szól, mert a lobos folyamatok által megvastagodott tok az alatta levő szövetekkel mindenkor szorosan összefügg. A *prostata-megnagyobbodás lobos eredete* mellett, mely hypothetikus formában a legrégebb idő óta (már Hunter, A. Cooper, Mercier, Civiale) kísért, az újabb időben néhány nagyon figyelemre méltó dolgozat látott napvilágot. E kérdésel igen nagy pathológiai készültséggel, nagyon kiterjedt vizsgálatok alapján Cicanovszky<sup>17</sup> 18 foglalkozott. Szerinte a hólyag és a vesék elváltozásai az ú. n. prostatismus eseteiben sem synchronok, sem coordináltak, sem pedig az arteriosclerosisral összefüggésben nem állanak még akkor sem, ha valamennyi szervi elváltozás egy és ugyanazon egyénnél feltalálható.

Az önként vagy a prostata hypertrophiával egyidejűleg fellépő hólyagelégelenség anatómiai alapja a hólyagfal alkotórészeinek mennyiségi elváltozásaiban keresendő, ez elváltozások az izomszövet rovására esnek.

Ezen utóbbi elváltozás sem az arteriosclerosisral, a mely a hólyag kis intraparietalis ereit támadja meg, sem a hólyag izomzatának hypertrophiájával okozati összefüggésben nincsen.

A hólyaginsuffic. oka semmi esetre sem keresendő a hólyagfal elváltozásában egyedül, hanem függ a mech. akadály nagyságától is, a prostatismus klinikai symptomái tehát nélkülözik az egységes bonczatani alapot, ez anatómiai alapok sem *coordináltak* sem egyenlők, a mint hogy nem is egységes általános oknak következményei, így különösen nem az arteriosclerosiséi.

A hólyagelégelenség bonczatani alapja a hólyagizomzat és kötőszöveti váz közötti arány eltolódásában rejlik az izomzat rovására. Ezen elváltozás az izomzat atrophijájában találja okát. A kötőszövet szaporulata pedig csak a gyakran egyidejűleg meglévő idült hurutban találja magyarázatát.

Azon esetekben, a melyekben a prostata megnagyobbodása folytán az orif. ves. urethrae és a húgycső prostatikus részének lefutása elváltozott, a hólyaginsuffic. tüneteinek egy része az ez által létrehozott mech. akadály rovására irandó. Ezen akadály megszüntével a hólyagműködés helyreállhat, feltéve, hogy a hólyagfal erősebb szöveti elváltozásokat nem szenvedett el.

A hólyagfal szöveti elváltozásainak gyakorisága a korhoz arányított, azzal párhuzamosan növekszik, magasabb fokot akkor ér el, ha a kor káros hatásán kívül a vizeletkiürítés elé mechanikus akadályok is gördülnek és a hólyagizomzat túltengését képezítő tényezők nincsenek már meg. Fokozódik még, ha e két káros hatásból még idült lobos folyamatok befolyása is járul.

Az agastyánok legtöbbjénél mind a három tényező egyenlőképen jut érvényre. Ritkán egyik tényező magában is képes jelentékeny zavarokat létrehozni, tekintettel arra, hogy a mechanikus akadály csak ritkán lesz a hólyag működési hypertrophiája által compenzálva.

Az incontin. magyarázatául, a mennyiben prostata-megnagyobbodás nincs, az orif.-ban pedig billentyűmechanismus nem található, csak a záróizom szöveti elváltozásai vehetők fel. A prostata húgycsőelváltozásai minden billentyűmechanismus nélkül is képesek részleges vizelet-rekedést létrehozni.

A kutatók túlnyomóan nagy száma a hypertr.-t a neoplasma egy nemének tartja, két főalakkal, a myomatosis és a glanduláris alakkal, mindkettőnél ismét esomó- és diffus féleséget véve fel. Ez osztályozást már Virchow 1863-ban tette (Die krankhaften Geschwülste. Vorles. über allgem. Pathologie, 1882.). A neoplastikus felfogást legszigorúbban Cohnheim viszi keresztül, ki röviden csak myomáról és adenomáról beszél.

E két alakról beszél minden szerző, egyesek még ehhez a kevert formát csatolják.

(Folytatása következik.)

### Könyvismertetés.

Horváth Kornél: *Philosophia az orvostudományban.*

Az orvostudomány mai, tisztán természettudományi alapon álló volta mellett szinte furcsának tetszik, hogy a fenti cím után, mely egy nemrégiben megjelent könyv nevét viseli, nincs kérdőjel. Lehetséges-e

oly tudományt, melyről Jouffroy azt mondja, hogy fogalma sincs megalkotva, mely „az álmok szövedéke”, egyenes vonatkozásba hozni oly tudományt, melyet tapasztalati tények alkotnak.

Rég elfelejtett, lomtárba került eszmék, gondolatok, melyeken érzik a dohos szag, jutnak ismét szabad levegőre, a mikor a philosophiát keressük a természettudományokban.

Valamikor régen az orvostudományt a legrégebb tudományt, a vallással hozták szoros kapcsolatba, s a természet jelenségeit felsőbb eredetű megnyilatkozásokként a hit dogmáival igyekeztek magyarázni, és ez időtől fogva sokszor próbálták a különböző irányok és iskolák apostolai a természettudomány egyes ágait, leginkább az orvost a maguk alkotta eszmékre újból alapítani.

Kétségkívül volt idő, a mikor a bölcselkedés az orvostudományt, hogy úgy mondjuk, kiegészítő része volt, a mely nélkül nem volt teljes egész, és az akkor még felette korlátolt tudással fel nem ért magasabb szempontokat, a dolgok „miért”-jét a philosophia oldotta meg, vagy burkolta még rejtélyesebb homályba.

Jött azonban az újabb korszak, mikor a természet tüneményeit magából a természetből tudták és iparkodtak magyarázni, és ezzel az orvostudomány is az egyedüli helyes alapra jutott, ezen épült fel mai hatalmasnak mondható arányaival. Ez az újabb irány kiszorította a philosophiát ebből a régi birodalmából, s csak azt fogadja el, a minek pozitív alapja van, mit nem szípkázó elmefuttatással magyarázni lehet, hanem egyszerűen bizonyítani. A dialektikát a száraz, de biztos adatok némitották el, a hypothesiseket, a feltevéseket tények döntötték halomra. A hypothesis létjogosultsága kétségtelen, s hypothesisist tényvel szembe állítva, Henle szavai jutnak eszünkbe; ő mondotta, hogy minden ténynek feltevés a szülője, s a mely feltevést a belőle levont tény döntötte meg, az becsületes véget ért, s az utolsó hypothesis volna az utolsó megfigyelés is.

A modern áramlat, a jelenlegi sociológiai viszonyok erősen megnyírbálták a szabadröptű gondolkodás és gondolkodók, phantasták és hyperidealisták szárnyát s ólomsúlylyal húzzák őket vissza a röghöz, ha az aether végtelenségébe akarnak emelkedni. Az élet hajszája nem sok időt enged a czéltalan gondolkodásra s a gyakorlati szempontok túlsúlyra jutása érvényesül, ha az ember manapság gondolkodik; nem okoskodni bombastikus szövegeken, nem megvitatni ezeket, de értékesíteni az eszméket, melyek életre valók, ma az az elv, mely vezet.

Mindezek után van-e tehát helye a philosophiának a mai orvostudományban?

Habozás nélkül felelhetjük rá azt, hogy nincs. De ha csak egy keveset is bölcselkedünk, látni fogjuk, hogy igen is van, vagy legalább is lehet. Mert az orvosi is, mint minden tudomány, igazságokat keres s ezek felleléséhez elfogulatlanul kell vizsgálni, hogy „mi az, a mit a tapasztalás nyújthat s mennyi az, a mit az ész törvényei megengednek”; ezen két körülmény harmonikus együtthatása vezet célhoz. Minél nagyobb a természettudásban a philosophiai műveltség és viszont minél szélesebb a philosophusnak exact ismeretköre, annál összhangzóbbá válik az illetőnek észbeli ereje, annál többet tehet az egész igazság kutatásának nagy munkájában, írja Alexander.

Ime így jut közel a természet és tapasztalat a gondolkodás törvényeihez s ennek értelmében mondja Horváth Kornél dr.: „az empiria és speculatio nem ellenlábask, inkább egymás támogatására szorulnak”.

\* \* \*

Lotze szerint az élő anyag úgy van alkotva, hogy életnyilvánulásainak módoszataiban tevékenysége mindig egy meghatározott *czélra* látszik irányulni. Horváth Kornél dr. is könyvében a teleologia hívének vallja magát s Aristoteles elvét: „nihil supravocaneum, nihil frustra natura facit” tűzi ki méltónak s hosszan fejtegeti a teleologia megnyilatkozását a természetben. Saját megfigyeléseit támogatja a szerzők hosszú sorával s végighaladva csaknem az összes physiológiai működéseken és jelenségeken, mindegyiknél felleli a *czélszerűséget*, melylyel maga a bölcs természet gondoskodott legjobban az egyes életműködések czélirányos voltáról. Nemesak az akaratlagos, de az akaratunktól független életnyilvánulások, mint pl. a szív működése, a légzési mozgások, a sima izomelemek összehúzódásai, a csillószőrös mozgások, ép így a légzésnek és vérkeringésnek egymással szoros kapcsolatban levő reflexköre, a táplálékbevitel és a fel nem használt anyagok kiürítése a legnagyobb czélszerűség jellegét viselik magukon. S ha egy gépezet működésének eredményét czélszerűnek mondjuk — írja Horváth —, mennyivel inkább kell a gépezet berendezését czélszerűnek tekinteni, mely mindez eredményeket létrehozta.

De czélszerűség nyilatkozik meg az egyéni és fajfenntartásra irányuló törekvésekben is.

A szervezet regeneratív képessége, mint a hegyszövetképződés, mely a szükséges mértéket rendszerint nem haladja túl, resorptív folyamatok, melyek az életképes anyagot sohasem illetik; az ünvédekezés, melyhez a reflextevékenység (fájdalomérzés, pislogás, csillószőrmozgás, stb.), az alkalmazkodási képesség (szervek compensatorius működése) tartozik; védőfegyvere a szervezetnek a vér alkalicitása és elsorángú gyógytényező a fibrin, melynek az infectiók leküzdésében hatalmas szerep jut; a nyirkmirigyek stromája, valamint sejtes elemei valóságos védőbástyák az infectio ellen; a leukocyták baktericid anyagot tartalmaznak s az infectiónal mutatózó hyperleukocytosis ép úgy, mint az előbb felsorolt folyamatok, a szervezetnek természetadta czélszerű berendezései közé tartoznak.

A lob újabb eredetű magyarázatának fejtegetésénél rámutat a szerző a nagy átalakulásra, mely a modern pathológiában létrejött a szervezet védőberendezéseinek felismerése folytán s bölcséleti megvilágí-

tásba helyezve az orvostudomány újabb eredetű vívmányait, rámutat Soulier azon conclusiójára, hogy „a jövő orvostudomány feladata új szereket találni fel, melyek a jelenlévő *véddőberendezés* erejét fokozzák”.

Ha tekintetbe vesszük a szervezetnek természetadta védő fegyvereit, melyekkel az egyént oly szélszerűen felruházta az egyén, a faj és az utódok védelmére, úgy nehezen tudjuk beleilleszteni ezek leg-hatalmasabb ellenfeleit: a betegségeket, a pusztító járványokat, az egyébként megnyilatkozó szélszerűség rendjébe. A szerző ismerteti az egyes kórosirak eredését, azok biológiáját és a járványok fellépésében tapasztalható törvényszerűségeit. Bölseleti fejtegetésekkel, merész okoskodással tör útát e fejezetben a teleologia elvének s a pusztító járványok halált hozó aratását is a természet bölcs intézkedéseként tünteti fel, mondván, „hogy ott: hol nyomor, szenvedés, gond az életet kínossá teszik, hol elegendő táplálék hiján relativ emberfelesleg van: ott a szabadító halál nem soká várta magára” — mert a természet céljaival sehogysem egyezik, hogy teremtményei éhezzenek, kinlódjanak — „ez a legkevésbé, a mit az akaraton kívül létrejöttek a nagy természetű múltán elvárhatnak”. A természet működése azonban itt sem irányul önmaga ellen, mert itt is felruházta teremtményeit védelemmel, melyet az *immunitás tanában* látunk bebizonyítva. Viszont, ha az orvosi törekvés elérhetné céljának legmagasabb fokát s meg tudná törni a betegségek és járványok halálhozó erejét és mindenki az életkor maximumát érni el, mily borzalmas kimenetelű sociológiai viszonyok keletkeznének a túlszaporodás következtében: „vajjon nem sokkal gyengébb e akkor a természet, a midőn a pusztító járványok időről időre végigsöprik az emberiséget?” — kérde Horváth dr.

A leendő utód a fogantatás pillanatában már a természet védő szárnyai alatt áll, s a természet határozott törekvése, hogy ép utódok keletkezzenek, s ezek érdekében bélyegzi meg a betegeket, a nemzésre alkalmatlanokat rúgó jelekkel és degenerációs stigmákkal; a mikor pedig a természet intentionain ellenére mégis korcsivadék születik, öröklött betegséggel, úgy ez életének korai szakában pusztul el vagy öröklött, vagy járulékos betegségben. Hogy pedig a fajfenntartási folyamat, mint magasabbrendű törvény — az utód védelmére — még a pathológikus folyamatot is, „mint alacsonyabb rangú, képes megakasztani”, annak legjobb példát adják a gravid tuberculotikák, kiknek leg-többjénél a folyamat a terhesség ideje alatt stagnál.

A következőkben az orvostudomány gyengeségéről és a gyógytudomány pozitív alapjairól elmélkedik a szerző, philosophiai felfogásban állítva elénk e témákat. Birálva a therapia gyakorlati értékét, szembe állítja az egymással homlokegyenest ellenkező véleményeket és nézeteket, melyek a therapiában az egyes iskolák követői közt vezérelvül szolgálnak: a nihilismust a therapeutikus túlzásokkal. Nagy vonásokban visszapillanthatunk a gyógyítás fejlődésének egyes mozzanataira, a mikor még a voltaképeni természettudományi alapot nélkülözve, régi tévedések útvesztőjében bekötött szemmel jártak az orvoslás képviselői; majd a helyes irányra jutva, eléri az orvostudomány mai magas színvonalát, mely számára a természettudományok között az első helyet biztosította. „Vannak betegségek — és pedig nem kis számban —, melyeknek a helyes diagnosis meghozatala az egyedüli, mit velük szemben megtehetünk” — érvel Horváth dr., — „viszont azonban a betegre nézve a diagnosis mellékes, nála az orvostudomány a gyógyításnál kezdődik.

Birálva a modern therapia vívmányait, számos szerzőt említ fel Horváth dr., kik tapasztalataikkal és adatokkal az újítások értékét emelik vagy lebecsülik, s így kétséges, hogy ezek eredményükben megfelelnek-e azon várakozásnak, melyet hozzá fűznek; szerinte az orvostudomány pozitív alapjait a természetben kell keresnünk, mely keresetlenül a legbecesebbet nyújtja, melyek nem vegykönyvében készültek, hanem már kezdet óta az emberiség javára és épségére szolgálnak: a napfény, levegő, víz és a rendszeres táplálkozás; ezek mellett azonban elismeri, hogy vannak oly orvosságaink is, melyek „mindig oszlopai lesznek a magasra törő genius bámulatos hatalmának, melylyel jogot követelt magának a teremtés halhatatlan munkájában.”

\* \* \*

Végig lapozva Horváth dr. könyvét, teljesen meg tudjuk érteni, hogy mikép kereste és hozta létre a viszonyt a philosophia és az orvostudomány között. Úgyes vonatkozásokkal, helyén való gondolatok beleillesztésével mindvégig harmoniában tartja a két tudományok egymáshoz való motivumait.

Okoskodása nem egy helyütt felette merész, s ha ilyenkor túlzásokra is ragadtatja magát, ennek magyarázatát inkább a tárgy iránti rokonszenvében kell keresnünk, mintsem kritikátlanosságban.

Nagy szorgalomra valló mély tanulmányok eredményét adja könyvében. Az eszme pedig, melynek szolgálatába szegődött, valóban nemes, törekvése dicséretes, midőn az orvostudományban az onnan kiszorított gondolkodás számára helyet kér, s a köznapi realismustól megszükkült tudományok ideális oldalát állítja elénk. Figyelmeztet, hogy az orvostudományt képviselői ne egyoldalulag, csak keresetforrásként tekintsek, de lássák benne a magasabb célokat, törekvéseket és eszméket is, melyek felhasználásával az emberiség javát fogják szolgálni és akkor az orvos hivatásának magaslatán fog állani.

S hogy a philosophiát mégsem tudta oly nagy arányokban megtalálni az orvostudományban Horváth dr., mint a hogy kereste, azzal is csak szolgálatot tett az orvostudománynak s annak bizonyítékát adta, hogy jobb orvos, mint philosophus, a mi ismét csak előnyére válik.

Tapasztalással gondolkodni és gondolkodással tapasztalni: azon élv, melynek az orvostudományban tért kell hódítani, és ezt az élv örömmel üdvözljük és tisztelettel köszöntjük.

Haberfeld I. Emil dr.

## Lapszemle.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Malaria** több esetében használta *Kunst* (Java) az aristochint 1—2 grammos napi adagokban. Eredményei nagyon jók voltak. Nagy előnye az aristochinnak, hogy íz nélküli és hogy kellemetlen mellékhatásokat nem okoz. (Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, 8. kötet.)

**Veronallal** a bécsi egyetem I. psychiatriai klinikáján szerzett tapasztalatait írja le *Raschkow*. Egyszerű álmatlanság eseteiben mindig prompt eredményt látott; csupán főleg paralytikusok nagyfokú insomniája ellen mutatkozott néha hatástalannak. A hypnotikus hatás mellett kiemeli a sedatív hatást is. Kellemetlen mellékhatásokat nem észlelt; hosszabb használat esetén a szer hatása nem igen csökkent. Az adag többnyire 0.5 gramm volt. (Wiener klinische Rundschau, 1903. 41. szám.)

**Neurasthenia sexualis** több esetében (éjjeli magömlések, fokozott nemi inger tabes incipiensnél stb.) jó eredménnyel használta *Higier* a heroint nagyobb adagokban. Többnyire úgy járt el, hogy egy héten át minden este adott 1 centigrammot, a következő héten minden második, a harmadik héten mindegyik harmadik este ugyanannyit. (Neurologisches Centralblatt, 1904. 6. szám.)

Az **isopral** nevű új hypnoticumot *Eschle*, a sinsheimi „Kreis-Pflegeanstalt” igazgatója, a chloral pótszere gyanánt javaltatnak tartja mindazon esetekben, a melyekben az opium-származékok, mint a chloral pótszerei, nem használhatók; így a gyermekgyakorlatban, tovább agyvérbőség okozta izgalmi állapotokban, a morphiommal szemben való idiosyncrasia eseteiben, végül pedig izgalmi állapotokkal járó psychosisokban és néha choreában. (Fortschritte der Médecin, 1904. 6. szám.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat**, 1904. 49. szám. *Baumgarten Egmont*: A felső légutak periodikus vérzéseiről. *Sarbo Artur*: A traumás neurosisokról. *Balassa Péter*: Casuistikus törvényszéki adat a traumás eredetű neurosisokról.

**Klinikai füzetek**, 1904. 10. füzet. *Kende Mór*: Kérdések a közegészségügy és a socialis politika határterületéből. (Elfajulás. Gyermekvédelem.) 11. füzet. *Deutsch Ernő*: Az átöröklődésről.

**Budapesti orvosi újság**, 1904. 48. szám. *Bosányi Béla*: Észrevételek az arthritis chronica és ennek gyógykezelése felől. *Váli Ernő*: Objectív fülhangokról. *Szenes Zsigmond*: Kritikai megjegyzések a fülbetegségek operatív gyógykezeléséhez. *Hajós Lajos*: Apoplexiás süket-ség két tanulságos esete.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1904. 48. szám. *Stein*: Rekesz-sérv kizáródásának esete. *Oefele*: A bélsár némely sajátosságának egymástól való kölcsönös függése. *Nettel*: Gipszkendőségek készítésének módosítása. *Stegmann*: Védekező módszer a Röntgen-eljárásnál. *Czerwenka*: A colpitis kezelése élesztővel.

**Wiener medizinische Wochenschrift**, 1904. 49. szám. *Hödlmoser*: A typhus recurrens serumdiagnosisa. *Wolff*: A skiaszkopia elmélete. *Luithlen*: Velezületett borbajok. *Saenger*: A pangási papilla pathogenesisa. *Ajello, de Meis és Parascandolo*: Kryoskopia a májinsufficiencia felismerésére. *Kapulusch*: A hashártya laparotomiánál.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1904. 49. szám. *Strauss*: A cardiospastikus bázisringtágulat diagnosis és therapiája. *Rosin és Bibergeil*: Chromophor-zónák vitalis vérfestésnél. *Croner*: Familiaris tabes dorsalis. *Milchner és Mosse*: Vértörések kezelése Röntgen-fénnyel. *Wadsack*: A bázisring heges szűkületeinek kezelése kutaszólással. *Richter*: Idült hiányos táplálkozás utáni reconvalencia anyagcsereje. *Wolff és Torday*: Lymphocyta-exsudatumok kísérletes előidézése. *Milchner*: Adat a vesegümőkör diagnostikájához. *Strauch*: Senator jelentősége a törvényszéki orvostanban. *Ledermann*: Senator munkái a bőrműködés, borbajok és syphilis köréből.

**Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1904. 49. szám. *Döderlein*: A bakteriologiai vizsgálatok eredményei a gyermekágyi láz felismerése, megelőzése és kezelése tekintetében. *Gravitz*: Multiplex elsődleges daganatok. *Joachim és Kurpjuweit*: A leukaemia kezelése Röntgen-fénnyel. *Edinger*: Az idegrendszer kopási betegségei. *Kayser*: Adatok a b. paratyphi ismeretéhez. *Borchardt*: A peritoneum természetes resistenciájának fokozása operatív fertőzésekkel szemben. *Schmidt*: Intraperitonealis serum- és konyhasó-oldat-befecskendések a hashártya operatív fertőzésének megelőzésére. *Laache*: A lactophenin-icterus pathogenesisa.

**La semaine médicale**, 1904. 48. szám. *Vaquez*: Az ütérnyomás heveny és idült ólommérgezésben.

**The lancet**, 1904. II. 23. szám. *A. W. Mayo Robson*: A rák kezelése. *F. W. Mott*: A visualis cortex fejlődése emlősökben. *H. Batty Shaw*: Az anaemia splenica viszonya más vérbetegségekhez a gyermekkorban. *W. G. Richardson*: Neuro-fibromatosis esete. *T. Jason Wood*: Gyomorfelekély átfürödése; műtét 52 óra múlva; gyógyulás. *G. C. Chatterjee*: Trypanosomiasis néhány esete. *J. F. Hodgson*: Himlő esete. *G. Grey Turner*: Accessorius pancreas. *W. Allingham*: Spinalis katherizálás veleszületett hydrocephalus okozta nehéz szülés esetében. *H. Betham Robinson*: Agyacs-tályog műtét után gyógyult esete. *J. Watson*: Heveny terjedő gangraena a karon; amputatio után gyógyulás.

**British medical journal**, 1904. december 3. *A. W. Mayo Robson*: A rák kezelése. *E. Klein*: A saprophyta és parasita bakteri-

mok élettörténete és kölesönös vonatkozásai. *J. M. Beattie*: Mikro-coccus rheumaticus. *G. Jubb*: Afebrilis typhus. *C. H. Souter*: A vastag- és vékonybél continuitásának veleszületett hiánya. *G. C. H. Fulton*: A csecsemőkori halandóság okai és megelőzése. *Chas. Killick*: Heveny glaucoma mindkét szemem egyszerre; műtét után gyógyulás.

## Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. december 9.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 46. hetében (1904. november 13.-tól november 19.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,484, összesen 813,399. Elveszületett 417 gyermek, elhalt 273 egyén, a születések tehát 144-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 26.7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.5, az egy éven felüli lakosságnál: 17.4, az öt éven felüli lakosságnál: 16.4. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 6, meningitis tuberculosa 6, apoplexia cerebri 7, convulsiones 3, paralysis progress. 11, tabes dorsalis 1, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 8, morbi org. cordi. 20, morbi myocardii 2, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 7, alii m. org. circ. 5, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 3, pneumonia 16, pneumonia crouposa 3, tuberc. pulmonum 57, emphysema pulm. 4, pleuritis 2, alii m. org. resp. 0, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 7, 2 éven felüli 1, cholera nostras —, hernia incarcerata 1, alii oocl. intestini 2, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 3, alii m. org. dig. 0, nephritis 5, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 2, debil. congenita 7, paedatrophia 0, marasmus senilis 17, carcinoma ventric. 8, carcinoma uteri 6, alia carcinomata 5, alia neoplasmata 5, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 3, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 7, variola, varicella 0, morbilli 3, morbilli pneumonia 2, scarlatina 6, pertussis 0, croup laryngis 1, dipht. faucium 3, influenza 0, febris puerperalis 2, lues congenita 5, erysipelas 4, pyaemia, sepsis 3, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 4, casus fortuitus 6, suicidium 3, homicidium 3, justificatio 0, casus viol. dubii 5. — **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3767 beteg, szaporodás 920, csökkenés 783, maradt e hét végén 3832 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi november 13-dikától november 19-dikéig terjedő 46. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 181 (242), vörheny 109 (119), áll. gége- és roncsoló toroklob 47 (32), hökhurut 3 (1), gyermekági láz 0 (1), hasi hagymáz 13 (12), himlő 0 (0), állhímő 0 (0), bárányhímő 75 (50), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykór 0 (0), járv. fültőmirigylob 5 (4), trachoma 8 (6), lépfene 0 (0), ebdűh 0 (0), takonykór 0 (0).

— **Kitüntetés.** *Navratil Imre* dr.-nak, a Rókus kórház egyik főorvosának és cz. egyetemi ny. r. tanárának a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül ő Felsége a király az udvari tanácsosi czímet adományozta. E kitüntetést a magyar orvosi kar ószinte örömmel fogadja, mert a kitüntetett egyik legbuzgóbb tagja a hazai tudományos orvosi törekvések pártolójának és előmozdítóinak. Sok tekintetben az ő nevéhez fűződik a Czermák által felfedezett gégetükörnek hazánkban a gyakorlatban való elterjedése és meghonosodása is.

— **Kinevezés.** *Neumann Henrik* dr.-t a belügyminister a nagykállói állami elmeorvosi intézet másodorvosává nevezte ki.

⊙ **A kolozsvári tisztiorvosi vizsgák eredménye.** A Kolozsvárott folyó évi november hó 6—10-dikeig megtartott tisztiorvosi vizsgákon a következő orvosok képesítették: *Andressi Sándor* körorvos Románpetre, *Fodor Mózes* körorvos Toroczko, *Geiger Frigyes* körorvos Alsóverezke, *Göllner Henrik* magánorvos Nagyszében, *Günsz Mór* kórházi másodorvos Arad, *Harmat Leó* járásorvos Csikszereza, *Heinecz Hugó* egyetemi tanársegéd Kolozsvár, *Horváth Gyula* körorvos Porrog-szentkirály, *Jäger Ferencz* körorvos Puj, *Katona Zoltán* magánorvos Turkeve, *Korácsics Sándor* kórházi alorvos Debreczen, *Kugel Ede* klinikai gyakornok Kolozsvár, *László Samu* községi orvos Kapuvár, *Mátéffy Pál* magánorvos Szentes, *Meskó Aladár* kórházi és tb. vm. főorvos Déva, *Mittelmann Miksa* körorvos Tüskös, *Morvay Lajos* ideiglenes járásorvos Nagyszőlős, *Porges Bernát (Bertalan)* körorvos Vágbeszterez, *Rednik János* körorvos Vaskoh, *Sas Bernát* magánorvos Makó, *Schillinger Károly* körorvos Marosillye, *Steiner Dezső* körorvos Zsibó, *Székelly Ignác* körorvos Csacza, *Tankó Károly* honvédezőorvos Ujvidék és *Vámosi Mór* kör- és tb. járásorvos Györszentmárton.

+ **A budapesti orvosi kör országos segélyegylete** részéről a folyó évre mintegy 8000 korona kerül a segélyre jogosultak között kiosztásra. Segélyre jogosultak munkaképtelen tagok, elhalt tagok özvegye és árvái. A segélyre való igényt szegénységi bizonyítvány esatolásával f. évi december 25-dikéig kell alólírottán bejelenteni. Budapest, 1904. november hó 29-dikén. *Rákosi Béla* dr. ezidei elnök, Soroksári-utca 18.

+ **Külföldi hírek.** A müncheni Krankenhaus prosectora, mint-hogy *E. Albrecht*-et Frankfurtba neveztek ki, *H. Schmaus* lett. *A. Dieudonné*, ki eddig Würzburgban mint magántanár működött, most Münchenbe neveztetett ki az ottani katonarorvosi iskola egészségügyi tanárává. Lausanne-ban *Galli-Valerio*-t rendes tanárrá neveztek ki. *Reclus* a műtét-tan és műszertan tanára Párisban az ugyanottani sebészeti klinika

professorává neveztetett ki. A lyoni börgyógyászati klinika tanszékét *Augagneur*-rel töltötték be.

— **A budapesti poliklinikán** 1904. november havában 2912 új beteg fordult meg és 11,916 rendelés történt.

— **Tauffer professor** szülészeti poliklinikuma az elmúlt hónapban 107 esetben nyújtott segélyt 74 műtéttel.

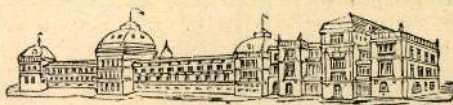
**Sanatorium Wienerwald Pernitz mellett, Alsó-Ausztria.** Ez év tavaszán körülbelül 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> óránnyira Bécestől egy új *tüdőgyógyintézet* nyílt meg, tulajdonképpen az első hasonló intézet Ausztria-Magyarországban jobbmódú betegek részére. Mert eddig csak a két szegénybeteg-sanatorium, az allandi Ausztriában, és a budakeszi-i Magyarországon, állott azon modern állásponton, hogy a *tüdőgümőkór nem kli matikus betegség*; jobbmódú betegeknek külföldre kellett menni. Már az első nyári idény kimutatta, hogy az intézet sürgős szükségnek felelt meg, és az épen kezdődő téli idény is örvedetes látogatottságot tüntet fel. A vendégek nagy része Magyarországból való.

Az intézet a modern hygiéna minden segédszerével és minden kényelemmel el van látva, és a Wienerwald egyik legszebb pontján fekszik, északon védve, délfelé nyitva. Sok orvos, ki az intézetet eddig meglátogatta, az intézet gyönyörű fekvését és fényes berendezését nagyon megdicsérte: ezek közül kiemelhetjük: *Nothnagel* és *v. Schrötter* udvari tanácsosokat (Wien), *Frischmann* főorvost (Budapest), *Sorgo* docentst (Alland), *Pfeiffer* docentst (az új stájerországi népsanatorium igazgatóját).

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“ Ujnan 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 **vízgyógyintézet.** Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva **bejáró és bennlakó betegek számára. Vízigyógykezelés, 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.** Telefon 697.



## Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

**Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások,** mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, borbajok** és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága** Budán.

## Tátrafüred



1020 meter magas. **Nagyszálló** egész éven át nyitva.

Elsőrendű konyha. Központi fűtés. Villam os világítás. Társalgók. Vizgyógymód. Hízalókúra. Téli sportok. — **Az őszi és téli idény** kiváon előnyös üdülőknek, ideg-betegeknek, vérszegénységű, kezdődő

légzőszervi bajoknál, **Basedow-kór**nál stb.

**Teljes penzió lakással naponta 9 koronától feljebb.**

Prospectust ingyen küld az igazgatóság.

**Dr. Weyner Emil** kozmetikai kezelése, **V., Fürdő-utca 8.** Gyógyítás tárgyát képezik: **Női arciszőrök.** — Szeplők. — Comedo; Acne; Rosacea. — Anyajegyek. — Szemölcsök. — Arezránezok. — Hónalj-, tenyér és talp-izzadás. — Az arc- és fejbőr összes bőrbetegségei. — Hegyek. — **Tisztátalan teint** (bőrhámlasztás). — Hajhullás. — Hajfestés. — Hajbetegségek stb.

## Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet

Budapest, VIII., Muzeum-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.** Vizgyógymód. Villamozás. — Orvosi felügyelet. — Prospektus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: **Dr. Reich Miklós.**

## Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere)

dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenie, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szivneurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezetőorvos: **Rék Béla dr.**

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. (116-dik ülés 1904. október 18-dikán.) 740. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. 1903. december havi szakülés. 740. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1904. évi október hó 12-dikén.) 740. l.

## Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya.

(116-dik ülés 1904. október 18-dikán.)

Guszman József dr.: „Kísérletes vizsgálatok bőrresek implantációjával” czímen tart előadást. Kaufmann, Schweininger és Ribbert kísérleti vizsgálataiból ismeretes, hogy bőrreseknek a bőr alá való implantációját igen gyakran hámeysták fejlődése követi. Saját vizsgálatai, melyeket ez irányban végzett, az eddigiektől úgy a kísérleti eljárást, mint az implantált bőrlebens nagyságát és elhelyezését illetőleg jelentékeny eltérést mutattak s így elért eredményei is sok tekintetben részben új, részben kiegészítő adatokat nyújtottak.

Előadó állatkísérleteiből háziállatokat használt, a melyeken összesen 23 implantációt végzett. A kísérleti megfigyelés időtartama, más szóval a műteti eljárástól a kimetszésig terjedő 96 óra és 9 hét között variált. Vizsgálataival elért eredményeit a következőkben foglalja össze:

1. Kísérleti eljárása szerint végzett bőrimplantációkkal csaknem kivétel nélkül sikerült cystákat létrehozni.

2. A cysták falának egy része az implantált bőrlebensből áll, a többi része újonnan képződött. Az újonnan keletkezett cystafalrészlet kötőszöveti része a régi bőrlebensből fejlődött, hámborítéka pedig az implantált bőrlebens hámszövetéből burjánzásából ered.

3. A hámnövekedés, mely a cystaképződés alapját teszi, kétféle alakban nyilvánult. Az egyik alak azt a típust követi, mely Kaufmann és mások kísérletei óta ismeretes és a mely abban áll, hogy az implantált bőrlebens széléről a hámborítéka a szomszédos kötőszövetre lép s azt lassanként kibéleli. Ezzel szemben a hámosodásnak másik alakja úgy jelentkezik, hogy a burjánzó hámszövet a bőrlebensnek epidermális felszínéről a szemközti fekvő kötőszövetre terjed, a honnan annak felületén tovább kúszik. A lebenyen hámszövet olyképen jut a szemközti kötőszövetre, hogy vezető pályául felhasználja a lehántás által keletkezett, nagyjából hialin intracystosus összeköttetéseket.

4. A cysták falzatának újonnan kifejlődött részében a többrétegű hámborítéka magas differenciáltságán kívül főleg az a szemeszőkő, hogy elszórtan szőrtüszkőkhöz többé-kevésbé hasonló képződmények találhatók, melyek secundaer implantatio eredményeiként fogandók fel.

5. A 4. pont alatti tulajdonságok arra a fontos eredményre vezetnek, hogy a mesterségesen előidézett cysták egész kiterjedésükben szerkezetiileg az egyszerű dermoidcystákhoz igen közel állanak.

A gócsóvi demonstratioval és vetítésekkel egybekötött előadást követő discussióban részt vettek Krompecher, Goldzieher, Tellysnyiczky és Klug.

## Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon.

1903. december havi szakülés.

1. Gerő Sándor egy Röntgen-fényképet mutat be (demonstratio).

A felvétel egy jól fejlett három és fél éves fiúgyermekről eszközöltetett, a ki f. évi október hó 18-dikén egy szájjában tartott kis gyöngyház-lemezekkel készült nyelvi tollkést nyelt le véletlenül. A kés 5 cm. hosszú, 1 cm. széles s benne két kis penge s egy olló van.

A gyermeket csak 24-dikén vizsgálta meg először, de ekkor sem objectiv, sem subjektiv elváltozást nem talált, úgy hogy kétsége lehetett az iránt, vajjon a gyermek testében van-e még a kés vagy már kiürült a bélhuzamon át. Hogy ezt eldönthesse, a Röntgen-átvilágítást ajánlotta, a mi október hó 31-dikén a helybeli m. k. honvéddapród-iskola physikai laboratoriumában meg is történt.

A kés az átvilágításnál baloldalt, egy ujnyira a bordaív alatt, a bimbóvonal és a hónaljvonal közt, ferdén le- és befelé elhelyezve látszott. A később készült fényképen ugyanott látható. Az anatómiai viszonyokat figyelembe véve, azt tettelezi fel, hogy a lenyelt tollkés a harántremesében fekszik.

Meggyőződése, hogy a lenyelt tárgy, ha késve is, előbb utóbb kiürül a bélen át.

A bemutatáshoz Rácz Miksa fűzött néhány megjegyzést. Bemutató, úgy mond, azt véli, hogy a szóban levő esetben műtét szükségessége még nem forog fenn, azzal még várni lehet. E véleményhez, szerinte, szó fér, mert a műtét esélyei, ha a lenyelt s a bélhuzamban fennakadt tárgy körül lobosodás támad vagy bélelzáródás következik be, legalább tíz százalékkal rosszabbak.

Edelmann Menyhért, a ki a gyermeket, a kinél a Röntgen-átvilágítás eszközöltetett, közvetlenül a tollkés lenyelése után észlelte s azóta is állandóan megfigyeli, elmondja, hogy a gyermeknek közérzése kifogástalan, kellemetlensége, fájdalma egyáltalában nincs, sem emésztési és székletési zavara. Az idegen test a hasnak legmondosabb vizsgálatánál a hasfalán át nem tapintható. A műtétet ez idő szerint ő is mellőzhetőnek tartja, csak azt tartja szükségesnek, hogy az átvilágítást időnként megismételjék, hogy a lenyelt idegen test holléte és helyzete megállá-

pítható legyen. A várakozás annyival is inkább megengedhető, mert nem lehetetlen, hogy még hosszabb idő után, hetek, hónapok elteltével is eltávozik a bélhuzamon át a lenyelt tárgy.

2. Rácz Ödön a nagyváradi gyermekmenhely működését ismerteti s ennek keretében az intézeti csecsemőápolásról szól.

A nagyváradi (volt felérkereszt egyleti) gyermekmenhely 1900. évi szeptember hó 1-én a hygiene követelményeinek megfelelő új helyiségben s a helybeli bábaképezdeben ápolásba begyakorolt személyzettel kezdte meg működését. Az intézetben bő dajkaanyag állt rendelkezésre a helybeli bábaképezde igazgatójának szívességéből.

A gyermekmenhely mellett levő házban volt két elkülönített szoba gyermekek s a csecsemőkkel jött anyák számára, a honnan csak kellő megfigyelés után juthattak a gyermekmenhely terméibe. Az elkülönítő helyiségben gyakran kellett a járvány-kórházba utasított gyermekek után fertőtleníteni; magában a gyermekmenhelyben járvány sohasem volt.

Az aseptikus üzem követelményeinek eleget teendő, gondot fordítottak a tisztaságra, arra, hogy a használati eszközök megfelelőek legyenek, továbbá a bútorok vasból és üvegből készültek, az antisepsis követelményeinek igyekeztek megfelelni a szoptatásnál, kézmosásokkal, pelenkák bőséges használatával. A fürdőkádak is számozva voltak.

Nagyváradon megbízható nevelőszülők álltak rendelkezésre, úgy hogy a csecsemőknek egy részét, a javulófélben levőket, megnyugvással lehetett rájuk bízni. Az ilyen csecsemőket kellő időközökben ellenőrzés végett behozták az intézetbe.

Az intézetbe felvett csecsemőket részint az anyák, részint az intézeti dajkák szoptatják. Az intézetbe azért vétettek fel, mert betegek s ott várják le az időt, míg alkalmas szoptatós dajkához külső gondozásba voltak adhatók, vagy szoptatós anyjukkal együtt adhattak ki valamely telepre.

A menhely kötelékébe mintegy 4-5-ször annyi csecsemő tartozott, mint a mennyinek intézeti kezelésben lehetett része. A felvételi vizsgálat után azonnal külső gondozásba adhattak s csak a megállapított időközökben, az ellenőrzési szemléken voltak orosi vizsgálat tárgyai.

Az osztályra felvett csecsemők 1-2-3-4-5 hónapos csoportokra osztottak. Ugyanily korszerinti csoportokra osztottak külön azokat, a melyeket egészségesen és azokat, a melyeket betegben vettek fel. Külön csoportokba vétettek azok a gyermekek, a melyeket, részint, egészségesen, részint betegben felvéve, három napnál kevesebb ideig ápoltak az intézetben. Az utóbbiaknak minimális súlyváltozásai nem bínak fontossággal, mert erre oly külső okok folynak be, a melyek az intézeti ápolással nem hozhatók összefüggésbe, így pl. a szopós csecsemő a faluból a városba költözik, az úton hideg vagy meleg hat rá s a beszállítás közben a kellő tisztántartás is hiányzik, továbbá az anyanélkülieknél a táplálkozásul nyert tej is változik stb.

Külön csoportba vétettek az 1-5 hónapos csecsemők is, a melyek három napon túl maradtak az intézetben, de súlyuk nem változott.

(Folyt következik.)

## Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1904. október hó 12-dikén.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Feldmann Ignác.

Elnök az ülés megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Kaveczky Béla és Balás Dezső tagtársakat.

## Echinococcus prostatae esete.

Kaveczky Béla: V. K., 46 éves, földmives, folyó évi szeptember 4-dikén vétetett fel az új szent János-kórház sebészeti osztályára. Vizelete ez év elejétől időnként elrekedt; jelentkezőkor teljes retentio. Puha katheretrel csapolható, kemény a prostata táján megakad. Végbélben át a prostata magasságában ülő kis gyermekfejnyi, gömbölyű, fluctuáló daganat tapintható, mely a végbél mellső falát a keresztcsont felé lenyomja. A végbélben át megejtett próbapunctio vizes, fehérje-mentes, nagy nyomás alatt ürülő folyadékot ad, melyben mikroskop alatt echinococcus-horogra gyanús képlet található.

Szeptember 9-dikén. Perineális harántmetszés, a tömlő fölkeresése s az echinococcus-hólyag eltávolítása a prostata bal lebenyén át készített nyíláson. A hólyagcsőbe bevezetett itinerarium a hólyagcső prostatikus részén beszakadt. Állandó katheret, nyílt kezelés jodoformgaze-esíkokkal. A tamponade első cserélését követő 38.7 C.º hőemelkedéstől eltekintve, lefolyás láztalan.

Szeptember 16-dikán éjjel a beteg székelés közben kötését eltávolítja, mire a hőmérséklet rázóhideg kíséretében 39.9 C.º-ra emelkedik; másodnapra rendes hőmérséklet s ettől fogva zavartalan sebgyógyulás. A hólyagcső sebé miatt alkalmazott állandó levezető katheret október 3-dikán távolították el végleg. A vizelet kissé genyes, zavaros, naponta 2 gm. helmitol és hólyagöblítések. Vizeletürítés teljesen zavartalan. Végbélvizsgálatnál a jelenállapot normális.

Az irodalomban ismeretes prostatatájéki echinococcusok száma 17. Ezek közül Socin és Nicaise ötöt ismer el, mint valószínűleg a prostatában ülőket. A feltétlen bizonyíték azonban ezeknél is hiányzik. Esetükre is csak annyit mondhatnak, hogy az echinococcus székhelye a prostatát körülvevő kötőszövet. A fent említett esetekkel szemben esetükben előzetesen megállapított kórhatározás alapján tudatosan történt a prostata környékén élő echinococustömlő eltávolítása.

**Az alsó állkapocs teljes hiánya.**

**Balás Dezső:** Bibra és Geist klinice és experimentális úton végzett alapos tanulmányaiból positive tudjuk, hogy a gyufagyárakban 2-5 százalékban fellépő állkapocs-bajokat egyedül a phosphorgözk okozzák. Ama kérdés, hogy a phosphorgözk mi módon hozzák létre a csontban az első pathologiai elváltozást, még többé-kevésbé homály fedti. Legújabb időkig Wagner állatkísérletei alapján az a nézet volt irányadó, hogy a phosphornak különösen a cariosus fogakon át való direkt és lokális behatása hozza létre a nekrosist. Ezzel a nézettel szemben újabban Schuchardt, Stubenrauch, Kosinszki vizsgálatai alapján mindinkább tért hódít ama nézet, hogy nem a phosphorgözknek a periostra jutó direkt hatása hozza létre az elhalást, hanem belégzés útján a vérbe jutott phosphor a csontrendszer általános megbetegedését hozza létre, mely megbetegedéshez társuló, mikro-organismuskok által létesített gyuladás váltja ki aztán közvetlen a nekrosist, de e mellett fel kell venni, hogy az állkapocs egyenesen disponál a nekrosisra. E nekrosis az állkapocsban Stubenrauch szerint úgy jönne létre, hogy a vér útján hozott phosphor léte-itené az állkapocs csontvelő-állományában az elsődleges elváltozást, és pedig a phosphor izgató vagy gyuladást okozó hatása folytán az állkapocs csontvelő-állományának szaporulata jön létre. Ez elváltozás azonban latens marad mindaddig, a míg a többnyire cariosus fogakból kiinduló infectio folytán genyes periostitis lép fel s ez utóbbi idezi elő a már előzőleg a phosphor által módosított csontban az elhalást. Tehát elsődleges, a vér útján hozott phosphor által okozott csontszaporulat, és csak másodlagos, a cariosus fogakból, vagy ezek nélkül is kiinduló genyes periostitis által okozott elhalás.

(Folyt. következik.)

**Első Leánykihazásítási Egylet m. sz. Gyermekek- és életbiztosító-intézet.** (Budapest, VI., Teréz-körút 40-41.) Alapított 1863. éven. Folyó év november havában 1.613.400 k. értékű biztosítási ajánlat nyújtott be és 1.351.900 k. értékű új biztosítási kérvény állított ki. Biztosított összegek fejében 118.165 k. 97 f. fizetett ki. 1904. január 1-től 1904. november 30-ig biztosított összegek fejében 861.754 k. 27 f. fizetett ki.

**PÁLYÁZATOK.**

4251/1904. szám.

Torontál vármegye antalfalvai járásába bekebelezett **Csenta községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedett, erre ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket hozzám 1905. évi január hó 10-dikéig nyújtják be. Az orvos javadalmazása: 1. Évi fizetés 1600 korona. 2. A szabályrendeletben megállapított halottkemi, hússzemlézeti és 40 fillér helyi látogatási díjak. Figyelmeztetnek végül pályázók, hogy a megválasztandó kórorvos a községi s kórorvosok nyugdíjintézetébe tartozik belépni. Antalfalva, 1904. évi december hó 1-sején.

3-1

*Lowieser Imre, főszoigabiró.*

2476/1904.

A lemondás folytán üresedésbe jött **ókrösi kórorvosi állásra** pályázatot nyitván, mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják felhívom, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesítésüket, továbbá eddigi alkalmaztatásukat és a nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi december hó 12-dikéig annyival is inkább nyújtják be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni. A román nyelvet bíró pályázók előnyben részesíttetnek. Javadalmazás: 1. 1000 korona évi fizetés, mely évnegyedes részletekben a vármegye pénztárából, január, április, július és október hónapok első feleiben utólagosan fizetetik. 2. Természetbeni lakás, mely áll: 3 szoba, konyha, kamara, továbbá egy különálló rendelő-szoba, udvar és konyhakertből. 3. Ókrös községtől 40 korona, Bogy községtől 10 korona halottkémlési díj. 4. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, mely esetleg alkü-egyezmény útján megváltatik, 80 fillér beteglátogatási, 40 fillér vénnyirási díj. 5. Az Ókrös községben levágot marháknak megvizsgálásáért, ha a megválasztandó kórorvos a vágatási biztosi teendőket elvállalja, a szabályrendeletileg megállapított díjak. 6. A megválasztandó kórorvos részére a vármegye alispánja által a kézi gyógyszerár engedélyezése kilátásba van helyezve. A választás folyó évi december hó 17-dikén d. e. 10 órakor Beében a körjegyzőségi tanácssteremben fog megtartatni. Béél, 1904 évi november hó 15-dikén.

3-3

*Éder Géza, főszoigabiró.*

A máramarosvármegyei közkörhazban megválasztás folytán egy **segédorvosi állás** jött üresedésbe, mely mielőbb betöltendő. Az állás javadalmazása évi 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, villamos világítás és elsőrendű élelmezés. Felhívatom azon nőtlen orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényeiket egyenesen hozzám nyújtják be. Máramarossziget, 1904. évi december 6-dikán.

3-1

*Szilágyi István dr., igazgató-főorvos.*

A „Budapesti Általános Munkásbetegsegélyző Pénztár“ Csepel községben második pénztári orvosi állást szervez évi 1200 korona kezdőfizetéssel. Ajánlatok a pénztár főorvosához (Budapest, VII., Dob-utca 75. sz.) intézendők, a hol bővebb felvilágosítás készséggel adatik. Az „Általános munkásbetegsegélyző pénztár“ igazgatója.

4251/1904. szám.

Torontál vármegye antalfalvai járásába bekebelezett **oppovai kórorvosi állás** lemondás folytán megüresedett, erre ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket hozzám 1905. évi január hó 10-dikéig nyújtják be. Az orvosi javadalmazás: 1. Évi fizetés 1800 korona. 2. A szabályrendeletben megállapított látogatási és hússzemlézeti díjak. Figyelmeztetnek végül pályázók, hogy a megválasztandó kórorvos a községi és kórorvosok nyugdíjintézetébe tartozik belépni. Antalfalva, 1904. évi december hó 1-sején.

3-1

*Lowieser Imre, főszoigabiró*

1624/1904. ki. sz.

A váli kórorvosi körben, Váli székhelyvel lemondás folytán üresedésben levő **kórorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A körhöz tartozik Váli, Tabajd, Gyuró és Kuldó község; székhely: Váli. A kórorvos javadalmazása fuvarátalánnyal együtt: 1. Váli község pénztárából . . . . . 790 korona 2. Tabajd „ . . . . . 428 „ 3. Gyuró „ . . . . . 324 „ 4. Kuldó „ . . . . . 58 „

összesen: 1600 korona

mely összeg a községek által előleges havi részletekben fizetetik; a váli uradalmi orvosi teendők külön díjaztatnak. A kórorvos tartozik a körhöz tartozó községekben a községi előjáróságokkal közösen megállapítandó határnapon hetenként egyszer megjelenni; nappali látogatási díja 50 fillér, az éjjeli 1 korona; Váli községben a halottkémlésért esetenként 50 fillér. Felhívatom mindazok, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy oklevelükkel felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi december 21-dikéig adják be; a később érkező kérvényeket figyelembe nem vétetnek. A választás határnapjával folyó évi december hó 22-dik napjának reggeli 9 óráját Váli községházához kitézőm. Váli, 1904. évi november hó 29-dikén.

*Szűcs Jenő, főszoigabiró.*

5809/1904. eln. szám.

A városi közkörhaznál rendszeresített és főispáni kinevezés útján 3 évi időtartamra betöltendő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Ezen állás javadalmazása 1000 korona évi fizetés, a közkörhazban kötelező lakás, ennek fűtése és világítása. Felhívom ennél fogva mindazon nőtlen orvostudorokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy minősítettségüket és netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Szeged sz. kir. város főispáni hivatalához (városi széképület) folyó évi december hó 27-dik napjának délutáni 5 órájáig nyújtják be. Szeged, 1904. évi december hó 1 sején.

*Lázár György dr., polgármester.*

**Egyéb üresedésben levő állások.**

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
decz. 15.	közs. o.	Óbecse	1600, 400 k. m. trach.-o.	Balaton Gyula dr., fszb.
" 15.	kórorv.	Szász-Csanád	1700 k., 300 k. fuvar	Simonffy Alajos fszb., Balászfalva.
" 15.	vár. orv.	Zályom	1200 kor., 300 kor. lakb.	Polgármester
" 21.	k. s.-orv.	Torda	1000 kor., lak., élelm.	Betegh alisp., Torda
jan. 10.	kórorv.	Mocsolya	1400 k., 600 k. fuvar, szabad lakás	Tarján Miklós fszbiró Zilah

**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 hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

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

**MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.**

Modernül berendezett intézet **tüdőbetegek** számára. Mérsékelt árak. Prospektus.

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

Szag és íz nélküli a

**Zoltán-féle Csukamájolaj**

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitűnő hatású: táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus és scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál. — Készítője:

**ZOLTÁN BÉLA** gyógyszerész, Budapest, V., Szabadság-tér

Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.

! AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITŰNTETÉST NYERT !

**firco**

vasútállomás, nemzetközi klimatikus téli gyógyhely, délszaki dús növényzettel. Kiváló előnye teljes szélmentessége a téli hónapokban. Kitűnő szállodák s sanatorium módjára berendezett pensiók mérsékelt árakkal. Mindennemű vízkúrára berendezett fürdőház, fedett sétány, zenekar, olvasóterem, villamos világítás, vízvezeték, posta, távirda, telefon. Készséggel nyújt felvilágosítást a gyógyhely magyar orvosa

**Dr. Gáger Károly**kir. tanácsos,  
nyáron fürdőorvos Gasteinban.**Dr. PAJOR**

vízgyógyintézetének

— Budapest —

Szentkirályi-utca 14. sz.

gyógytényezői: Póstényi iszap (fango) kúra, széküldés házi kúrákhoz is a főnti főraktárból Szentkirályi-utca 11. szám. Inhalatorium és pneumatikus kúra a légzőszervek hurutja és asztmáinál. Szénsavas fürdők (nauheimi gyógymód). Teljes vízgyógyító i. Massage, elektrotherapi, fényfürdők. — Telefon 6004. — Prospektus.

**Málnási  
Mária-  
forrás**

A légzőszervek és bélhuzam hurutos bántalmainál a seltersi és gleichenbergi vizeket jóval fölülmúlja, gyomorégéseknél páratlan hatású.

Budapesti vezér-  
képviselőség: **Nádas Márton** VI., Csenzeri-u.  
66. Telefon 238.Kapható minden gyógyszertárban, drogue-  
riában és fűszerkereskedésben.Természetes alkalikus  
— sós savanyúvíz —

Kútkelzés: Brassó.

Verlag von Georg Thieme in Leipzig.

Épp megjelent:

**Pathologie und Therapie**

der

**Niereninsuffizienz bei Nephritiden.**

Auf Grund eigener Untersuchungen

von

**Dr. Géza Kövesi und Dr. Wilhelm Róth-Schulz.**

Az előszót írta Prof. Dr. Korányi Sándor.

A budapesti kir. orvosegyes. által a **Balassa-pályadíjjal** kitüntetve.

Ára Mk. 7.

Kötve Mk. 8.

Javalva

**vérszegénység, angolkór,  
ideggyengeség,****vérbomlás és kimerültségi állapotok**

minden fajánál mint

**leg hathatóbb erősítő szer**

és

**megbízható****idegzsongító.****SANATOGEN**

Teljesen

inger nélküli,

kifogástalan ízű,

betegek szívesen veszik be.

Orvos uraknak kísérleti anyagot és irodalmat  
kivánatra ingyen és bérmentve küld**Bauer & Cie.,** Sanatogenwerke,  
**Berlin, SW. 48.**

## SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D<sup>s</sup>EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachit s.  
Kapható minden gyógyszerárban.

### Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.

Pharmaceutikai készítmények osztálya.

**Orexin-Tannat** Legjobb stomachicum, teljesen izte-  
len, biztos hatással **étvágyhiány,**  
**hyperemesis gravidarum** és a **tengeri és vasúti**  
**utazásnál** fellépő kellemetlen tünetek ellen. **Orexin-tablet-**  
**tek és -csokoládé-tablettek** à 0.25 gr.

**Bismutose** Biztos, teljesen ártalmatlan **adstringens**  
**bélbajoknál**: izgatást enyhítő **protec-**  
**tívum ulcus ventric., hyperaciditás** stb. ellen. Ada-  
golás: felnőtteknek 3-5 gr. óránként, kávéskanálanként, gyer-  
mekeknek 1-2 gr. óránként, felkeverhető mixturában vagy  
rizslevesben.

**Dormiol** Gyorsan ható **altató szer** 0.5-3.0 gr. adagok-  
ban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hát-  
rányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák**  
à 0.5 gr.

**Jodol** Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem**  
**mérgező.** Mindennemű syphilitikus betegség ellen,  
sőt kiváló hatással (0.4-2.0 pro die) mint a jodkalium pótléka  
belsőleg is alkalmazható.

**Menthol-Jodol** Különösen alkalmas befúvásokra a  
rhinolaryngologikus praxisban.

—> Irodalom ingyen és bérmentve. <—

Vegy, görcsövézeti és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUM

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

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

Dr. **MÁTRAI GÁBOR** v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

## Doctor úr!

Van szerencsém tudomására hozni Doctor úrnak, hogy  
engedélyezett kakukfű gyomorszeszemet

## Tinct. Thymi

composita néven forgalomba hoztam Ezen különlegességem a  
Thimos és menthol közös hatása folytán gyomor- és tüdőbajosok-  
nál feltűnően kedvező, már maga az a tény, hogy különlegességem  
engedélyeztetett és több neves orvos kísérlete alapján oda nyilat-  
kozott, hogy felnőtteknél idült gyomor- és bélbajoknál, továbbá  
a légzőszervek bántalmainál különlegességem páratlan jó hatású-  
nak bizonyult.

Nőknél terhességi hányásnál, valamint havi méhgörcsnél  
hatása nagyon kedvező; ajánlja, hogy kísérletet tegyen Doctor  
úr is ezen különben egészen olesó szerrel, mely 80 grammos  
üvegekben 1.20 fillérért minden gyógyszertárban rendelhető.

Különlegességemet szíves figyelmébe ajánlva, maradtam  
tisztelettel

**Lőrinczy László,** gyógyszerész  
Békés-Csabán.

**Főraktárak:** Budapestén Török és Egger gyógyszertárban,  
Thalmayer és Seitz, Kochmeister Frigyes utódai  
uraknál. Aradon Wojtek és Weisz uraknál.

## CREOSOTAL és DUOTAL „Heyden“

elismert megbízható gyógyszerek **tüdögümökör, tüdőlob,**  
**hörghurut és görvélykór** ellen. Minden zavaró mellék-  
hatás nélkül, nem bír a Kreosot és Guajacol mérgező  
hatásával, rossz szagával és ízével. A gyomrot és belet  
sohasem izgatja. Hasmenés, émelygés, hányás nem for-  
dul elő. Nagy adagokban is igen hasznos. Nagy fokban  
étvágygerjesztő. A közérzet gyorsan javul, a táplálkozás és  
erő nagyon fokozódik, a köhögés és köpet csökken. Első  
stadiumú tüdővész már néhány hónap alatt gyógyítható.

**CALODAL.** Könnyen assimiláló fehérvyékészít-  
mény **subcutan** és különösen **rec-**  
**tal,** valamint per os **tápszer gyanánt.** **Calodal-tápcely-**  
**mák** olesók, könnyen elkészíthetők, jól resorbálhatók és  
a bélben való rothadásnak inkább ellentáll, mint más  
tápcelysma.

Mintákat és irodalmat küld:

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

## Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13-15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvétetnek férf-  
és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége-  
és szembántalmakkal; hiszló kúrák. Gyógykezelés tetszés szerint  
bármely tanár vagy specialista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó  
ellátás. Telefon. Prospectus.

## Lecithin Richter

Indic.: Neurasth., Rhachitis, Tbc., a testsúlyt növeli.

## Ol. jecoris aselli c. Lecithino Richter

Legtisztább és leghatékonyabb csukamájolaj főleg gyermekeknek  
görvélykór és angolkór ellen.

## Tabl. Lecithini Richter

0.05 és 0.025 gm.

## Lactolecithin Richter

Lecithines tejezukurpor.

## Tonogen Suprarenale Richter

Solutio 1:1000.

Indic.: Vértelenítés, vérzescsillapítás, vérnyomásfokozás.

Lagen. orig. min. = 15 gm. Lagen. orig. maj. = 30 gm.

**Főraktár**

## Richter G. „Sas“-gyógytára

Budapest, IX., Üllői-út 105.

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

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: Bókay Árpád, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kéty Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Donath Gyula: Közlemény a szt. István-kórház idegosztályából. A nemi perversiók psychopathológiájához. 742. lap.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros-osztályáról. A lupus pathogenesiséről és terapiájáról. 745. lap.

Hógyes Endre: A budapesti Pasteur-intézetnek 1903. évi kimutatása. 747. lap.

Közegészségügy. Az érvényben lévő gyógyszerárshabályhoz kiadott függelék. — A galicziai illetőségű betegeknek magyarországi kórházakban való ápoltatása. 749. lap.

Tárca. Ráskai Dezső: Metschnikoff könyve. 749. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Ráskai Dezső: A prostata hypertrophia tanának mai állása. 750. lap. — Könyvismertetés. C. J. Eberth: Die männlichen Geschlechtsorgane. (P. Icker Rezső.) 751. lap. — Lapszemle.

Sebészet. Engelhardt: Az aether-narcosis hatása a vörösvérsejtekre. (Lobmayer Géza.) — Liermann W.: A csonttörések kezelése. (Christián.) — Kisebb közlemények az oroszgyakorlatra. Hald: Veronal-mérgezés. — Burton G. Thomas: Somatose. — Fuchs és Schultze: Neuronal. — Folyóiratok átnézete. 752. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az Országos Közegészségügyi tanács. — Kinevezés. — Jubileum. — Oklevél-bemutató. — A budapesti orvosi kör országos segélyegylete. — A Nobel-díj orvosjelöltje. — Bársony professor poliklinikája. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület. — A szabadkai önkéntes mentőegyesület. — Megjelent. 752. lap. — Pályázatok. — Hirdetések. Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Természettudományi társulat élettani szakosztálya. — Közkórházi orvostársulat.

Melléklet. A budapesti kir. Orvosegyesület 1904. december hó 10-dikén tartott 67-dik évvárosi rendes közgyűlése. — E. Merck vegyészeti gyár „Dionin” című prospektusa.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Közlemény a szt. István-kórház idegosztályából.

#### A nemi perversiók psychopathológiájához.<sup>1</sup>

Irta: Donath Gyula dr. m. tanár, rendelő orvos.

Mi sem látszik ellentmondóbbnak mint a nemi ösztön azon beteges nyilvánulásai, melyek jellemezve vannak egyrészt kegyetlen cselekedetek, vérontás, sőt még gyilkosság által is, másrészt teljes és feltétlen alárendelés, fájdalomelszenvedés és a másnemű lénybe való mintegy beolvadás által, melyek a fajfenntartás céljával vagy egyenesen ellenkeznek, vagy legalább is idegenszerűnek tünnek fel. Már a hellen mythológiában és művészetben is találkozunk ezen hatalmas jelenségekkel: gondoljunk csak a Mainadokra, a kik a Dyonisios ünnepeken élő gyermekeket, majd később állatokat téptek szét, annak meleg húsát ették és vérért itták; Medeára, ki szerelmi őrjöngésében öcsesét Absyrtost szétdarabolta és a tengerbe dobta; vagy ismét Heraklesre, a ki mint Omphale királynő rabszolgája egész nőies természetűvé lett, női ruhában járt és női munkát végzett, vagy Achilleusre, ki Lykomedes király leányainál női ruhában tartózkodott, mert az énekek éneke is zengi már, hogy „a szerelem erős mint a halál” (VIII. b.). Mindezek dacára csak a legújabb időkben és pedig főleg Krafft-Ebing, Moll, Eulenburg, Lombroso és Havelock-Ellis munkálatainak sikerült ezen jelenségek értelmezését tudományos alapra fektetni.

A sadismus, azaz a kéjes izgalommal járó erőszakos alávetése a más nembeli személynek és azzal való kegyetlenkedés, Krafft-Ebing szerint teljes ellentéte a masochismus-nak, a mely az egyén feltétlen alávetése oly személyek akaratának, kiktől a masochista durva bánásmódban részesülni és megaláztatni akar,

<sup>1</sup> Az országos elmeorvosi értekezlet 1904. október 24-diki ülésén tartott előadás nyomán.

mely képzetek nála kéjérzést keltenek. E mellett azonban az mellékes szerepet játszik, hogy ezen sadistikus vagy masochistikus cselekmények valósággal végrehajthatnak-e, vagy csak a képzeletben léteznek. Ama tény, hogy úgy a sadismus mint a masochismus a nemi izgalom előidézésének eszközeül szolgál, hogy továbbá e téren, a mint ez mindinkább kiderül, mindenféle átmeneti és vegyes alakok léteznek, arra utal, hogy egy közös okát keressük ennek a két egymáshoz közelfekvő perversionnak.

Maga Krafft-Ebing<sup>1</sup> is észlelt sadistákat, kik a masochismus gyenge nyomait mutatták, az én esetemben pedig egy képzeleti masochista sadistikus hajlamokat mutat. A sadismus és masochismus tehát egy és ugyanazon alappal bíró jelenségnek két szélsőségét képezik, a mit Krafft-Ebing már maga is sejtett, midőn ő a két psychikus processust végeredményében egyezőnek tartja, legyen az bár activ vagy passiv irányban nyilvánuló megalázás. Azonfelül mindkettő originaer psychopathia, mely psychikailag abnormis egyéneknek fordul elő, kik nemi hyperaesthesiában vagy, mint Eulenburg<sup>2</sup> helyesen nevezi, hypererosiában szenvednek. Hogy ezen perversiók a világra hozatnak, azt mutatja fiatal fiúk és leányoknál észlelhető fellépése, gyakran oly gyermekeknek, a kikkel soha rosszul nem bántak, vagy sehol meg nem alázták őket és mielőtt még a nemi ösztön ébredéséről beszélhetnénk, mint a hogy ez jelen esetemben is volt.

A sadismus és masochismus közös gyökere mélyebben fekszik és azt hiszem, hogy Havelock-Ellis<sup>3</sup> azt joggal keresi az állati udvarlás tüneteiben. A him itt az activabb szereplő, aggressiv, üldöz, néha fájdalmat, sőt sérülést is okoz; magasabb rendű állatoknál a hímek gyakran élet-halál harcra vívnak a nőstényért. A nőstények inkább passive viselkednek, féltékenységet mutatnak, menekülnek a hím elől, tényleg vagy csak látszólagosan. Csak

<sup>1</sup> Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis, Fischer Jakob dr. magyar fordításában 134—135. oldal.

<sup>2</sup> Eulenburg: Sexuelle Neuropathie. Leipzig 1895. 90. oldal.

<sup>3</sup> Havelock-Ellis: Das Geschlechtsgefühl. Deutsch von H. Kurella. Würzburg, 1903. 66. oldal.

ritka esetekben észleljük, hogy állatoknál a szerep felcserélődik, például a pókoknál, a hol a hím életveszély közt termékenyíti meg a bőszi kirohanásokat intéző nőtényt, vagy a méheknél, a hol a herék a rajzásnál életükkel fizetnek.<sup>1</sup> Vad népeknél ma is előfordul, hogy a férfi a nővel szemben brutalisan viselkedik, különösen ha azt egy idegen törzsből elrabolja, ilyenkor ő azt bot- vagy bunkóütésekkel önkivületi állapotba hozza. Mindezen cselekmények heves izgalommal, vadsággal, haraggal, erőszakoskodásokkal, sőt vérengzéssel mennek végbe és még köztünk is, a civilisatio daczára, a véres szerelmi drámák napirenden vannak. A harag, ép úgy mint a fájdalom, hatalmas izgalomkeltők, melyeknek általános stimuláló hatásuk a nemi sphaerára is kiterjed. A mi a fájdalmat illeti, úgy ennek jelentőségét a sadismus és masochismus jelenségei eléggé bizonyítják, a mi pedig a haragot illeti, mely gyakran a fájdalomszervenvedés következménye, erre vonatkozólag észleletek vannak (*Krafft-Ebing*), hogy a férfi gyengült nemi ösztönnél a coitust csak úgy volt képes végezni, ha sikerült magát mesterségesen felharagítani. Az inkább férfias *sthenikus* izgalom, a *harag* és az inkább nőies *asthenikus* izgalom, a *félelem*, így véli *Havelock-Ellis*, alapizgalmai az állati életnek. Minden állat létét részben annak köszöni, hogy a gyengébb rivalisokkal szemben a harag, az erősebbekkel szemben a félelem érzete nyilvánul nála. Ebből következik, hogy ezen két hatalmas ösztön mélyen és erősen gyökeredzik az állatvilágban, a hová mi is tartozunk. A hím az udvarlásnál harezvágyát mutatja, a nőtény pedig félelemteljes hangulatokat. Az erőszakos cselekedetekkel járó sadismus, mely fájdalmat okozni akar, úgy tűnik fel, mint a férfi jellemvonásának kóros fokozódása, míg a masochismus, mely megaláztatást és fájdalomszervenvedést keres, a női jellem kóros túlhajtásának tekinthető, a nélkül azonban, hogy az előbbi kizárólag a férfinemre lenne korlátozva; sőt épen a masochismus, mely legkezdetlegesebb alakjaiban a nőnél nagyon általános jelenség, kifejezetten kóros alakjaiban majdnem kizárólag a férfinemnél fordul elő, mert a szokás és illem, de különösen a szeméremérzet a nőnél e kóros formák megnyilvánulásainak gátat vetnek. Elkezdve a gyengéd ütögetés és veréstől, a becéző sértetésektől a szerelmi harapásig, a hol már vér folyik, de a melyek még mind a physiologiai határok közt mozognak, mindenféle átmeneti alak van egész a legborzalmasabb kéjgyilkosságokig, a mint a magyar történetből *Báthory Erzsébet* vérengzései is ismeretesek, ki kéjvágyát csak fiatal leányok leölésével bírta kielégíteni.

A verés, akár tevőlegesen, akár szenvedőlegesen alkalmazva, gyakran váltja ki fiatal fiuknál és leányoknál az első homályos sexualis felgerjedést, azért, mert, mint *Havelock-Ellis* kifejti, az alaperjedelmeket, melyek az állatok udvarlásánál is oly fontos szerepet játszanak, t. i. a haragot és félelmet felkeltik. Ezek mellett a mezítelen testrészek látása is néha fontos szerepet játszik. Hogy a verés nemileg izgató hatást gyakorolhat még felnőttekre is, az ismeretes; egy idevágó történelmi példa *Medici Katalin* esete, a ki legszebb udvarhölgyeit lemeztelenítve sajátkezüleg megvesszőzte.

Úgy a sadismusról mint a masochismusról, *Havelock-Ellis* szerint, nem a kegyetlenség, hanem a fájdalom a fődolog, melynek általános emotiót keltő és ezáltal a nemi sphaerát is izgató hatása után vágyik az illető; tehát ebben is mutatkozik a két jelenség közös eredete, melyek különben — a mint már említettem — egy és ugyanazon egyénben is előfordulhatnak, minélfogva ezen vegyes alakok számára a *Schrenk-Notzing* által ajánlott *algolagnia* (fájdalmas kéj utáni vágy) közös elnevezés a leghelyesebb.

A normális organismusnak természetesen nincs szüksége ilyen eroticákra, de psychikailag degenerált vagy abnormis egyének, ép úgy esetleg gyermekek is vagy öregek, hamar reábukkanak az ilyenfajta ingerekre és nemi képességük emelésére ezeket

<sup>1</sup> Kiváló lepkészünknek, *Uryk Nándor* dr. collegánknak és barátomnak köszönöm még a következő adatokat: ő maga észlelte, hogy a keresztes pók (*Epeira diadema*) nőténye párzás közben az ügyetlen hímét felfalja, valamint hogy az egyenesszárnyúak (*orthoptera*) közül a vándorló manó (*mantis religiosa*) a hímét élvezettel megeszti. Egyéb-iránt ez a szokás az *orthoptera*knál és ezek közül különösen a fülbemászófélekénél (*Forficulaceae*) rendes dolog.

veszik igénybe. Ezen nemi túlizgékonyosság könnyen imponálhat fokozott potentiának, de valójában csak az izgékony gyengeség jellegét viseli magán.

Az általam megfigyelt eset a következő:

Sz. R., 23 éves, nőtlen színész. 1904. február hó 28-dikán nemi perversitas, impotentia és ezzel összefüggő izgalmi állapotok miatt vétette fel magát osztályomra.

Atyja hastyphusban halt el, anyja és két testvére él és egészséges, egy unokaöcsese atyai részről tébolydában halt meg, 35 éves korában. Beteg állítólag borotválás közben nyakán luest aquirált. A primaer sclerosis négy hét alatt gyógyult meg, mely után testén állítólag kiütések léptek fel. Beteg az iskolában mindig jól tanult és jó emlékező tehetsége volt. Ezen jó emlékező tehetsége színész korában is megmaradt; tanulás nélkül, sugó után el tudta mondani szerepét, e miatt igazgatója többször pénzbüntetést szabott reá, a mivel ő egyáltalán nem törődött. Jó humora miatt igazgatói mindig szerződtek.

Az egyén kissé gyengén fejlett és táplált, anaemiás, neuropathias küllemmel. Physikai degeneratio jelei hiányzanak. *Látási* élesség mindkét oldalt teljes, színlátás jó, látóterek rendesek. *Hallás*: Weber jobbra. Rinne j. o. negatív; óráketyegést nem hall. A jobboldali rossz hallást a jobb dobhártya hiánya magyarázza meg. *Szaglás* normális. *Izlés*: chinin és cukor ízét a nyelv mindkét oldalán jól érzi, a konyhasó és az ecet ízét jobboldalt keserűnek mondja, baloldalt ellenben mindkettőnek ízét normálisan jelzi. Sensibilitás intact. Mozgási, érzési sphaerában zavarok nincsenek. Csekély dermatographia. A tonsillák mindegyikén egy-egy luetikus plaque.

A beteg saját kórképének leírását, melyre felszólítottam, lényegtelen rövidítésekkel a következőkben adom:

„Nyolcz éves vagy még fiatalabb koromban gyakran tünődtem azon, hogy miért nem olyan nagy növésű és erős termetű az én anyám, mint az akkori szomszédnők. Tíz éves koromban Sz. városban laktunk egy parasztházban. Ebéd után a kertben tanultam, a mikor egyszerre kinos jajgatás zavart meg tanulásomban. A hang a kert vége felől jött; a kíváncsiság oda vitt, a hol láttam, hogy a házban lakó parasz-asszony velem egykorú fiát irgalmatlanul elnadragolja. Az egész dolgot a legnagyobb hidegvérrel néztem és szinte képes örömet éreztem; addig a világot sem mentem volna el, a míg az említett parasz-asszony a fáradtságtól majd össze nem esve, eleget nem tett anyai kötelességének. Miután végig élveztem barátom szervenvedését, elővettem a könyvet és tovább tanultam. Másnap, a mint hazafelé tartok, különös érdeklődéssel viseltettem a paraszasszonyok iránt, többnek olyan fucsán nézhettem a szemébe, hogy nemesak erősen megnéztek, de vissza is fordultak utánam. Lehet azonban, hogy ezek csak túlesigázott agyammak képzelődései voltak.

Már be akarok térni a kapun, a mikor a szóban forgó parasz-asszony (a gyermek anyja) jön velem szembe az utcára tartva, és én, a helyett, hogy már meglehetősen éhes állapotban haza mennék, kapom magam, és az asszony után mentem, hogy miért, azt nem tudtam, csupán ösztönöm vitt. Nekem elég volt az, hogy látom meglehetősen vastag és ugyanolyan piszkos vádlóját, hatalmas farát, meztelen karjait és lelógó mellét. Egy boltba ment vásárolni; megvártam a míg kijön, és mindig nyomában voltam egész hazáig. A gondolataimra már nem tudok visszaemlékezni, csupán a tényre. Alig vártam, hogy megebedjek. Már délután 4 óra lehetett, a mikor a régen várt hölgyet a kútnál észrevettem, és hozzá még a legkedvezőbb positurában. Azon törtem a fejemet, hogyan tudnék kikezdeni vele, hogy úgy megverjen, mint az ő fiát, de sehogy sem sikerült a dolog, hiába volt minden fáradozásom.

Nemsokára ezután atyámat Budapestre helyezték, és ez időtől kezdve életemre a nemi ösztön kifejlődéséig nem tudok visszaemlékezni; 13 éves koromban egyszer ebéd utáni pihenés közben a legnagyobb kényelembe helyeztem magam, lelki szemeim előtt lebegtek a legképtelenebb dolgok (hogy mik, azokat később jelezni fogom), merevedések állottak be, a melyeknek következtében ondómlésem volt. Sohasem tartoztam azok közé, a kik a játékot kedvelik, sőt ellenkezőleg, a magányt kerestem. Nagyon szerettem a költeményeket és a szühházat.

18 éves koromig semmi ösztönt nem éreztem a közösülésre, addig csak képzeletben íztem a szerelmet. Leánytársaságban keveset voltam, sőt minden társaságot kerültem. A városi életben azt a részt kerestem fel, a hol biztonságban voltam, hogy senki se lásson, mindig valami ösztön kergetett az emberek elől. Vagy sétálva, vagy egy padra leülve (a hol senki sem ült mellettem, de velem szemben sem), idegeim által teljesen felkorbácsolva, átengedtem magam rettenetes lelki kinok között pervers érzelmeimnek. Az egész testem remegett, agyam mint egy gép működött, szemeim megteltek könnyel, és kimondhatatlan lelki kinok között merevedés állott be; ezt követte rögtön az ondómlés. Ezzel a gondolattal végezve, a helyett, hogy lecsillapodtam volna, agyam egy egészen más helyzetet idézett elő, és ugyanolyan körülmények között

mint az előbb említettem, ondóömlésem volt. Minden hónapban 3—4 napig eltartott ez az állapot megszakítás nélkül. Tudniillik napközben, légyen az bárhol, teszem fel odahaza vagy a kávéházban, egyedül vagy társaságban, ebéd közben a szülőkkel együtt, evés alatt, a míg a kanalat a számhoz veszem, beszélgetés közben, folytonosan egyik gondolat után jött a másik, mind, habár különbözők alakban és formában, de alapjában egyeztek. A leghatározottabban merem állítani, hogy mikor ez a gondolat elfogott, 3—4 napig, egy másodpercig sem pihent agyam, és csakis ezek a pervers gondolatok kötötték le. A mikor végre megszabadultam ezektől a gondolatoktól, akkor jött csak az igazi állapot: lehangoltság, az egész test elgyengülése, életuntság, étvágytalanság, a melyet rövid idő alatt felváltott farkasétvágy, fejszagotás. Nagyon ideges voltam, elég volt annyi, hogy az utcán végig menve, valaki a cipőmre nézzen, azt pofon vágtam, e miatt már nagyon sok kellemetlenségem volt, mert meghureztak miatt; még az volt szerencsém, hogy nem akadtam olyan pasasra, a ki megnyúzott. Telt, mult az idő, de a helyett, hogy jobbra fordult volna állapotom, mindig rosszabb lesz. Kéjes kintásokhoz szokott testem már szinte megkivánja a magát. Most már valóságos ürületté fejlődött ki, egy héten 4—5 napig rajtam van. Már annyira voltam, hogy mikor a legutolsó szerződésemet az igazgatóval megkötöttem, a feltételek megbeszélése közben ondóömlésem volt. Tehát vele beszélgetnem kellett és természetesen a legapróbb részletekre is kihatott figyelmem a szerződésnél, de egyidejűleg ezzel ép úgy üttem pervers gondolatomat, mintha egyedül lennék, a nélkül, hogy igazgatóm más, mint lehangoltságom feltűnt volna. Legutóbbi közérzetem, mielőtt még a kórházba nem kerültem, már elviselhetetlen volt. Egész éjjel ébren voltam, a testi fájdalmakról nem is beszélek. Folyton rémképek vonultak el szemem előtt, és a megőrüléstől nagyon féltem. Ha pl. az újságban a napi hírek között megőrülésről olvastam, azt legalább tiszter elolvastam. Sokszor nem tudtam, hogy mi fáj, de nagyon szenvedtem: a lélek fáj. Ha esetleg elaludtam (akkor is egy órára), az öngyilkosságról ámodtam; nagyon sokat foglalkoztam az öngyilkosság eszméivel.

Most pedig áttérek pervers gondolataimra: Sokszor a legjobb közérzetemben hirtelen belefog agyam, a rendes gondolkozástól eltérőleg, a leghetetlenebb gondolatokba. Mondjuk, meglátok egy paraszt nőt; nagy előszeretettel viseltem a térdig érő, bő szoknyáját, csizmás vagy ha éppen olyan hangulatban vagyok, hát a meztlábos hölgyektől sem irtózom. Az egész testem remeg, hangom fátyolozott lesz, szememet elborítja a könny. Híenkor minden ember, ha réám néz, azt hiszem, hogy tudja mit csinálók és szinte zavarba jövök. Hogy visszatérjek a tárgyra, meglátok egy paraszt hölgyet, hogy nagy vagy alacsony, az majdnem mindegy, csak az a fő, hogy a kívánt öltözetben legyen, én akkor kísérem és phantasiámban nem tekintem magam a fővárosban vagy a hol ez a gondolat réám jön, hanem egy ismeretlen faluban; oda érkezve, a határon egy ember csip el, a ki felszólít, hogy kövessem. Egy házhöz vezet, a hol egy csomó vén paraszt tudtomra adja a következőket: „Az ifiúr most ide jutott és innen élve meg nem szabadul. Válaszszon az ifiúr vagy legyilkoljuk, vagy elvállalja édesanyjának azt a fehérszemélyt, a kit mi kijelölünk. Lássá minálunk esupa fiatal úr meg úri kisasszony van így a fehérszemélyeknél, a kik tisztességesen nevelik őket és parasztgágyúrnak. A kik itt vannak, azok mind az urakat szolgálták és most megbosszulják magukat az ifiúron meg a kisasszonyokon.“ Itt kezdődik a tulajdonképeni lelki kín, mikor már a bevezetést is úgy csinálom, hogy a boszútól való félelemben sokszor ondóömlésem volt. „Nohát az ifiúr melyiket választja; hogy meglássa, hogy nem tréfálunk, jöjjön be ebbe a szobába.“ A szobában alig körülnéztem, magam előtt látok összekaszabolt testeket és megborzadtam. Misem természetesebb, mint-hogy az előbbi mellett maradtam. Egy fél órai várakozás után (a mi alatt mindig csak azt hallottam, hogy hát hogyan viseljem magam) magam előtt láttam azt a hölgyet, a kinek ki leszek szolgáltató. A parasztközül a legöregebb felszólítja a hölgyet, hogy engem tekintsen magáénak, és hogy megtanuljam mi a magyarok Istene, hát a mint hazaér vetkőztesen le anyaszült meztelenre és tegyen gyermekivé. Ez azután a következőleg történik: Janna clausa, illa erigit penem meum, jubet me in sedili considere, dein tollit suam tunicam, insidit peni erecto et ejaculatione facta eius manum osculari et votum vovere debeo, me bonum filium futurum esse. Ezután jön a verés: Illa me jubet ad suos pedes procumbere, premit caput meum inter sua crura, ego enim ejus nates manibus amplecti debeo et in hoc positu sum, usque illa verberare desiverit. Ezután kivészen onnan és kukoriczára térdepeltem. Ezer és ezerféle változások közben történnek az ütlegelések, de alapjában véve a kín a fő és a dolognak az a vége, hogy a képzelődésből kifolyólag ondóömlésem volt. 13 éves koromtól 20-ig 24 óra alatt 30 szor is volt ondóömlésem, 20-tól 23 éves koromig naponta 10-től lefelé, a mai napig számítva 14-szerrel többször alig fordul elő. Megjegyzem, hogy 18 éves koromtól mostanig közönsélesi dühben szenvedtem. A közönsélesnél mindjárt kezdetben úgy voltam, hogy ha csak rá gondoltam, a vérem lázban volt, a hangom elakadt és valósággal hörgöttem. Vix incubui in mulierem, ejaculavi. Cum una femina et bis coire potui, sed nunquam altero die, quia postea huius istius me taeduit. Solum meretrices frequentavi. Duo et viginti annos natus in angiporum insidi, ubi femina corpulenta ambulabat ante portam, cum arundine (nádpálca) in manu, se viatoribus offerens. O quam felix eram, optata mea tandem adepta videre! Quum in cubiculum ivissemus cor mihi vehementer, ut malleus, pulsavit, tum dixi ei propositum meum, sed illa tum inhabiliter se gessit, cum suis verbis et risibus, ut ista vim in me sirenam perdidit et ego coactus eram, in cohabitatione phantasia supplere quod situatione defuit. Et nunc ad coeundum debilis sum, erectionibus validis deficientibus.

Ezzel zárom betegségem leírását és tanár úrtól várom gyógyulását. Kezeibe tettem le sorsomat, és ez utolsó kísérletem.

A beteg bemondásából még hozzáteszem azt, hogy ő a *coitust mindig természetes módon végezte* és az ő szerepe mint passiv flagellansnak csak phantasiájában él. Egy eredménytelenül végződött kísérlettől eltekintve, a mikor ábrándképeit meg akarta valósítani, nem szenvedett el flagellatiót, sőt állítása szerint fél is a veréstől.

Mielőtt ezen eset psychopathológiájával foglalkoznám, röviden közlöm a beteg kórházi tartózkodása alatt észlelt körlefolyást.

A therapia inunctiós kúrától, a torokfekélyek localis edzéséből és psychikai kezelésből állott.

*Február 10.* Beteg nyugodt az osztályon, étvágya kitünő, önbizalma növekszik, pervers gondolatai ritkán térnek vissza.

*Márczius 4.* Minden ok nélkül kedélylehangoltság fogta el; nyugtalan lett, szemei előtt ismeretlen, elmosódó női alakok lebegtek meztelenül, majd megjelent a fent leirt paraszt női alak, ki őt megverte, mire ondóömlése lett. Az ejaculatio és verés kéjérzettel nem járt.

*Márczius 10.* Elmeséli, hogy egy évvel ezelőtt olvasta *Krafft-Ebing* művét és bajának tudatára és mivoltára akkor ébredt. A plaqueok gyógyultak.

*Márczius 12.* Pervers gondolatai ritkán jutnak eszébe, néha a megjelenő alakokat fojtogatja, mérgeződik magában és pofozni, rúgni szeretne bizonytalan személyeket. Az egész kép különben homályosabb.

*Márczius 25.* Beteg lehangolt, az éjjel ágybavizelt.

*Márczius 30.* Tegnap hirtelen, minden ismeretes ok nélkül az ismert sexualis izgalom ismét elfogta. Ájulásszerű állapot lépett fel nála, verejték borította el, ágyához vándorolt. Ezen állapot egy és fél óráig tartott; nem is tudta, hogy ez idő alatt a borbély nála volt. Egész nap szédült, 5—6 ejaculatioja is volt. Éjjel jól aludt, ma egy kissé kábult.

*Április 8.* Beteg jó kedélyű, pervers gondolatai azóta nem voltak. Elhagyja a kórházat, mondja hogy megvált a színésztől, valami polgári pályára lép és hogy pervers gondolatait le fogja küzdeni.

\* \* \*

Látjuk tehát, hogy ezen fiatal embernél, kinek egy oldal-rokona elmezavart volt, tíz éves korában testi fenyték megpillantásakor egy előtte ismeretlen kéjes érzélem támad. Ezen hatalmas, bár még homályos érzélem egyszersmind társul a rövidszoknyás, vastag és piszkos lábikrával bíró parasztasszony képével, úgy hogy ilyen parasztnők megpillantása őt nemi izgalomba hozza. Későbbi erotikus phantasiáiban mindig felébrednek ezen alakok és ő magát a megvert gyermek helyébe képzele. A fájdalomelszenvedésnek ez a jelene még kibővíül azon megaláztatással, hogy ő a parasztnak kiszolgáltatik.

A verésnek és szenvedésnek elképzelése erectioval és ejaculatioval jár.

Betegünknel tehát *képzelteti masochismus*-sal, vagy mint *Schrenk-Notzing* nevezi, *passiv algolagnia*-val (kéjes fájdalomelszenvedés utáni vágygylal) van dolgunk. 18 éves korig ez a különös formája a psychikus onaniának volt az egyedüli kielégítési módja a nemi ösztönnek. De innen kezdve, midőn a nemi közlekedést felkereste és a coitust természetes módon végezte, hetenként 3—5 napig tartó legyőzhetetlen rohamokban lépnek fel a pervers gondolatok. Pathologikus jellegük abban is mutatkozik, hogy lelki gyötrellemmel járnak, az ejaculatiót nem követi megnyugvás, sőt ellenkezőleg, az erotikus képek újra és újra fellépnek és eltűnésük után általános testi gyengeség és életuntság áll be, a melyet csakhamar izgalmi állapotok váltanak fel (mohóétvágy, fejszagotás). Ezen rohamok gyakran heves vasomotorius izgalommal (izzadás, ájulás, öntudatzavar) járnak, sőt az egyén még normális nemi közlekedésnél is kórosan fokozott izgalmi tüneteket mutat.

Említésre méltók az ezen pervers állapotokhoz társuló aggressiv cselekmények (ismeretlen személyek pofozása), vagy ezek néha csak képzelt természetiek, különösen azok, midőn a sexualis phantasiáiban megjelenő személyeket rúgni, fojtogatni szeretné, tehát *sadistikus hajlamokat mutat*. Az öröm, a mikor a nádpálczával járó hölgyet megpillanatja, érthető, mert teljesülni véli ábrándképeit, de a esalódás is, mikor kivitelre kerül a dolog, mert nem a vesszőzés és az általa okozott reflectorius ingerülete az ischiadicusnak a fő, mint passiv flagellansnál, hanem a megaláztatás és alárendeltség érzete.

Találhatók nála még némely neuropathiás vonások, mint a korán mutató emberkerülés, a későbbi öngyilkossági gondolatok; e mellett szereti a költészetet és művészi hajlamai voltak. Különbösen jó színész és humorja miatt kedvelik.

Ez esetben tehát *képzelti masochismussal és sadismussal*, röviden tehát *algolagniával* van dolgunk, mely már tíz éves korban fellép, tehát kétségtelenül veleszületett alapon nyugszik. Magától értetődik, hogy az utóbbival nincs mondva, hogy egy megfelelő kezelés kilátás nélküli lenne. A különböző, kiváltképp psychikus természetű kártékony behatások távoltartása, a mi csak intézetben vagy kórházban lehetséges, a szervezet zsongítására, a masturbatio és nemi gyengeség leküzdésére irányított eljárás, továbbá psychotherapia, esetleg hypnosis segélyével — mely téren *Schrenk-Notzing*,<sup>1</sup> különösen homosexualisoknál, szép sikereket aratott —, következetes és kitartó kezelés mellett jelentékeny eredményeket képesek felmutatni. Betegem is már négy heti kórházi kezelés után szemmel láthatólag javult.

## Közlemény a székesfővárosi szent István-közkórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról.

### A lupus pathogenesiséről és terapiájáról.

Irtta: *Róna Sámuel* dr. egyetemi rk. tanár.

(Vége.)

Hiba szerintem pl. azt felvenni, hogy azért oly gyakori fedetlen helyeken: a *fején*, a végtagsúcsokon a lupus, mert e helyek könnyen sérthetők és leginkább ki vannak téve a ragálynak. Hiba mondom, mert vannak pl. *endogen-infeciók* is, pl. az *erythema polymorphe Hebra*, az *acnitis* stb., melyek szintén a fejet és a végtagokat szeretik.

Az alaki különbségek pedig, melyeket némelyek felhoznak, pl. hogy az *inoculatio lupus papillaris* vagy *verrucosus*, miliaris abscessusos tyussal kezdődik, a *haematogen* pedig rendes göbcsékekkel, fenn nem tarthatók, mert pl. az egyes szerzők *inoculatio* eseteinél rendes típusú lupust, viszont a *haematogen* vagy *regionalis infectioból* kiinduló lupusnál meg határozottan *papillaris*, *verrucosus* alakot észleltünk a végtagokon, úgy hogy nem a *különböző úton betörése a bacillusnak* a *differentia oka*.

A *tüdővészések autoinoculált lupusát* pedig absolute még e helyeken sem lehet az *exogen primaer lupustól* megkülönböztetni. Még a lassú vagy gyors terjedés a peripheriába, vagy a kísérő *lymphangoitis* és *regionalis metastasis*, vagy annak kimaradása sem hozható fel érvül egyik mellett és a másik ellen.

És így a legtöbb *exogen-infecióra* még a legtüzesebb vizsgálat után is csak *valószínűséggel* gondolhatunk.

Azok az egyes esetek, melyeket a szerzők leirtak, és egyáltalán az *exogen eredetűnek* mondott esetek lefolyása sincsen annyira tanulmányozva, hogy talán ebből is ítélhetnénk.

De ha csak némi valószínűséggel és joggal vehettünk fel számos *bőrlypus-esetet exogen infectionak*, úgy még inkább felvehettük a *külső infectioból* eredést az *orrrnyálkahártya lupusa* számára. Az már *Neisser* és *Jadassohn* közleményei óta és a *plausibilitás* folytán annyira a vérünkbe ment, hogy az *orrrégéből* kiinduló lupust minden *scrupulus* nélkül *exogen fertőzésnek* vettük.

Én pl. *reservált álláspontom* dacára a 85 *exogennek* felvett eset közül 46 *primaer septumlupust* jegyeztem ki. És most *Philippson* ezt is ki akarja venni az *exogen infectiók* sorából.

Ez pedig oly fontos kérdés, hogy ezzel szükségesnek tartom behatóbban foglalkozni. Mindaz a mit *Philippson* és mások az *orrlupusról* mondanak, hogy az az esetek óriási többségében az *orr belsejéből*, szerintem *főleg a septumból* indul ki, a legnagyobb határozottsággal fenntartandó azon állítással szemben, hogy az *orrrnyálkahártya lupusa* legtöbbször *kivülről* terjed be felé. Erről tapasztalt emberek előtt nem is kell vitatkozni.

Más kérdés az, hogy az *orrrnyálkahártya lupusa* az *első tuberculosus gócz-e*, vagy a mint azt *Philippson* hiszi, szintén *másodlagos*? Megint szó sincs róla, hogy ne észlelnénk ilyen eseteket, de hogy a zöme ilyen *másodlagos* volna, ezzel foglalkozni kell.

*Philippson* tétele így hangzik: az *orrrnyálkahártyalupus*, vagy a mint *Philippson* mondja, *nyálkahártyatuberculosis* már *scrophulás* gyermekeknél lép fel, és így az *orrbajt* ugyanazon *infectióra* kell

visszavezetni, mely a *scrophulosist* vagy *Philippson* szerint *gyengített tuberculost* is okozta.

Ezen *infectio* a *tonsillák latensen lefolyó tuberculosisa* volna, mely szerinte keletkezhetik *direct infectioból* bacillustartalmú porral, vagy függhet egy a *bronchialis mirigyekből* eredő felszálló nyaki mirigy-tuberculostól. A *latens tonsillaris tuberculosis* azért jön itt mindig számításba, mert vele a *klinikus tények* nagyon jól megmagyarázhatók; ugyanis a mi betegekünkél, mondja *Philippson*, nemcsak az *orrrnyálkahártyán* találunk *tuberculosis localisatiót*, hanem *gyakran* egyidejűleg másokat is a *lágyszájpadon*, a *hátsó garatfal*on, a *tonsillákon* magukon és a *foghúson*. Mindez a *nyaki lymphomákkal* együtt képezi a *gyermekek orrlupusát*. Egyöntetű magyarázatát ennek csak úgy adhatjuk, ha azt *egyetlen*, *topographice* oly módon fekvő *góczra* vonatkoztathatjuk, hogy belőle a *jelzett regio infectioja* lehetséges, és *erre leginkább alkalmasak a tonsillák*.

*Philippson* azonban nem említi, hogy miként képzei a *tonsillák tuberculosisából* az *orrtuberculosis* keletkezését. És miután *Philippson* nem magyarázza meg, nekünk kell a lehetőséget kipuhatolni. A következő felvételek lehetségesek, tekintve a *lupus-terjedés törvényeit*:

1. *Per continuitatem* terjedés folytán, *etapperól* *etappera*, a *garatívekre* és *lágyszájpadra*, majd a *choanákon* át az *orrrégbe* s a *septumra*. De ilyenkor, ha még a *tonsillának latens tuberculosisát* veszszük is fel, az *útat* oda *lupusgóczok* által jelezve kell hogy lássuk.

2. A *nyirokerek útján* való terjedés.

3. A *haematogen emboliás úton* való keletkezés.

Hogy áll ezen felvételekkel szemben az általam *primaer orrrnyálkahártyalupusnak* felvett 46 eset?

Ezek óriási többségében, 32 esetben, nem találtunk feljegyezve sem a *garatban*, sem a *tonsillákon*, sem a *lágyszájpadon*, sőt még a *gingiván* sem lupust, nem még akkor sem, a mikor a *septum* már *perforált* volt és a *lupus* az *orr bőrén*, az *arczon* is jelentkezett és csak 10 esetben volt a *gingiván* és a *kemény szájjpadon* és 4 esetben az *uvulán*, az *arcusokon* is *lupus* említve.

A *tonsillákon egyetlen* egy esetben *sincs elváltozás* feljegyezve. Tehát ezen adatok nem szólnának a *tonsillából* vagy annak *környezetéből* tovaterjedés mellett. Nem szól továbbá mellette azon sokszoros tapasztalatom sem, hogy *mentül fiatalabb* az *orrrnyálkahártyalupus*, annál *körülirtabb* az, és csak az *orr alsó részére localizált* folyamat, mely csak *lassan* és *jóval később* mutatkozik a *gingiván*, *szájpadon*, *arcusokon* stb.

Megjegyzem még azt is, hogy dacára annak, hogy évek óta kutatok utána, még eddig sohasem észleltem a *tonsillákon* olyas elváltozást, a melyet *primaer tuberculosisnak* vagy *lupusnak* foghattam volna fel.

De valaki azt mondhatja és ezt *concedalom* is, hogy a *régibb esetekben* nem végeztek olyan pontos *orrgarat vizsgálato*kat, hogy azok *latba vettethessenek*. Ez ellenében azonban megvizsgáltattam a *jelenleg* is az *osztályon* levő 30 *lupusbeteget* *specialista gégeorvos* (*Lipscher dr.*) által és ekkor is az *derült* ki, hogy a 7 *primaernek* felvett *orrrnyálkahártya- és septumlupus* között 4 esetben *absolute* nem találtunk máshol *elváltozást*; 1 esetben *valószínűséggel* *lupusgóczok* voltak az *uvula hátsó felületén* és 1 esetben *luposus infiltratum* a *garat hátsó falán* is, és végül 1 esetben *kiterjedt szájjpad-, garat- és gégelupust* találtunk, de a *tonsillák* még ezen esetekben is *épek* voltak. És így a *lupusnak per continuitatem* a *tonsillák felül* a *septumra* átterjedése nem igen vehető fel.

A *második módot*, a *nyirokerek útján* való átterjedést a *tonsillákról* az *orr septumára*, el sem tudom jól képzelni a *tonsillaris nyirokerek* ellentétes lefutása folytán. Még azt sem tudom jól elképzelni, hogy a *bronchialis mirigyekből* miképen *szálljon fel direct úton* a *tuberculosis a cervicalis mirigyekbe*? Hogy *retrograd infectio* ilyen gyakori lehessen, azt nem hiszem el.

Tehát hátra volna a *harmadik*, a *haematogen* mód. És bár sokkal egyszerűbb és ép ezért könnyebben elképzelhető is, hogy az *orrrnyálkahártyára* *kivülről* a *tuberculosis környezet* köpetéből *directe*, tehát *exogen fertőzés útján* jut a *bacillus* — hiszen az én *primaer orrrnyálkahártyalupus-eseteimnek* több mint 50%-ában

<sup>1</sup> *Schrenk-Notzing*: Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Stuttgart, 1892.

*familiaris tüdőtuberculosis* volt feljegyezve és egyetlenegy *personalis tuberculosis* sem —, nem lehet sok esetben a *haematogen* eredet elől sem elzárkózni. Példa erre az *orrsyphilid*. És ekkor irrelevans, hogy a tonsillán át a *cervicalis* vagy a légutakon át a *bronchialis* mirigyekbe jutott-e a bacillus és onnan vagy máshonnan jutott-e a vérbe.

Erre nézve azonban megint újabb vizsgálatokra volt szükség és ezeket a most is az osztályomon fekvő anyagon végeztem. És tényleg 2 *orrsseptumlupus*-esetben kénytelen voltam a *haematogen* eredetet felvenni. Ezen 2 esetre, valamint sok másra is azt lehetne felhozni, hogy azok, ha nem is primaer exogen inoculatióból erednek, nem kell hogy haematogen úton keletkezzenek, eredhetnek azok secundaer exogen reinfectióból vagy superinfectióból vagy *autoinoculatióból*, azaz midőn valakinek már van vagy volt egy tuberculosus gócza.

Ez lehetséges is bizonyos esetek számára, de nem megannyira. Nem alkalmas pl. egy esetemre, kinél 1 $\frac{1}{2}$  évtizeddel az első tuberculosus jelenségek után csaknem szemünk előtt több elszórt gócczal egyetemben keletkezett az orrsseptum lupusa, tehát nem lehetett secundaer inoculált septumlupus.

De nem ez a fő, hanem az, hogy így kiderül, miszerint az exogen fertőzéstől származottnak és primaernek tartott orrsyphilid lupus pathogenesise pontosabb utánvizsgálatnál és kellő scrupulosítás mellett nem oly *egységes*, mint hittük, és hogy sokszor az már *secundaer*.

És ha nem is látom eddig *Philippson* felvételét a *tonsillaris* eredetet illetőleg beigazoltnak. határozott érdemeül fogom fel azt, hogy megbolygatta ezen *általános tévhitet*.

Röviden összevonva a lupus pathogenesisére vonatkozólag mondottakat, ez a következő:

1. Az esetek nagy számában a legnagyobb igyekezet mellett sem lehet a kórházakban jelentkező lupusbetegeknél az első lupusgóc pathogenesiséét kideríteni.

2. Az esetek bizonyos számában a rétegtransportból eredet kétségtelen; de a míg eddig negligáltuk az ily módon keletkező lupus anyagocának forrását, ezután azt minden esetben kutatatandónak vélem.

3. Az esetek bizonyos számában, sokkal nagyobbban, mint azt az újabb szerzők concedálják, haematogen eredetet kell felvenni és pedig az én véleményem szerint nagyon sok olyan esetben is, melyekben a jelentkezés nem hirtelen egy acut betegség nyomában kelt, hanem successive, chronice, sőt olyan esetben is, a midőn egyetlen góczban történt. Erre különösebben is felhívom a figyelmet. Lehet, hogy a *Wolters* ajánlotta szövétvizsgálat által histologie is képesek leszünk a haematogen eredetet kideríteni.

4. Az esetek nagy számában az exogen primaer inoculatiót kell felvennünk, de nem zárkozom el az elől, hogy sokkal több esetben vettük fel általános szokásból, mint azt *alaposan megokolni* tudtuk, és áll ez különösen az orrsseptum ú. n. *elsődleges lupusára*, és ezért részemről az exogen fertőzések körülményeivel, lefolyásával újból és elülről való foglalkozást tartom szükségesnek.

5. A jövőben a *lupuspathogenesis* kutatásának párhuzamban kell haladnia az általános tuberculosisfertőzés kérdésének tanulmányozásával. Ugyanis, ha első tekintetre nem is, behatóbb kutatásra kitűnik, hogy mennyire összefügg a *lupuspathogenesis* kérdésének teljes megoldásával az, hogy mily viszonyban van az *állati tuberculosus* az *emberihez*, és hogy *inhalatiós* vagy *alimentaris* fertőzés-e a gyakoribb, vagy mindkét mód gyakori-e, és hogy a *tonsillák*, a *szájgaratúr*, vagy *légutak*, vagy a *belek* elsődleges fertőzése gyakoribb-e, és hogy mily szerepet játszanak tényleg a *Philippson* által említett *cervicalis*, *bronchialis* vagy *mesenterialis* mirigyek?

A *lupuspathogenesis* exact kutatása azután viszont segítségére lesz az általános kórtannak és így számos más disciplinának.

6. Ebből kiderül, hogy a *lupuspathogenesis* kérdése nem tisztán dermatologiai kérdés.

Ezek után áttérhetek a lupus *therapiájára*. 1898-ban már e helyen kifejtém álláspontomat. Az a következő volt:

„Egy bizonyos sorozata a lupusbetegeknél egészen kívül esik azon a határon, melyen belül a *radicalis* lupustherapia hasznos és üdvös. Értem ezalatt mindazon eseteket, midőn a lupus mellett *manifest phthisis* is van jelen; ezeknél hiábavaló-

nak tartom a *radicalis* therapiát. Hátra vannak tehát azon esetek, a melyekben az *inoculált* lupust vagy bár *emboliás* eredetűt kell felvennünk, de a belső szervek tüzetes vizsgálata negatív eredményt ad és legfeljebb a bőrnek és bőr alatti kötőszövetnek, az orvosi beavatkozás számára hozzáférhető mirigyeknek vagy csont-hártyának, csontnak tuberculosus megbetegedései is egyidejűleg fennforognak. Ezen esetek azok, melyek a beavatkozást megkövetelik.

Igy állítván fel a beavatkozási tér határait, világos, hogy az eseteknek egy része, az, mely behatóbb sebészi beavatkozást igényel, mint a mirigy- és csonttuberculosissal komplikált esetek, úgy mint eddig, tisztán a sebészi osztályra utalandók. A hátralevő nem kis contingenssel azonban a dermatologusnak kell megbirkózni.

Ha most már sorba vesszük azon *methodusokat*, melyekkel a dermatologia eddig kísérletezett, akkor nem zárkozhatom el azon kimondástól, hogy a *chemiai*, tejsavas vagy lapissal való kezelés, vagy tisztán kikaparási *methodusok* nem tekinthetők *radicalis* eljárásnak. Az előbbieknél kórházadministratív, költségi és időbeli szempontok is kell hogy latba vessenek, eltekintve attól, hogy ez eljárás hosszadalmassága mellett még fájdalmas is és a *recidiva* mindennapos. A kikaparási *methodusok* után a *recidiva* igen gyakran észlelhető, mert mindig maradnak el nem érhető góczok vissza; mindazonáltal számos esetben rá vagyunk utalva. Hátra volna 1. a *kikaparás* secundaer *paquelinózással*; 2. a *paquelinózis* egyedül; 3. a késsel kiirtás és varrattal egyesítés vagy nagyobb hiányoknál a *lebenyes* vagy *Thiersch-plantatio*. E három *methodust* alkalmaztuk az osztályomon.

„*Radicalis therapia*“ alatt a bőrlaesióknak gyökeres kiirtását, tehát a *recidivát in loco* lehetőleg kizáró eljárást értem.

A *lupusbeteg* meggyógyulását csak *biztosan inoculatiós* esetekben vártam. De ennek előzetes biztos jelzése csak ritkán lehetséges. Nézzük, hogy mennyiben kellett azóta, tehát körülbelül 6 év óta nézetemet változtatni.

E 6 év alatt a fent említett módszereken kívül a következőkkel ismerkedtem meg saját sokszoros alkalmazásom és tapasztalataim alapján:

1. *Exstirpatio és nyeletlen* (Krause) *lebenynyel fedés*; 2. *scarificatio*.

3. Gyenge (0.5:1000) *sublimát-oldatnak*, kakodylsavas natriumnak, alkoholnak (*Schleich* módjára) *intracutan* alkalmazása a *luposus* területbe.

4. Újból meg újból *chemiai, electiv szerek*, tejsav, pyrogallol, *resorcin-salicylkreosot* flastrom, kal. *hypermag.* borogatások és edzések.

5. *Radium*.

Továbbá másoknak általam is észlelt kísérletei és eredményei alapján:

1. *Forrólégkezelés*.

2. *Kochin-befecskendés*.

3. *Röntgen*.

4. *Finsen*.

Utóbbi kezelésben egész sor osztályomon fekvő beteg is részesült *Huber Alfréd* dr. *Finsen-intézetében*, és volt alkalmam láthatni *Finsen* saját gyógyult eseteinek egész sorát *Párisban* (1900.) és *Breslauban* (1901.).

Bevallom, hogy ezen újabb 6 évi tapasztalatom még nagyobb tartózkodásra kényszerít, mint a 6 év előtti. Megannyi fent jelzett *methodus* után — a *Finsenét* kivéve, melynek eredményeit leg-rövidebb ideig észlelhettem<sup>1</sup> — láttam *recidivát in loco*, leg-ritkábban az *exstirpatio* után. Ha az orr és szájüreg is meg volt támadva, a mi igen gyakori volt, egész a kétségbeejtésig ismétlődtek a *recidivák*, úgy hogy 3—4—6-szor is megjelentek ezen 6 év alatt a betegek az osztályon.

*Kosmetikai* szempontból a legszebb eredményeket a *Finsen*-módszertől láttam.

Ma tehát így formulálnám a *therapia* javalatait. Az 1898-ban felállított csoportokat változatlanul fenntartom.

Minden lupust, ha csak lehet, *exstirpatioval* ajánlanám kezelni; ugyanezen módszert ajánlom az arc kivételével mindenütt,

<sup>1</sup> Azóta *Finsené* után is.

a hol az keresztülvihető. Az eljárás gyors, kevés költséget igényel és a legtartósabb és a Finsen-kezelés után a legszebb eredményeket biztosítja. A nyálkahártyalupust első sorban kikaparással és nyomban utána Paquelinnel ajánlom kezelni. *Az arczban minden arra alkalmas esetben első sorban a Finsen-therapiát ajánlom és csak ott, hol Finsen nem áll rendelkezésünkre, az extirpatiót.*

Nem tüzet feladatomból a részletezést és azért csak főbb vonásokban jeleztem a therapia útját.

Egyet azonban ki kell még emelnem. A lupus egy morbus pauperum. 6 év alatt a privátpraxisomban alig 5%-a a kórháziaknak fordult elő. A lupusbeteg nem képezhet capitalist az orvosok számára és ne is képezzen. Ezért az államnak és a közhatalóságoknak kötelessége a Finsen-intézeteknek felállítása vagy dotálása oly intézeteknek, melyek hivatottak a szegények gyógyítására. Csakis így válhatik az közkinésésé.

A ki tudja, hogy az eredeti Finsen-concentratorok mennyi pénzbe kerülnek, a ki tudja, hogy mennyi időt és fáradságot és begyakorlott személyzetet igényel a lupusosok kezelése, egyetért velem, hogy áldás a közre csak jól berendezett intézetek lehetnek. Ezzel tartozik a köz épen azon sok száz szerencsétlennek, a ki épen arczlupusban szenved. Ezek bajuk miatt kiközösítvék a társadalomból, és ép ezért munka- és keresetképtelenek.

Ezeknek tartozik a társadalom azzal, hogy lehetővé teszi nekik, ha csak egy időre is, még a dolgozhatáshoz is megkivánt acceptabilis ábrázat visszanyerését. Sok évi tapasztalatom mondatja ezt velem.

És végül még egy felhívást kockáztatok meg ezen előadás befejezése előtt. Láttuk egyrészt, hogy nagyon sok lupus gyógyíthatatlan. Láttuk másrészt, hogy mennyire összefügg a tüdő- és más tuberculosissal a lupus genesis. Tehát nyilvánvaló, hogy minden igazi orvos feladata hozzájárulni ahhoz, hogy mindazon alkalom csökkentessék, melyből minden vagy legalább is a legtöbb tuberculosisfertőzés kiindul. Egy szóval ezen előadásból is kiderül azon tétel, hogy tegyük meg minden lehető a lupusbetegnek szenvedéseinek enyhítésére. De a főtörkvésünk mégis az legyen, hogy a megbetegedések csökkentessenek; és erre csak egy mód van, ha mindannyian lelkesen követjük és támogatjuk mindenütt és mindig azokat, a kik a *tuberculosis* ellen való küzdelmet tüzték zászlójukra.

## A budapesti Pasteur-intézetnek 1903. évi kimutatása.

Közli: *Högyes Endre* dr. egyetemi tanár.

(Vége.)

V.

*Az 1903. évi lyssa-halottak rövid történetei.*

### A) Magyarországi illetőségű esetek.

I. Védoltott magyarországi veszett állatmarta egyének közül meghaltak:

#### a) Oltás közben halt el:

*Kovács József*, 10 éves, földmíves fia, lakik Mezőörs községben, Győrmezőgyében. 1903. év július 10-dikén kóbor eb marta meg a jobb alkarján. A maró eb eltűnt, és feltalálható nem volt többé. K. védoltatott július 11—29-ig, a mikor a veszettség tünetei felléptek nála, és a szent István-kórházba szállított, a hol 30-dikán meghalt.

*Incubatio*: 18 nap.

#### b) A védoltás befejezte után 15 napon belül haltak el.

*Gyuka János*, 50 éves, földmíves, lakik Kerülő községben, Arad megyében. 1903. január 26-dikán kóbor eb marta a jobb kéz thenárján, mely azután nyomtalanul eltűnt. A sebet orvos nem kezelte. Gy. január 30-dikán jelent meg az intézetben védoltás végett, mely február 14-dikéig tartott. A kisjenői főszolgabíró 1903. márczius 3-dikán értesít, hogy Gy. február 24-dikén lyssában megbetegedett és márczius 2-dikán meghalt. Ugyanazon időben ugyanazon ebtől megmarta egyén, ki szintén védoltásban részesült, ma is él és egészséges.

*Incubatio*: 32 nap.

*Kranyecz Mari*, 26 éves, cseléd, lakik Széchenyikúton, Vas megyében. 1903. év február 7-dikén saját kutyája marta meg a bal alkarján súlyosan. Az ebet nyomban kiirtották és állatorvos a boncolási lelet alapján veszettséget állapított meg rajta. Kr. február 9—27-dikéig állott antirabikus kezelés alatt. A muraszombati főszolgabíró és a járásorvos értesítései szerint Kr. márczius 6-dikán veszettségben elhalt. Ugyanazon ebtől egyidőben megmarta másik egyén, ki hasonlóképpen védoltásokat kapott, mai napig is él és egészséges.

*Incubatio*: 25 nap.

*Farkas Károly*, 3 éves, téglás fia, lakik Szent-Lőrinczen, Baranya megyében. 1903. április hó 29-dikén kóbor kutya marta meg a bal felső szemhéjon és a fejtetőn. A kutyát agyonverték, és az állatorvos veszettségnek találta. F. május 3—20-dikéig állott védoltás alatt. Az előjáróság értesítése szerint F. május 26-dikán veszettségben elhalt.

*Incubatio*: 24 nap.

*Zsivanov Ljubicza*, 14 éves, napszámos leánya, lakik Mramorák községben, Temes megyében. 1903. év június 12-dikén kóbor veszett eb marta meg a kezén súlyosan. Az eb elfutott és többé feltalálható nem volt. Zs. védoltatott június 15-dikétől július 1-jéig. A mramoráki előjáróság értesítése szerint Zs. 1903. július 7-dikén veszettségben megbetegedett és 9-dikén meghalt.

*Incubatio*: 25 nap.

*Vidák János*, 12 éves, napszámos, temesrékasi lakos. 1903. augusztus 13-dikán egy odaváló lakos ebe marta meg az arczán. Az ebet agyonverték és bonczoláskor veszettséget állapítottak meg rajta. V. augusztus 17-dikétől szeptember 2-dikéig állott antirabikus védoltások alatt. A temesrékasi főszolgabíró 1903. szeptember 9-dikén kelt értesítése szerint V. ugyanazon hónap 7-dikén veszettségben megbetegedett, és másnap meghalt.

*Incubatio*: 24 nap.

*Zepurczán Juon*, 28 éves, napszámos, lakik Alparét községben, Szolnok-Dobokamegyében. 1903. év február 4-dikén kóbor eb marta meg a jobb kezén. Az eb elfutott és többé feltalálható nem volt. Z. antirabikus gyógykezelés alatt állott február 9—27-dikéig. Az alparéti előjáróság értesítése szerint Z. 1903. márczius 14-dikén veszettségben megbetegedett, 21-dikén meghalt.

*Incubatio*: 38 nap.

#### c) Védoltás befejezte után 15 napon túl haltak meg:

*Kozma Rozália*, 49 éves, karánsebesi lakos, napszámos neje. 1903. év január hó 30-dikán kóbor eb marta meg a jobb kéz középujján. A maró eb eltűnt és többé feltalálható nem volt. K. védoltatott február 3-dikától 19-dikéig. A karánsebesi rendőrkapitányság márczius 13-dikán értesít, hogy K. ugyanaznap reggel veszettségben elhalt.

*Incubatio*: 39 nap.

*Szabó Lajos*, 50 éves, vasúti kocsimester, lakik Piskin, Hunyad megyében. 1903. február hó 1-jén ismeretlen kutya marta meg a jobb kéz gyűrűujján. A kutya elfutott és feltalálható nem volt. Védoltás tartama: február 3-dikától február 19-dikéig. Sz. május 6-dikán betegedett meg veszettségben és 10-dikén elhalt.

*Incubatio*: 95 nap.

*Csizmás Lázárné*, 49 éves, erdőőr neje, lakik Aradon. 1903. április hó 22-dikén kóbor eb marta meg a jobb kéz hüvelykujját. Az ebet agyonverték és az állatorvosi vizsgálát veszettségnek találta. Védoltás tartama: április 23-dikától május 8-dikéig. Pozsgay Lajos dr. aradi városi tisztii főorvos értesítése szerint Cs. június 17-dikén veszettségben elhalt.

*Incubatio*: 53 nap.

*Vinceze Kati*, 6 éves, napszámos leánya, lakik Jákóteleken, Kolozs megyében. 1903. évben május 29-dikén kóbor kutya marta meg az arczán. Az ebet agyonverték és rajta állatorvos veszettséget állapított meg. V. védoltása június 1-jétől 19-dikéig tartott. Járásorvos Bánffy-Hunyadon értesít, hogy Vinceze Katin 1903. július 11-dikén a veszettség kitört és harmadnapra meghalt.

*Incubatio*: 43 nap.

*Kovács István*, 4 éves, vasutas fia, lakik Bánffy-Hunyadon, Kolozs megyében. 1903. év augusztus 5-dikén saját házörző ebe harapta meg a lábán. Az ebet agyonverték és az állatorvos veszettséget állapított meg rajta bonczolás útján. K. antirabikus kezelés alatt állott augusztus 6-dikától 22-dikéig. Hatósági értesítés szerint K. 1903. október 2-dikán lyssában megbetegedett és október 6-dikán meghalt.

*Incubatio*: 58 nap.

*Méhes Péter*, 7 éves, bányász fia, lakik Kapnikbányán, Szatmár megyében. 1903. év május 28-dikán kóbor eb marta meg az arczán. Az eb agyonverték és a bonczolás veszettséget derített ki. M. május 31-dikétől június 16-dikéig részesült antirabikus védoltásokban. A nagybányai főszolgabíró értesítése szerint M. 1903. október 16-dikán veszettségben megbetegedett és 20-dikán meghalt. Ugyanazon kutyától egyidőben megmarta 6 más egyén, kik szintén védoltásokban részesültek, életben vannak és egészségesek.

*Incubatio*: 141 nap.

*Kontka Zélna András*, 71 éves, napszámos, lakik Ródova községben, Gömör megyében. 1903. év augusztus 24-dikén odaváló lakos ebe marta meg a czombján. Az ebet agyonütötték és veszettséget állapítottak meg rajta. K. augusztus 27-dikétől szeptember 8-dikéig kapott antirabikus védoltást. A rozsnyói kórház igazgató-főorvosa értesítése szerint Kontkán 1903. október 26-dikán a veszettség kitört és 29-dikén meghalt.

*Incubatio*: 63 nap.

*Sunyák Veron*, 9 éves, napszámos leánya, lakik Dévaványán, Jász-Nagykún-Szolnok megyében. 1903. év június 6-dikán a szomszéd kutyája megmarta a térdén. A maró ebet agyonverték és az állatorvos bonczoláskor veszettséget állapított meg rajta. Antirabikus védoltások tartama június 11-dikétől 25-dikéig. Bakó Péter dr. és az előjáróság értesítése szerint S. 1903. november 26-dikán veszettségben megbetegedett és 28-dikán meghalt.

Egyidőben ugyanazon ebtől megmarta 9 egyén, kik hasonlóképpen védoltást kaptak, ma is élnek és egészségesek.

*Incubatio*: 170 nap.

*Zay Róza*, 60 éves, magánzónő, lakik Nagy-Szebenben, 1903. szeptember 9-dikén saját kutyája marta meg a jobb kéz tenyéri oldalán. Az eb harmadnapon elhullott és az állatorvos — miután a boncolásánál positivumot kideríteni nem tudott — annak nyultagyt Budapestre az állatorvosi főiskolába küldötte, hol a próbaoltások az eb vesztségét kétségtelenül megállapították. Z. szeptember 11-dikétől 30-dikáig állott antirabikus védőtások alatt. Belügyminiszernek értesítése szerint Z. 1903. december 12-dikén vesztségben megbetegedett és 15-dikén meghalt.

*Incubatio*: 94 nap.

*Sárközi László*, 17 éves, napszámos, lakik Keszölczés községben, Pozsonymegyében. 1903. július 6-dikán egy odavaló lakos ebe marta a jobb kezén. Az ebet agyonverték, felbontották. S. antirabikus gyógykezelés alatt állott július 9-dikétől 23-dikáig. A pozsonyi kórház igazgatója értesítése szerint Sárközön a vesztség 1903. szeptember 25-dikén kitört és 29-dikén meghalt.

*Incubatio*: 81 nap.

II. Nem védoltott magyarországi veszett állatmarta egyének közül meghaltak:

*Jakab Ferencz*, 11 éves, napszámos fia, lakik Fertős Almáson, Ugocsamegyében. 1903. év márczius 1-jén kóbor veszett eb marta meg jobb kezén és bal vállán, hol többszörös sebet ejtett. Az esettel sem a fiú, sem hozzátartozói nem törődtek, míg azután márczius 16-dikán a fiú vesztségben megbetegedett és 19-dikén meghalt.

*Incubatio*: 16 nap.

*Lajos János*, 6 éves, földmives fiát, lakik Dunamócs községben, Esztergommeigyében. 1903. év márczius 12-dikén odavaló kutya marta meg az arczán. A kutyát agyonlőtték és boncolatlanul elásták. A gyermeket nem küldték fel védőtásra. 1903. év márczius 27-dikén a vesztség rajta kitört és másnap meghalt.

*Incubatio*: 15 nap.

*Neukom Károly*, 20 éves, földmives, lakik Fehértemplom községben, Temesmegyében. 1903. év május 16-dikán kerékpározás közben kóbor eb marta meg alszárát. N. a marássebbel nem törődött semmit, az pár nap mulva orvosi kezelés nélkül begyógyult. 1903. június 10-dikén súlyosan megbetegedett, az előhívott orvos vesztséget állapított meg és harmadnapra, június 12-dikén, meghalt.

*Incubatio*: 24—26 nap.

*Német Mártonné*, 69 éves, gerendi lakos, Torda-Aranyosmeigyében. 1903. év április 20-dikán kóbor eb marta meg felső ajkán, mely eltűnt és többé feltalálható nem volt. N. 1903. június 8-dikán vesztségben megbetegedett és mint ilyet a tordamegyei kórházba szállították, hol június 11-dikén meghalt.

*Incubatio*: 49 nap.

*Szabó István*, 5 éves, földmives fia, lakik Kúnszentmiklóson. 1903. év elején kutya harapta meg a kezén. 1903. február 21-dikén Sz. vesztségben megbetegedett és 22-dikén meghalt. Miután a szülőknek nem volt tudomásuk arról, hogy fiukat kutya marta volna meg, a valódi halál-ok kiderítése végett a meghalt gyermek agyát az intézetbe küldték megvizsgálás végett, a hol az abból eszközölt állatoltási kísérletekből annak vesztsége volt megállapítható.

*Incubatio*: közel 45 nap.

*Özv. Pollák Jánosné*, 70 éves, földmivesasszony, lakik Fakóvezekény községben, Borsamagyében. 1903. év április 13-dikán kóbor kutya marta meg az arczán. P.-né ugyanazon hónap 27-dikén vesztségben megbetegedett és 28-dikán meghalt.

*Incubatio*: 14 nap.

*Szavaszéanu Bogdán*, 10 éves, földmives fia, lakik Dál községben, Szeben megyében. 1903. év június 9-dikén odavaló lakos ebe marta meg az arczán. Az eb eltűnt a háztól, többé feltalálható nem volt. A fiú szülei a marássebbel nem sokat törődtek. 1903. június 27-dikén a fiú megbetegedett és apja őt Szászsebesre vitte orvoshoz, ki rajta vesztséget állapított meg és mint ilyent nyomban Budapestre küldötte védőtások végett. Budapestre, érkezvén a nagyfokban elgyengült fiú a szent István-kórházba szállítottott, a hol július 5-dikén meghalt.

*Incubatio*: 18 nap.

*Spiegel Mór*, csengeri lakos (Szatmármegyében). 1903. év január hónapban veszettgyanús kutya marta meg arczán. Sp. orvos tanácsát nem kérte, hanem házi szerekekkel orvosolta sebet, mely rövid idő alatt teljesen begyógyult. Ugyanazon év július 26-dikáig jól érezte magát, a midőn étvágytalanságról és álmatlanságról kezdett panaszkodni. Másnap légzési és nyelési nehézségek léptek fel és az előhívott orvos vesztséget állapított meg nála, mely július 30-dikán este véget vetett életének.

*Incubatio*: 180—200 nap.

*Hatye Petrut*, 12 éves, napszámos, lakik Vancsalfaluban, Máramarosmeigyében. 1903. év június 20-dikán veszett macska marta meg a lábán. Ugyanazon év augusztus 19-dikén H. vesztségben megbetegedett és 23-dikán meghalt. Az esetről a máramaroszigeti városi tisztiorvos küldte be az értesítést.

*Incubatio*: 60 nap.

*Atyimovics Ráczka*, 56 éves, ivánkai lakos, Torontálmegyében. 1903. év április hó 20-dikán kutya marta meg a jobb kezén. Az ivándai előljáróság értesítése szerint A. 1903. június 10-dikén vesztségben megbetegedett és 15-dikén meghalt.

*Incubatio*: 51 nap.

*Takács Ferencz*, 60 éves, földmives, lakik Szegszárdon. 1903. év márczius hó 30-dikán veszett tehén inficiálta kezét. T. 1903. november hó 1-jén vesztségben megbetegedett és 3-dikán meghalt. Az esetről a szegszárdi előljáróság küldte be az adatokat.

*Incubatio*: 214 nap.

B) Nem magyarországi illetőségű védoltott lyssa-halottak:

*Cerovina Dragutin*, 15 éves, földmives, lakik Kozija községben, Boszniában. 1903. év február 1-jén kóbor eb marta meg a bal kezén. Az ebet nyomban agyonverték és az állatorvos veszettnek találta. C. február 8-dikától 26-dikáig állott antirabikus védőtások alatt. A sarajevo kerületi előljáróság értesítése szerint C. április 2-dikán vesztségben megbetegedett és 5-dikén meghalt.

*Incubatio*: 61 nap.

*Kursinovic Fabina*, 14 éves, földmives leánya, lakik Stari-Majdánban, Boszniában. 1903. év november 4-dikén odavaló lakos ebe marta az arczán. Az ebet agyonverték és boncolták. Kórisme: vesztség. Antirabikus oltások tartama: november 9-dikétől 28-dikáig. A sanskimosti kerületi előljáróság értesítése szerint K. 1903. december 1-jén vesztségben megbetegedett és 3-dikán meghalt.

*Incubatio*: 26 nap.

VI.

Az intézetbe bejáró szegény marottakat és kísérőiket ez évben is a szent István-kórház látta el tartózkodási helylyel és élelemmel mint közkórházi betegeket. A kórházban elhelyezett szegénybetegek forgalmát és az évi ápolási napok számát az intézet felállítására óta a fentebbi táblázat tünteti fel.

Év	Ebmarottak	Ápolási nap	Kísérők	Ápolási nap	Összesen	
					A kórházban elhelyezve voltak	Ápolási nap
1890	398	5726	92	1290	490	7016
1891	409	5776	127	2698	536	8474
1892	402	5491	147	2058	549	7549
1893	520	7162	156	2432	676	9594
1894	878	11892	288	3744	1166	15636
1895	1020	14427	282	3894	1302	18321
1896	1203	16254	349	4510	1552	20764
1897	1339	18694	452	5786	1791	24480
1898	1575	21364	499	6577	2074	27941
1899	1676	21859	490	6108	2166	27967
1900	1721	22816	531	6823	2252	29639
1901	2147	28797	700	8386	2847	37183
1902	2220	29959	642	7080	2862	37039
1903	2508	32720	707	8123	3215	40843
Összeg:	18016	242937	5462	69509	23478	312446

A védoltottak gyógyulási és halálozási statistikájának évi hullámzását az intézet felállítására óta a következő összeállítás mutatja a magyarországi esetekre nézve.

Év	Védoltottak száma	Gyógyultak száma	Halottak száma	százalék				
				Gyógyulás	Halálozás			
1890 IV/15	1084	1073	11	98-99	1-01			
1891								
1892				506	500	6	98-82	1-18
1-93				623	619	4	99-36	0-64
1894				1120	1089	31	97-24	2-76
1895				1192	1189	3	99-75	0-25
1896				1468	1466	2	99-87	0-13
1897				1482	1475	7	99-53	0-47
1898				1596	1593	3	99-82	0-18
1899				1673	1670	3	99-89	0-11
1900				1762	1757	5	99-72	0-28
1901				2268	2259	9	99-62	0-39
1902				2378	2376	2	99-92	0-08
1903				2493	2483	10	99-60	0-40
12 év 8½ hó összesen:				19645	19549	96	99-51	0-49

Az intézetben tanács és gyógyítás végett megjelent egyének összes száma az intézet fennállása óta 1903 végéig 22,558, kik közül 19,896 magyarországi illetőségű volt, 2662 pedig külföldi,

## VII.

## Nem védoltottak halálozási százaléka:

1890-ben	465	egyen	közül	meghalt	64	=	13.76	százalék
1891-ben	143	"	"	"	33	=	23.07	"
1892-ben	147	"	"	"	13	=	8.84	"
1893-ban	228	"	"	"	36	=	15.78	"
1894-ben	220	"	"	"	26	=	11.81	"
1895-ben	179	"	"	"	28	=	15.64	"
1896-ban	166	"	"	"	19	=	11.44	"
1897-ben	165	"	"	"	29	=	17.57	"
1902-ben	148	"	"	"	18	=	12.16	"

## Budapesti Pasteur-intézeti statistika.

## Védoltottak halálozási százaléka:

1890-ben	534	egyen	közül	meghalt	8	=	1.01	százalék
1891-ben	602	"	"	"	3	=		
1892-ben	576	"	"	"	6	=	1.18	"
1893-ban	701	"	"	"	4	=	0.64	"
1894-ben	1206	"	"	"	34	=	2.81	"
1895-ben	1342	"	"	"	4	=	0.29	"
1896-ban	1611	"	"	"	3	=	0.18	"
1897-ben	1685	"	"	"	7	=	0.47	"
1898-ban	1946	"	"	"	7	=	0.35	"
1899-ben	2083	"	"	"	3	=	0.11	"
1900-ban	2168	"	"	"	6	=	0.27	"
1901-ben	2603	"	"	"	10	=	0.38	"
1902-ben	2610	"	"	"	2	=	0.08	"
1903-ban	2891	"	"	"	11	=	0.38	"

Összesen: 22558 egyén közül meghalt 108 = 0.47 százalék

Ebből Pasteur módszere szerint védoltatott összesen 3410 egyén, kik közül meghalt 54 egyén = 1.58 százalék.

Högyes módszere szerint védoltatott összesen 19,148 egyén, kik közül meghalt 54 egyén = 0.28 százalék.

## Közegészségügy.

Az érvényben lévő gyógyszerárszabványhoz kiadott függelék. 107.393 IV—b./1901. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi törvényhatóságnak.)

Egyes gyógyszerek árai ingadozásnak lévén alávétve, szükségessé vált az 1903. évi december hó 14-dikén 112,052. sz. a. kelt körrendelettel kiadott gyógyszerárszabványban felsorolt egyes gyógyszerek ár-egységeinek a tényleges viszonyokhoz mért változtatása.

Ennélfogva elfogadva az orsz. közegészségi tanácsnak némely gyógyszerek árának megváltoztatására, továbbá a gyógyszerek kiszolgáltatására vonatkozó 1903. évi december hó 14-dikén 112,052. sz. a. gyógyszerárszabvány elején található belügyministeri rendelet 17-dik pontjának a fertőtlenítő pastillákra vonatkozó határozmányának hatályon kívül való helyezésére irányuló javaslatát, mindazon gyógyszerek árait, melyek az ezen rendelettel kiadott s ide /% alatt mellékelt gyógyszerárszabványi függelékben felsoroltnak, a szerint állapítom meg, a mint az ezen függelékben foglaltatik s elrendelem, hogy a gyógyszerészek ezen gyógyszerek árait 1905. évi január első napjától fogva ezen árszabvány szerint számítsák.

Az egyes gyógyszerek árának módosítása folytán az 1898. évi 99,000. számú körrendelettel kiadott szabályzat II. mellékletében felsorolt vényminták árai is változást szenvedvén, a függelék végén IV. alatt — mihez tartás végett — ama vényminták új árai is fel vannak tüntetve.

Felhívom ezimet, hogy jelen rendeletem tartalmáról a törvényhatósága területén lakó összes orvosokat, állatorvosokat és gyógyszerészeket erről értesítse; a gyógyszerárszabvány függelékének idezárt példányait pedig haladéknélkül az összes nyilvános házi és kézi gyógyszerárak tulajdonosainak vagy kezelőinek szigorú mihez tartás végett azzal adja ki, hogy ezen függelék a most érvényben lévő gyógyszerárszabvány első lapja, illetőleg belső fehér czimlapja elé ragasszák be s a függelékben felsorolt gyógyszerek neveit és árait az 1903. évi december 14-dikén 112,052. szám alatt kiadott gyógyszerárszabványban 1905. január 1-jén, a midőn azok árainak módosítása életbe lép, húzzák keresztül; mely körülményről a tisztí főorvosok a gyógyszerárak megvizsgálása alkalmából meggyőződni tartoznak.

Budapest, 1904. évi november hó 12-dikén.

Tisza s. k.

A galicziai illetőségű betegeknek a magyarországi kórházakban való ápoltatása tárgyában a belügyminister valamennyi köz- és nyilvános jellegű kórház igazgatójához a következő körrendeletet intézte:

„A galicziai országos Bizottságnak f. évi április 18-dikán és június 6-dikán 113,605/1903. és 54,318. számok alatt kelt átirataiban kifejezett kívánságára felhívom a czímet, hogy galicziai illetőségű egyéneknek a vezetése alatt álló kórházba való felvételek, illetőleg a felvétel végett való jelentkezés alkalmával a következőket tartsa szem előtt: 1. Mindazon galicziai illetőségű egyének, kik átutazásuk vagy ideiglenes itt tartózkodásuk alatt megbetegednek és kórházba akarják magukat felvételni, már a felvételre való jelentkezés alkalmával a legbehatóbb vizsgálat tárgyává teendő, hogy állapotuk azonnali kórházi elhelyezést tesz-e szükségessé, továbbá arra nézve is, hogy a felmerülő ápolási költségeket már a felvételkor képesek e egészben vagy legalább részben megfizetni a náluk levő pénzből? 2. Ha a felvételre jelentkezés alkalmával a galicziai illetőségű beteg állapota nem teszi szükségessé az azonnali felvételt és részéről a felmerülő ápolási költségek viselésére a felvételkor birtokában levő pénzkészletből semmi sem fordítható, az ily galicziai illetőségű egyéntől a felvétel megtagadandó és Galicziába való visszatérésre utasítandó. Feleslegesnek tartom különösen hangsúlyozni, hogy ezen eljárásnál az emberiség határán túlmenni nem szabad. 3. A galicziai illetőségű betegek tovább tartására vonatkozó engedélyek kikérése alkalmával a kérelem a beteg gondos megvizsgálása alapján megállapított körlettel indokolandó. Jelen rendeletet 1905. évi január hó 1-jén lép hatályba.“ (58,000/1904. B. M. szám.)

## Tárca.

## Metschnikoff könyve.

(Folytatás.)

A változott viszonyok csakhamar megteremtették a családi élet disharmoniáit is. Az első emberek a létfenntartás érdekében korlátlan szaporodásra voltak utalva. A megélhetésnek nehézségei, a családi élet legeltérőbb kialakulása mellett is a nemzés korlátozására vezettek a legkülönbözőbb formákban. A nemzés korlátozásának példái az állatvilágban nem találunk.

Az ember, mint társas lény, az együttélésre és a kölcsönösségre való ösztönét nem állati őseitől örökölte, hanem később fejlődtek ki nála. Ez az ösztön bizonyos korlátoknak alávetett. Kiterjesztése az egész emberiségre áthidalhatatlan akadályokba ütközik. Az egy nyelvűség, egy vallás, egyfajúság által felállított korlátok folytonos változásoknak alávetettek. A szociális ösztön, mai kialakulásában, nem ad kielégítő választ azon kérdésünkre, mit tartunk szerencsés életviszonyoknak (azaz ki tartsa magát szerencsés embernek), mit tartunk igazságnak, ha szociális berendezésünkkel annyi emberrel történik igazságtalanság és annyi ember szenved el ilyent. Ezen szociális disharmoniák magyarázatul a szociális élet mint ösztönnek, újabb, illetve fiatalabb kialakulása szolgálhat. E magyarázatot nem alkalmazhatjuk a létfenntartásban megnyilatkozó disharmoniákra. Ez az ösztön a lények egész sorozatában fejlődött ki, hogy fejlődésének legmagasabb fokát az emberben találja fel. Az élet szeretete és az egyéni megmaradás vágya az egész szerves világban otthonos. Dacára annak, hogy a halál teljes ismeretlenségével még a legtöbb magasabb rendű emlősnél is találkozunk, már a legalacsonyabb szerves lényeknél is csodás eszközökre találunk, melyek a veszély és a halál kikerülését célozzák. Az élet ösztöne és a halál félelme az embernél is csak fejlődésével, a haladékkal fejlődik ki teljesen. A halál félelme képezi alapját a buddha vallás fenséges pessimizmusának, ugyanez nyilatkozik meg paradoxan a pessimizmus bölcseleik (Schopenhauer, Rousseau, Hartmann) műveiben, számos nagy író mondásaiban, irataiban (Tolstoj, Zola, Ibsen, Goncourt, Byron). A halál félelme kétségtelenül ösztönszerű, fejlettebb műveltség mellett csak kifejezettebb és tudatosabb. A késő vészeng nem értékelte az életet kisebbre, mint az erők teljes épsége és nem fosztja meg a halált félelmes voltától. Az aggodnak ezzel ellentétszerű gyakori öngyilkossága nem életuntagságból következik, hanem keresetképtenségük által felidézett nyomorból, fájdalmas betegségeiből. Az élet-ösztön disharmoniája legkiáltóbban, a maga megfoghatatlan szörnyűségében legélesebben a halál percének közeledtével nyilatkozik meg. Az emberiség e tragikus rejtély kulcsát már rég kereste. A rendszeresített vallások ép úgy, mint már az ókor bölcselei (Sokrates, Cicero, Seneca).

Összegezve a mondottakat, az ember természete, ha sok tekintetben tökéletesnek és fenségesnek mondható is, sok szenvedés forrását alkotó disharmoniát rejt magában, emlékeztetve azon rovarokra, kiket ösztönük ellentállás nélkül a fény felé röpökdtet, a melyen szárnyaikat megégetik.

A tudatos életnek már első idejében, régen, mielőtt a tudomány a disharmoniákat felismerte és azokra figyelmeztetett volna, megvolt az emberekben az akarat, hogy természetüknek tökéletlenségeit megszüntessék vagy azokon legalább enyhítsenek.

E törekvés teremtette meg a lélek fogalmát, már a legprimitívabb népeknél, e törekvés vonal vörös fonálként keresztül minden valláson, vigasztalást nyújtva egy túlvilági élet hitét, a földi élet sok bajáért. Ezen túlvilági életben való hitből formálódott ki az istenség fogalma, mint legfelsőbb lény. Ezen siron túli életben való hit egyes vad néptörzseknél, valamint más vallások hitbúgó rajongóinál is felülemelkedett a halál ösztönszerű félelmén.

A halálhoz hasonló, narcotikumok által létrehozott teljes álom (önkivület) ellene szól a testtől független életet élő lélek létezésének,

annyi más körülmény mellett. A földön túli lét, a vallások vigasza, mellette egyetlen elfogadható ok sem szól, ellene tömérdek. A telepathia sem valamely különálló lelki functio eredménye, hanem fejlettebb sensibilitás következménye. A vallások feladatukat a földöntúli élet ígérével, a melylyel az emberi természet legnagyobb disharmoniájával, a halál gondolatával akarták az emberiséget megbárántani, nem merítették ki. Törekedtek az élet kisebb disharmoniáin is enyhíteni. A táplálkozás, a nemí functiók szabályozásával, a betegségek elleni védekezés és azok meggyógyítása útján.

A bölcselmi rendszerek javarésze szorosan simulva a vallások felfogásokhoz, inkább költői, mint észszerű érvekkel támogatja a túlvilági élet létezését, még Spinoza is hisz a léleknek az őanyagba való visszatérésében, ha nem is annak további egyéni életében. Az újabb bölcselkedőknek kivétel nélkül lemondanak a léleknek a halált túlélő egyéni létéről, de valamely örök, általános principium (örök erő Spencernél) létezését veszik fel, mely magába foglalja az egyéniségtől megfosztott lelket. Gyenge vigasz.

A természettudományi alapokon nyugvó kutatás nem nyugszik bele, a változhatatlan sorsba, mint a bölcsélet, a sensibilitás fokától függően pessimistikus vagy optimistikus resignatioval, hanem erélyes, czéltudatos haladásával, lépésről lépésre hódít a halál birodalmából.

A pestis, a cholera, a diphtheritis és más fertőző megbetegedések már rég nem isten ostorai, a mióta kórokozójukat ismerjük és megtanultuk az ellenük való védekezést, sőt gyógyításukat is. A sebkezelés modern elvei és eszközei a sebészi beavatkozás számára hozzáférhetővé tették megbetegedéseket, a melyek gyógyítására még néhány évtized előtt gondolni sem lehetett, így pl. a vakbélgyulladás.

Leszállították a háborúban megsebesültek halálozási százalékát 30 év alatt 15-21%-ról (krimi háború) 6-64% (amerikai spanyol), sőt 50%-ra (transvaali háború) és ha az emberiség legnagyobb csapása ellen, a tuberculosis ellen, a melynek az emberiség egy hatoda esik áldozatul, nem is léphetünk fel gyógyítólag, az ellene és terjedése elleni védekezés kórokozójának ismeretével óriási haladt.

Haladt egy másik pusztító kór, a rosszidulató újképlet megismerése is, sikerült epithelnek átültetésével mesterségesen rákos újképletet előidézni.

A betegségek azonban csak episodok és a leküzdésükre elért eredmények az emberi élet nagy problémáját nem oldották meg, nem elég valakit egy betegségből gyógyítani, meg kell neki mondani mi a hivatása, miért kell megöregednie, ép akkor, mikor talán életkedve legkifejezettebb, mondja Rousseau, mondja Tolstoi és Brunnetiere a tudomány haszontalanságát hangoztatva. Csakhogy azon nagy thesis, a melyek megoldhatatlanságából következett Brunnetiere a tudomány esődjét, a tudomány által sohasem állították fel, „minden nap új hódítást jelent” mondja Richet „a nélkül, hogy az ember sorsának nagy talányát megoldaná”. Ha a tudomány más megoldást és vigaszt nem nyújthat, mint a jól megérdemelt nyugodalmat a sírban, hasznosan eltöltött élet jutalmául, úgy nem esoda, ha mindig több kiváló szellem fordul el tőle és izek a hit és mysticismus karjaiba.

A tudomány nem ignorálhatja azt az ellentmondást, a mely az élni vágyás és a halál elkerülhetlensége között van, ha határozott feleletet reá nem is adhat. Az öregedés, a korral járó elváltozások a növényvilágban ép oly otthonosak, mint az állatvilágban.

Az emberről Metschnikoff szerint ez a magasabb rendű és specifikus szövetemek sorvadásában és kötőszövet általi pótlásban mutatkozik. A magasabb nemesebb szövetemek harcra ez, az egyszerűbb és primitív szövetemek ellen, a mely harc az utóbbiak győzelmével végződik. Metschnikoff és iskolájának újabb kutatásai szerint ezen agkori szövetdegenerációkban nagy szerepük van azon phagocytáknak, a melyeket ő makrophagoknak nevezett. Ezek okozzák a vesé parenchymájának sorvadását és szövetközi elemekkel való pótlást, ezek teszik az idegsejteket tönkre és pótolják neurogliaival, a mint hogy phagocyták, mint pigmento- vagy chromophagok, fehérítik meg a hajákat. Ezen sejtek hozzák minden valószínűség szerint a csontok porosítását és törékenységét létre. Ha az öregedés e szerint természetes is, a mint természetesen a szülfajdalmak is, mégsem tekinthető egyik sem physiologikusnak. A mint az elkerülhetetlen látszó szülfajdalmak ellenszerét keressük, ép úgy keressük az öregedés ellenszerét, habár ennek feltalálása, tekintettel arra, hogy idült folyamattal van dolgunk, nagyobb nehézségekbe ütközik. A probléma, mely még megoldva nincs, melynek megoldása azonban nem lehetetlen, a nemes elemek életerejének növelésében, a phagocyták támadó erejének gyengítésében áll. A probléma megoldásának útját a cytotoxikus serumok mutatják meg. Ezen cytotoxikus serumok kis adagjai specifikus szövetekre batva azokat erősítik. E serumok előállítására akadályok azonban a kérdés megoldását a messze távolba helyezik.

(Folytatása következik.)

Ráskai Dezső dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

A prostata hypertrophia tanának mai állása.

Közi: Ráskai Dezső dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

A prostata hypertrophia gyűjtőfogalom és nem egységes kóralak.

Virchow (l. c.) nézete szerint a folyamat rendszerint a mirigyes részletekben kezdődik és csak később társul hozzá a stroma szaporulata.

Birch-Hirschfeld szerint a mirigy tubulusok maguk vesznek új mirigyesapok és tubulusok termelésével a szaporulatban active részt.

Rindfleisch (l. c.) (Lehrbuch d. path. Gewebelehre. 6. Aufl. 1886.) szerint a túlképlés kezdete a subepitheliális kötőszövetbe teendő, a melynek burjánzása a mirigyűrök tágulását csak másodlagosan hozza létre.

Casper szerint sem a myomáknak, sem az adenomáknak a hypertrophiahoz közük nincsen, dacára annak, hogy előfordulásokat tagadásba venni nem lehet. Ha a felállított sémához ragaszkodni akarunk, akkor azt kell mondanunk, hogy a kevert alak az uralkodó.

A prostatának úgynevezett hypertrophiaja ép úgy, mint a vele histogenetikusan rokon atrophia, közös forrásból ered. A két folyamat egymástól nem a szöveti alkat minemisége által, hanem lényegileg a különböző terjedelemtől, erősségtől, de mindenképp a különböző elváltozások eloszlódása és localisatioja által különbözik.

A két folyamat közös kiindulása productiv kötőszöveti folyamatokban keresendő, a melyek székhelye, a szerv stromája és kifejlődésük foka szerint a kötőszövet szerkezetének különböző alakjait mutathatják, állandóan góczszerűen lépnek fel a mirigy epithelje alul indulva ki.

Ha a képlő stromaelváltozások a centr. prostata részletekben jönnek létre és a nagy kivezető csövek körül helyezkednek el, úgy általuk e kivezető csövek ürterének szűkülése vagy teljes elzáródása jöhet létre, mi a váladék felgyülemeléséhez és a környi mirigyágaknak tágulásához vezet. A mirigy tágulás annál gyorsabban jö létre és annál magasabb fokot ér el, minél sürűbben és minél közelebb a kivezető csövek torkolatához fekszenek ez akadályok, továbbá minél nagyobb a mindig egyidejűleg jelenlevő endoglandularis kórtani folyamatnak terjedelme és intenzitása. E folyamatok az epithelnek élénkebb proliferatiojában, a sejtek egyszersmind hámlásában és szétesésében fekszenek, miáltal a catarrhalis folyamatok jellegével bírnak. Ehhez néha genyes folyamatok járulnak, a mi genysejteknek a mirigy tartalomhoz való társulásában leli kifejezését.

A mirigy megnagyobbodása majdnem kizárólag a mirigyűrök megnagyobbodására vonatkozik, az újonnan képzett kötőszövetnek a prostata kórtani növekedésében alárendelt szerepe jutott. A prostata izomzat activ részvétele a prostata megnagyobbodásánál, valódi myomák képzése nélkül, tehát az esetek túlnyomó többségében nem beigazolt és nagyon kétséges.

Ha a kötőszöveti stromaelváltozások különösen a környéken folynak le és a mirigy tubulusok vakon végződő ágai szomszédságában helyeződnek el, akkor az összenyomott tubulusok összenövése és elsenyvedése által a stromában képzett kötőszövetnek zsugorodása folytán az egész szervnek kisebbéde, *prostatatrophia jó létre*. Ez a kisebbéde gyorsabb és intenzívebb, ha endoglandularis, a mirigy tartalmat szaporító folyamatok nincsenek jelen. Ezenkívül azonban a mirigyszövet involutioján alapuló, egyszerű mirigyatrophia is létezik.

Ha a kórtani elváltozások a prostatamirigy főalkotórészének mindkettőjét egyenlő mértékben érik és ha ez elváltozások részint a környi, részint a centralis prostatarészekben székelnek, úgy egymást compensálva, a mirigy nagyságbeli elváltozást nem szenved, ha pedig egyik folyamat a másik felett túlsúlyra emelkedik, akkor a prostata-mirigy egészében megnagyobbodik vagy pedig kisebbedik.

A prostata ú. n. hypertrophiaja és atrophiaja között feltalálható histogenetikai rokonság a mellett szól, hogy e két folyamat között ép oly szoros aetiologiai rokonság áll fenn.

C. nézete szerint a nagyobbdás csak véletlen kóros complicatio, mely a normális kifejlődést, azaz a nemí szervek atrophiaját csak el-takarja, leplezi.

Ezen eredmények támogatására több irányban történtek pótló és kiegészítő vizsgálatok. R. H. Greene és H. Brooks<sup>19</sup> 58 esetben vizsgálták meg a túltengett dülmirigyet. Az eredményt a következők mondatokba foglalták össze: 1. A prostata hypertrophia chronicus prostatitis következménye. 2. Ez utóbbi a hátsó húgyveső idült lobjából származik. 3. A prostata valódi újképletei ritkák, a prostata hypertrophia aetiologiajában szerepet nem játszanak. 4. Az idült lob folytán a túltengett prostatában carcinoma fejlődhetik. Rothschild<sup>20</sup> húgyszerveiben eltérést nem mutató 30 hulla prostatáját vizsgálta meg és a 30 prostata közül 27 chronikusan lobos folyamatoknak kórszöveti képét adta, tehát 90%, a mi Rothschild szerint megfelele a prostatitis gyakoriságának. A histologiai kép egyező volt azzal, a melyet Ciechanovszky hypertrophizált prostatában talált. Rothschild esetei az életük 30-as éveiben elhalt férfihullákból származtak és így azt hiszi, hogy vizsgálatai kiegészítik Fingernek a prostatitisről és Ciechanovszkynek a prostata hypertrophiáról végzett vizsgálatait, és hogy a kettő közötti összefüggés ezen esetek által biztosítva van. A prostata hypertrophia tehát mint a prostatitisnek késői stadiuma volna felfogható. Rothschild következtetései túlvérmesek; ha a lobos eredetet a limine visszautasítani nem is lehet, nem szenved kétséget, hogy azt sokkal erőteljesebb argumentumokkal kell majd támogatni, hogy általános aetiologiai érvényességüket elfogadhassuk. Ezen kutatásokkal és a belőlük vont következtetésekkel szemben Rovsing<sup>21</sup> nem tartja könnyen érthetőnek, hogy egy ifjúkori prostatitis évtizedek mulva mint prostata hypertrophia jelentkezzen, ép ellenkezőleg, hisz azt látjuk, hogy acut lóbnál a hyperaemia folytán daganat fejlődik, fokozott váladéktermeléssel és visszatarással és gömbsejtű beszűrődéssel, idült lefolyásnál az epithel destructioja jö létre, kötőszövetképlés, zsugorodás és atrophia. Rovsing szerint inkább hihetünk a gonorrhoea és prostata hypertrophia közötti antagonizmusban, mint okozati összefüggésben. Az utóbbi évek vizsgálatai beigazolták, hogy a prostata hypertrophia a mirigyszövet

hyperplasiája folytán jö létre, ha pedig a mirigy előző folyamat által zsugorodott és destruált, akkor nem lehet hyperplastikus.

Rovsing nem akar a sok kalandos hypothesishez egy újjal járulni, de mégis meg akarja jelölni az irányt, a melyen eüdvülva, a megfejtés talán megtalálható. A mirigynek rendes viszonyok között egyik hivatását alkotja oly nedv termelése, a mely a spermatozoák életképességét és mozgékonyágát fenntartja, illetve előidézi. A prostata tehát a termékenyítés és a fajfenntartás szempontjából bir igen nagy fontossággal. Ezt előrebocsátva, a hyperplasiát mint a természet egy oly törekvését foghatjuk fel, a melylyel az esetleg beálló agykori elégtelenséget akarja kiegyenlíteni és így a prostataváladék mennyielyes gyarapításával a minőségben beállott fogyatkozást pótolni. Ezt Rovsing szerint beigazolni látszik az a tapasztalat, hogy a prostata, valahányszor spermatozoák odajövelele megakad (castratio a vas deferens betegsége folytán), atrophizál.

A prostata hypertrophia létrejövételének magyarázatánál minden esetre tekintettel kell lennünk a mirigy physiologiai működésére, a mely három irányban érvényesül, mint secernáló mirigy, mint izomapparat és mint idegsejtekben, dúczokban és idegvégzőszervekben gazdag szerv. Az izomapparatban létrejött működési elváltozások adják Wassilief<sup>22</sup> szerint magyarázatát a prostata hypertrophianál létrejövő vizelési zavaroknak. Wassiliefet t. i. különböző körülmények azon nézetre juttatták, hogy a sexualis operatiók kedvező eredményei a hólyag sphineter tonusának csökkenésére vezethetők vissza. Nézetének igazolására állatkísérleteket csinált. Azt hiszi, hogy a prostata hypertrophianál a megnagyobbodott mirigy és a megváltozott húgyvese okozta mechanikai akadályokon kívül a sphineter tonus is szerepet játszik, mely spasmusig fokozódhatik és így valószínűleg heveny retentiora vezethet. Kapsamer<sup>23</sup> is azt mondja, hogy a húgyretentio valamely prostatatumor (esetleg hypertrophia) első tünetét képezheti, előidéve a prostata hypertrophia (elváltozás) folytán létrehozott innervatiós zavar által.

Ez innervatiós zavarok által létrehozott tartós structura-elváltozásokat tanulmányozta G. A. Jastreboff.<sup>24</sup> Dolgozatának főbb eredményei a következők:

Guyon és Motz szerint az öregeknél fellépő vizelési zavarok első sorban a hólyaggyengeség és másodsorban a húgyutakban létrejövő congestiók által idéztetnek elő. Jastr. ezen theoriát figyelembe véve, azt a kérdést veti fel, miben állanak a hólyaggyengeségnek kimutatható bonczani elváltozásai és vannak-e a húgyutakban a congestiora hajlamosító, górcsövíleg kimutatható elváltozások. Ezen kérdések megoldására törekedve, ötven éven túli negyven férfi hulla prostatáját vizsgálta meg. Ezen negyven férfi közül tizenegynél életükben vizelési zavarok állottak fenn (gyakoribb vizelés, időkénti húgyrekedés). E vizsgálataiban igen nagy figyelemmel volt a rugalmas rostokra, a melyeknek nézete szerint rendeltetésük a szövetben lévő hajszáledényeket a szövet nyomásától megvédeni, másrészt a cap. túlságos kitágulását a vérnyomás fokozódásánál korlátozni és így a véráramra szabályozólag befolyjni.

Az 50—83 év közötti férfihullák prostatáját összehasonlította 30 éves egészséges emberek prostatájával, 11 prost. kisebb volt a normálisnál, (17 gm. kb.), 18 egyén prost. a középső lebeny túltengését mutatta, mérsékelt nagyobbodással mellett (18—25 gm.), végre 11 egyén prost. igen jelentékeny szabálytalan megnagyobbodással (26 gm. felül).

Vizsgálatai szerint:

1. Az agykori prostata görcsövi szerkezete igen nagy eltéréseket mutat: teljes lehetetlenség ezen szerkezet általános érvényességű típusát megállapítani. Ezen tény elientében áll több szerző állításával, a kik az öregek prostatájának görcsövi szerkezetét leírták. Vizsgálatai csak azt az egy tényét igazolták be, hogy a szövetközi kötőszövet szaporodott és pedig a mirigyszövet rovására.

2. Valamennyi vizsgálatnál a rugalmas rostoknak jelentékeny kevesbedése és degeneratioja, sőt teljes eltünése volt constatálható. Ezen tény magyarázatul szolgálhatnak esetleg az idők folytán gyakrabban ismétlődő, tünetek nélkül lefolyó, subacut kóros folyamatok, melyek gyakoribb nemi izalmak által kiváltott nemi ingerek által idéztetnek elő.

3. A rugalmas rostoknak a kötőszövetből való eltünése, a mirigy parenchymájában levő visszerek kitágulásával együttesen elősegíti a congestiók fellépését, a melyek a prostata megnagyobbodását kiserik; ezáltal a vizeletkiürítés elé gördülő akadályok fokoztatnak.

4. Az agkok prostatájánál fellépő eredeti gyengesége a hólyagnak a hólyagfal bonczani elemeinek mennyielyes csökkenésén alapszik. Ezen elváltozás az izomelemek atrophijában, teljes eltünésében, vagy a szövetközi rugalmas rostok degeneratiojában áll. Ezzel egyidejűleg a hólyagfalban lévő vénák tágultak, a mi által a hólyag congestioja elősegítettetik és működési ereje még inkább csökken.

5. A két folyamat, az izmok senyvedése és a rugalmas rostoknak a kötőszövetből való eltünése egymással párhuzamosan halad és agykori elváltozásoknak fogandók fel.

6. Ezen elváltozások még fokozódnak, ha ehhez még a hólyag idült hurutja társul és önkényes vagy önkénytelen vizeletvisszatartás által a hólyag kitágul.

7. Hosszabb ideig tartó ismételt húgyrekedések, tekintet nélkül keletkezésük okára, végül rendkívül káros hatást fejtenek ki, mivel agkoknál a szövetek újképlő képessége nagyon alászállt.

A prostata hypertrophia folytán létrejövő vizeletrekedés, valamint általában a bajjal járó vizelési zavarok magyarázatul a megnagyobbodott prostata által okozott mechanikus akadály mellett a húgycső deformitásai, anatomiai változásai (hossz és lefutás tekintetében), val-

mint a hólyag állapota is tekintetbe jönnek, a mint azt már a fentebbiekben is jeleztük. Hiszen már Socin<sup>25</sup> is mondja, hogy kétségtelen, hogy a prostata hypertrophiatól egészen függetlenül létezik egy agykori hólyaggyengeség, a mely nem egyéb, mint az izomrostok zsíros elfajulásán alapuló sympathikus paresise a hólyagizomzatnak. (Prostatismus vesicalis Guyou). Frisch<sup>26</sup> azt hiszi, hogy chronikus húgyrekedés sok esetben nem az elzáró mirigy tömegek az okozó tényezők, mint inkább a túltengett sphineter fokozott tonusa és muló contractiós állapota, hasonlóan ahhoz, a mi némely neurosisnál vagy chronikus prostatitisnél fordul elő.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

Prof. Dr. C. J. Eberth-Halle a. S.: Die männlichen Geschlechtsorgane. Mit 259 zum Theile farbigen Abbildungen im Text. G. Fischer. Jena, 1904.

Ezen mű a Bardeleben tanár szerkesztésében megjelenő „Handbuch der Anatomie des Menschen“ című nagy gyűjtőmunka 12-dik részét képezi egyszersmint (VII. kötet, II. főrészt, 2. rész).

A legújabb e szakba vágó dolgozatokat, kézi- és tankönyveket is felölölő részletes irodalomjegyzék minden fejezet elején a könyvet becses forrásmunkává teszi, másrészt az igen számos kitűző ábra és szövettani kép a szöveg megérthetőségét nagyon emeli, úgy hogy a könyv áttekinthetősége és könnyű kezelése ezzel is fokozódik. Igen értékesek azon szövettani képek, melyek a Roux tanár gyűjtőmunkájából származó, egy kivégzett felnőtt egyén nemi szerveiből készült metszetteket ábrázolják, és sok, az ondóképző és levezető utakban lefolyó bántalom lefolyását érdekesen megvilágítják.

A tisztán descriptiv és comparativ szöveget a közbeszűrt physiologiai megjegyzések, valamint az egyes fejezetek végén található ethnographiai vonatkozások teszik élvezhetőbbé.

A munka kiállítását és az ábrák reproductioja kitűzőnek mondható. A 10 márkában megállapított ár pedig e mű elterjedését anatómusok és urologusok körében nagyban megkönnyíti.

Picker Rezső dr.

Uj könyvek. Polano: Der Magenkrebs in seinen Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Würzburg, A. Stuber. — Jentsch: Musik und Nerven. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Meyer: Übung und Gedächtnis. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Oertel-Mazegger: Über Terrain-Kurorte zur Behandlung von Kranken mit Kreislaufs-Störungen. Leipzig, F. C. W. Vogel. — Dubois: Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung. Bern, A. Francke. — Sommerfeld: Der Gewerbearbeit. Jena, G. Fischer. — Saenger: Zur Behandlung von Katarrhen der Luftwege und der Lungen mit Arzneidämpfen. Magdeburg, Rathke. — Depage, Rouffart et Mayer: La chirurgie des ptoses viscerales. Bruxelles, A. Lesigne. — E. Hurry Fenwick: A handbook of clinical cystoscopy. London, J. and A. Churchill. — W. D. Halliburton: Biochemistry of muscle and nerve. London, J. Murray. — Margaret A. Cleaves: Light energy: its physics, physiological action and therapeutic applications. London, Rebman.

## Lapszemle.

### Sebészet.

Az aether-narcosis hatását a vörösvérsejtekre vizsgálta újabban Engelhardt. Az eddigi vizsgálók a vérsejteknek csupán számbeli eltérését kutatták altatás előtt és után, vagy a vörös- és fehérvérsejtek arányszám-ingadozását, vagy a vörösvérsejtek alakváltozását figyelték meg.

Baccarani-Solimei vizsgálta újabban a vér sűrűségét, a vér alkalicitását és a vörösvérsejtek ellenállási képességét hypisotoniás oldatokkal szemben. Köppe azon zsírolzó altatószereknek, melyekhez az aether és chloroform is tartoznak, különböző töménység, hőmérsék és idő alatt történő vörösvérsejt romboló hatását tette megfigyelése tárgyává. Ezen vizsgálatainál azt találta, hogy indifferent oldatokban, 62—68° C. között történt a haemoglobin kiválása az oldatba. Végeredményül azon tétel állítja fel, hogy a haemoglobin csak a védő zsírburok feloldása után lép át az oldatba. Támogatják ezen feltevését az újabb vizsgálatok (Overton), melyek lipoidszerű anyagokat találtak a vörösvérsejtekben. Ezen zsírszerű tok olvadáspontja a hozzákevert aether mennyiségével egyenes arányban száll alacsonyabb fokra. Az idő csupán a 0.92 és 0.75% konyhasó-oldatnál játszik szerepet.

Engelhardt ezen tétel bebizonyítására számos állatkísérletet tett egészséges állatok elaltatásával, szobahőmérsékelnél, alacsonyabb és magasabb hőmérsékelnél, táplálékfelvétel útján megváltoztatott anyagcserejű, vagy éhezett állatokon végül vérvonással kezelt, vagy konyhasóvízzel és transfusiora használt egyéb oldattal befecskendezett állatokon. Kísérleteit kiterjesztette ezután a Geppert-féle narcosisal elaltatott emberekre is. A vizsgálati végeredmény: hogy altatás alatt a vérsejtek lipid-burkának olvadáspontja magasabb, mint altatás előtt vagy után. (Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chirurgie, XIII. kötet, 4—5. füzet.)

Lobmayer Géza.

A csonttörések kezeléséről értekezik Liermann W. Ő is osztja Bennet mondását, hogy a csonttörések mai kezelése még mindig inkább traditionalis, mint rationalis.

A Röntgen-átvilágítás bizonyítja, hogy a continuitást a callus-képzés sokkal gyorsabban helyreállítja, mint azt régebben hittük, s

így a fixálás is sokkal előbb elhagyható, mely csak felesleges „callushizlalásra” (Callusmüstung) vezet. Látható, hogy nemcsak a törések pathológiájára, de a therapiára is nagy befolyással van a Röntgen-átvilágítás, s ma már kétségtelen, hogy a fixálásnak, mobilisationnak és massagenak egyenlő szerep kell hogy jusson a törések kezelésénél, ha ezélül tüzzük ki a minél rövidebb munkaképtelenség elérését.

Végül saját eljárását írja le, képekkel is illusztrálva a callus-töréseknél végezett szokott gyakorlatokat. (Deutsche med. Wochenschrift. 1904. 43. és 44. sz.) *Christián.*

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Veronal-mérgezés** esetét ismerteti *Hald* a kopenhageni városi kórház psychiatriai osztályáról. A 30 éves nőbeteg 9 gramm veronal vett be egyszerre, mire soporosus állapot következett be; a tünetek közül kiemelendők: a fejnek hátrahajlítása — a nélkül azonban, hogy tulajdonképeni tarkómerevség lett volna jelen —, tetaniform rángások és pemphigus-hoz hasonló exanthea főleg az ujjizületeken. Minthogy a mérgezés reggel történt, a gyomrot pedig csak a késő délutáni órákban mosták ki, valószínű, hogy az egész 9 gramm veronal felszívódott; daczára ennek fenyegető tünetek nem jelentkeztek, a mérgezés tünetei néhány nap alatt megszűntek. (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 27. évfolyam, 173. szám.)

**A somatosét** nagyon dicséri *Burton G. Thomas* olyan esetekben, melyekben a betegek minden táplálékot undorral visszautasítanak, vagy a melyekben a gyengült szervezet képtelen tápanyagokat felvenni. Ezenkívül súlyos gyomor- és bélbajokban is nagyon jó szolgálatokat tehet a somatosé. (The American physician, 1904. május.) *Andersohn* moszkvai orvos egy makacs, már két hónap óta fennállott hasmenés folytán teljesen elgyengült egy éves gyermeknél kísérelte meg óvatosan a somatosét azzal az eredménnyel, hogy a hasmenés 4 nap múlva tetemesen csökkent és a kis beteg állapota gyorsan javult. (Sowremennaja terapija, 1903. 12. szám.)

**Neuronal** elnevezéssel egy új hypnoticumot hozott forgalomba a „Kalle und Co.” cég. Az új szer, a melyet *Fuchs* és *Schultze* állítottak elő (Münchener medizinische Wochenschrift, 1904. 25. szám) s a mely vegyi összetétele szerint bromdiethylacetamid, kristályos fehér por, mely 66–67° C. mellett olvad, aetherben, szolban, alkoholban, olajban könnyen oldódik, vízben pedig 1:115 arányban oldható; íze keserű, a mentoléra emlékeztető, kissé hűsítő. *Siebert* kiterjedten használta a bonni „Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt”-ban és tapasztalatait a következőkben összegezte: a neuronal álmatlanság eseteiben, valamint elmebajosok és epilepsziások izgalmi állapotaiban nagyon jól ható hypnoticum, a mely a trionalhoz áll legközelebb, a nélkül, hogy ennek cumulatív hatásával bírna. Az adag könnyebb esetekben 0.5–1.0, súlyosabb esetekben 1.5–2.0 gramm. (Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1904. 10. szám.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat**, 1904. 50. szám. *Fischer Aladár*: Az emlőrák mai therapiájáról. *Mohr Mihály*: Halál chloroform-narcosis után. *Schwarz Mór*: A helmitokról.

**Budapesti orvosi újság**, 1904. 49. szám. *Manninger Vilmos*: Az érzéketlenítés újabb módjairól. *Kövesi Géza* és *Róth-Schultz Vilmos*: A vese elégtelen működése mint a nephritis klinikai tüneténeinek forrása s a gyógyítás legalkalmasabb kiinduló pontja. *Kolisch Rudolf*: A fehérjevizelés diatás kezelése. *Strasser Alajos*: Fehérjevizelés és a fizikai gyógymódok.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1904. 49. szám. *Mosetig-Moorhof*: Az izületi gümőkór gyógytana. *Detre* és *Sellei*: Gyógyító kísérletek sublimattal megmérgezett vörösvérsejteken. *Urbantschitsch*: Hyper-et anhydrosis unilateralis. *Volk*: Szabad-e a terhesség alatt a külső nemi szerveken műtétet végezni?

**Wiener medizinische Wochenschrift**, 1904. 50. szám. *Sorgo*: Gümőkórosak éjjeli izzadása. *Ajello, de Meis* és *Parascandolo*: Kryoskopia a májinsufficiencia felismerésére. *Kapelus*: A hashártya laparotomiánál.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1904. 50. szám. *Leo*: A diabetes mellitus gyógyulása és latensége. *Petruschky*: Létesíthető-e griserinnel belső desinfectio? *Levin*: Idült ólommérgezés a szemben. *Sommerfeld* és *Roeder*: Oldatok fizikális viselkedése a gyomorban. *Kronthal*: Psyche és psychosis.

**Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1904. 50. szám. *Senator*: Physiologiai és pathologiai albuminuria. *Ahlfeld*: Placentaleválasztás és gummikeztyű. *Mende*: Ugyanaz. *Podhoretzki*: Hedonal-chloroform-narcosis. *Friedrich*: A sinus maxillaris genyedésének felismerése és kezelése. *Ostmann*: A hallás vizsgálata. *Landau*: Nyújtógy czomb-törések csecsemők számára. *Lambinet*: Az ankylostomum duodenale keresztlihatolása a bőrön. *Dithmar*: Bélsárdaganat ritka esete. *Wedel*: Complicatio himlővédtáskor.

**Centralblatt für Chirurgie**, 1904. 44. szám. *Albers-Schönberg*: A Röntgen-therapia technikájához. *Hammesfahr*: Czombszervek gyökeres műtéve. *Harbordt*: Typhusreactio a vérben 23 év után. 45. szám. *Hofmann*: A magas végbélamputatio Witzel szerint. *Silbermark*: A Gritti-féle czombszonkítás módosítása. *Bayer*: Az ivalakú fűrészelés megkönnyítése.

**Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde**, 27. kötet, 3–4. füzet. *Nonne*: Agydaganat tünetesportjával járó, gyógyulással végződő bajok.

*Lundborg*: Játsszanak-e szerepet az emberi kórtanban a glandulae parathyreoideae? *Curschmann*: Tetania, pseudotetania és kevert alakjai hysteriában. *Bruining*: Poliomyelitis anterior chronica apában és fiúban. *Strümpell*: A primaer oldalköteg-sclerosos (spastikus spinalparalysis).

**Therapeutische Monatshefte**, 1904. 10. füzet. *Heinrichsdorff*: *Agurin*, *Pisarski*: Veronal. *Gonser*: Adat a lépfene gyógyításához. *Pilcer* és *Ebersen*: A puerperalis láz kezelése antistreptococcus-serummal. *Schultz*: Az ablatio retinae therapiája, különös tekintettel a scleraresectiora. *Engelbrecht*: Az alszárfelekéyek gyógyítása. *Beyer*: Deformitások kezelése elastikus ragtapasz-húzókötésekkel. *Credé*: Collargol.

**Therapie der Gegenwart**, 1904. 11. füzet. *Bäumler*: Szívbetegségek kezelése physikális gyógymódokkal. *Rollin*: Tapasztalatok természetes kutyagyomornedvvel. *Boehm*: Curarin és curaril. *Ogin*: Isophysostigmin. *Freund*: A rákos méh abdominalis teljes kiirtása. *Wolf*: Digitalis-levelek physiologiai értékmeghatározása.

**La semaine médicale**, 1904. 49. szám. *Jaquet*: Az aether vagy a chloroform veszedelmesebb-e?

**Archives générales de médecine**, 1904. 44. szám. *Icard*: Az élesztési kísérletek physiologiai határai. *Deguy*: A mandola epithel-cystái. *Bensaude* és *Rivet*: Syphilises heveny meningitis esete. *Nobécourt* és *Vitry*: Nephritis subacuta 13 éves gyermekben. *Mendel*: Egerszerűsített trachealis injectio. 45. szám. *Bauer*: Az aorta abdominalis üregeknél. *Coulon*: Yohimbin okozta dermatitis. *Berger*: A hascontüők. *Moutier* és *Challamel*: Az ütérés hypertensio kezelése arsonvalisatioval.

**Bulletin général de thérapeutique**, 148. kötet, 16. füzet. *Robin*: Az osteomalacia functionalis gyógyítása. *Baillart*: Ujszülöttek szemlobjának kezelése. *Regnault*: Hepatikus opotherapia. *Mathieu*: A colitis muco-membranosa kezelése. *Lyon*: Az enteroneurosis muco-membranosa kezelése. 17. füzet. *Rochard*: Puerperalis láz állandó magas hőmérsékkel büzös kifolyás nélkül. *Gallois*, *Flourens* és *Walter*: A glycerin, főleg a bór glycerin használata a sebkezelésben. *Bardet*: A thyreoideakészítmények használatának veszélyei.

**The lancet**, 1904. II. 24. szám. *J. Bland-Sutton*: Abdominalis terhesség. *H. Waldo*: Periferiás ideg-intoxicatio. *W. Howship Dickinson*: Némely functionalisnak tartott idegbaj, különös tekintettel a diabetesre. *C. Mansell Moullin*: Vándorvese szokatlan hatása. *Th. Oliver*: Ankylostomiasis. *R. G. Henderson*: Heveny középfüllobbal szövődött extraduralis hályog műtett esete. *M. Faure*: Syphilises eredésű idegbajok kezelése higanyinjekciókkal. *E. Swales*: Általános gümőkór esete, melyben egy teljes gyomorlenyomat hányatott ki. *J. D. Rolleston*: Morbilli sine morbillis. *W. J. Collins*: Idegen test eltávolítása a bázisból. *W. Morley Willis*: Öt napon át a jobb bronchusban volt gyümölcsmag eltávolítása.

**British medical journal**, 1904. december 10. *W. Bennett*: Az alszáraknak phlebitissel összetéveszhető egy kóros állapota. *F. W. Mott*: A cerebrospinalis folyadék, tekintettel az idegrendszer megbetegedésére. *Hamilton A. Ballance*: Idült empyema miatt végzett thoracoplastica. *J. W. Ballantyne*: Spinalis punctio segítségével világra hozott hydrocephalus foetus. *J. M. H. Martin*: A terhesség hányása. *R. Hamilton Bell*: A méh és a hüvely hiánya. *G. B. Gill*: Struma suppurativa. *E. Harrison*: Az ureterben képződött billentyű okozta hydronephrosis.

### Hetiszemle és vegyések.

Budapest, 1904. december 16.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 47. hetében (1904. november 20.-tól november 26.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,484, összesen 813,399. Élveszülteket 409 gyermek, elhalt 267 egén, a születések tehát 142-el multak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 26.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.1, az egy éven felüli lakosságnál: 15.8, az öt éven felüli lakosságnál: 14.9. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 6, meningitis tuberculosa 4, apoplexia cerebri 3, convulsiones 4, paralysis progress. 8, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordi. 18, morbi myocardii 7, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 6, alii m. org. circ. 4, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 3, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 8, pneumonia, 18, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 46, emphysema pulm. 6, pleuritis 2, alii m. org. resp. 3, morbi stomachi 2, enteritis 2 éven aluli 5, 2 éven felüli 1, cholera nostras —, hernia incarcerata 4, alii ocell. intestini 0, peritonitis 5, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 3, nephritis 16, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 1, alii m. org. gen. 1, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 14, paedatrophia 1, marasmus senilis 11, carcinoma ventric. 5, carcinoma uteri 5, alia carcinomata 6, alia neoplasmata 4, morbi tuberculosi 3, diabetes mellitus 4, alii m. constitut. 4, typhus abdominalis 2, variola, variella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 1, scarlatina 7, pertussis 0, croup laryngis 1, dipht. faucium 7, influenza 1, febris puerperalis 0, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaema, sepsis 1, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 2, casus fortuitus 4, suicidium 7, homicidium 2, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** a) Betegforgalom a községi kórházakban. A mult hét végén volt 3832 beteg, szapo-

rodás 863, csökkenés 824, maradt e hét végén 3771 beteg. b) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1904. évi november 20-dikától november 26-dikáig terjedő 47. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): kanyaró 163 (181), vörheny 112 (109), állh. gége- és roncsoló toroklob 36 (47), hökhurut 6 (3), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 6 (13), himlő 0 (0), állh. himlő 0 (0), bárányhimlő 61 (75), vérhas 0 (0), járv. agy-gerinczagykerlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 5 (5), trachoma 3 (8), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

○ Az Országos Közegészségi Tanács december 15-dikén tartott ülésén jelentette Müller Kálmán dr. a tanács elnöke a tanácsot ért azon megtisztelő kitüntetését, hogy Babarcsi Schwartzert Ottó dr., a tanács alelnöke, a főrendiház tagjává neveztetett ki. Müller elnök kiváló szép szavakkal jellemezte az alelnöknek a közegészség, különösen az elmebetegügy, az országos betegápolás fejlesztése körüli érdemeit, kívánta, hogy működésével még sokáig használjon hazájának. Schwartzert alelnök megdöbbentően köszöntötte a tanácselnöknek e szép üdvözlését. Azután a tagok szívélyes éljenzése után átmentek a napi tanácskozásra.

— Kinevezés. A székesfőváros tanácsa az Erzsébet-szegényházhoz a húgyszervi betegek rendelő orvosává Remete Jenő dr.-t nevezte ki.

□ Jubileum. Popper Alajos dr. debreczeni orvos a napokban ünnepelte orvosi működésének félszázados jubileumát. Popper dr. a közegészségügy terén sok és hasznos szolgálatot tett Debreczennek, a mit a király annak idejében a Ferencz József-féle jutalmazott. A jubiléum díszelnöke volt a Debreczeni Orvos- és Gyógyszerészegyesületnek és egészségügyi tanácsadója az Államvasutak debreczeni üzletvezetőjének.

× Oklevél-bemutató. Okleveleiket a tisztí főorvosi hivatalban 1904. október havában Klein Emánuel dr., Schrank Ferencz dr., Fodor (Grün) Rudolf dr., Szöllősy Lajos dr., Groó Béla Gyula dr. és Frank Olga dr. egyetemes orvostudorok és 3 szülésznő mutatták be.

× A budapesti orvosi kör országos segély-egyletének pénztárába befizettek: alapítványt: Csajághy Szőke Károly dr. 50 kor., Tóth István dr. m. tanár Budapest 80 kor., Kronorfői kútvállalat Gölsdorf Károly útján 25 kor. Tagdíjat fizettek: Zátanyi József, Schmidt Hugó, Novák Károly 16—16 kor., Weisz Bernát, Weisz Lipót, Tomasschhoff Jakab, Tünzer Ernő, Schwirián János, Duschnitz Emil, Fischer Ignác, Viola Vilmos, Kórodi Kálmán, Fischhoff Ignác, Lichtscheindl Géza, Popovits István 12—12 kor., Zakariás István, Szántó József, Turosányi Imre, Rosenfeld Zsigmond, Fuchs Dávid, Kelemen Izidor, Czukor Lajos, Bachruch Lipót, Arányi Zsigmond, Révész Zsigmond, Mosánszky Tivadar, Holzer Miksa, Chalauppek József, Major Jakab, Klatnek Mátyás, Fischer Ferencz, Erős János, Löwensohn Mór, Pávay V. Gábor, Jankura Iván, Pathy Dezső, Keith Károly és Neubauer Henrik, 8—8 kor., Klein Eberhardt, Chyzer Kornél, Preisz Bernát, Pless Salamon, Szőke Károly, Ziegler Károly, Varga Zsigmond, Venczel József, Weisz Mór, Weiner Miksa, Valovics Gyula, Wappenstein Henrik, Skulthethy Tivadar, Schéda György, Tapay József, Westner Mór, Schéda Gergely, Stein Ferencz, Simonyi Adolf, Reisz Miksa, Spät Henrik, Ruber József, Szilágyi János, Rózsa Zsigmond, Sommer Antal, Strasser Viktor, Theil Albert, Thassy Gábor, Szegedi Kálmán, Dolecskó János, Rojtsits Lajos, Téry Ödön, Rajner Géza, Weber Ignác, Sáska László, Tauffer Jenő, Steinfeld József, Lóte Lajos, Balázsffy Géza, Edelman József, Kállós Jenő, Körmöczy Zoltán, Mann Mór, Ráth Alfréd, Csapodi István, Demkó Béla, Iványi Ernő, Hoffenreich Mór, Herczföld Lajos, Fried Samu, Fialovszky Béla, Friebsz Alajos, Fodor Mór, Hanke József, Forta Adolf, Simontsits Mátyás, Glückstahl Adolf, Grün Jakab, Schwarz Tivadar, Gerő Mór, Szörényi Zsigmond, Hübsch Miksa, Kelemen Adolf, Gál Arthur, Cseresnyés Ernő, Berger János, Bernádi Dániel, Bruck Ferencz, Chudovszky Mór, Lenezi Ferencz, Adler Béla, Ajkai Endre, Lenlauer Lipót, Mikó Géza, Kuthy Dezső, Komáromi Gyula, Agyagósi Károly, Mali Antal, Kramer Lipót, Kronberger Adolf, Bíró Géza, Budai Mór, Korek József, Biedermann Adolf, Káldi Dezső, Krämer Béla, Bertalan Pál, Weil Dávid, Siklóssy Gyula, Dzián Kálmán, Hochstein Mór, Nozdroviczky Géza, Diescher Ferencz, Borgár Béla, Jármay László, Megay Gyula, Spuller József, Clement Géza, Fridrich Alajos, Longauer Kálmán, Lang Frigyes, Neumann János, Ligeti József László Kálmán, Lang Jakab, Mezei Gyula, Petroski Illés, Luczy Gusztáv, Pollacsek Márkus, Margonyay Gyula, Leitner Miksa, Nádaskay Béla, Lőke Mór, Érsek Elek, Mijó Kálmán, Jávor Béla, Lovrich Gyula, Ochs József, Halász István, Klein Mór, Lehoczky Imre, Gemal László, Molnár József, Kolczonay Ernő, Pollák József, Nagy Ottó, Pomer Albert, Kregezy Ottó, Király István, Kovács György, Kórodi Simon, Kollár Lajos, Hudomel József, Fürst Zsigmond, Deutsch Ignác, Schulmeister Márton, Samek Fülöp, Strelinger Samu, Klár Manó, Sági Lajos, Kohn Márk, Oravetz Kálmán, Lévy Dezső és Vécesy Gyula 4—4 kor., Áldor Gyula 6 kor., Pollák Bernát 3 kor. Adomány: Budapest Ferenczvárosi Orvostársaság 7 kor. 20 fillér.

Tisztelettel kérem a tag urakat, szíveskedjenek a hátralékos tagdíjakat mielőbb beküldeni, mert az évi kimutatást mielőbb nyomdába kell adni, s így azok, a kik a tagdíjat a közgyűlésig be nem küldik, mint tagdíjhátralékosak lesznek kitüntetve. Budapest, 1904. december 13. Katona József dr. pénztáros, IX., Soroksári-utca 74.

— A Nobel-díj orvosjelöltje az idén Petrowics Pawlow orosz tudós, a pétervári egyetemen a physiologia tanára.

+ Bársony professor szülészeti poliklinikája segítségét az elmúlt hónapban 62 esetben vették igénybe 43 műtéttel.

○ A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület 1904. november havában 185. fennállása óta pedig 22,988 esetben működött.

— A szabadkai önkéntes mentő-egyesület az elmúlt hóban 88. ez évben eddig összesen 5491 esetben nyújtott segélyt.

— Megjelent Budapest székesfőváros közkórházainak évkönyve. Budapest, 1904. — Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer u. Co. Elberfeld gyógyszerkészítményei. — Schaffer Károly: A neurontan histológiai és pathológiai szempontból. Budapesti orvosi új-ág. 1904. — Ugyanattól. Über Markfasergehalt eines normalen und eines paralytischen Gehirns. Neurolog. Centralbl. 1903. — Ugyanattól. Die Topographie der paralytischen Rindendegeneration etc. Ugyanott. 1902. — Ugyanattól. Ein Fall von ausgedehnter Meningitis syphilitica der Hirnconvexität und Basis. Ugyanott. 1904. — Ugyanattól. Beitrag zur Localisation der cerebralen Hemianästhesie. Ugyanott. 1902. — Haberfeld J. Emil: Diätetika és therapiái vizsgálatok protylinel. Orvosi Hetilap. 1904.

Lapunk mai számához az E. Merck vegyészeti gyár „Dionin“ szerére vonatkozó prospectus van mellékelve, melyre t. olvasóink szíves figyelmét ezennel felhívjuk.

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

„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 prospectus. — Telefon. — Rendelő orvos: Dr. Jakab László.

Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697.



## Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénés források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olcsó és gondos ellátás. Csúz, köszvény, ideg-, borbajok és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatóságának Budán.

## Tátrafüred



1020 meter magas. Nagyszálló egész éven át nyitva.

Elsőrendű konyha. Központi fűtés. Villamos világítás. Társalgók. Vízgyógyimód. Hízlókúra. Téli sportok. — Az őszi és téli időny kiválóan előnyös üdülőknek, ideg-betegeknek, vérszegénységnek, kezdődő

légzőszervi bajoknál, Basedow-kóránál stb.

Teljes penzió lakással naponta 9 koronától feljebb.

Prospectust ingyen küld az igazgatóság.

## Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet

Budapest, 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. Vízgyógyimód. Villamosítás. — Orvosi felügyelet. — Prospectus. — Telefon 54—20. Igazgató-orvos: Dr. Reich Miklós.

## Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere)

dr. Grünwald-féle sanatorium a külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenie, almatlanság, neuralgiák, ischias, szívrognosisok, ideges gyomor, belbántalmak, fejfájás, csúz stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus. Vezetőorvos: Rétl Béla dr.

## Lipótvárosi vízgyógyintézet

V., Báthori-utca 3. szám. Elsőrangú berendezés.

Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád- (Gärtner tr. szerint) és fényfürdők stb. Dr. Farkas Márton.

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.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

**Tartalom:** A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1904. évi április hó 28-dikán a szt. Rókus-kórház I. sebészeti osztályán tartott rendes ülés.) 754. l. — Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya. (117-dik ülés 1904. december 6-dikán.) 754. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1904. évi október hó 12-dikén.) 754. l.

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. évi április hó 28-dikán a szt. Rókus-kórház I. sebészeti osztályán tartott rendes ülés.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyzők: Haberern Pál és Dapsy Viktor.

## A gégerák operálásáról szerzett tapasztalatokról.

**Navratil Imre:** Előadó behatóan tárgyalja azon momentumokat, amelyek az operálás javait és módszereit megállapítják, így a rák nemének, helyének és terjedésének, nemkülönben a beteg általános állapotának figyelembe vételét. Kiemeli a többféle cancer megkülönböztetésének és a próbaexcisionak fontosságát. Mindezek tekintetbe vételével állapítja meg az adott esetben követendő műtéti módokat és ez utóbbiakat bővebben ismerteti.

Részint gégeexstirpált, részint gégereseccio által operált betegeket mutat be.

Munkálatát lapunk egyik számában egész terjedelmében közöltük.

**Herczel Manó:** Két esetet mutat be, amelyek egyikénél 1896. április hó 22-dikén teljes gégekiirtást, a másikonál 1900. február hó 8-dikán a jobb gégefal nagy részének és a bal egy kisebb részletének atypikus kiirtását végezte larynxcarcinoma miatt.

A betegek 8, illetve 4 év után teljesen jól vannak, sőt az egyik, kinél a gége csak partiálisan lön kiirtva, minden apparatus nélkül halkán bár, de egész érthetően beszél, a másik is meg bírja magát környezetével értetni, a phonatiót a száj képletekkel eszközölvén.

Hangsúlyozza Herczel, hogy a teljes larynx-kiirtás, mivel itt a pharynx teljesen elzárható, bár nagyobb beavatkozás, mégis kevésbé súlyos műtét mint a partiális, hol a garat szükségképp nyitva kell, hogy maradjon s a gége lumenével kommunikálván, az aspirációs pneumonia veszélye sokkal nagyobb, mint a teljes gégekiirtásnál. Herczel öt betege közül, kiknél teljes gégekiirtást végezt, egyetlen egyet sem vesztett el és csak egy betege, egy 64 éves, igen kimerült férfi, kinél a teljes gégekiirtás mellett a pharynx egy jelentékeny részét is el kellett távolítani, pusztult el 8 nappal a műtét után, de nem pneumoniában, hanem szívgyengeség tüneteinek közt.

Daczára azonban annak, hogy a teljes gégekiirtás a veszélytelegebb eljárás: a functió, a későbbi hangképzés szempontjából mégis a részleges kiirtás az előnyt érdemlő műtét.

Mivel a gégetükri lelet csalékony, okvetlenül szükségesnek tartja, hogy minden gégerákműtést laryngofissióval kezdjünk meg, s ehhez képest irányítsuk további eljárásunkat.

**Pauzez Márk:** A gégerák műtéti indicatiojáról óhajt néhány megjegyzést tenni. Hogy a gégerák sikeresen operálható s ma már nem tartozik azon bajok közé, melyeknél minden beavatkozás kárba vész, mint azt még sokan hiszik, épen az előadó és Herczel bemutatott esetei is bizonyítják. Azonban nem minden eset képezheti sikeres beavatkozás tárgyát.

Hogy mely esetben lesz eljárásunk eredményes és melyekben nem, az lényegileg a carcinoma elhelyezkedésétől és szerkezetétől függ. A gége porcinos vázán belül fejlődő carcinomák, melyek többnyire lapos hámrákok, ha elég korán kerülnek sebész kezébe, jó prognosist nyújtanak.

Ilyen a Herczel által bemutatott esetek egyike, mely első ízben 1899. december 15-dikén került P. észlelése alá a jobb hangszalagon ülő mintegy 10 fillérnyi epitheliomával. P. a beteget azonnal műtétre biztatta, mely a képzelhető legjobb eredménnyel járt. A gégerák eseteinek egy nagy része azonban a priori nem nyújt kedvező kilátást a sikeres műtétre. Ezek a gégebemenet peremén és a gége külső falán ülő carcinomák, melyek ép úgy viselkednek mint a garatban fejlődő rákok. Gyorsan nőnek, hamar kifeléyesednek, mirigymetastasisok korán jelentkeznek. Ezeknél rendszeren minden műtét későn jön, a műtét többnyire a gége teljes kiirtásával jár és mégis csakhamar jelentkezik a recidiva. P. egy ilyen esetben a bal carcinoma a jobb kannaporcot fedő nyákhártyából indult ki, a műtétet nem is hozta javaslatba. A beteg a diagnosis felállítása után fél évre a nélkül, hogy tracheotomiát kellett volna végezni, meghalt.

Feltétlenül igaz az, hogy a műtét annál jobb sikerrel keesegtet, minél hamarabb végezhető az. Nem helyeselhető azonban és egyáltalában el nem fogadható, hogy az endolaryngeális eljárásról, mint a carcinománál is jogosult műtéti modról beszéljünk. Megeshetik ugyan, hogy akkor, midőn valamely gyanus képletből próbaexcisiót csinálunk, egyetlen fogással az egész képletet eltávolítjuk és ha az szövettanilag carcinomának bizonyul, véletlenül és akaratlanul per vias naturales operáltuk meg a gégerákat.

De ha próbaexcisió után a gyanús képlet egy része még ott marad a gégeben és a szövettani vizsgálat carcinomát mutat ki, úgy feltétlenül a radikális műtétet kell javaslatba hozni. A feltárt gégenél nem állapítható meg pontosan, hol van az álképlet határa, annál kevésbé lehetséges ez gégetükör segítségével, eltékvintve attól, hogy

endolaryngeális úton csak több darabban és tökéletlenül lesz eltávolítható az álképlet, ha csak nem a fentebb említett ritka véletlen esik meg.

**Herczel** újból hangsúlyozza, hogy teljes gégekiirtás után betegek kifogástalanul nyelnek, sondával táplálni őket teljesen felesleges, erre csak partiális gégekiirtásnál van szükség, hol a garat nyitva marad. Teljes kiirtásnál a larynxot kétsoros varrattal zárja el s az izomlapokat is reávarrja az újjon képzett garatra s ezen jó elzárásnak tulajdonítja, hogy minden egyes esetben már a műtétet követő napon kifogástalanul ment a nyelés.

Teljesen csatlakozik azon véleményhez, hogy gégekiirtás után a sebet inficiálnak kell tekinteni, azért csikkokkal és draineekkel az izomlapok mögött gondoskodni kell a seb elegendőképp nyitva tartásáról. Ha Dollinger sepsisben elvesztett beteget ilyen eljárás után, annak oka csak az lehet, hogy drainageről nem gondoskodott, szőlőnnek egyetlen esetében sem volt lokális sebbántalommal baja.

(Folyt. következik.)

## Királyi magyar Természettudományi Társulat élettani szakosztálya.

(117-dik ülés 1904. december 6-dikán.)

**Mansfeld Géza** „Inanitio és narkosis“ czímen előadja vizsgálatait, melyek a bódító szerek hatásának inanitios szervezeten történő megváltozására irányultak. Kísérleteit háziynulakon végezte, melyek 4—10 napon át részben éheztek és szomjaztak, részben csupán éheztek. Az egyes szerek egy része per os, másik része subcutan applikáltott. Kísérleteihez chloralhydrat, paraldehyd, morphin, aethylalkohol, amylenhydrat és aethylurethan szolgált. A kísérletek eredménye az volt, hogy míg a chloralhydrat, paraldehyd és morphin hatása inanitionál a legnagyobb mértékben fokozódik, addig az aethylalkohol, amylenhydrat és aethylurethan hatása változatlan. A különböző anyagok ily eltérő viselkedésének magyarázatára kapcsolatba hozza vizsgálati eredményeit a Meyer-Overton-féle hypothesisal, mi által sikerül kimutatnia, hogy az inanitionál tapasztalt hatásfokozódás a narkotikumok toxicitásának a mértékéül szolgálhat, egyszersmint első kísérletes beigazolását nyujtva az említett hypothesis helyességének magasabb rendű állatok szervezetében végbemenő folyamatokra nézve.

Hozzászólottak **Liebermann Leó**, **Klug Nándor**, **Bókay Árpád**.

**Bálint Rezső** „A figyelem zavarairól az agyféltekék bántalmainál“ czímen tart bemutatásos előadást. A bemutatott betegnek látási zavara van, a mely azonban nem a látószerv megbetegedéséből származik. Ezenkívül kézmozgási zavara is van. Az eset részletes tárgyalása után a zavarokat a következő pontokba foglalja össze. 1. A kéz mozgási zavara abban áll, hogy mindazok a mozgások, melyeket a szem ellenőriz, incoordináltak. A coordinatiót a beteg ott a hol lehet, más érzékekkel pótolja. 2. A beteg több tárgy közül mindig a leginkább jobb felé esőt látja meg. 3. Egy tárgy fixálásakor a betegnek a peripherián levő tárgyakról nincs tudomása, de tudomást szerez rögtön, a mint a figyelem arra felhivatik. 4. A beteg figyelmének helyzetváltozása megnehezített és pedig erősebben jobbról balfelé, mint fordítva.

Ezek után az egyes tünetek magyarázására tér át. A kéz mozgási zavarát azoknak a pályáknak a kerülése okozza, a melyek a látócentrumot a kéz kinaestetikus centrumaival kötik össze.

A figyelemzavar magyarázására kísérleti állatot (kutyát) mutat be, melynél az occipitális lebeny jobboldalt sérült. A kutya két, a jobb látótérben levő husdarab közül nem a hozzá közelebb levőt, hanem mindig a leginkább jobboldalon levőt kapja el először. A magyarázata ennek az, hogy a jobb agyfélteke sérülése folytán a bal agyfélteke beidegzése jut erősebben érvényre, miáltal az állat egész beidegzése erősebb jobb értéket nyer. Ugyancsak az ily kutyánál látható az is, hogy a figyelem könnyebben mozog a sérülés oldala irányában, mint az ellenkező irányban. A figyelemnek a betegnél észlelt harmadik zavarát azonban magyarázni nem képes. Azután röviden a figyelem psychophysiologiáját fejtegeti, valamint a baj localisatiojának lehetőségét.

Hozzászólottak: **Jendrassik Ernő**, **Korányi Frigyes**, **Szily Adolf**, **Ranschburg Pál**, **Siklóssy Gyula**.

## Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1904. október hó 12-dikén.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Folyt.)

Még csak arra az egy kérdésre bátor rámutatni, hogy újabban Hirt, Thiersch, Stubenrauch és mások az állkapocs regeneratiojánál, illetőleg a csontládaképződésnél nagy szerepet tulajdonítanak a genynek a periostra gyakorolt intensiv izgató hatásának, mivel azt találták,

hogy a csontképződés akkor a legnagyobb, ha az elhalással járó genyedés nagyfokú, holott kisebbfokú genyedésnek a csontújképződés is csekély, sőt, mint esetében, egészen el is maradhat.

B. J., 48 éves, gyufagyári munkás, f. évi augusztus 29-dikén vétetett fel a Janny tanár által vezetett III. sebészeti osztályra. Beteg előadja, hogy 1876-ban lépett a gyufagyárba, hol a gyufaszálakat aprító gépnél mint kezelő működött. A helyiség, melyben dolgozott, a faszálakat a phosphormassába mártó és szárító helyiségtől el volt különítve, de miután a helyiségek egymásba nyitlak s az ajtók állandóan nyitva állottak, a helyiségek levegője is kicserélődhetett egymással. A beteg tehát phosphorral nem is jött érintkezésbe, csupán az ő dolgozóhelyiségébe is jutó phosphorgőzöket is tartalmazó levegőt szívhatta magába.

A beteg 1876-tól 1903-ig, tehát 27 éven át ment maradt minden bajtól, bár bevallása szerint időközben több fogat huzatott. 1903. április havában a bal felső állkapocs genyes gyuladása lépett fel nála, melyet ugyanazon év július havában operáltak meg, midőn az egész proc. alveolarist eltávolították. Csakhamar alsó állkapocsának jobb fele betegedett meg, melynek következtében f. évi január havában az alsó állkapocsnak csaknem egész jobb felét távolították el. Miután állapota nem javult, osztályukra vétette fel magát.

A beteget megvizsgálva azt találta, hogy mindkét felső állkapocs csaknem egész proc. alveolaris hiányzik, hiányzik az alsó állkapocs csaknem egész jobb fele, a bal fele pedig kitapintható részében érdes, az arczon és áll alatt található számos sipolynyíláson át bevezetett sonda is érdes, periosttól fosztott esontra jut. Feltűnő volt igen csekélyfokú gen. edés mellett a csontláda teljes hiánya. A fogak, kivéve a jobboldali két felső moláris fogat, mind hiányoztak.

A betegnél az alsó állkapocs bal felét Janny tanár megbízásából külső metszés nélkül, a szájrőrn belül oly módon távolította el, hogy a periost letolásával együtt az állsontot a masseter tapadásától is megszabadította, ez által sikerült az állsontot mozgékonyra tenni, majd az állsont erős lehúzásával hozzáférhetővé vált a proc. coronoideus, melyről a m. temporalis tapadó inát ollócsapásokkal szabadította fel, ezután pedig az állsont felhágó szárának tengelye körüli csavarásával az állsontot luxálta és leszakította a proc. condyloideus-hoz tapadó m. pterioideus int. és ext. inát s ekkor az állsont már eltávolíthatóvá vált. Az eljárás igen erőszakos, de előnye a külsértés hiánya és a csekélyfokú vérzés, mert az a. maxillaris int. sértése ily módon biztosan elkerülhető. A teljes gyógyulás gyorsan következett be s a sipolyok záródtak.

Jelenleg a betegnek egész alsó állsontja hiányzik, hiányzik a csontláda is, melynek rudimentumaiként helyenként az elhegesedett periost tapintható. Az állnak megfelelően egy puha bőrizomzatból álló leffentyű található. A beteg száját zárni jól képes, nyálfolysa tehát nincsen. Beszéde nehezen bár, de érthető; csak folyékony és pépes anyagokkal táplálkozik, aludnia azonban felpolozott fejfel kell, mert hanyattfekvésnél, miután hiányzik a nyelv izomzatának támaszpontja, a nyelv hátraesik s elzárva a gégebemenetet, azonnal suffocatiós tüneteket okoz.

*Körmöczy Zoltán:* Az I. sebészi osztályon eddig öt esetben végzett állkapocs-resectionál csinált prothesist s kettő közülök olyan volt, hogy az egész alsó állkapocs resekáltatott. A prothesis előnye: a kosmetika, a beszéd tisztasága és a rágás lehetősége. A suffocatio alvás esetén is elmarad, mert a nyelvet tartó izmok előre tartanak. Még a bemutatott esetben is lehetséges volna a prothesis készítése, mely olesóságánál fogva a kórházi praxisra is alkalmas.

#### Fibromyoma uteri supravaginalis amputatio útján gyógyult esete.

Balás Dezső: K. J.-né, 56 éves, napszámosnő f. évi szeptember hó 1-jén vétetett fel a Janny tanár által vezetett III. sebészeti osztályra. Beteg előadja, hogy havi baját 17 éves korában kapta meg, mely rendes időközökben es mennyiségben jelentkezett egész 6 év előttig, midőn észrevette, hogy hasában egy lassan, de fokozatosan növekedő daganat jön létre. Ez idő óta havi baja is 2-3 hetenként jelentkezett, midőn vérzése rövidebb-hosszabb időközökkel megszakítva, 4-5 héti is eltartott, minek következtében nagyon elgyengült és lesóványodott. Beteg három élő gyermeket szült, utolsó szülése 28 év előtt volt.

Az erősen lesóványodott anaemikus és elgyengült beteg vizsgálatánál egy a köldök fölé két harántujnyira terjedő, ember fejénél jóval nagyobb, a median vonalban elhelyezett tumort talált, mely elég szabadon volt mozgatható. Bimanuális vizsgálatnál a kissé fellazult és tömeges portio a tumor kitéréseit szabatosan követte, uterus és adnexák külön tapinthatók nem voltak. Ezek után a dignosist uterus corpus myomára kellett felállítani. Miután betegnél a vérzés fennállott, s a daganat növekedőben volt, elhatározták annak eltávolítását.

A műtétet Janny tanár megbízásából szeptember 10-dikén per laparotomiát hajtott végre, miután a daganat eltávolítása per vaginam annak nagysága miatt nem volt kivihető. A daganat kirögzítése után kitűnt, hogy egy enucleatio nem alkalmas, intramurális myomával áll szemben, a miért is a daganattal együtt az uterust és adnexákat is el kellett távolítani. Betegnél a Noble-f. supravaginalis amputatiót végezte, mely műtételjárásnak előnye abban áll, hogy a ligamenta lata-k két oldali leközése és a peritoneumnak az uterus testéről hátul és elől a hólyaggal együtt való letolása után az uterinák szabadon fekszenek és izoláltnál jól leközthetők, másrészt a cervix magasságában történő amputatio után elegendő peritoneális lebeny marad a csont fedésére. A cervikális csontot a nyákhártya gondos ékalakú kimetszése után a hasúr felől, drainezés nélkül elvarrta, s az előbb körvonalazott

módon nyert peritoneális lebenyekkel borította. A gyógyulás per primam ment végbe, időközben a beteg erejét visszanyerte s kissé meg is hizott.

#### Corpus alienum in cavo Douglasi.

Fischl Ármán: 1902. október hó 28-dikán este 8 órakor B. A. kereskedő 24 éves neje a szt. Rókus-kórház szülő- és nőbeteg-osztályát keresi fel, s önmagát vádolva elmondja, hogy egy nagy elefántosont horgolótűt vezetett be önmaga a méhébe ugyanaz nap d. u. 5 óra táján, s midőn azt egy órával később ki akarta húzni, nem találta többé. Ugy érzi, hogy a baj reá végzetessé válhatik.

Három év óta van férjénél, egyszer szült ezelőtt 2 évvel; rendes szülés és gyermekágy, a gyermek él. Többször nem is volt terhes. Havi baja 4 hetenként pontosan jelentkezik 4-5-6 napi tartammal; azonban legutóbb, ezelőtt 9, illetve 10 nappal, csak két napig tartott és a szokottnál sokkal csekélyebb volt vérzése, miből azt következtette, hogy terhes. Terhétől „jókor” szabadulni akart, midőn önmagán a fentjelzett kísérletet elkövette.

Status praes. Has lapos, ránczos, terhességi hegektől tarka, nem érzékeny. Külső nemi szervek épek. Vulva halvány, vagina középtág, portio 1 1/2 cm., karesú, tömött; méhszáj harántrés, méhstest alig valamivel nagyobb, anteflectált, tömött, lapos, scholsem érzékeny, környezete sem fájdalmas.

Hátsó hüvelyboltozat kissé ledomborított, határozottan fluctuáló tapintatú; e fluctuáló Douglasban a közepvonalról kissé balra egy kemény, karesú orsóalakú test alsó végét tapintjuk, felső végét külső kezünk óvatos tapintással a coecális tájon érzi. Különös érzékenységet a környezetben, hányást, csuklást, lázat nem észleltek, pulsus 112, tán inkább az izgatottságtól.

Tükörlelet: A hüvelyi rés mellső ajkának jobb felén, közel a commissura dextrához, mintegy 1/2 cm.-nyi, a méhszájba folytatódó, elég éles szélű, csekély folytonosságihány, melynek irányában méhkutatóval haladnak be. A méh hajlasi szögletének megfelelő magasságban a kutató jobbra a hasüregbe jut, gombos végét a hasfalán át tapinthatták.

A hasonló esetekről szóló irodalmi közlések hatása alatt laparotomiához készültek. Tekintettel mégis arra, hogy az idegen test végét oly közel és hozzáférhető helyen érezni, hogy az intelligens beteg bemozdása megbízható arra nézve, miszerint tompa eszközt vezetett be, mely elől a bél kitér, de különösen figyelve azon körülményre, hogy a műtét megkezdésekor, 4 1/2 órával az idegen testnek a hálószerkevény fiókjából azon mód piszkosan és porosan a hasüregbe jutása után hashártyatünetek teljesen hiányoztak: viszonylag igen csekély jelentőségű beavatkozásra határozták el magukat.

Megkísérték az idegen test eltávolítását per vaginam, utána drainezik a Douglast, fentartván magunknak, hogy másodlagosan végezik a hasmetszést, ha a legközelebbi 24 órán belül peritonitis tünetei mutatkoznak.

Chloroform-narcosis. Colpotomia posterior. 5 cm. hosszú metszéssel nyitják meg a Douglast, mire a benne levő vérömleny azonnal kiürül, mintegy 120 cm. hig és lazán alvadt vér. A metszést lefelé még vagy 2 cm.-re meghosszabbítják. Most a feltáráshoz használt hüvelytükröt és lapoczkot eltávolítva, a bal kéz mutatóujjával iparkodnak a metszésen át az idegen testet elérni; külső jobb kezük e műveletet igen óvatos, igen enyhe ellennyomással a has felől támogatja.

Az idegen test alsó polását alig érik el, kúszó mozgással haladnak rajta felfelé, csakhamar a hüvelykujjal is megfogható. Ekkor lassan kihúzzák úgy, hogy e közben nem akad meg. A hashártyát a seb alsó és felső zugában és mindkét oldalának közepén egy-egy, összesen négy csomós öltéssel a hüvelyfalhoz szegik, s a Douglasba jodoforgazedraint vezetnek.

Az eltávolított idegen test csakugyan egy 161 mm. hosszú csont-horgolótű volt.

Teljes reactionentes gyógyulás. Legmagasabb hőmérsék ötödnap este 37.5°. Harmadnap váltják először a draint. Kilencednap kiszedik a varratokat, a drainezést is beszüntetik. Tizenegy nappal a műtét után a Douglas elzáródott. Tizenharmadik napon beteg gyógyultan távozik.

Osztályukon való tartózkodásának ideje alatt nem abortált. Két hónapon át hetenként volt alkalmuk ellenőrizni, mégsem észlelhetők a terhesség tünetei. A kísérlet tehát olyan valami, illetve olyan valami ellen tetetett, a mi, illetve a ki nem is volt, s így az eset még feljlesztés esetén sem lehetett volna büntetőjogilag üldözhető.

Hasonló módon a hasüregbe jutott idegen testeket — az 1869-től kezdődőleg felkutatott irodalmi adatok szerint, a legutolsó 1904. szeptember 10-dikén Thorn tollából megjelent közleményig — mindig per laparotomiát távolították el a szerzők, mert vagy megvoltak már a komolyabb sérülésre utaló peritonitis tünetei, vagy nem tapintották a Douglasban az idegen testet.

#### Pseudoleukaemia cutis.

Guszman József: F. K.-né, 54 éves, férjzett takarítónő. Az egyetem bőrgyógyászati intézetében először 1901. szeptember havában jelentkezett, a mikor előadta, hogy egy év óta kínzó viszketés gyöttri, a mely a menstruatio végleges kimaradásával lépett fel. Akkoriban enyhe prurigos és urticariás tüneteken kívül egyéb szembeötlőbb jelenségek nem voltak észlelhetők. 1902-ben ismét mutatkozott, a mikor állapotán lényegesebb változás nem volt megállapítható. Prurigo-ellenes kezelés folytatása. A beteg 1904. február havában teljesen megváltozott körképpel jött a rendelésre. Az elég jól fejlett nő nyaka az állkapocstól

le a kulescsontig erősen duzadt, az épnek látszó bőr alatt számtalan mogorónyi, diónyi, tyúktojásnyi, kemény, fájdalmatlan, nagyrészt egymással összekapaszkodó, s mirigynek imponáló csomó tapintható. Hasonló csomók a hónaljban, lágyékhajlatokban is találhatók. Lép kitapintható, rendkívül megnagyobbodott. Vizelet normális. A beteg arca congestiós E tünetekhez kifokú légszomj és igen erős nagyothallás is társult. A prurigoszerű elváltozások most is fennállanak, s kínzó viszketést okoznak a betegnek.

De prurigós tüneteken kívül a bőrön egyéb elváltozásokat is észlelhetni. Nevezetesen a szemöldök táján, mindkét fülkagyló s a test egyéb részein is észörva kissé livid vöröses kiemelkedő csomók találhatók, melyek a bőrrel egészen összekapaszkodtak, illetőleg abban székkelnek. Ezek után a diagnoszt csak leukamiára vagy pseudoleukaemiára teheték. Ezt eldöntendő, vérvizsgálatot végeztek, melynek alapján (v. v. 4.850.000, f. v. 9000) az utóbbi betegség lett nyilvánvalóvá. Erre betegüket erélyes arsenkezelésnek vetették alá, bár az észrevehető eredménnyel nem járt. 1904. április havában az I. sz. belkóródára került betegük, hol hosszabb ideig ovarium-tablettákkal s arsen injectiókkal kezeltetett (ezen adatokat Benedikt I. tanársegéd szívességének köszöni). Betegük állapota ezután némileg javult, közérzete jobb lett, süketsége csaknem egészen visszaféjt. Jelenleg az objectív tüneteken alig mutatkozik változás, sőt kínzó viszketése ismét erősebb lett. A kérdést ezek után csak az képezi, hogy vajjon a pseudoleukaemiával közös alapon fejlődtek-e ki a bőrlaesiók, vagy sem, más szóval pseudoleukaemiák-e a bőrelváltozások, vagy csak accidentális jellegűek. Szövet-tani vizsgálataik alapján, melyeket a fülkagylóból vett bőrrészeket végeztek, határozottsággal azt mondhatják, hogy az újabb keletű s fent már említett bőrlaesiók az alapbajjal azonos jellegűek. Teljesen ép hámborított mellett az irhának mélyebb rétegeiben a subcutan szövetre ráterjedőleg bőséges lymphoid beszűrődést találtak, melynek fészket az újonnan képezett reticuláris kötőszövet képezi (górcsövi demonstratio). Hogy vajjon a prurigoszerű bőrelváltozások is pseudoleukaemiák-e — mint Joseph és Wagner eseteiben —, azt a további észleletek fogják megállapítani.

#### Aplasia pilorum intermittens (monilethrix) esete.

Guszman József, P. I., 16 éves hajadon 1904. szeptember 13-dikán vétetett fel a szt. Rókus-fiókkórház XI. f. osztályára (Nékám tr.), miután előzőleg már az egyetem bőrgyógyászati intézetében jelentkezett. A beteg hajbetegségétől eltekintve, egészségtől duzzadó leány, igen jól fejlett; idegrendszeri elváltozás rajta ki nem mutatható. Szülei betegeskedők ugyan, de hajzatuk teljesen rendes, szintűgy normális hajzatú 5 élő testvére is. Hasonló betegség az egész családban hiányzik. A leány jelentékenyebb hajban még sohasem szenvedett, s egyedüli panaszát rendkívül hiányos hajzata képezi. Jelen hajbetegsége születése óta áll fenn, hajszálai idáig legfeljebb kisujnyira nőttek ki, azontúl csakhamar letöredeztek. Megtekintésre a beteg hajja fejbőre a következő elváltozást mutatja. A hajzat rendkívül megritkult, legfeljebb 1—3 cm. hosszú hajszálakból áll. A ritkultság okát abban találja, hogy a hajszálak a legtöbb helyen már a bőrből való kibúvásuk helyén letöredeztek. A hajszálak szárazok, fénytelenek, s jól szemügyre véve többféle színárnyalatot mutatnak, a mi haránt irányú csíkoltságban nyilvánul. A hajszálak e viselkedése azonkívül a hónaljban is észlelhető. A nyakszírtén, s onnan leterjedve a tarkóra számos gombostüfejnyi szarus pontocska, gömböcske látható, melyek a hajtüszők nyílásainak felelnek meg, a fejbőr ezektől úgyszólván reszelő tapintatú. A hajszálak górcsövi vizsgálata kétségtelenül kimutatta, hogy jelen esetben azon felette ritka hajbetegséggel van dolguk, melyet Smith 25 év előtt nodose hair címen írt le először. A hajszálak ennek megfelelően váltakozva hol rendes vastagságúak, hol erősen megvékonyultak, úgy hogy azok nagyban olvasóhoz hasonlóak. Egy-egy orsóalakú tag 0,5—2 mm. hosszú. Hogy az eddig még hiányosan vizsgált hajtüszőviszonyokat is megismerjük, górcsövi bormetszeteket is készítették, melyekből megállapíthaták, hogy a hajszálak jellegzetes tagoltsága már a tüszőfalban is fellelhető (górcsövi bemutatás).

#### Xeroderma pigmentosum súlyos esete.

Guszman József, K. C., 8 éves fiú felvétel a szt. Rókus-kórház XI. f. osztályára. (Nékám tr.) 1904. szeptember hó 3-dikán.

Családjában hasonló baj még nem fordult elő. 3 testvére van (2 leány, 1 fiú), kiknek bőre teljesen normális viszonyokat mutat. Betegük 1 éves kora óta beteg, a mikor is atyjának állítása szerint „nagy szep-lők“ támadtak arczán, nyakán, s kezeken. Azóta a kis fiú említett testrészei mindinkább pigmentáltabbak, tarkábbak lettek, míg végre két év előtt csomók s göbök támadtak arczán, melyek később kifehélyesedtek. Az egyetem bőrkórtani intézetének rendelésére 1902. április 18-dikán került először a beteg, mikor az elváltozások már igen jellemzőek voltak, de tumorok ezen időben még nem voltak észlelhetők. Ugyanott másodsor a kórházba való felvétel napján jelentkezett. A fiún található kóros elváltozások a következők. Mindkét kézhatron s alkarok feszítő oldalán, főleg azonban az egész arczon, nyakon, le a vállbőrig a bőr sötétén festenyzett, pizkos-barna színű. E helyeken részben számos gombostüfejnyi, lencsényi pizkos-barna folt, részben változó nagyságú atrophias, fehéren s hegesen fénylő, apró vérerektől átfutott területek találhatók. A felsorolt elváltozások legkifejezettebben az arczon láthatók, mely ezáltal szinte tarkának látszik. A bőr egyébként vékony, fonyadt, ráncos. Az orron, a felső ajakon, homlokon, s bal orcán eseresznye

magnyi, kemény tapintatú, erősen kiemelkedő göbök, melyek részben véres-pörkös lepedékkel borítottak, részben kifehélyesedtek. A jobb százugtól lefelé az áll jobb felét egészen s a jobb orcát jelentékenyen elfoglaló gyerekenyérnyi tumor látható, mely plateau-szerűen kiemelkedő, nagyrészt kifehélyesedett s hepehupás alapú. A fekély szélei sáncszerűen kiemelkedők s keményen beszűrődöttek. A nyaki, különösen pedig az állalatti mirigyek mogorónyi-diónyiak, kemények.

A gyermek rendkívül lesoványodott, állandóan lehangolt, bár fájdalomról nem panaszkodik. A bal orcán fekvő tumort kiirtották, s szövettanilag feldolgozták, mely alkalommal typosus carcinomás elfajulást tudtak megállapítani. Megszaporodott stromában igen erősen burjánzó hámok, melyek a mélységbe törnek, s rendkívül bőségesen can-croid gyöngyöket képeznek (carcinoma cancröides. Górcsövi demonstratio).

Az eset egy teljesen kifejezett alakja a Kaposi által leirt xeroderma pigmentosumnak, s így magában rejti a teljesen infaust prognoszt is. A therapia csak palliativ lehet, bár kísérletképen a radiotherapiát is alkalmazták.

(Folyt. következik.)

## PÁLYÁZATOK.

24.603/1904. szám.

A nagytapolcsányi közkórházban lemondás folytán üresedésbe jött alorvosi állás betöltendő lévén, ezen állásra 125.000/902. B. sz. vármegyei ügyviteli szabályzat 2. §-a alapján pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon nőtlen orvostudorokat, a kik ezen 1200 korona fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és élelmezéssel javadalmazott és a kórházban való belkés kötelezettségével s nyugdíjjogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon 1905. évi január hó 15-dikéig hozzám nyujtsák be.

Azon pályázó, a ki közszolgálatban állott és azt megszakította vagy abban hagyta, köteles hivatalos működése időleges szünetelésének illetőleg kilépésének okát okirattal igazolni.

Nyitra, 1904. évi december hó 11-dikén.

Markhot Gyula, alispán.

11.628/1904. kig. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye váci járásába bekebelezett Dunakeszi községben lemondás folytán megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás:

1. Kézzpénzfizetés 1200 korona, mely előleges havi részletekben fizetetik ki a község pénztárából.
2. Látogatási díj nappal 80 fillér; éjjel 1 korona 60 fillér.
3. Halottkémlési díj 1 korona.

Igazolt szegény betegek díjtalanul kezelendők. A megválasztandó községi orvos a község belterületén (vasúton innen) tartozik lakni, vagyis a vasút és a Duna között a község déli részén.

A megválasztandó községi orvos tartozik gondoskodni arról, hogy akadályoztatása esetén a község soha orvos nélkül ne maradjon.

Ha a megválasztandó orvos szabadságra távozik, helyettes-orvos fizetéséről szabadságolása alatt ő tartozik gondoskodni.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi december hó 21-dik napjának délutáni 5 órájáig annyiál is inkább nyujtsák be, mert a később érkezők figyelembe vételét nem fognak.

A műtőorvosi oklevéllel bírók előnyben részesülnek.

A választást 1904. december hó 22-dik napjának délutáni 4 órájára tűzöm ki Dunakeszi község-házában.

Vác, 1904. december 9-én.

Ivánka főszolgabíró.

A máramarosvármegyei közkórházban megválasztás folytán egy segédorvosi állás jött üresedésbe, mely mielőbb betöltendő.

Az állás javadalmazása évi 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, villamos világítás és elsőrendű élelmezés.

Felhívom az azon nőtlen orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényeiket egyenesen hozzám nyujtsák be.

Máramaros, 1904. évi december 6-dikán.

3-2

Szilágyi István dr., igazgató-főorvos.

4251/1904. szám.

Torontál vármegye antalfalvai járásába bekebelezett oppovai körorvosi állás lemondás folytán megüresedett, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket hozzám 1905. évi január hó 10-dikéig nyujtsák be.

Az orvosi javadalmazás:

1. Évi fizetés 1800 korona.
2. A szabályrendeletben megállapított látogatási és hűszemlézeti díjak.

Figyelmeztetnek végül pályázók, hogy a megválasztandó körorvos a községi és körorvosok nyugdíjintézetbe tartozik belépni.

Antalfalva, 1904. évi december hó 1-sején.

3-2

Lowieser Imre, főszolgabíró.

4251.1904. szám.

Torontál vármegye antalfalvai járásába bekebelezett Csenta községi orvosi állás lemondás folytán megüresedett, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket hozzám 1905. évi január hó 10-dikéig nyujtsák be.

Az orvos javadalmazása:  
 1. Évi fizetés 1600 korona.  
 2. A szabályrendeletben megállapított halottkemi, hússzemlézeti és 40 fillér helyi látogatási díjak.  
 Figyelemztetnek végül pályázók, hogy a megválasztandó kórorvos a községi s kórorvosok nyugdíjintézetébe tartozik belépni.  
 Antalfalva, 1904. évi december hó 1-sején.

3-2

Lowieser Imre, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárati	Állás	Hely	Fizetés	Czim
decz. 20.	áll. mh. so.	Veszprém	1200 korona	Cseresznyés dr. ig. főo.
" 20.	közs. o.	Bács - Tótváros	1600 korona	Hipp fszbiró, Palánka
" 20.	kórorv.	Krassó	1200 kor., 400 kor. lakb.	Tarcsy szbiró, Krassó
" 21.	k. s.-orv.	Torda	1000 kor., lak., élelm.	Betegh alisp., Torda
" 21.	kórorv.	Vaál	1600 korona	Szűcs Jenő fszbiró, Vaál
" 27.	k. s.-orv.	Szeged	1000 k., lak., élelm. nélk.	Lázár György polgárm.
jan. 10.	kórorv.	Mocsolya	1400 k., 600 k. fuvar, szabad lakás, gyógytár	Tarján Miklós fszbiró Zilah

## 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 hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkesodásokban vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

**Dr. Kern Géza** Forróviz-kezelés  
 rendelő-intézete Villanyozás  
 nőbetegek számára Massage  
 IV., Koronaherczeg-utca 6. szám, I. em. Vibratio  
 (Harris-bazár mellett.) Telefon 989.

**EPILEPTIKUS** gyógy- és nevelőintézet  
 Balf gyógyfürdőben

A nagym. m. kir. belügyminiszterium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, száz férfi és női betegre berendezve. Ápolási díj: I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k., III. oszt. évi 600 k. Ezen osztályokon kívül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel napi 1 k. 40 f. ápolási díj mellett, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IV. cz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által a nagym. m. kir. belügyminiszteriumtól és csak ezen engedély alapján vehetők fel mint közköltséges betegek. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendű apácák vannak megbízva. Prospectusokkal és egyéb felvilágosítással szolgál a nehézkárosok gyógy- és nevelőintézet igazgatósága Balf (Sopron mellett). Posta, vasút, telefon helyben.

Szag és íz nélküli a

**Zoltán-féle Csukamájolaj**

(Rendelési mód: Ol. jecoris aselli sec. Zoltán lag. original.)

s ezért gyermekek, valamint felnőttek undor nélkül veszik. — Kitűnő hatású: táplálkozásban visszamaradt, rhachitikus és scrophulotikus gyermekeknél, phthisikusoknál. — Készítője:

**ZOLTÁN BÉLA** gyógyszerész, Budapest, V., Szabadság-tér

Kapható az ország összes gyógyszertáraiban üvegenként 2 koronáért.

: AZ 1900-IKI PÁRISI VILÁGKIÁLLÍTÁSON KITÜNTETÉST NYERT :

Vegyészeti gyár  
 Dr. Fritz és Dr. Sachsse  
 Sollenau a Südbahn

**ALBOFERIN**

WIEN, I,  
 Naglergasse 21.

Egy könnyen oldható, szag- és íz nélküli tápláló és erősítő, vas-, fosfor- és fehérnyertartalmú szer; organikus, nagy fokban tömeoses 90-14% fehérnyer, 0-68% vas, 0-324% fosfor.

**Alboferin-por** 100 gm. = K. 5.—, **Alboferin-tabletták hozzátétel 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, vérvesztés, vesebajok, reconvalescensek és szoptatás 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.**

**SYR. FERR.**  
**POLYBROM.**  
**CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.**

(100 gm. tartalmaz 2.0 gm. vasat, 6.0 gm. K. Na. amon. brom. és 0.005 arsenit).

**Kellemes ízénél fogva**  
 felülmul minden eddigi forgalomban levő hasonló készítményt.

**Javalva van:**  
 Általános idegbetegségeknek, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescencia szakában. Általános anaemiáknál és chlorosis eseteinél nemcsak a vérszegénységet gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.

**Készíti és kapható:**  
**Raditz Ignác**  
 „Fehérkereszt”-gyógyszertára  
 Budapest, IV. kerület, Jövám-tér 6. szám  
 a központi vásárcsarnokkal szemben,  
 valamint minden gyógytárban.  
 Főraktárak: Török József, Dr. Egger, Thalmyer és Seitz, Budapest.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUMBAN**

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

**Dr. VAS BERNÁT** a laboratorium vezetője.  
 Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

**Szénsavfürdő-berendezéseket**  
 szállít és rölszerel

**Dr. Wagner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. cég**  
 Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.  
 A fürdők kitűnő gyogyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.  
 Prospektusok ingyen és bérmentve.

Hirdetéseket kizárólagosan  
 a „Petőfi” kiadóvállalat  
 (Budapest, III., Zsigmond-utca 70) vesz fel.

BUDAPESTI  
II. sz. Sebészeti Könyvtára  
Budapest, ...-u. 23-25  
Telefon: 143-699.

## A budapesti kir. Orvosegyesület 1904. december hó 10-dikén tartott 67-ik évváró rendes közgyűlése.

### 1. *Tauffer Vilmos elnöki megnyitója.*

Tisztelt Orvosegyesület!

Lezáródván a második két éves cyklus, mely alatt a kir. Orvosegyesület többségének bizalma folytán a mostani igazgató tanács és ennek elnöke volt megbizva az ügyek vezetésével, az egyesület új választás előtt áll és ma fogja eldönteni, hogy kik legyenek azok a férfiak, a kiknek kezeire akarja bízni az egyesület hajójának kormányát a közel jövőben.

Mielőtt e díszes helyet elhagynánk, be kell Önöknek ez évi sáfarkodásunkról számolni, az Önök ítélete alá kell bocsátanunk, vajjon megfeleltünk-e azon bizalomnak, melylyel annak idején minket megtszelnai kegyesek voltak. Egyesületünk szellemi életéről természetesen a főtitkár úr van hivatva beszámolni; szerény magamnak, mint lelépő elnöknek pedig engedjék meg, hogy némely olyan dologról szóljak, a mi véleményem szerint mélyen belevág egyesületünk jövő fejlődésének érdekeibe.

Úgy érzem Uraim, hogy mi, a jelenlegi orvosgeneratio, tulajdonképen csak haszonélvezői vagyunk egyesületünkben annak a szellemi és erkölcsi vagyonnak, melyet elődeinktől örököltünk át. Kétségtelen, hogy ezen haszonélvezettel szemben úgy nekünk, mint minden utánunk következő generációnak azon erkölcsi kötelessége áll fenn, hogy ezt a vagyont nemcsak teljes integritásában megóva, hanem meggyarapítva, tovább fejlesztve hagyjuk örökül utódainknak. Ez az előrelátás, ezen magasabb cél felé való törekvés különös gondját kell hogy képezze — véleményem szerint — minden időben az elnöknek és a távol jövőben az utánunk jövő, majdan itt élő és működő nemzedék jogosan fogja számbavenni, vajjon helyesen, bölcseséggel ismerte-e fel egyik-másik régen elköltözött elnök korának életjelenségeit az egyesületben és lelkiismeretesen felhasználta-e helyzetét, befolyását a végből, hogy a kir. Orvosegyesület külbefolyások által meg nem ingatva, mindig csak magas céljait tartva szem előtt, biztosan haladjon előre, mindig megmaradva annak, a mire hivatva van, t. i. Budapest székes főváros összes orvosainak gyűlöhelyéül a tudományokban. Előre is kimondom Uraim, hogy a jövőt illetőleg aggodalmaim vannak. Kötelességemnek tartom ezen aggodalmamat Önök előtt kifejezni, azon hő vágytól vezetve, vajha szorongásaim egyesületünk jövőjét illetőleg alaptalanoknak bizonyulnának!

Uraim! Mindnyájan tudjuk, hogy a kir. Orvosegyesület évtizedeken át egyedüli leteteményese és vezetője volt az orvosi közügyeknek úgy társadalmi mint tudományos tekintetben. Egy alkalommal már rá utaltam, hogy hazánk általános kulturális fejlődésének mértékében miként származtak ki azon számos, egyes tudományzakkal művelő körök és egyesületek az anyaegyesület kebeléből, a melyeknek magas ethikai értékében gyönyörködni, azokra büszkének lenni van okunk. A korszellem és a társadalom fejlődése hozza magával, hogy az utóbbi 5—6 év alatt egész sora az orvostársadalmi érdekeket szolgáló egyesületeknek, társulatoknak és szövetkezeteknek alakult meg a kir. orvosegyesület keretén kívül, sőt, hogy tovább menjek, mostanság már a főváros egyes

kerületeinek orvosai is tömörültek erkölcsi és anyagi érdekeik védelmezése érdekében és végre az is szükségesnek látszott, hogy kaszinó, meg klub stb. néven társaskör alakuljon, a hol a társas összejövetelek útján ápoltságok a kari szellem és minél jobban kifejlődjék egymásnak megbecsülése. Kine ismerné el Uraim, hogy mindezen célokra meg van a maga jogosultsága, megvan a maga morális haszna; végtére is, igazán csak örvendünk kell, hogy az orvostársadalom tagjai, a kik azelőtt széthullott kéréhez hasonlóan csak egyenként lézengtek, megtalálták egymást és összetömörülve, most már tekintélyes csoportokat képeznek. E csoportok mindegyike úgy véli, úgy reméli, hogy vele, mint erkölcsi tényezővel számolni kellend minden társadalmi alakulásnak, mely az orvosi ügyekbe vág. Mondom: úgy véli, úgy reméli, de kérdezem, vajjon nem fog-e közülünk sok csalódni, vajjon nem magunk alakítjuk-e e tömörülésnél viszonyainkat nem egyszer már a keletkezés idejében úgy, hogy magvát vetjük a balsikernek. Csak gondoljanak Önök, Uraim, az Országos Orvos-Szövetség mellett a községi és körorvosok egyesületére és egy lépéssel tovább, ugyanazon Orvos-Szövetség mellett a megyei főorvosok actiójára, speciális ügyeik érdekében.

Attól tartok, hogy az a sok mindenféle czimen és érdekből létrejött társulás, melyek közül mindenikben a legszűkebb anyagi és szellemi érdek, meg érdeklődés kultiválása van napirenden, előbb-utóbb nem erőforrásává, hanem gyengítőjévé válik a közös, t. i. az egész orvosi kar érdekeit illető kérdéseknek, mert lehetetlenség, hogy az annyi mindenféle zászló alatt csoportosuló kartársak mindig összetalálkozzanak véleményükben és actiokedvükben, a mikor a nagy, közös érdekekről leendő szó; a particuláris érdek és sok ember személyes hiúsága ilyenkor könnyen elhomályosítja a nagy érdekekben szükséges önzetlenséget és higgadt ítéletet; pedig lehetetlenség elzárkózni az elől, hogy társadalmunk rohamos fejlődése közepette már a közel jövőben egész karunkat érdeklő, nagyfontosságú dolgok kerülnek dűlőre, melyekben a kedvezőtlen áramlatokkal szemben csak úgy állhatjuk meg helyünket, hogyha a nagy kérdések mindnyájunkat egy táborban találunk. Ámde hagyjuk ezt; messze vezetne és nem is tartozik hozzám, erről a helyről és a részemre szorosán körülírt keretben ilyen dolgok részleteiről szólni, csak annyiban érintem azokat, a mennyiben az orvosi rend ép jelzett irányzataiból és alakulásaiból a kir. Orvosegyesület beléletére és jövőjére is behatások keletkezhetnek.

Minden egyesület, társulat, kör, kaszinó, klub és bármikép nevezi egyújjabb csoport magát, csak akkor végez rendünk érdekében üdvös dolgot, ha a maga részére jól körülírt határokat megtartja és szigorúan elkerüli, hogy a másik által magának körülírt terrenumba, érdekkörbe átesapjon és ott magának befolyást követeljen és ha a kölcsönös viszonyból egymásnak támogatása, egymásnak kiegészítése szűrődik le és ellentétek lehetőleg sohasem fejlődnek ki. Hisz minden ilyen ellentétből, legyen a győztes bármelyik fél, az egésznek, az orvosi rendnek csak gyengülése következhetik.

A mennyire sajnálatos volna általában, ha az említett orvostársulatok között surlódás, ellentét merülne fel, az Orvos-

egyesület szempontjából egyenesen és mindig siralmas volna, ha az ilyen ellentétek bármi czímen az Orvosegyesület kebelébe vitetnének be, abba az orvosegyesületbe, mely ép arra hivatott, hogy ott minden, a világban, az életben felmerült ellentétet kívül hagyva, a tudományok e csarnokában azon érzetben egyesüljünk, hogy mindnyájan egy és ugyanazon magasztos hivatásnak vagyunk szolgálói, a tudomány ugyanazon oltárán áldozunk. És ezért részemről véghetetlenül fontosnak tartom, hogy az Orvosegyesület ügyeire, legyenek azok belső szervezeti, alapszabályi, házirendi, általános irányzatú, vagy bármi más kérdések, beleszámítva a tisztújítási és választási kérdéseket is, semmiféle más tényező, legyen az társulat, szövetkezet, klub, vagy kaszinó ne keressen és ne gyakoroljon befolyást kívülről, hanem hagyja az egyesületet fejlődni önmagából, a maga céljai szerint, az önmaga eszközeivel, mert mihelyt ez útról letérünk, kiszámíthatatlan a jövő és senkisémet tudhatja, hogy a közeli, vagy távolabbi jövőben minő versengések, minő torzalkodások találnak utat kívülről ide be, melyek a szét-húzást csempészhetik be soraink közé, az Orvosegyesület legnagyobb kárára, talán romlására is. Ismétlem Uraim, a mivel kezdettem, a budapesti kir. Orvosegyesület úgy most, mint a jövőben nem egy generációnak a tulajdona, melylyel sáfárcodhatik, a mint akar, hanem egy elődeinktől ránk átöröklött szellemi és erkölcsi vagyón, melynek mi csak hasznélvezői vagyunk és melyet utódainknak gyarapítva, tovább fejlesztve hátrahagyni, erkölcsi kötelességünk, mely ellen vétkezni senkinek sem volna szabad. Lelkemből kívánom, hogy az, a mit magam a jövőre való aggódó előrelátásnak vélek, minden időben indokolatlan aggodalomnak bizonyuljon és a kir. Orvosegyesület menten minden külbefolyástól, haladjon tovább is magasabb céljai felé, Budapest összes orvosainak tudományos művelésére.

Van szerencsém az ez évi közgyűlést ezennel megnyitni.

## 2. Grósz Emil titkár jelentése a lefolyt év működéséről.

Tisztelt Közgyűlés!

Elődeinknek a gyakorlat által is igazolt bölcs intézkedésből a mai napon utoljára van alkalmam, hogy egyesületünk évi működéséről beszámoljak. Nagy eseményekben szegény, de intensiv munkában gazdag volt ez év. Régi munkatársainkhoz újak csatlakoztak, a régen vitatott témák mellett új problémák merültek fel, a régi szakmák erős törzséből új ágak hajtanak, melyek terjedelmes lombzatukkal díszit adnak az évszázados fának. A midőn egyesületünk fájának új hajtásairól számolunk be, nem minden aggodalom nélkül szemléljük életerősségüket. A mai viszonyok között, a midőn minden oldalról az irodalmi túlproductiót hangoztatják, nagyobb okunk van erre, mint valaha.

Vajjon elég erősek-e az új rügyek, hogy a kritika perzselő sugarait vagy annak fagyasztó szelét kiállják? Egyik-másikról sejtjük, hogy mint száraz galyak a jövő év kertészének kése alá kerülnek, néhányról eleve tudjuk, hogy lüktető életerejük megküzd az idő romboló erejével, de a legtöbbnek sorsát ma még nem ismerhetjük!

E bizonytalanság nyugtalanító érzésével szemben megelégedéssel, büszkeséggel, tekinthetünk vissza egyesületünk múltjára, mely maradót alkotások sorát tárja elénk. S a midőn a nagyok munkásságát lapozzuk, egy teljesen lekötött figyelmünket, elhomályosítja társait, a maga tiszta igazságának ragyogásával elkápráztat, nagyszerűségével betölti egész valónkat, minden sorának izzó lelkesedésével forróvá teszi vérünket, a lángelme alkotásának páratlan varázsával ragad magával s szédelve borulunk le az *Igazság* fősége előtt.

Tudományos üléseink ezen megbecsülhetetlen kincse szerény címet visel: „A gyermekágyi láz oktanáról“ s mégis e helyen előadatott. *Semmelweis* négy évtizede halott, de neve halhatatlan s fényének minden sugára új utat nyit az előbbre haladásra. Az orvosi tudományok minden disciplinája, annak minden munkása, mindennap újabb s újabb okot nyer a hálára. Az ő helye valóban *Jenner* s *Pasteur* mellett van!

Azon ünnepély, melyben 10 év előtt az egész tudományos világ hódolt halhatatlan tagtársunk emlékének, csak az első lépés volt, hogy üldöztetéseért, — ha nem is ő maga — de az általa képviselt eszme elégtételt nyerjen. A nemzetközi adakozásból felállítandó szobor újabb hódolás, de úgy hiszszük, hogy a mint a magyar tudományos akadémia *Széchenyi István* emlékének ápolásában nem szünetel s nem is szünetelhet, úgy kell nekünk évről évre gondoskodnunk, hogy az orvosi tudományok egyes szakmáinak képviselői e helyen kifejtsék, hogy mit köszönhet az általuk képviselt tudomány szak *Semmelweis*nek!

*Pasteur* megérte tanításainak diadalát, s a midőn 70-dik születésnapján a Sorbonneban a köztársaság elnöke, miniszterek, nagykövetek, képviselők, tudósok és tanulók ünnepelték érdemeit, melyeket hazája s az egész emberiséggel szemben szerzett, köszönetében először is azon tudósokról emlékezett meg, kiknek csak megpróbáltatások jutottak osztályrészlül, a kiknek előítéletekkel kellett megküzdniök, a kiknek munkássága elé akadályok akadályokra torlódtak. Ilyen tudós volt *Semmelweis* — sokkal inkább, mint bármelyik társa!

Klassikus munkájában ő maga mondja, hogy a sors *Igazságok* képviselőjére szánta, elutasíthatatlan kötelességének tartja, hogy azokért helyt álljon. Valóban nagy igazság rejlik abban a mondásban, hogy a véletlen a nagy szellemeket keresi fel! A mi kötelességünk, hogy az általa megállapított s kimondott igazság fáklyáját *magasra* emeljük, hogy annak fénye mennél nagyobb területet világítson be! Az ő tanainak érvényesülése, a köztudatba való bevéssződése megannyi megmentett életet, visszaadott látást, helyreállított egészséget jelent. A szülészeti klinikák 50 év előtt a halál előcsarnokai voltak, ma az élet s egészség biztosítékai, az ő tanainak érvényesülése előtt minden legkisebb sebkezesítés vagy sebzés a halál tárt kapuja volt s ma épen a sebészi beavatkozások a gyógyítás legfényesebb diadalai. Az ő tételének kiadhatatlan forrásából meríteni annyit jelent, mint életet s egészséget biztosítani. Valóban a *Semmelweis*-előadások megtartásával: hazafias és emberi kötelességünket teljesítjük!

De talán nagyon is hosszasan merengtem el a hajdanakor fényes napján, ideje, hogy visszatérjek tulajdonképeni feladatomra s beszámoljak a jelen év terméséről. Rendes üléseink száma 24 volt, melyen 18 előadást hallottunk, 39 tagtársunk 58 ízben mutatott be beteget s a vitában 64-en 89 felszólalással vettek részt. Az utóbbi szám ismét emelkedett, miáltal a felvetett kérdések jelentékenyen tisztázódtak, s épen ezen működés alkotója a tudományos egyesületek legfontosabb szerepét. A mi az előadások anyagát illeti, a klinikai főszakmák arányosan voltak képviselve: a belgyógyászat, sebészet, szülészeti s nőgyógyászat és szemészet 2—2 előadással; a speciális szakok közül a gyermekgyógyászat 4, az orr- és gégegyógyászat 1, a bőrkórtan 1-gyel szerepelt, az élettan pedig 3-mal.

Nagygyűlésünkön *Högyes Endre* a kísérletes kórtan újabb haladásáról tartott előadást s bemutatta az egyetem új általános kór- és gyógytani intézetét s a vele kapcsolatos *Pasteur*-kórházat.

Szakszaktályaink ez évben is élénk működést fejtettek ki. A 6 szakszaktályban\* 23 előadást s 109 bemutatót tartottak! Referáló előadást ez évben is csak az elme- és idegkórtani szakszaktály terjesztett a plenum elé. Ha sajnálatos is, hogy a többi szakszaktályok e példát még nem követték, másrészt

	A tagok száma					Az előadások száma					A bemutatók száma				
	1900	1901	1902	1903	1904	1900	1901	1902	1903	1904	1900	1901	1902	1903	1904
Gynaekologikus	46	50	54	63	67	5	4	2	2	3	40	19	8	29	24
Elme- és idegkórtani . . . . .	42	45	45	46	46	5	5	5	4	4	6	8	6	14	18
Stomatologiai . . . . .	44	41	43	45	45	5	4	5	4	4	9	4	8	7	9
Otologiai . . . . .	22	22	23	23	24	3	3	2	4	3	14	6	10	5	10
Dermatologiai és urológiai . . . . .	51	60	60	60	49	3	8	6	1	4	28	32	11	14	28
Sebészeti . . . . .	—	—	47	47	47	—	—	4	12	5	—	—	19	22	20
	205	218	272	284	278	21	24	24	27	23	97	69	62	91	109

annak bizonyítékát szolgáltatták, hogy az annyira szükséges és időszerű kritikát szigorúan gyakorolják. S e szerepet nem szabad kicsinylenünk! Ilyen módon több olyan előadást, mely különben helyet követelhetne a rendes ülések napirendjén, a szakosztályok tisztító tüze elhamvasztja és pedig a nyilvánosság ellenőrzése mellett, a mennyiben a szakosztályok ülésein minden egyesületi tag kap meghívót!

A szakosztályok működése tudományos tekintetből teljesen független ugyan, de az igazgató tanácsnak az az álláspontja, hogy autonómiájuk nem terjed olyan tág körre, hogy az anyaegyesület tudta, felhatalmazása nélkül nemzetközi meghívásokat eszközölhessenek s ezért köteleességemé tette, hogy ez alkalomból is hangsúlyozzam, miszerint a szakosztályok a külfölddel vagy hatóságokkal szemben csak az anyaegyesület közvetítésével érintkezhetnek.

Örömmel jelenthetem, hogy hetedik szakosztályunk is alakulóban van, a mennyiben az orr- és gégegyógyászati sectio megalakítását 34 tagtársunk óhajtja.

Bizottságaink közül a tuberculosis bizottság négy ülést tartott, melyekben e bántalom köránát és gyógyítását tárgyaló előadásokat s bemutatókat tartottak. A rákbizottság kérdésének eredménye ama nagyszabású adatgyűjtés, melyet az országos statisztikai hivatal a törvényhozás jóváhagyásával eszközöl.

Az igazgató tanács a lefolyt évben is számos új intézkedést kezdeményezett. Temesváry Rezső indítványára újból napirendre tűzte az orvostörténelmi múzeum eszméjét, melyet évek előtt Hógyes Endre vetett fel. A kiküldött bizottság már is körvonalozta a keretet, melyben ez intézmény megvalósítható. Ugyancsak az igazgató tanács kezdeményezésére a gyámbizottság a Schuster-Bugát-féle alapítvány elavult szabályainak revízióját nagy gonddal eszközölte. A Balassa-díj pályázati feltételeinek módosítására kiküldött bizottság is befejezte munkálatait s így a jövő évi rendkívüli közgyűlés feladata lesz, hogy a kész elaboratumok sorsa felett döntsön.

Pályadíjaink közül ez évben az Orvosi Hetilap-díjat az igazgató tanács Kertész József „Kísérleti tanulmány a sérvek kizáródásának mechanikájáról“ című dolgozatának ítélte oda.

A halál ez évben sem kímélte meg egyesületünket, heten hagytak el: Schermann Adolf, Linsbauer Rezső, Frank Samu, Senger Ede, Hermann Samu, Batizfalvy Sámuel, Perényi Vilmos — fiatalok s öregek egyaránt. Fájó szívvel nélkülözzük egyesületünk régi tagjait, de még fájósabb sebet ejt azok elhunytá, kik életük tavaszán dőlnek sírba. Milyen fájdalom az, a mikor az anya saját szájából megvont kenyérével, nélkülözések s nyomor között felnevelte a család büszkeségét, jövődjét s a midőn végre elérte a cél — a kegyetlen sors elragadja áldozatát. Nem az a sajnálni való, ki az élet nehéz küzdelmei elől egy szép jövődbe vetett reménység derűjével hagy el bennünket, hanem az a boldogtalan anya, az a szerencsétlen árva, ki elvesztette mindenét. — *Aldott* annak emléke, ki a hátramaradottak bánatát az irgalom adományával enyhíti s köszönet Jurkiny Emilnek, ki ma egyesületünk igazi jötevőjének, Ivánchich Viktornak példáját élénk állítja. A nevét viselő alap kamataiból negyedszázad alatt 22 kartársunk s 12 orvos özevegye 33,942 korona segélyben részesült.

Valóban minden múlandó — csak a *jóság* marad. Mindannyiunk emlékezetébe mélyen vésődik az a látvány, mely október 20-dikán e teremben élénk tárult. Zsúfolásig megtelt házuk, tagtársak, kik évek óta nem lépték át az egyesület küszöbét, gyakorló orvosok, orvos hivatalnokok, tanárok, eddig még soha nem látott tömegben sereglettek össze. Kortársak, tanítványok, első s második generatióban, mind jogot formáltak ő hozzá. Vajjon hálából azért, mert tudománya maradékoson eredményekkel gazdagította ismereteinket, vagy azért, mert gyógyításának páratlan sikerei még ma is a köztudatban élnek?

Mindez még nem volna elég erre! Az, a mi bennünket, mindannyiunkat olyan szorosan köt az ő emlékéhez, az, a mi a mai önző korban tiszteletet, hódolatot követel a maga részére, az a *jóság*, melynek megtestesülését látjuk egyesületünk egykori elnökében: *Bókay Jánosban*.

Heten hagytak el tagjaink sorából, heten léptek ki — nagyrészt elköltözésük miatt s harmincznyolczan jelentkeztek új tagokul. Tagjaink száma megközelíti a 800-at s egy évtized alatt eléri az 1000-et! Ha ennyiünket nem is fűzhet szoroson össze a foglalkozás már nagyon is laza köteléke, a rokongondolkodás ereje — nagyjaink emlékének ápolása az, a mi közelebb hoz egymáshoz!

Pénztári mérlegünk ezúttal is felesleggel zárul, pedig azon beruházásokat, a melyekkel egyesületünk tudományos felszerelését kiegészíteni törekedtünk, folytattuk, úgy hogy a folyó évben is a 2000 koronát jóval meghaladja a rendkívüli kiadások összege.

Azon beruházások, házjavítás, helyiségátalakítások, könyvtár-bővítés, melyeket a jelenlegi igazgató tanács kezdeményezett — mind végrehajtvák, a vetítő-készülék költségei kiegyenlítették, az évkönyv újból tartalmazza a tudományos ülések jegyzőkönyveit is, s mindezen terhek ellenére a jövő évi költségvetés jelentékeny fölösleget mutat s így nemcsak előkészített tudományos anyagot, sikerrel kecsegtető reformok tervezetét, hanem ezek végrehajtására megfelelő anyagi eszközöket is juttatunk az új vezetőség kezébe. Ezt *nem* mint *érdemet* említem, hanem mint az egyszerű *kötelességteljesítés* beszámolását. Hiszen minden új tisztikar joggal számíthat az előző tisztviselők hathatós támogatására s buzgó közreműködésére. Az egyesületi választások nem a parlamenti váltógazdaság jelentőségével bírnak, nem az a cél, hogy egymással szemben álló pártok küzdjenek egymással, hanem csak annyit jelentenek, hogy bölcsen megállapított cyclusokban más és más tagok állanak szolgálatba a tudományos munka vezetésére.

Ezen szolgálat teljesítésére pedig nincs más qualificatio, mint szeplőtlen jellem, tudományos készség s az egyesületi élet iránt való érdeklődés. Legfeljebb arról lehet szó, hogy milyen legyen az előtérbe jutás sorrendje, e felől lehet nézeteltérés, de egyesületünk *célja, jellege s traditioja* megköveteli, hogy a választások alkalmából semmi más szempont se érvényesüljön!

Tisztelt közgyűlés! A mai nap nem alkalmas az elmélkedésekre, a választások zaja nem tűr hosszas fejtegetéseket, de a tisztújítás amúgy is új embereket állít az egyesület elére, kik a nyert örökséget új eszmékkel gyarapítják, kik ezek megvalósítására friss erőt és lelkesedést hoznak magukkal. Ennek tudatában, a midőn a lelépő titkár a gondjaira bizott tisztet átadja utódjának, arra szorítkozik, hogy megköszönje az egyesület bizalmát, az igazgató tanács kitüntető támogatását s az elnök jóakaró vezetését. S épen ez volt az, a mi a szolgálatot könnyűvé, a munkát élvezetessé tette. A tisztikar harmonikus együttműködése a siker legerősebb biztosítéka. Ennek lehetőségét pedig az az elnök tartja kezében, a ki a cél tudatos vezetését önzetlenséggel egyesíti. A tudományos egyesület elnöke azt a szerepet tölti be, mint a laboratorium vezetője.

A midőn Helmholtz diesőségének tetőfokán vizsgálat alá vette azon motívumokat, melyek őt munkásságában vezették, joggal mutatható reá azon tényre, hogy tudásvágy, kötelességérzet s az emberiség javának szeretete milyen szerepet játszottak! Jól mondja, hogy a laboratorium vezetője adja munkatársai számára az eszmét, ő szolgál útmutatásul a kísérletek végrehajtására, a jelentkező nehézségek leküzdésére s midőn a munka a tanítvány neve alatt megjelen, az igazi tudós feltékenység nélkül örül az elért eredményeken.

Az egyesületi élet sokféle nyilvánulásainak irányítója, sokszor láthatatlan vezetője az elnök s ezt a szerepet soha senki nagyobb önzetlenséggel, igazabb altruizmussal nem teljesítette, mint a mi elnökünk.

S ha egyesületi belső életünk ezen felfedésével indiscretiót követek is el, ezzel tartozom az *igazságnak*!

A tisztikar együttműködésének ezen zavartalan harmoniáját hagyjuk örökölni azoknak, kik tőlünk állásunk díszét s a tudományos munka örömeit a mai nappal átveszik!

3. *Temesváry Rezső* könyvtáros jelenti, hogy a könyvtár a lefolyt évben 384 munkával 963 kötetben és füzetben gyarapodott; jelen állománya összesen 8215 munka 16,422 kötetben és füzetben. A könyvtári kiadások 8000 koronát tettek ki. Az ezentúl járandó három új lap (Folia haematologica, Zeitschrift für Ohrenheilkunde és Zeitschrift für physiologische Chemie) hozzászámításával az egyesület tagjainak rendelkezésére áll 272 rendszeresen járó szaklap és évi gyűjtőmunka. *Bókay János* 290 munkát, *Török Lajos* 9 újabb folyóiratot adományozott az egyesület könyvtárának; felemlíti végül, hogy a létesítendő Orvos-történelmi Múzeum keretén belül az orvosi hungaricumokat külön fogják csoportosítani és katalogizálni, s azokat adományok és beszerzések útján kiegészíteni.

4. *A budapesti kir. orvosegyesület könyvtárvizsgáló bizottságának jelentése.*

A bizottság 1904. november hó 24-dikén tartott ülésén jelen voltak: *Török Lajos* elnök, *Székely Ágoston* és *Politzer Alfréd* bizottsági tagok, valamint *Temesváry Rezső* könyvtáros és *Győry Tibor* másodkönyvtáros.

1. A bizottság a könyvtárjegyzékeket és czédulakatalogust megvizsgálja, a betűrendes könyvjegyzék alapján számos próbát tesz, több kötetet előhozat és mindent a legnagyobb rendben talál.

2. A bizottság ajánlja, hogy *Temesváry Rezső* könyvtárosnak és *Győry Tibor* másodkönyvtárosnak a felmentvény megadassék és nekik a könyvtár példás rendbentartásáért az egyesület részéről köszönet nyilváníttassék.

*Székely Ágoston*  
biz. tag.

*Török Lajos*  
biz. elnök.

*Politzer Alfréd*  
biz. tag, mint jegyző.

5. *Jurkiny Emil* pénztáros jelentése.

Tisztelt közgyűlés!

Egyesületünk a jelen évvel oly négy évi cyclust fejez be, mely pénzügyi szempontból kielégítőnek mondható, sőt ha tekintetbe vesszük az ezen idő alatt felmerült elég jelentékeny rendkívüli kiadásainkat, úgy megelégedéssel constatálható, hogy a pénztári egyensúly ezek dacára sem szenvedett zavart.

Ilyen rendkívüli kiadások voltak kerek számokban: a házjavítás költsége 12,000 kor., az évkönyv helyreállítása 4000 kor., a telefon 600 kor., a vetítő készülék 1800 kor., a könyvtár megnagyobbítása 1800 kor., összesen 21,000 korona.

Az egyesületi alaptóké ezen oknál fogva nem szaporíthatuk, de azért a függő kölcsönt 19,000 koronáról 16,500-ra sikerült apasztani, és reméljük, hacsak előre nem látott nagyobb rendkívüli kiadások nem fogják szándékunkat meg-hiusítani, hogy a kölcsön 6 év alatt teljesen törlesztve lesz.

Alapító tagjaink száma az utolsó 4 évben csak 3-mal szaporodott, de a rendes tagok létszáma 656-tól 731-re emelkedett.

Rendes bevételeink a tagszaporodás arányában nagyobbodtak, csak a házbérjvedelem csökkent évi 800 koronával, a földszinti lakás felmondása következtében.

Rendes kiadásainknál legtöbb gondot fordítottunk a könyvtári kiadásokra, ezek ugyanis a négy év alatt évi 6000 koronáról évi 7400 koronára emelkedtek. Új rendes tételt képez most már az évkönyvnek régi alakjában való megjele-nése, évi 1600—1800 koronával és a telefon, mely évenként 300 koronába kerül. Állandó tétel lesz ezentúl az Ivánchich-alap gyarapítása, az ülésterem kibérlése által befolyó összegekből.

Számbeli jelentésem az egyesületi alapról és a kezelésünk alatt álló alapokról a következő:

A) *Az egyesületi alap vagyona:*

Az alap bevétele	22,737 kor. 43 fill.
Az alap kiadása	22,052 " 77 "
Marad készpénzben	684 kor. 66 fill.

a) Értékpapirokban:

kor.	600	— 4 0/0 m. földhitelint. záloglevél.
"	1800	— 4 0/0 " " talajjavító záloglevél.
"	1400	— 4 0/0 " " korona " "
"	2800	— 4 1/2 0/0 Egyes. bp. főv. takarékpénztári záloglevél.
"	2000	— 4 0/0 " " " " " "
összesen	8600 kor.	és az egyes. szolga óvadéka, 400 kor. takarékpénztári könyvben.

b) *Az egyesület házában, melynek értéke 146,500 kor.*

B) *Kimutatás az egyesület pénztári kezelése alatt álló alapokról.*

Az alap neve	Alapítási év	Vagyon-állás 1904. év végén koronákban	Gyara-podás volt az idén koronákban	Az alap tulajdonát képező értékpapírok értéke koronákban						Az alap				Kiosztásra került		
				4 1/2 m. földhitelintézetű záloglevél	4 m. földhitelintézetű korona záloglevél	4 m. földhitelintézetű talajjav. záloglevél	4 1/2 m. egy. budapesti fővárosi takarékpénztári záloglevél	4 m. egy. budapesti fővárosi takarékpénztári záloglevél	4 m. korona-járadék	be-vétele		ki-adása			pénztári maradvány	
										kor.	fil.	kor.	fil.		kor.	fil.
1. „Schuster-Bugát“-féle ösztöndíj-alap	1842	9,000	—	—	8,000	400	200	400	—	838	25	403	21	435	04	200
2. „Balassa“-pályadíj-alap	1877	21,000	—	200	18,600	—	2,000	200	—	1,351	98	202	49	1,149	49	—
3. „Ivánchich“-segély-alap	1878	33,500	200 *	11,400	8,200	1,400	—	—	12,500	1,591	94	1,317	83	274	11	1,310
4. „Orvosi Hetilap“-díj-alap	1883	4,000	—	2,000	1,200	—	600	200	—	778	90	400	88	378	02	200
5. „Mészáros Károly“-díj-alap	1892	20,600	—	4,000	8,200	—	8,400	—	—	1,029	55	6	73	1,022	82	—
Összesen		88,100	200	17,600	44,200	1,800	11,200	800	12,500	5,590	62	2,331	14	3,259	48	1,710

\* A szünidei cursus adománya.

## 6. A pénztárvizsgáló bizottság jelentése.

Tekintetes Igazgató Tanács és tisztelt Közgyűlés!

Alólirottak, mint az egyesülettől kiküldött pénztárvizsgálók az egyesület 1903. évi november hó 28-dikától 1904. évi december hó 1-jéig terjedő számadásait átvizsgálván, azokat a felmutatott okiratokkal igazoltaknak, az egyesületi számadásokat pedig rendben levőknek találtuk. A bemutatott pénzkészlet áttekintésekor, valamint az egyesületi vagyonhoz tartozó értékpapirokról szóló letétlevelek átvizsgálásakor meggyőződünk, hogy az egyesület vagyona, úgyszintén az egyesület gondozta alapítványok sértetlenül megvannak.

Mindezek alapján ajánljuk, hogy a pénztáros úrnak az említett időszakra nézve szokásos felmentés megadassék és buzgó fáradozásaért az egyesület neki köszönetet szavazzon.

Kelt Budapesten, 1904. évi december hó 1-jén.

id. Elischer Gyula

biz. elnök.

Flesch Nándor

biz. tag.

Hirschler Ágoston

biz. tag.

## 7. Jelentés a Schuster-Bugát-féle alapítványról.

Tisztelt Közgyűlés!

A budapesti kir. Orvosegyesület igazgató tanácsa 1904. évi december hó 3-dikán tartott ülésében tudomásul vette a gyám bizottság ama jelentését, melylyel a Schuster-Bugát-féle 200 koronás ösztöndíjat Frank Tamásnak, Frank Tamás dr. torontál-szécsényi községi orvos árvájának, ez idő szerint a pécsi főgymnasium tanulójának ítélte oda.

Az igazgató tanács 1904. évi december hó 3-dikán tartott üléséből.

Tauffer Vilmos  
elnök.Grósz Emil  
titkár.

## 8. Jelentés az Ivánchich-alap kamataiból adott segélyekről.

Tisztelt Közgyűlés!

A budapesti királyi Orvosegyesület kezelése alatt álló Ivánchich-alap kamataiból az igazgató tanács a lefolyt 1904. évben 1320 koronát osztott ki és pedig két kartárs összesen 480 koronát s hat kartársunk özvegye összesen 840 koronát kapott.

Az igazgató tanács 1904. évi december hó 3-dikán tartott üléséből.

Tauffer Vilmos  
elnök.Grósz Emil  
titkár.

9. Elnök ajánlatára a közgyűlés a könyvtárvizsgáló bizottság tagjaiul 1. Török Lajos elnöklésével 2. Székely Ágostont és 3. Politzer Alfrédet; a pénztárvizsgáló bizottság tagjaiul 1. id. Elischer Gyula elnöklésével 2. Hirschler Ágostont s 3. Flesch Nándort választja meg.

## 10. Jelentés a Balassa-díj szabályzatmódosításáról.

Tisztelt Közgyűlés!

Az igazgató tanács 1904. október hó 7-dikén tartott ülésében Hőgyes Andre elnöklésével Klug Nándor, Bókay János, Korányi Sándor és Székely Ágoston tagokból álló bizottságot küldött ki a Balassa-díj szabályzat pályázati feltételeinek módosítása tárgyában. A bizottság kimerítő jelentését az igazgató tanács 1904. december hó 3-dikán tartott ülésében terjesztette elő. Az igazgató tanács tekintettel az ügy nagy fontosságára, úgy határozott, hogy javaslatait egy a jövő év folyamán tartandó rendkívüli ülés elé terjeszti az átmeneti időszakra pedig az ez évben eredménytelenül maradt pályadíjat a jelenlegi szabályzat 17. §-a értelmében egy évvel meghosszabbítja. A már másodízben eredménytelenül maradt második példadíj 800 koronányi összegéből pedig egy második

jutalomdíjat tűz ki, mely a már kihirdetett jutalomdíjjal egyidejűleg válik esedékessé. Ezen határozatnak megfelelően a következő két pályázati hirdetést mutatjuk be:

I.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelésében levő Balassa-díjalap kamataiból két egyenként 800, azaz nyolczszáz korona jutalomdíjat tűz ki magyar nyelven írt s önálló dolgozatok alapján készült, az 1903. június 1-től 1905. május 31-dikéig terjedő cyclusban nyomtatásban megjelent, az orvosi tudományok gyakorlati szakmáira vonatkozó legjobb könyv vagy értekezés jutalmazására.

A jutalmazásra pályázó munkák 1905. május hó 31-dikéig a Budapesti Kir. Orvosegyesület titkári hivatalához küldetők be, de a be nem küldött művek is figyelembe fognak vétetni. A jutalomdíj az 1905. évi október hó 14-dikén tartandó nagygyűlésen fog kiadatni.

II.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelése alatt álló Balassa-díjalapból 800, azaz nyolczszáz korona pályadíjat tűz ki magyar nyelven írt orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1905. május 31-dikéig az egyesület titkári hivatalához, a szerző nevének feltüntetésével benyújtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1905. október hó 14-diki nagygyűlésen fog megbízatni azzal, hogy munkáját két éven belül elkészítse s az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka érdemesnek bizonyul, ez esetben az 1905. vagy 1906. október hó 14-diki nagygyűlésen fog a pályadíj kiadatni.

Kelt a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1904. december 10-dikén tartott közgyűlésén.

Grósz Emil  
titkár.Tauffer Vilmos  
elnök.

## 11. Tauffer Vilmos elnök zárószavai.

Kegyesek voltak t. Uráim az igazgató tanács jelentéseit meghallgatva, a tisztviselőknek a szükséges felmentéseket megadni és ezzel bezárult a mi feladatunk.

Mielőtt tisztünket az Önök kezeibe visszatennők, még csak az van hátra, hogy úgy a bureau tagjai, mint a kilépő választmányi tagok nevében is hálás köszönetet mondjak a belénk helyezett bizalomért; a magam részéről pedig hálás szívvel fejezem ki az igen t. kartárs urak előtt azt a legbensőbb érzésemet, hogy Budapest minden orvosára nézve, kivétel nélkül, a legnagyobb polgári megtisztetésnek azt tartom, ha a Kir. Orvosegyesület bizalma őt az Orvosegyesület elnöki székébe emelte. És ezt a legmagasabb kitüntetést élveztem az Önök kegyessége folytán, fogadják érte hálás és meleg köszönetemet.

Elnök a választás vezetésére felkéri Rákosi Bélát korelnökül és Frigyesi Józsefet korjegyzőül.

12. Rákosi Béla korelnök átveszi az ülés vezetését és három szavazatszedő bizottságot nevez meg.

És pedig: I. bizottság: Elnök: Basch Imre. Jegyzők: Eisler Hugó és Fejér Gyula. II. bizottság: Elnök: Papp Samu. Jegyzők: Ráskai Dezső, Loránd Leó. III. bizottság: Elnök: Scipiades Elemér. Jegyzők: Villányi Zoltán és Waldmann Fülöp.

13. A választás eredménye a következő: Elnök: Bókay Árpád; Alelnök: Eröss Gyula; Üléselnökök: Korányi Sándor és Stern Samu; Titkár: Lévai József; Másodtitkár: Blaskovics László; Jegyzők: Kövessi Géza és Manninger Vilmos; Könyvtáros: Temesváry Rezső; Másodkönyvtáros: Győry Tibor; Pénztáros: Jurkiny Emil; Háznagy: Tóth Lajos.

Választmányi tagok: Korányi Frigyes, Bókay János, Moravcsik Ernő Emil, Tauffer Vilmos, Réczey Imre, Grósz Emil, Kétly Károly, Liebmann Mór, Irsai Arthur, Báron Jónás.

Tagok: I. Tiszteleti tag: Than Károly. II. Rendes tagok: Adler Zoltán, Ajtós E. Imre, Avarffy Elek, Balika Ferencz, Balogh Pál, Barlay János, Décsi Imre, Fonyó János, Géber János, Halász Aladár, Hevesi Artur, Kovács Aladár, Kőrösy Kornél, Lobmayer Géza, Mauks Károly, Milkó Vilmos, Morelli Gusztáv, Nádossy István, Navratil Dezső, Nenadovics

Lázár, Pauncz Sándor, Reuter Camillo, Scharl M. Pál, Schmidl Emil, Schossberger Sándor, Schrank Ferencz, Schreiber Vilmos, Schulhof Vilmos, Schwartz Tivadar, Sputz Gyula, Steiner Miksa, Sturm József, Szinnyi József, Tóth Sára, Weber Adolf, Weisz József, Widder Bertalan, Ziffer Hugó.

14. Bókay Árpád elnök a következő beszéddel vette át az elnökséget:

Tisztelt Közgyűlés!

Oly nagy kitüntetésben méltóztattak engem részesíteni, hogy valóban gondolkodóba kell esnem a fölött, hogy mivel érdemeltem azt meg.

Ha most hamarosan megcsinálom magamban a számvetést magam fölött, azt hiszem nem csalódom, ha abban keresem a reám esett választás magyarázatát, hogy minden engem érdeklő tudományos és közügyi kérdésben mindig habozás nélkül meg szoktam mondani őszintén, tekintet nélkül véleményemet, de más részről türelmesen és a megillető tisztelettel hallgatom meg mások véleményét is, sőt nem resteltem a vélemények összecsapásánál kapott tussokat sem bevallani, a

mint hogy nem szabad eltagadni azokat a loyális vivónak, ha a lovagiasság symboluma, a kard van a kezében.

Lehet, hogy ezért tiszteltek meg bizalmukkal, lehet, hogy más okból, a melyet én nem ismerek.

De hogy vajjon oly sok jeles, kiváló és bölcs előd után elegendő leszek-e ezen exponált helyen — nem tudom.

Ha az őszinteség, loyális és jóakarát elegendők: úgy talán meg tudok felelni állásom kötelezettségeinek azon jeles segítőársak támogatásával, kiket Önök mellém fognak állítani.

Mindenesetre azonban oda fogok igyekezni, hogy az egyesület vezetésében mindig azon momentumokat keressem, a melyek egyesítenek bennünket s hogy kerüljem azokat, a melyek esetleg szét tudnának bennünket választani. Minthogy pedig a *tudományos munka* az, mely bennünket kivétel nélkül egyesíteni tud: minden törekvésemmel azon leszek, hogy régi, eddig soha el nem homályosult traditioinknak megfelelőleg, egyesületünk tudományos élete minél intensivebben fejlődjék. Azon reményben, hogy ezen törekvésemben minden egyes t. tagtársam helyeslésével és támogatásával fogok találkozni, igaz köszönettel és mélyen érzett hálával fogadom a megválasztást.

# 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 közkörházak 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, Bársony János, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kétly Károly, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tangl Ferencz, Tauter Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Navratil Imre: A homloküreg empyemájának egy módosított mütéte. 757. lap.  
Herzog Ferencz: Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetemi idegklinikáról.  
(Igazgató: Jendrassik Ernő dr. egyetemi ny. r. tanár.) Szülés közben támadt traumás bénulásról. 759. lap.

Tarozza. Grósz Emil: X. szüneti orvosi cursus. 761. lap. — Temesváry Rezső: Titkári jelentés. 762. lap. — Ráskai Dezső: Metschnikoff könyve. 763. lap.

Irodalomszemle. Összefoglaló szemle. Ráskai Dezső: A prostata hypertrophia tanának mai állása. 763. lap. — Könyvismertetés. Géza Kövesi und Wilhelm Röth-Schulz: Pathologie und Therapie der Niereninsuffizienz bei Nephritiden.

(Terray.) 766. lap. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Neumann: A cukor új színreakciói. (Halász Aladár.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Thomen: Stypicin. — Folyóiratok átnézete. 766—767. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Pályázati felhívás. — Kérelem. — Magyarország szemorvosainak egyesülete. — Lakásváltogatás. — Hasenföld Oszkár. — Az orvosnövendékek száma. — A kötelező kórházi gyakorlati év. — Helyreigazítás. — Megjelent. — Elhunyt. 768. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. XI. szüneti orvosi cursus. 769. 1. — A budapesti királyi orvosegyesület sebészeti szakosztálya. 769. 1. — Köz-kórházi orvostársulat. 770. 1.

Melléklet. Gynaekologia. 4. sz. Szerkesztik: Tóth István és Temesváry Rezső.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

#### A homloküreg empyemájának egy módosított mütéte.

Közli: Navratil Imre egyetemi tanár, főorvos.

A rhinoskopia előtti időkben az egyszerű trepanatio volt a homloküreg megnyitásának egyedüli módja. De ez is, minthogy a homloküreg genyedésének diagnostikája még alig létezett, csak azon esetekben fogantatosított, midőn a homloküreg felett daganat, tályog vagy fistula hívta fel erre a figyelmet. A mütét abban állott, hogy a szemöldöknek margo supraorbitalis felé vezetett metszés és a periost feltolása után a szemöldök medialis vége alatt a homloküreg mellső fala  $\frac{1}{2}$ —1 cm. átmérőjű területen megnyitott, kitisztított, a seb a medialis vég kivételével bevarratott és a csontsebbe magába drain helyeztetett. Ezután antiseptikus oldatokkal való kifecskendés, jodoformpor-behintés, jodoformgaze-bevezetés által iparkodtak a gyógyulást elérni, a secretiót megszüntetni. De ezen mütét, különösen idült esetekben, gyógyulást nem eredményezett, rendszeren recidiva következett be, úgy hogy már régebben sem hiányoztak javaslatok, melyek a gyökeresebb gyógyítást célozták, így Beer-é, a ki a szemüreg felé javasolt ellennyílást, Riberis-é, ki a rostacsont lamina papyraceáját véste át, hogy a genynek bővebb lefolyást adjanak.

Lassanként ki is derítették annak okait, hogy miért nem gyógyulnak gyökeresen egyszerű trepanatio útján a homloküreg-genyedések. Kiderítették, hogy hosszabb idő óta fennálló genyedések után a nyálkahártya annyira degenerált, oly gyakran társul hozzá kisebb-nagyobb terjedelmű csontnekrosis, hogy egy egyszeri megnyitás nem is lehet elegendő. Tehát gyökeresebb methodusok kezdtek foglalkoztatni a kutatókat, olyanok, melyek a nyálkahártya teljes eltávolítását, a megbetegedett csontok kiküszöbölését, esetleg az egész homloküreg eltüntetését célozták.

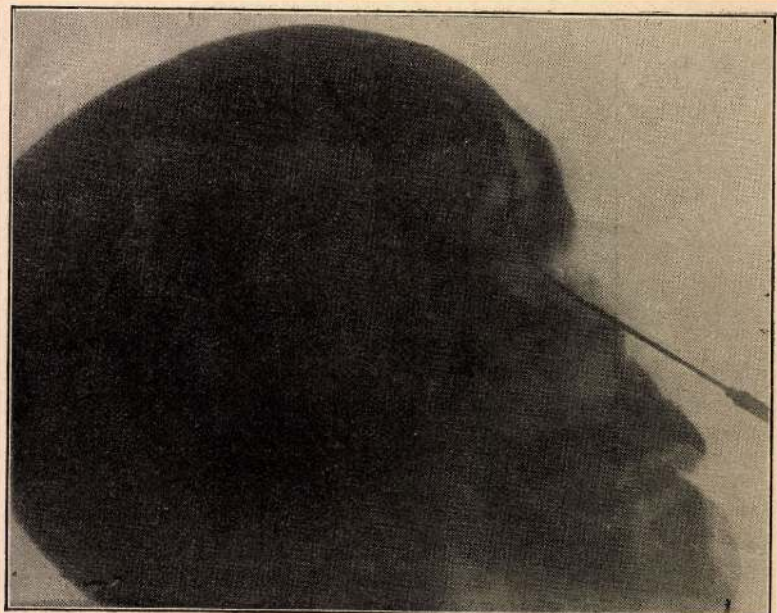
Soroljuk fel ezeket.

Legelőször említendő a Praun-é,<sup>1</sup> melynek lényege: a csont

<sup>1</sup> Praun: Die Stirnhöhleenerung und deren operative Behandlung. Dissertation. Erlangen. 1890.

felvézése a sinus egész szélességében, a nyálkahártya kikaparása, a ductus naso-frontalis tágitása és kikaparása; drainage a homloküregben át ki a bőr felé.

Ehhez sokban hasonló a Luc-Ogston-féle eljárás.<sup>2</sup> Lényeges



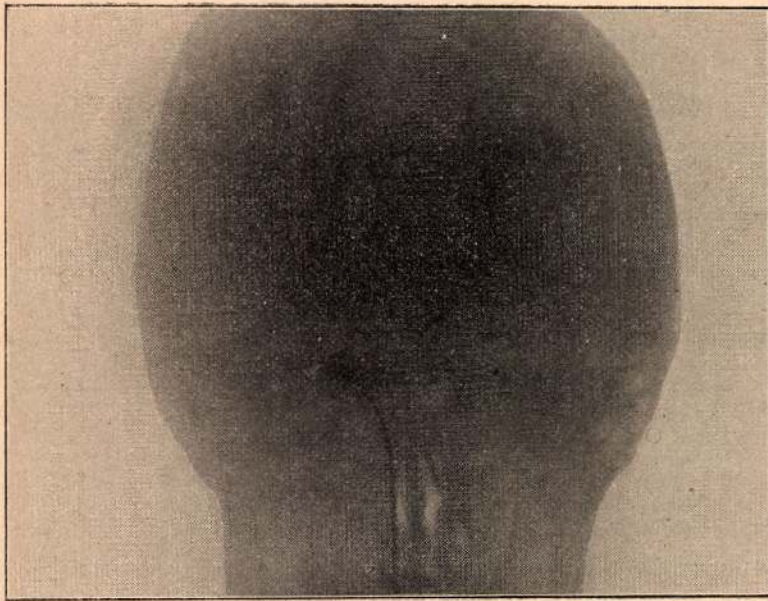
1. ábra.

különbség a kettő között csak annyiban van, hogy a ductus naso-frontalis curettamentjával együtt a mellső rostasejtek is ki-

<sup>2</sup> Luc: Contribution à l'étude des suppurations du sinus frontal et en particulier de son traitement chirurgical. Arch. international de laryngol. VII. k. 27. sz.

kanalaztatnak, és ha így a sinus frontalis és orrüreg között bő communicatio létesült, a homloküreg fenekéről az orrba drain vezetetik. Tehát drainage az orr felé; a bőrseb záratik.

Fejlettebb, czéltudatosabb eljárás a *Kuhnt*-é.<sup>3</sup> Lényege: az



2. ábra.



3. ábra.

egész mellső fal, a homloküreg lécei eltávolítottak. Az egész nyálkahártya a legkisebb részletekig az üregből és a ductus naso-

<sup>3</sup> *Kuhnt*: Über die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. Wiesbaden. 1895.

frontalis felső részletéből eltávolítottatik. A bőrseb legnagyobb része záratik, csak annyi marad meg, a mennyi egy erősebb drainsövet befogadni képes. Ezen methodus az esetek igen nagy számában kielégítő eredményeket ad, csak az az egy jogos ellenvetés emelhető ellene, hogy a rostasejtek megbetegedését, mely rendszeren combinálva van a homloküreg genyedésével, nem veszi figyelembe és ellene semmit sem tesz.

Felemlítendő itt még a Jansen eljárása,<sup>4</sup> ki a homloküreg alsó falát távolítja el, Riedel-é<sup>5</sup> ki úgy az egész mellső, mint az alsó falat eltávolítja. Utóbbinál a gyógyulás radicalis, de az eltorzulás nagyfokú, főleg az orbitalis csontszél eltávolítása folytán. Úgyszintén a Lermoyer-é,<sup>6</sup> ki a sinus mellső és esetleg alsó falát eltávolítja, a ductus naso-frontalist kikanalazás által bővíti és a sebszélek egyesítése után az orr felé drainez.

Mindenesetre a leginkább czéltudatos mindazon eljárások közül, melyeket mai napig ismerünk, a Killian-é,<sup>7</sup> kinek nagy érdeme, hogy eljárásában egyrészt tekintettel van mindazon körülmények kiküszöbölésére, melyek a gyökeres gyógyulást gátolhatják, másrészt nagy figyelmet fordít, hogy a műtét minél kisebb eltorzulást hagyjon maga után. Cardinalis jellemvonásai: 1. a sinus frontalis mellső falának teljes eltávolítása egy orbitalis lécz kivételével, melynek meghagyása fontos kosmetikus érdekelt szolgál, 2. a sinus frontalis orbitalis (alsó) falának teljes eltávolítása, 3. a felső állkapocs processus frontalisának levésése. Célja: egy nagy, a sinus frontalist, mellső és hátsó rostasejteket magába foglaló, sima falú, mindenféle öblöktől, rejtkehelyektől ment üreget létesíteni.

A Killian-féle elvek szemmel tartásával operáltam azon beteget, kiről a következőkben akarok szólni.

N. S., 25 éves, mázoló. 1904. augusztus 6 dikán influenzában betegedett meg; néhány nap mulva homlokának jobb felében heves fájdalmak álltak elő, majd genyes folyás az orrból. 1904. augusztus 31-dikén osztályomra vétette fel magát.

Panaszát képezték: heves homloktáji fájdalmak és álmatlanság.

Jobb középső kagyló erősen duzzadt; mellső részletei genyes váladékkal fedve. Említett kagyló resekáltatik, a jobb homloküreg sondázásánál és kiöblítésénél sok genyes váladék. De sem a fájdalmak, sem az álmatlanság nem szűnnek meg. Átvilágításnál a jobb homloküreg sötét, ugyanazon oldalon hiányzik a subjectív fényérzés. A bevezetett sondával együtt a beteg en face et en profil röntgeneztetik; az egyik kép (1. számú ábra) mutatja, hogy a sonda a jobb homloküregben van, a másik a jobb homloküregnek megfelelőleg egy sötét területet mutat. Ezen kép úgy lett felvéve, hogy a beteg arcra feküdt és a nyakszirtesont felől lett az átvilágítás eszközölve (2. számú ábra).

Mint hogy a fájdalmak folyton fokozódtak, a genyes folyás kiöblítések dacára nem csökkent, a beteg állapota a heves fájdalmak és álmatlanság következtében folyton rosszabbadott, műtétre határoztam magamat.

A műtét megtörtént szeptember 13-dikán steril-aether-narcosisban. A szemöldököt nem borotváltuk le és a szemöldökben ívalakú metszést végeztünk, egész a periostig hatolva. Utóbbit feltoltam raspatoriummal és a Killian-féle háromszögletű vésővel a margo supraorbitalissal párhuzamosan, tőle 4 mm. távolságban egy vályut készítettem, a homloküregtet ennek laterális végéig megnyitottam; így egy 4 mm. széles orbitalis lécz maradt. Az így képezett nyílást belső végén 8 mm.-nyire bővítettem (felfelé), úgy hogy a nyílás külső vége felé mindinkább keskenyedett. A nagy fokban duzzadt és piszkos-szürkés genyes váladékkal fedett, erősen granuláló nyálkahártyát alaposan kikapartam. A metszést lefelé hosszabbítottam meg a felső állkapocs proc. frontalisra, a csonthátyát letoltam és a proc. frontalist a Reinhardt-féle hajlítót vésővel levéstem. Rostasejtek kikapartattak. A homloküregnek az orrüreg felé eső falát átvéstem. Így a homloküreg és orrüreg között bő összeköttetést létesítettem, a teljesen intact, 5 mm.

<sup>4</sup> *Jansen*: Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chron. Eiterung. B. Fränkel's Archiv f. Laryng. 1894. 2. k.

<sup>5</sup> *Riedel*: Dissertation. Jena, 1898.

<sup>6</sup> *Lermoyer*: Indications et résultats du traitement des sinusites maxill. et frontal. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx. 1902. nov.

<sup>7</sup> *G. Killian*: Archiv f. Laryngol. XIII. k. 1. f. 1902.

széles orbitalis lécz meghagyásával. A homloküreg az orrür felé drainiroztatik.

Műtét tartama 50 perc.

Műtét után a fejfájások rögtön megszűntek; a drain csövön keresztül bőven ürült ki a genyes váladék.

Naponta kötésváltás. Szeptember 18-dikán varratok eltávolítottak; gyógyulás per primam. Másnap a draint távolítottam el. Ezentúl az orrüreg spray-vel öblített ki. Fájdalmak teljesen megszűntek; váladék kevés.

Október 1-jén semmi fájdalom, minimalis secretio. Október 4-dikén semmi váladék.

A tipikus Killian-féle műtéttől ez esetben a következőkben térünk el. Először is a mellső fal nem távolított el teljesen, mert teljesen ép volt a csontfal, csak elégséges nyílást készítettünk a homloküreg teljes áttekintésére és arra, hogy a nyíláson keresztül a beteg nyálkahártya teljesen eltávolítható legyen. Továbbá a teljesen egészséges alsó falat is meghagytam, minthogy annak eltávolítására indicatiót nem láttam fennforogni.

Mindezek dacára olyan ideális az eredmény, úgy a beteg egészségének helyreállása, mint a kosmetika szempontjából, hogy önkéntelenül elénk áll a kérdés, szükséges-e egyáltalán minden esetben a Killian féle műtét szorosan abban az előírásban, mint azt Killian adja?

Véleményem szerint nem. Ha kisebb beavatkozással is teljes eredményt tudunk elérni, mindig elégséges, ha addig megyünk, a meddig a szükség parancsolja. A Killian-féle műtét összegezése sémája mindazoknak, a kik a homloküreg genyedésénél szükségessé válhatnak, de nem minden esetben feltétlenül szükséges. Ha a mellső vagy alsó csontfal egész terjedelmében beteg, úgy mindenesetre egészen eltávolítandó; de ha nem, megelégedhetünk mindig annyival, a mennyit a szükség parancsol.

Mellékelve adjuk az operált photographiáját műtét után. (3. ábra.)

## Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetemi ideg-klinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr. egyetemi ny. r. tanár.)

### Szülés közben támadt traumás bénulásról.

Irta: Herzog Ferencz dr., klinikai gyakornok.

A különféle okokból keletkezett puerperalis bénulások közül főleg a traumás eredetűek figyelemre méltók, nemcsak mivel a szülésnek teljesen előreláthatatlan szövődeményét alkotják, hanem mert egyúttal alkalmasak a plexus lumbosacralis idegrostjai lefutásának tanulmányozására.

A következőkben röviden leirom esetünket, mely nagyjában megegyezik az eddig megfigyelt szülés közben támadt traumás bénulásokkal.

N. M., 19 éves, cseléd 1903. december 12-dikén vétetett fel a II. számú nőbeteg-klinikára. Vizsgálatánál a következő medenczeméreteket találtattak:

Distantia spinarum 27 cm.  
Distantia cristarum 28.5 cm.  
Distantia trochant. 31 cm.  
Conjugata externa 18.5 cm.  
Conjugata diagonalis 11 cm.

A linea terminalis kitapintható. Kórjelzés: általánosan szűk, lapos, rachitises medence. A szülési fájdalmak december 11-dikén délután kezdődtek. A szülés következőképen folyt le: a tágulási szak 22 óráig tartott, a kitolási szak (a burokrepedéstől számítva) 13 óráig. Ekkor a magzat arhythmias szívhangjai miatt befejeztetett a szülés expressio foetussal, mely 15 perc alatt sikerült. A magzat livid asphyxiában született, fején nagy fejdaganat volt, melyet hólyagok borítottak. A fej mento-occipital irányban erősen megnyúlt, a homlok s a fronto-suboccipital síknak megfelelően az egész fej körül piros nyomási gyűrű. A szülés után következő ötödik napon a jobb falsonton egy kétfüllényi kiterjedésű kephalhaematoma fejlődött. A láztalan lefolyású gyermekágy ötödik napján panaszolja el először a gyermekágyas, hogy a szülés óta bal lábát nem tudja jól mozgatni.

Január 4-dikén felvettük az idegklinikára. Itt előadja, hogy már vajadás közben, december 12-dikén reggel nem tudta mozgatni bal lábát, és hogy abban bizsergést és zsibbadást érzett, fájdalmi azonban nem voltak. Állapota az idegklinikára való felvételéig változatlan maradt. Az elég jól fejlett beteg belső szervei épek. Vizelete rendes. Mozgászavar csak a bal alsó végtagban van. Active nem tudja dorsalflectálni lábát, a passive dorsalflectált lábának plantarflexioja sikerül, de gyengébb mint a jobb oldalon. A bal láb belső szélének emelése ren-

desen történik, külső szélének emelése korlátozott. A lábujjak mozgása is tökéletlen, nem tudja azokat kifeszíteni, hajlításuk és szétterpesztésük jól sikerül. A térd- és csípőizületben nem korlátolt az activ mozgás, de a térdben behajlított végtag kinyújtása ellen kifejtett ellenállás baloldalt kisebb, mint a jobb oldalon. Négy hónap mulva a lábát hajlító izomzatban mérsékelt contractura fejlődött ki, a mely miatt csak annyira lehetett a lábát passive dorsalflectálni, míg a talp és az alszár egy mással derékszöveget alkottak. A benuit feszítőizmok kis fokban atrophiasakká lettek, úgy hogy a bal alszár kerülete 35.5 cm. volt, míg a jobb oldali 36.5 cm. Járáskor magasabbra emeli bal lábát, ilyenkor felemelkedik a bal medenczefél is, azután a láb a lábujjakkal jut először a földre. A beteg nagyon nehézkesen tud csak járni. A patella-inreflexek jól kiválthatók és kétoldalt egyformák. A jobb oldali Achilles-inreflex kiváltható, a baloldalt még a Jendrassik-féle fogással sem sikerül kiváltani. A talpreflexek mindkét oldalon hiányoznak, a hasi reflexek kétoldalt egyenlők és a czomb bőréről is kiválthatók. A térdben kinyújtott jobb alsó végtag a csípőizületben 90°-ig hajlítható be, míg a bal valamivel ezen túl (tonusvizsgálat).

Az érzékszavokat illetőleg csak a II. és III. bal lábujjon lehetett anaesthesiát kimutatni; ez a lábujjakról a lábátnak szomszédos részére is kiterjedt; hypaesthesiás az I., IV. és V. lábujj és a lábátnak distalis fele. A végbélnyílás körül nem mutatható ki érzékszavar. Az idegrendszer többi részében ninesen elváltozás, az érzékszervek épek.

A villamos vizsgálat eredménye a következő: a bal n. femoralis, n. ischiadicus és n. tibialis farados és galván ingerlékenysége rendes, olyan mint a jobb oldalon; az ezen idegektől ellátott izmok villamos ingerlékenysége rendes. A baloldali m. gluteus medius-ban sem mutatható ki az ingerlékenység csökkenése. Idegük felől indirecte izgatva farados és galván-árammal a baloldali n. peroneustól ellátott izmokat, csak a m. peroneus longusban és brevisben jön létre összehúzódás, illetve rágás, míg a n. peroneustól beidegzett többi izom nem reagál. Azonki, ül csökkent a n. peroneus ingerlékenysége, valamint a tőle ellátott izmoké is, sőt ezeknek egy része farados árammal nem is ingerelhető, mint ez a mellékelt táblázatból kitűnik, melyben összehasonlítás kedvéért az ép testfél izmainak viselkedése is fel van tüntetve. A farados áramnál a legnagyobb tekerestávolság van feljegyezve mm.-ekben, melynél betölt fémmag mellett izomösszehúzódás bekövetkezett, a galván vizsgálatnál pedig a legkisebb áramintenzitás milliamperekből, melynél már történt rágás.

	Farados áram Tekeresztávolság mm.-ben		Galván-áram M A			
	bal	jobb	Ka ZR		An ZR	
			bal	jobb	bal	jobb
N. peroneus comm. <sup>1</sup>	60	84	2.4	2.4	3.6	3.0
M. tibialis anticus	69	69	3.6	2.4	4.2	3.0
M. extensor. dig. c. l.	74	74	4.2	1.8	4.8	1.8
M. extens. halluc. l.	66	66	3.0	2.1	3.9	2.4
M. extens. dig. c. br.	85	85	2.1	1.8	2.4	1.8
M. peroneus l.	50	74	3.6	1.5	3.6	1.8
M. peroneus br.	48	68	3.6	1.8	4.2	2.1

<sup>1</sup> Csak a Mm. peronei reagálnak.

A n. peroneus körébe tartozó izmok tehát, a m. peroneus longus és brevis kivételével, indirecte sem a farados, sem a galván-árammal nem ingerelhetők; farados árammal való direct ingerlésnél ezen izmokban nem jön létre összehúzódás, míg a galván-árammal való direct izgatásra előálló rágások renyhék, és csak nagyobb áramerőnél lépnek fel, mint az egészséges oldalon. A m. peroneus longus és brevis directe és indirecte ingerelhető úgy a farados, mint a galván-árammal, de ingerlékenységük csökkent és a rágások renyhék. A kathod a n. peroneustól ellátott összes izmokra nagyobb inger, mint az anod. Teljes elfajulási reactio van tehát jelen qualitativ ingerlékenységváltozás nélkül a n. peroneus körébe tartozó izmokban, kivéve a m. peroneus longust és brevist. Ezekben csökkent ingerlékenység mellett renyhé rágások keletkeznek, a nélkül, hogy ingerlékenységük qualitative megváltozott volna.

A klinikán való tartózkodása alatt a betegnek gyakran szűró és szaggató fájdalmi voltak bal alszárában. Az érzékszavar rövid idő alatt eltűnt, és a bénulás is javult. A czombizmok és a hátulsó lábszárizmok ereje három hónap mulva olyan volt, mint a jobb testfelen. A n. peroneus területén azonban csak csekély javulás volt észlelhető, és a villamos ingerlékenység is változatlan maradt. Mindazonáltal a beteg már csak alig sántított, midőn június 28-dikán elhagyta a klinikát, a mit mindenesetre inkább az idővel megtanult, elégséges izmokkal történő ügyes compensationnak, és nem a peroneus-bénulás említett csekély javulásának kell tulajdonítanunk. Felemlítésre méltó, hogy még most sem volt kiváltható a baloldali Achilles-inreflex.

Ezen eset tünetei, azoknak kifejlődése és lefolyása, megfelelnek a traumás szülési bénulás kórképének, melyre jellemzőnek mondják, hogy a megbetegedett alsó végtagban már a vajadás alatt zsibbadás vagy fájdalmak lépnek fel és hogy a bénulás, mely főleg a n. peroneusra szorítkozik, a szülés alatt vagy közvetlen az után áll elő. Jellemző továbbá a hosszadalmas lefolyás

és az, hogy csak ritkán észlelhető tetemesebb javulás vagy épen teljes gyógyulás.

Ezen bérulás okát teljes joggal ama nyomásban keresik, melyet a csontos szülőkútak és a magzat feje közötti relativ téraránytalanságnál a medencében levő idegtörzsek elszűnnek. *Hünemann*<sup>1</sup> és *Lefebvre*<sup>2</sup> behatóan foglalkoztak a plexus lumbosacralis topographiájával, mely eléggé megmagyarázza nekünk azt, hogy miért bérült legerősebben a n. peroneus. Ezen ideg rostjai ugyanis főleg a lumbalis gerinczvelől erednek és a plexus sacralisba a truncus lumbosacralis útján jutnak, mely ferdén halad át a linea terminalison, míg a plexus sacralis védettebb helyen, részben a m. pyriformison fekszik a medence üregében. A truncus lumbosacralis, főleg az elülső lábszárizmokhoz és a peroneusokhoz futó rostokat tartalmaz, de ezeken kívül haladnak benne olyanok is, melyek csekély mértékben résztvesznek a lábszár és czomb hajlító izomzatának és a farizmoknak beidegzésében.

Nem ritkán a n. ischiadicus már jó magasan oszlik n. peroneusra és tibialisra és ha a rendes helyen történik is az oszlás, úgy mégis az ischiadicusban szétválasztható ezen két ideg, sőt rostjaik még a plexus lumbosacralisban is elkülöníthetők. Praeparatio segítségével végzett anatómiai vizsgálatok útján *Eisler*<sup>3</sup> a következő eredményre jut: a n. tibialis főgyökere állandóan egy gyökkel distalisabban fekszik, mint a n. peroneus-é; rendes plexusban a következő sorrendben csökken a gyökök erőssége a n. peroneushoz L<sub>5</sub> S<sub>1</sub> L<sub>4</sub> S<sub>2</sub> és a n. tibialishez S<sub>1</sub> L<sub>5</sub> S<sub>2</sub> L<sub>4</sub> S<sub>3</sub>. A n. gluteus superiorhoz és inferiorhoz is mennek idegrostok a lumbalis gerinczvelől.

A truncus lumbosacralis sérülésének tehát oly bérulást kell okoznia, mely főleg a n. peroneus területére szorítkozik, de a mely kisebb fokban jelen lehet a n. tibialistól és a két n. gluteustól ellátott izmokban is. *Hartmann*-nak rajza, melyet *Hünemann* közöl, sem bizonyít többet, mert a n. ischiadicus ezen esetben ugyan egészen a plexus lumbosacralisig ketté van osztva n. peroneusra és n. tibialisra — tehát tulajdonképen nincsen n. ischiadicus —, de mégis marad még fenn összeköttetés a n. peroneus és plexus sacralis között. Hogy a traumás puerperalis bérulás klinikai képe mégis igen gyakran úgy tűnik fel, mint egy kizárólagos peroneus-bérulás, annak magyarázata abban keresendő, hogy a többi idegtől beidegzett izmok bérulása sokkal gyengébb és gyorsan meg is javul, úgy hogy, ha a beteget nem vizsgáltuk mindjárt betegségének kezdetén, később már nem mutatható ki más, a n. peroneus területére nem tartozó izmoknak résztvétele a bérulásban. A mi esetünkben is a czombizmok és a hátsó lábszárizmok rövid idő alatt visszanyerték teljes működésképeségüket. Egy tünet azonban egész észlelésünk alatt utalt a n. tibialis megbetegedésére, ez a baloldali Achilles-inreflex hiánya.

Az érzészavarok csekély voltát és gyors visszafejlődését megmagyarázza az érzőpályák lefutása; ezek ugyanis még több gyökérre vannak elosztva, mint a mozgató idegek rostjai. Az alsó ágyéki gyökerekből eredő, tehát ezen segmentumoknak megfelelő truncus lumbosacralis sérülésekor a mozgászavarnak kiterjedtebbnek és állandóbbnak kell lennie, mint az érzészavarnak, hiszen az érzőpályák több gyökéren át jutnak a gerinczvelőhöz, mint a mozgatók. Innen van az, hogy az esetek egy részében nem volt kimutatható érzészavar, így *Hünemann* eseteiben és *Schwenkenbecher*<sup>4</sup> egy esetében; de nagyobb terjedelmű, az egész lábhátra és a lábszár külső felületére kiterjedő anaesthesia is irtak le (*Donáth*<sup>5</sup>). A mi esetünkben az anaesthesia az I. kereszt- és az alsó ágyéki segmentumoknak felelt meg.

Mindezekből az következik, hogy saját esetünknek, valamint más hasonló eseteknek tünetei eléggé megmagyarázhatók, ha felvesszünk egy traumát, mely leginkább a truncus lumbosacralist sértette és csak sokkal enyhébben érte a plexus sacralis többi részét. E mellett szól a magzat feje körül húzóódó s a linea terminalisnak megfelelő nyomási barázda, mely arra mutat, hogy a fej és a linea terminalison áthúzóódó lágyszövetek a medencében hosszasan, erős nyomásnak voltak kitéve. Hasonló nyomási gyűrűt ír le *Hünemann*.

Ezen szülési bérulások ilyen anatómiai magyarázatával szemben mások kórtani alapon kísérelték meg a bérulás localisatióját megokolni. Ezek szerint a n. peroneus egy locus minoris

resistentiae volna az alsó végtagon, épen úgy mint a n. radialis a felsőn vagy a hangréstágitó a gégében és a m. levator palpebrae superiorishez menő idegrostok a n. oculomotoriusban (*Seimon*). Általában véve a feszítőizmok idegei kevésbé ellenállóak, mint a hajlítóké; az egész plexus sacralist érő trauma tehát főleg a n. peroneust sértené. Általában ismeretes, hogy polyneuritisben valóban ezen ideg bérül legkönnyebben; hogy azonban a traumás szülési bérulásban kisebb ellenállóképessége volna megbetegedésének oka, azt a következő megfigyelések alapján kétségbe kell vonnom.

Ezek ugyan mindenesetre arra mutatnak, hogy a n. peroneus egy locus minoris resistantiae az alsó végtagon, de egy részükből az is kitűnik, hogy az egész peroneus-törzs egyenletes bántalmazásánál legerősebben a mm. peronei bérültek, holott a traumás szülési bérulásban épen ezek szenvednek legkevésbé. *D. Gerhardt*<sup>6</sup> állatokon azt találta, hogy haláluk után a lábszárizmok között első sorban a m. peroneus longus veszi el ingerlékenységét, és csak azután a m. tibialis anticus és a m. extensor dig. comm. Emberen is észlelték izolált peroneus-bérulást az egész n. ischiadicust érő trauma következtében (*Esmarch*-féle pólya alkalmazása után, *Wiesmann*). Ez azt bizonyítja, hogy a n. peroneus valóban legkönnyebben sérül az alsó végtag idegei között. Sajnos, nem találtam megemlítve, hogy *Wiesmann* esetében mely izmok bérültek leginkább. Részletesebben leír *Jolly*<sup>7</sup> egy peroneus-bérulást, mely 24 óráig tartó, a capitulum fibulae táján történt megkötözés után jött létre. Ezen esetben a mm. peronei teljesen bérültek, míg a m. tibialis anticus és m. extensor dig. comm. I. nem vesztették el teljesen mozgásképeségüket; indirect farádos izgatással csakis ezen izmok voltak ingerelhetők, míg a mm. peroneiben nem jött létre összehúzódás. Ezen lelet megegyezik *D. Gerhardt*-nak említett, állatokon tett megfigyeléseivel.

Mindezekből nemcsak az következik, hogy a n. peroneus egy locus minoris resistantiae, hanem az is kitűnik, hogy az egész n. peroneust érő trauma főképen a mm. peroneit, és nem az extensorokat bántalmazza. Polyneuritisben is épen úgy bérülnek a mm. peronei, mint a lábát és lábujjakat feszítő izmok, sőt *Oppenheim*<sup>8</sup> szerint a typosos ólombérulásra jellemző a n. peroneus bérulása a m. tibialis ant. megkimélésével. Ha tehát az egész n. peroneus sérül, úgy mindenekelőtt a mm. peronei lesznek bérültek.

Mások a viszonyok a traumás szülési bérulásban. *Schwenkenbecher* két esetében, *Nadler*-ében<sup>9</sup> s a mi esetünkben a lábát és lábujjakat feszítő izmok teljesen bérültek, míg a mm. peronei csak kisebb fokban voltak megbetegedve. Ennek megfelelő eredményt adott a villamos vizsgálat is. *Nonne*<sup>10</sup> esetében mindkét alsó végtag volt megbetegedve, az egyik oldalon a n. peroneustól beidegzett összes izmok teljesen bérültek voltak, míg a másikon csak a m. tibialis ant. és az ujjak feszítő izmainak paresise volt jelen. *Donáth* esetében is, melyben ugyan eleinte az egész n. peroneus bérulása volt jelen teljes elfajulási reactioval, legelőször a peroneusok javultak, úgy hogy a beteg jól tudta már lábának külső szélét emelni, míg a lábának és a lábujjaknak dorsalflexioja még nem volt lehetséges. Más esetekben a n. peroneustól beidegzett összes izmok egyformán bérültek voltak, de egyetlen egy esetben sem volt súlyosabb a peroneusok bérulása, mint a többi izmoké; kár, hogy a kórtörténetek egy részében az egyes izmoknak viselkedése nincsen leírva. Azt látjuk tehát, hogy a traumás szülési bérulás a peroneusokat, tehát épen azon izmokat kiméli meg leginkább, melyek legkevésbé tudnak ellenállani, hogyha az egész n. peroneus sérül. Azt hiszem, ebből joggal következtethetünk arra, hogy ezen megbetegedésben nem azért bérül a n. peroneus, mivel ellenállása kisebb, mint az alsó végtag többi idegeé, hiszen ez esetben a mm. peroneiben kellene legsúlyosabbnak lennie a bérulásnak, és hogy ezen ideg súlyos bérulása, és a bérulás eloszlása a tőle beidegzett izmokon egészen jól magyarázható a n. peroneus rostjainak topographiájával a medencében, a hol ugyanis a truncus lumbosacralisban haladó idegrostok vannak leginkább zúzódnak kitéve a szülés alatt. Egy további bizonyíték ezen bérulás traumás eredete mellett még az, hogy a bérulás majdnem mindig egyoldali, a mi könnyen érthető, ha meggondoljuk, hogy a magzat feje a medence ferde átmérőjében illeszkedik be, minél fogva csak az egyik oldali truncus

lumbo-sacralis lesz nagy nyomásnak kitéve, a mint ezt *Donáth* kiemeli; azonkívül számbajöhet még, hogy most többnyire oldalt-fekvésben történik a szülés.

A szülési bénulásokon tett észleletek szerint a truncus lumbo sacralisnak főleg a lábat és lábujjakat feszítő izmokhoz menő idegrostokat kell tartalmaznia és csak kisebb számban olyanokat, melyek a peroneusokhoz mennek. Az előbbi izmok tehát az ágyéki gerinczvelőből nyerik beidegzésüket, utóbbiak ezenkívül még a sacralisból is kapnak rostokat. Ezen felvétel nagyjában megegyezik a legtöbb szerző tapasztalatával és majdnem teljesen megfelel *Gierlich*<sup>11</sup> két megfigyelésének, midőn az alsó ágyéki gyökerek s az I. sacralis gyökér izolált megbetegedésekor súlyos bénulás volt jelen a lábat és lábujjakat feszítő izmokban elfajulási reactioval, míg a peroneusokban csak csökkent ingerlékenység volt kimutatható. Azonkívül *Gierlich* eseteiben, valamint a mi esetünkben is épek voltak a farizmok, ellentétben *Nonne* betegével, kinek m. gluteus mediusa és minimusa is bénult volt. Csak az, hogy *Gierlich* szerint a m. extensor dig. comm. br. a sacralis gerinczvelővel van összeköttetésben, nem felel meg a mi észlelésünknek, mivel a mi esetünkben ezen izom is bénult volt. Természetesen a n. peroneuson kívül sérülhet a plexus sacralisnak többi része is a traumás szülési bénulásokban, hiszen ezen idegeket is érte nyomás, ha nem is oly erősen, és azonkívül a truncus lumbo-sacralis a n. tibialisba és n. gluteusokba haladó rostokat is tartalmaz.

A szülés közben támadt traumás bénulás aetiologiájában szülészeti műtétek is szerepelnek. Így a legtöbb esetben fogóval fejezték be a szülést. Leírtak azonban olyan eseteket is, melyekben fogót nem alkalmaztak és a magzatot fejénél (*Gessner*<sup>12</sup>) vagy lábainál fogva (*Lefebvre*) extraháltak vagy expressioval fejezték be a szülést (a mi esetünk); *Nadler* esetében pedig nem is volt szükség művi beavatkozásra. Egy tekintetben megegyeznek azonban az összes esetek, hogy tudniillik a szülések mindig nehezek voltak és sokáig tartottak. Nézetem szerint ez a legfontosabb tényező ezen szülési bénulások létrejvetelésében, a melyhez még az egyéni dispositio és bizonyos az egész idegrendszerre káros behatások is hozzájárulhatnak (alkohol, syphilis, talán maga a terhesség, melynek aetiologiai fontosságáról a központi idegrendszer megbetegedéseiben legújabbán *Hösslin*<sup>13</sup> emlékezett meg); a fogóműtét pedig valószínűleg nem okozott sérülést, mert ez inkább a plexus sacralist érthette volna, mint a magasan fekvő truncus lumbo-sacralist, sőt a fogónak korábbi alkalmazása, ha nem is akadályozta volna meg talán a bénulás létrejöttét, úgy annak teljes kifejlődését mégis meggátolhatta volna. A fogóműtét és a bénulás között tehát nincsen oki összefüggés; hogy gyakran fordul elő a fogónak alkalmazása oly szüléseknél, melyekben traumás bénulások jönnek létre, annak oka, épen úgy mint a bénulásé, a szülés hosszas lefolyásában keresendő.

A bénulás és a paraesthesiák és fájdalmak a megbetegedett lábban a legtöbb esetben már a szülés közben léptek fel és ha csak később a gyermekágyban, mely majdnem mindig láztalan volt, vették észre a bénulást, úgy ezt a hiányos megfigyelésnek kell tulajdonítanunk. Fájdalmak azonban nemcsak a betegség kezdetén voltak jelen, hanem később is, hosszú időn keresztül, mint a mi esetünkben is, melyben húzó, szaggató jellegű volt. A bénulás lefolyása hosszadalmas, prognosisa nem jó; *Schwenkenbecher* szerint 30 beteg közül 4 meggyógyult, 11 jelentékenyen javult, 15 pedig súlyosan bénult maradt.

*Irodalom:* 1. *Hünemann*: Über Nervenlähmungen im Gebiete des N. ischiadicus, infolge von Entbindungen. Arch. f. Gynäkologie. 42. k. és Berliner klin. Wochenschr. 1892. 33. sz. — 2. *Lefebvre*: Des paralysies traumatiques des membres inférieures consécutives à l'accouchement laborieux. Thèse de Paris. 1876. — 3. *P. Eisler*: Der Plexus lumbosacralis des Menschen. Anatom. Anzeiger. 1891. — 4. *Schwenkenbecher*: Zwei Fälle von Geburtslähmung. Arch. f. klin. Med. 74. k. — 5. *J. Donáth*: Lähmung des N. peroneus durch periperales Trauma. Pester med. chir. Presse. XXXVI. 50. 1900. — 6. *Gerhardt*: Arch. f. Psychiatrie. XXVII. k. — 7. *F. Jolly*: Über einen Fall von durch Fesselung der Beine entstandener Peroneuslähmung. Charité-Annalen. XXIII. 1898. — 8. *H. Oppenheim*: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, 1902. 468. l. — 9. *J. Nadler*: Über Peroneuslähmung infolge schwerer Geburt. Correspondenzblatt für schweizer Ärzte. 1901. — 10. *Nonne*: Neurol. Centralbl. 1904. 8. sz. 378. l. Sitz. d. ärztlich. Vereins zu Hamburg. — 11. *Gierlich*: Über isolierte Erkrankung der

unteren Lumbal- und I. Sacralwurzel. D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1900. 18. — 12. *Gessner*: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1897. 37. — 13. *Hösslin*: Die Schwangerschaftslähmungen der Mütter. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankh. 38. k. 3. f. 1904.

## Tárcaza.

### X. szüidei orvosi cursus.

A X-dik szüidei orvosi cursus előadói e hó 17-dikén tartották meg szokásos beszámoló értekezletüket. Az elnöki megnyitót és a titkári jelentést a következőkben adjuk.

*I. Grósz Emil* elnök megnyitója.

#### Tisztelt Értekezlet!

Az orvosok számára ismétlődő tanfolyamok létesítésének szükségét ma már minden culturállamban elismerik. Ez természetes következménye az orvosi tudományok átalakulásának; az eddigi szakmák régen nem is sejtett fejlődésnek indultak, új disciplinák külváltak s önálló munkakört kreáltak maguknak; olyan vizsgálati és gyógyítási módszerek keletkeztek, melyek csakis személyes begyakorlás által sajátíthatók el. Az orvosok ismereteinek felújítása s még inkább kibővítése épen úgy állami, mint társadalmi feladat. Így alakultak Amerikában, Angliában s Oroszországban ama intézmények, melyek kizárólagos feladata az orvosok továbbképzése. Bármilyen hatalmas anyagi eszközökkel rendelkezzenek is a „Postgraduate medical school” vagy a „Helena Pawlowna” intézet, mégis úgy kiterjedésben, mint a cél szolgálataiba szegődött szellemi erők jelentőségében sokszorosan felülmulják ezeket a poroszországi intézmények, melyek az utolsó években valóban meglepő arányokat öltöttek.

Hogy a katonarvosok s orvoshivatalnokok továbbképzése fontos állami feladat, azt már régebben belátták, s egy ország, mely a katonai, közigazgatási s a tudományos feladatokat olyan harmoniában tudja tartani, mint Poroszország, csakhamar berendezte az ismétlődő cursusokat, melyeket részben a katonarvosi iskolában, részben az egyetemeken, részben a fertőző betegségek intézetében tartottak meg. Az orvos-hivatalnokokat sorjában hívják be, s útiköltségeiket megtérítik s napi-díjat kapnak. A gyakorló orvosok igényeit 1880 óta az egyetem tanárai által rendezett szüidei orvosi cursusok szolgálták volt, melyek szerfelett nagy látogatottságnak örvendenek; így magában Berlinben évente átlag 800 orvos vesz bennök részt. Ezen nagy kereslet arra indította ama kórházi orvosokat, a kik nem lévén habilitáltak, nem vehettek részt e munkában, hogy egyesületekké alakulva, ők is rendezzenek ismétlődő tanfolyamokat, s így ma Berlinben 5 ilyen társulás működik, de a dolog természetében rejlik, hogy az egyetemi tanárok s magántanárok egyesülete viszi ma is a vezérszerepet, nemcsak az előadók személyi súlyánál fogva, hanem a rendelkezésre álló anyag s segéd-személyzet gazdagsága folytán is. Ezen cursusok jótéteményét azonban csak azon gyakorló orvosok élvezhették, kiknek anyagi viszonyai megengedték, hogy a meglehetősen magas tandíjat megfizethessék; egyes tárgyak díja átlag 50 márka, nem is említve azon nagy anyagi áldozatot, a melyet a vidéki orvosoknak hozniok kellett, a mikor gyakorlatukat több hétre elhagyták. Hogy ezt a gyakorló orvosok túlnyomó része s különösen a legszegényebb néposztály orvosai a mai gazdasági viszonyok mellett nem bírhatják meg, azt a német birodalomban első ízben nem kisebb állású személyiség ismerte fel, mint az angol születésű Frigyes császárné, ki hazájából magával hozta a társadalom igénybevételének módszerét, s állásának súlyával hozzákapcsolta a porosz bureaucratia hatalmi eszközeit s megalkotta azon hatalmas intézményt, mely a gyakorló orvosok továbbképzését úgy szolgálja, hogy a vidéki orvosok számára is hozzáférhető legyen és pedig a legkisebb anyagi áldozat nélkül.

A vallás-, közoktatás- és orvosi ügyek ministeriuma támogatásával létesült központi bizottság olyan cursusok rendezését tűzte ki feladataul, melyek 1. díjtalanul, 2. a gyakorló orvos lakóhelyén vagy ahhoz közel tartatnak 3. és pedig abban az időben, a mikor számukra a legalkalmasabb. A cél elérésére az orvosegyesületek, orvosi kamarák, az orvosi fakultások, közkórházak, katonarvosi tisztikar, a főváros s a ministeriumok képviselői egyesültek s a központi bizottság elnöke Bergmann egyetemi tanár lett. A vállalkozás sikere minden várakozást felülmúlt; 1903-ban, az intézmény létesítésének harmadik évében Poroszország 25 városában 2500 orvos részesült az alapos továbbképzés jótéteményében. Nem volt szükség többé 2 hétre összezsúfolni a disciplinákat, hanem hónapokig tarthatott a cursus s az által, hogy hetenként egy délutánt foglalt el, az orvos egyéb kötelezettségei mulasztása nélkül egészíthette ki ismereteit. A vidéki kórházak igazgatói s főorvosai, támogatva a központ kiküldöttei által, valóban nagy szolgálatot tettek a közügynek. Ime, az University extension egy élet-erős, a talajhoz idomított alakja.

Nálunk a Markusovszky és Fodor által alapított szüidei orvosi cursus intézménye teljesíti egymaga azon feladatot, melyet Poroszországban 8 szervezet szolgál. A mi viszonyaink között aligha volna értelme, hogy újabb organisatiót létesítsünk, de úgy látszik elérkezett az ideje, hogy működési körünket kiterjesszük s a külföldi tapasztalatokat értékesítve, a vidéki orvosok nagyobb száma részére lehetővé tegyük a tanulást. Azon összegezés, melyet Temesváry Rezső titkár úr az utolsó két év adatainak kiegészítésével s átnézetes táblázatokkal felszerelve a meghívókkal együtt szétküldött, intézményünk 20 éves multjáról hí képet nyújt. Az 1888-ban megállapított alapelvek lényegük-

ben beváltak s a midőn ezektől némi eltérést engedtek meg, annak hátrányai azonnal jelentkeztek. Viszont az 1899. december 7-dikén tartott értekezlet óta, a midőn javaslataim elfogadtattak, intézményünk újból virágzásnak indult. Az utolsó évek cursusai mindegyike hozzájárult ahhoz, hogy újabb s újabb részletekkel tökéletesítsék a szervezetet. A hallgatók számának rapid növekvése s megelégedettségének nyilvánulása eléggé igazolja Markusovszky és Fodor alapításának életerőségét. Egészben véve azonban még mindig nagyon kevesen s aránylag rövid ideig részesülnek orvosaink közül az annyira szükséges továbbképzésben. Évente átlag 63, a maximumban 100 orvos nagyon csekély szám; meglepő az is, hogy milyen kevesen vesznek részt a budapesti orvosok közül: évente átlag 1—2-en. Ezen segítenünk kell! Az első s legsürgősebb feladat, hogy az ismétlődő tanfolyamok az eddigi formán kívül a budapesti s közvetlen környékbeli orvosok számára egész éven át szakadatlanul folyjanak. Ma Budapest közporkházaiban számos olyan osztály van, melyet az egyetemi oktatás nagyon kevéssé vesz igénybe; ezekben hetenként egy délután 2 disciplinából 2—3 hónapon át tarthatna a tanfolyam. Ennyi időt szakíthatna magának a budapesti orvos is. De az orvosok továbbképzésében kiváló szerepet fog játszani az egyetemi közporkház is, mely előreláthatóan 3 év alatt elkészül, s melynek osztályait — nem is említve a vele kapcsolatban létesülő új klímákat — egyetemi magántanárok fogják vezetni, mi által sok olyan docens, ki elegendő önálló anyag hiányában nem vehetett kellő módon részt a munkákban, ezentúl annál intensívebben szolgálhatja intézményünk céljait.

De a vidéki cursusok rendezésének is elérkezett az ideje. Ma már a vidéken is számos olyan kórház van, melynek vezetője az oktatás minden qualificatiojával rendelkezik, s melynek felszerelése s beteganyaga a fővárosi osztályokéval vetekedik. Hogy csak egyetlen példát említsék, Pozsonyban az állami kórház főorvosai nagyrészt habilitáltak, s az ágyak száma meghaladja a 800-at.

A vidék orvosi számára áldás volna, ha lakóhelyükön vagy a szomszédos város kórházában képezhetnék magukat a nélkül, hogy gyakorlatukat meg kellene szakítaniok. Természetesen egyes előadások megtartására az egyetem előadóinak is kellene vállalkozniok, mire különösen olyan kórházakban van szükség, a melyekben a specialis szakmák nincsenek képviselve. Jól tudom, hogy ez eszme megvalósításához az állam s a törvényhatóságok támogatása is szükséges. Ma már kétségtelen, hogy ezt meg is nyerhetjük. Mult évben talán még némi skepsis jogosult volt, de ma, midőn azt jelenthetjük, hogy a vallás-és közoktatásügyi és a belügyminister anyagilag s erkölcsileg támogatják intézményünket, a midőn a honvédelmi minister úr figyelmét is sikerült a szünidei orvosi cursusokra felhívni, biztosan számíthatunk arra, hogy a jövőben az állam az eddiginél még hathatósabban fogja felkarolni a jó ügyet.

#### Tisztelt Értekezlet!

Az orvosok továbbképzése megérdemli legjobbjaink érdeklődését. Poroszország példája eléggé igazolja, hogy az állami és társadalmi erők együttműködése rövid idő alatt milyen nagy eredményeket érhet el. Az a 1 1/2 millió korona, a melyet a társadalom rövid néhány hó alatt az intézmény céljaira adományozott, az állami költségvetésbe felvett évi subventio még a legkisebb értéket képviselik azon erkölcsi tökéhez képest, a melyet az uralkodó család, a kormány, az egyetem, a születési, szellemi és pénzaristokratia: a gyakorló orvosok, és pedig a legszegényebb nép orvosi számára felhalmoztak. Nem lehet elég gyakran hangsúlyozni, hogy a vidéki községi és körorvosok szellemi szükségleteiről való gondoskodás épen olyan fontos, mint anyagi támogatásuk. Mindkét actionak egymással párhuzamosan kell haladni, s ezekhez joggal kérhetjük az állam támogatását is. Lord Beaconsfield mondta, hogy a közegészség az alap, a melyen a nép boldogsága, s az állam hatalma nyugszik. Ha az ország a világ legszebb királysága — úgy mond —, ha a polgárok intelligenciák s szorgalmak, az ipar fejlett, a mezőgazdaság jól fejlődő, a művészetek virágoznak, az építészeti palotákkal, templomokkal borítja a földet, s ha mindezek védelmére hatalmas hadsereg és hajóhad is áll rendelkezésre, de ha a népesség nem gyarapodik, hanem számban és erőben gyengül, az a nemzet elvész. Ha az államférfi így gondolkozik, nekünk, a tudomány munkásainak még sokkal több okunk van arra, hogy intézményünket ápoljuk, megerősítsük, mert a mikor ezt tesszük, egyaránt szolgáljuk az orvosi rend, az egész társadalom, s az állam közös érdekét!

#### II. Temestáry Rezső titkári jelentése.

Ünnepi hangulat száll meg, a midőn titkári mandatumom lejártával most kötelességszerű jelentésemet előterjesztem. A lefolyt szünidei orvosi cursus ugyanis a tizedik volt, a melyet a m. kir. tudományegyetem előadói az intézmény 21 évi fennállása óta rendeztek s nyugodt lelkiismerettel, teljes önértéssel mondhatom, hogy egész lefolyása méltó volt elődeikhez, sőt a résztvevők száma, az előadók buzgóssága és áldozatkészsége valóságban jubilarissá tették ezt a cursust. Felhasználtam ezt az alkalmat, hogy tisztelt elnökünknek a VIII. cursus alkalmával titkári minőségében készített kimutatását a IX. és X. cursus adataival kiegészítve s mind a tíz cursusról tabellás kimutatást készítve, híj képét nyújtsam az eddig lefolyt szünidei cursusoknak, a melyek megindításával még a nagy Németországot is megelőztük. Az Önök kezei között levő munkálat legjobb bizonyítéka annak, hogy a Markusovszky és Fodor, orvosi rendünk elhunyt büszkeségei által elvetett mag jó talajra talált s hogy immár nem kell többé, mint elődeinknek nem egy ízben, attól félnünk, hogy az intézmény csak muló, ephemer. Az utolsó négy évben ugyanis minden évben sikerült cursust összehozni, sőt az utolsó

oly nagy látogatottságnak örvendett (100 hallgatója volt), mint előtte csak az I. és IV. S hogy a résztvevők mennyire meg voltak elégedve a nyújtottakkal, bizonyítja kijelentéseiken kívül még két külső körülmény; az egyik az az egyhangúlag és lelkesedéssel hozott határozatuk, hogy mindannyian, ha kényserítő körülmények ebben meg nem akadályozzák, 10 év múlva ismét részt venni óhajtanak ily cursusban, lehetőleg ugyanazon előadók közreműködésével, ugyanazon végrehajtó bizottság vezetése alatt; a másik pedig az a szép emléklap, a melylyel az előadók a cursus emlékére ez alkalommal először tisztelték meg az elnökséget, a melyen ezüstbe vésve vannak megörökítve a hallgatók, előadók és a végrehajtó bizottság tagjainak nevei. Ertekezletünk, esekély fáradságért túlnagy jutalom nekünk rendezőknek és előadóknak, szép, örökké élő emlék mindnyájunknak, a kik e cursusokon résztvettünk!

A jubilaris füzetből itt csak a következő adatokat említem fel. A 10. cursus alatt 92 előadó tartott 271 előadást, illetve előadási ciklust 639 hallgatónak. A cursusok 10—14 napig, többnyire 13 napig tartottak. Az előadók száma az egyes cursusokban 12—56 volt, a hallgatóké 34—118. A beíratási díj az első 5 ízben 30 frt volt, a VI—IX. cursusban 50 korona, az utolsóban csak 20 korona volt, a mely utóbbi körülménynek volt bizonyára részben köszönhető az említett szokatlan nagy érdeklődés.

S ezzel áttérhetek a lefolyt cursusra vonatkozó jelentésemre. A X. Sz. O. C. végrehajtó bizottsága a kissé elkésett megválasztása után röviddel tartott első ülésén kimondta:

1. hogy a cursust május 30-dikától június 11-dikéig terjedő időben fogja rendezni;
2. két csoportot alakít, melyek mindegyikében legfeljebb 25—25 hallgató vehet részt;
3. lehetőleg csak oly előadókat kér fel a közreműködésre, a kik nagy anyag felett rendelkezve, legjobban elégíthetik ki a gyakorló orvos igényeit;
4. a csoportok úgy alakíttassanak meg, hogy a hallgatóknak ne kelljen messze utakat tenniök;
5. minden csoportban a négy fő tárgy (belgyógyászat, sebészet, szülészet, szülészet és gynaekologia), valamint lehetőleg a gyermekorvoslás, bür- és bujakórta, fülbajok és laboratoriumi vizsgálatok legyenek képviselve, az egyes csoportokban elosztva pedig a gége-, torok- és orrbajok, a fogászat és az urologia foglaljanak helyet; az egyes előadók kiválasztása az elnökségre bízatik.

Az elnökség mindezen pontokat híven betartotta, kivéve az elsőt, a mennyiben a jelentkezők száma oly váratlanul nagy volt, hogy az abban foglalt követelménynek még egy harmadik csoport alakításával, a mi pedig maga is az idő rövidsége miatt szinte leküzdhetetlen akadályokba ütközött volna, sem lehetett volna eleget tenni. A cursusra ugyanis nem kevesebben, mint 115-en jelentkeztek, a kik közül később 15, hazulról való távozásuk lehetetlenné válása folytán visszalépett, úgy hogy a cursuson — mint említettem — 100-an s pedig mindegyik csoportban 50—50-en vettek részt.

Szükségesnek tartom már itt konstatálni, hogy a hallgatók ezen nagy frequentia daczára, mint azt a végrehajtó bizottság tagjai a személyes érintkezésnél is tapasztalhatták, a cursus egész lefolyásával, az itt tanultakkal és tapasztaltakkal meg voltak elégedve. Szerény véleményem szerint különben nem is helyes a hallgatók számát 25-re limitálni, mert eltekintve attól, hogy a tömeges jelentkezés rendszerint a cursust megelőző napokon történik, a mikor újabb csoport alakítása már teljes lehetetlenség, a résztvenni óhajtók visszautasítása pedig nagyon kényes, sőt mondhatnám, egyszersmind inhumanus és incollegialis, mert ki tudja, hogy lesz-e az illetőnek a következő évek valamelyikében alkalma és módja ily cursusban résztvenni, vagy nem fog-e akkor is elkészni, de másrészt a tanítás és tanulás szempontjából is körülbelül mindegy, hogy 25-en vagy 50-en vesznek-e részt, mert oly tantárgyaknál, a melyeknél a gyakorlati kiképzés volna a főcél (mint pl. különböző tükrözések, kisebb operatio és vizsgálati kézfogások begyakorlása), kevés az 5—6 előadói óra s sok nemesek az 50 hallgató, de még 25, sőt 10 is sok; ily tárgyakat legalább 10—15 órán át kellene előadni, legfeljebb 5—6 hallgató részvételével. Ez pedig teljesen kivihetetlen a cursus mai, különben általánosan helyesnek elismert rendszere mellett, de az előadók szempontjából, a kik teljesen önzetlenül teljesítik nem könnyű feladatukat, sem volna keresztülvihető. Ugy vélném a jövőben e kérdést a legjobban megoldhatónak s batorodom ez eszmét utódaink szíves figyelmébe ajánlani, hogy a rendezendő két csoporton kívül, a melyben 4—5 fő tárgy volna előadandó, határozatlan számban még oly előadók volnának felkérendőek, a kik 5—6 hallgatóból alakítandó kisebb csoportoknak tartanának szakmájukból a cursus ideje alatt *mindennap* gyakorlati cursust. A főszakmákat (belgyógyászat, sebészet, szülészet és nőgyógyászat és szülészet) is haszonnal hallgatták, a kisebbeket pedig az erre valószínűleg nagyobb számban vállalkozó szakemberek közt lehetne szétosztani. Minden cursista egy főcsoportot és tetszés szerinti számú apró cursust választhat.

A lefolyt cursus előadásai közül, a melyek a hallgatók *kijelentése*i szerint majdnem kivétel nélkül czéljuknak, de a hozzájuk fűzött várakozásnak is teljesen megfeleltek, sőt ezt talán túlhaladták, kötelességemnek tartom a következő, mondhatnám díszelőadásokat kiemelni, a melyek cursusunknak határozottan ünnepi szint adtak. Ezek *Korányi Frigyes* előadása a tuberculosos elleni védekezésről, *Tauffer Vilmos* előadása a gyermekágyi láz elleni védekezésről és *Grósz Emil* elnökünk előadása a trachoma elleni védekezésről. Mindannyian magas színvonalon álló, az összes cursisták által nagy figyelemmel, érdeklődéssel, s talán nem minden haszon nélkül hallgatott előadások. Kívánatos volna a jövőben is ilyen, vagy hasonló előadások tartásának rendezése. Itt

akarom még fejlemleni, hogy a végrehajtó bizottság alkalmat adott a cursistáknak új intézeteink némelyikét megtekinteni, így *Högyes Endre* Pasteur-intézetét, a melyben egyszersmind a vesztség körüli eljárásról hallottak az intézet igazgató-tanárától tanulságos előadást, az új sebészeti-klinikát, melyet *Réczey Imre* tanár volt szíves bemutatni, továbbá a szt. László-kórházat és az új anatómiai intézetet. Fogadják úgy az előadók, mint az intézeteket bemutatók fáradozásukért hálás köszönetünket, a melylyel csak tolmácsolni akarjuk a cursus résztvevőinek köszönetét, halálját.

Örömmel és mély hálával kell itt megemlékeznem a nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi miniszter úrnak arról az 1000 koronányi subventiójáról, a melyben cursusunkat, ez alkalommal első ízben, támogatni kegyeskedett, a mely összeg a 20 előadó közt a cursus körüli kiadások fedezésére egyenlő részben elosztott. Reméljük, hogy cursusaink ebben a támogatásban a jövőben is, talán fokozottabb mértékben fognak részesülni.

A nagyméltóságú belügyminiszter úr ez évben is erkölcsileg támogatta cursusunkat, a mennyiben azt a törvényhatóságoknak pártolólag figyelmébe ajánlotta; a kért subventiót, a melyet a cursusban résztvevők támogatására óhajtottunk felhasználni, ezúttal „fedezethiány miatt” nem volt módjában megadni. Remélhető, hogy a jövőben e tekintetben is sikert fognak felmutathatni.

Ügyszintén a nagyméltóságú kereskedelemügyi ministerium is, a mely kedvezményes menetjegyekért beadott kérésünket nem teljesítette, talán a jövőben a jelzett módon szintén támogatni fogja culturalis és közegészségügyi szempontból oly fontos cursusainkat.

A mult évi értekezleten hozott határozat értelmében iparkodtunk a cursus résztvevőinek a fővárosban való megélhetést is olcsóbbá tenni. Az orvos-club igazgatóságánál ugyanis, a mely a cursus tartamára helyiségeit különben is a résztvevők rendelkezésére bocsátotta, ebéd-bérlét alakjában olcsóbb ellátást eszközöltünk ki, a melyet számos tag igénybe is vett. Fogadja az igazgatóság szíves előzékenységeért őszinte köszönetünket.

Ügyszintén, s talán első sorban köszönettel tartozunk a tekintetes orvoskari tanártestületnek, a mely a klinikáknak, a székesfővárosi kórházak igazgatóságának, a mely a vezetése alatt álló kórházaknak, az izraelita-kórház, a Stefánia-gyermek-kórház, a poliklinikai egyesület igazgatóságainak, a melyek a vezetésük alatt álló intézetek helyiségeit és beteganyagát a cursus előadói és hallgatói használatára készségesen átengedték.

Pénztári jelentésemet a következőkben foglalhatom össze:	
Mult évről maradt	234-51 korona
Tagdíjak fejében befolyt (99 tag után, 1-nek elengedtük a tagdíjat)	1980 „
Összesen	2214-51 korona
Ebből a cursus rendezésére fordított	1969-50 „
Marad tehát tartalékalapnak	245-01 korona.

A nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi ministertől kapott 1000 koronát, mint fent említettem, 20 előadó közt az anyagi kiadások fedezésére (50 koronájával) szétosztottuk.

Végül kedves kötelességemnek tartom a tisztelt közgyűlésnek belém helyezett bizalmáért, tisztelt elnökönknek pedig böles tanácsaiért s hathatós támogatásáért igaz szívből eredő, hálás köszönetemet kifejezni.

### Metschnikoff könyve.

(Vége.)

A nemesebb szövetelemek gyengülését és a véredényfalak keményedését előidéző tényezők között a bujakór és az idült iszákosság 45%-kal szerepel. Az alkoholizmus az élesztő bacillusok által termelt toxinok útján, a bujakór ennek specifikus bacillusá által; azon esetekben pedig, a hol a két tényező nem szerepel, a bélszatorna flórája az, a mely a véráramba jutva, az arteriosclerosist okozza. A hosszú élet feláldozásával nyerték tehát az említsők a vastagbél birtoka által nyújtott előnyöket. Az emberi nem őseitől örökölte a vastagbél és az intestinális flóra burjánzását elősegítő tényezőket, másrészt az emberi agy rendkívüli fejlődésének köszönheti azon szellemi képességeket, melyek az örökség és halál tudatára vezettek. Élni vágyásunk ellentétben van öregségünk gyengéivel és életünk rövid voltával. Ez az ember természetének legnagyobb disharmoniája.

Küzdeni az alkoholizmus és venerikus megbetegedések ellen, a nemes sejtek ellentállóképességét növelni és a vadul burjánzó intestinalis flórát kultivált flórává átváltoztatni, azon eszközök, melyek segítségével az agykort physiologikussá alkotjuk és megadjuk az élet meghosszabbításának lehetőségét. Az öregség okainak tudományos kutatása és kóros természetének megváltoztatására alkalmas eszközök alkalmazása az élet meghosszabbítására és boldogítására vezetnek. A tudomány mai hiányossága dacára nincs okunk e tárgyról pessimistikusan gondolkodnunk. Non omnis moriar. A pete- és ondószálcák találkozására új nemzedéket kelt életre, a melyre Haeckel terminológiája szerinti „sejtteleküket” viszik át. Ez a lélek tehát joggal halhatatlan, mint a mily halhatatlan a termékenyítő sejtje. A sejtek legtöbbször azonban nagy állandóság mellett kevés hajlammal bírnak regeneratiora és így tönkremenetelük egyszersmind halál, a melyből nincs felébredés. Az emberekbe mégis könnyebben oltható be az örök élet gondolata, mint a természetes öregség és a halál ösztöne. Ha egy szomorú öregség és beteges halálra való kilátás mellett az ifjúságot kiélvezni óhajtja

a jelenkor emberisége, úgy elérkezik majd az idő, a midőn életünket az élettani aggkor és természetes halál elérésére rendezzük be. Lassanként megérjük majd akkor az élet bevégezésének vágya, feltámad a „halál ösztöne”, a mint megvan az álm ösztöne. Mindannak elvégzése, a mit a természet szabott ki az emberre, kellemes érzésekkel jár. Az élet-folyamatok mindegyike megfelel annak, a mit a jól érzés fogalma alá foglalnak, és mert az élet bevégezése is a természettől való folyamatok közé tartozik, világos, hogy az lesz a természetes halál, melyben ez az eredendő ösztön találja kielégítését. A mint az ember állatok és növények egyes sajátágaira és egész természetére képes volt módosító, alakító hatást kifejteni, hogy létezőjára vagy saját hasznára alkalmasabbá tegye, úgy kell, hogy saját természetét is alakítsa, hogy összhangzóbbá tegye.

Az öregek, kik a jelenkorban keresetképtelenségükkel, aggkori tehetetlenségükkel a köznek válnak terhére, a jövőben egy oly élet alkonyán, a mely az élet természetes határának elérésére rendezkedett be, hosszú életük bő tapasztalataival a társadalmi élet legnehezebb feladataival foglalkozhatnak. Csak a társadalom-tudományok bölcsőkorában lehetséges, hogy a politikával való foglalkozásra különös előképzettség nem szükséges, haladottabb korban ez a physiologiai épségük csorbitatlanságában bővelkedő öregeknek lesz fenntartva. A fiatal emberek többnyire rossz politikusok. Lesz ezenkívül a közéletnek számos más működési tere is, lesz a magánfoglalkozásnak számos, ma még kihasználatlan ága, a melyben az öregek a társadalomnak hasznos és productiv tagjai lesznek.

Ha majd az életnek valódi célját mindenki megismeri és annak tudatában cselekszik és éli életét, ha megvalósul az az ideál, a mely az élet normális kifejlődésében nyilvánul meg, akkor meg lesz a gyakorlati életen át vezető eszme is. Tudni fogjuk, mire törekszünk, miért élünk. Ezt ma nem tudjuk. A felebaráti szeretet, a mely az élet nemesebbé és tartalmasabbá tételének ma eszköze, megáll a kultura primitív viselőinél. Előbb a vallási eszme alkotta az emberek egymásközti viszonyának legszorosabb kötelekét, ezt erősségben felváltotta a hazaszeretet és nemzeti eszme, a mely még ma is uralkodik.

A nemzetek sűrűbb érintkezése által, valamint a nyelvismerek fejlődésével, az egy nyelvűség kapcsa is mindinkább gyengült. Beszéltek a különböző nemzeteket egyesítő közös kulturáról, a nélkül, hogy megfontolnák, hogy ez a kifejezés nem egészen szabatos (világos) az emberi lét valódi céljának és a tudománynak, mint elérhetését egyedül lehetővé tevő eszköznek felismerése, egy az emberiséget átölelő szövetség közös eszményeül szolgálhat. E körül csoportosulnak a jövő emberei, a mint a multban a vallások körül sereglettek. Ennek elérhetése azonban sok munkába kerül. A tudomány sok fáradságos munkát kíván, ellentétben a hittel és metaphysikai bölcsellett, melyre a fatalismus és csendes megnyugvás jellemző. Csak a tudomány képes az élet disharmoniái ellen megvédeni, ez a megismerés természetesen a művelődés és iskolázás terjedéséhez és az emberek egymásközti solidaritáshoz vezet. Az emberi sors problémájában az ember nem fog azzal megelégedni, a mit neki a természet ajándékozott, sorsának intézésébe erőlesen beleszóll majd saját aktivitásával.

„Ha valamely ideál, a mely az embereket a jövő egy-egy hitében egyesíti, lehetséges, akkor ez az ideál csak tudományos alapokon épülhet fel. Ha igaz az, a mit oly gyakran mondanak, hogy az ember vallás nélkül nem lehet, akkor ez a vallás csak a tudomány hatalmában való hit lehet.”

E szavakkal végzi Metschnikoff könyvét, a melynek eszmemenetét visszatükröztetni törekedtünk.

A modern természettudományi kutatás lázas, mohó munkától zsongó műhelyében igen sok a gondolatsegény, gondolat nélküli napszámok, kik kis speciális munkájukat pompásan elvégzik, de az üzem nagy egésze után nem érdeklődnek, mondja Haeckel. Igen sok nagy tekintélyű és igazán nagy érdemű természetbuvár között nem egy van, a kinek egy új világgelfogás megalkotása teljesen közömbös dolog. Ezek csak tényeket akarnak elérni, nem új fogalmakat szerezni. Metschnikoff, ki a tudományt annyi új tényre gazdagította, a munkájában egy új, nemes világgelfogással ajándékozta meg az emberiséget.

Egy világgelfogás megalkotásához nem elég a szellem fölénye, a tudás universalitása és mélysége, e kvalitásokkal egyesülnie kell azon képességgel, mely az eszméket minden irányban, forrásukban és végső következtetésükben kialakítani és plastikusan kidomborítani tudja.

E szellemi képességek tőkéltes birtokában alkotta meg Metschnikoff a maga, az emberiség iránti meleg szeretet által sugalmazott világgelfogását. Lehet, hogy ideáljai csak későn, lehet hogy sohasem valósulnak meg, de hogy őket megalkotta, hogy elérhetőségük útját megjelölte, hogy e munkájában letett fogalmakkal az emberiség eszmévilágát gazdagította, hogy buvárlatának fényével sok sötétséget eloszlalt, ezért igényt tarthat az emberiség soha nem muló haláljára.

Ráskai Dezső dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

A prostata hypertrophia tanának mai állása.

Közlő: Ráskai Dezső dr. műtőorvos.

(Vége.)

A hólyag kórboneztani és kórszöveti vizsgálatát végezték, felderítéstől azon vizelési abnormitásoknak, a melyek normális, sőt

atrophias prostatáknál létrejönnek, Motz és Arrese.<sup>27</sup> Már Boladonovics, Hallé és Motz vizsgálatai kiderítették, hogy prostata hypertrophia legtöbb esetében a hólyag izomzata lényegbeli elváltozásokat nem szenved és a prostata exstirpatioja után az esetek túlnyomó számában a normális működés teljes egészében helyreáll, a mi teljes ellentétben van Ciehanovszkinak idevonatkozó vizsgálataival, a ki a legtöbb esetben az izomzatnak egyszerű atrophia állapotát állapíthatta meg. Csak hogy Ciehanovszky betegek a tényleges prostata hypertrophia előrehaladt stadiumában haltak el.

A tünet magyarázatául (hólyagelégtelenség változatlan prostata mellett) két hypothesis szolgálhat: 1. a hólyagizomzat elégtelensége a hólyagizom primaer atrophiaja folytán vagy 2. a hólyag hűdése. Az izomzat elsődleges sorvadása okát találhatja a véredények elváltozásai-ban, következményekben a hólyag véredényeiben létező elmeszesedésnek vagy idegrendszerbeli okokban.

Vizsgált esetekben 5 esetben idült prostatitisre, 4 esetben adenomára, 6 esetben adenoid epitheliomára akadtak. A hólyag megvizsgálása 3 esetben ép hólyagot mutatott, 3 esetben felületés hólyaglobot, 9 esetben chronikus szövetközi lobot.

A 15 megvizsgált esetben a véredények épek 11 esetben voltak, az izomzat túltengett 12 esetben volt, másodlagos izomelfajulás (sclerose) 2 esetben volt feltehető, sorvadott pedig a hólyagizomzat egy esetben volt.

Levont következtetések ezek:

1. A prostata nélküli prostatikusoknál (chez les prostatiques sans prostate) előforduló hólyagtonia magyarázatául az arteriosclerosis nem szolgálhat. Azon néhány esetben (15 közül 4), a melyben feltalálható volt, idült hólyaglobhoz szegődött.

2. A hólyagtonia a hólyagizomzat sorvadásából nem eredhet, hiszen az esetek túlnyomó többségében (15 közül 12) az izomzat túltengett.

3. A megvizsgált hólyagok izomzata csak három esetben volt a rendszernél silányabb (2 eset sclerosis, 1 eset atrophia).

*A normális prostatával bíró prostatikusok hólyagtoniája a hólyagizomzat anatómiai gyengüléséből nem magyarázható.*

A kérdés megoldását a physiologia terére kell áthelyezni.

Jean Petit,<sup>28</sup> ki Albarran gáttáji metszéssel eltávolított prostata-túltengés eseteit ismertette, 9 esetet közöl, a melyekben prostata hypertrophia feltalálható nem volt. Ezen 9 esetben tehát a prostata a hosszú idő óta fennálló vizek trekedés anatómiai okát (nagyágban változatlan lévén) nem alkothatta és eltávolításával a hólyagfunctiók mégis majdnem teljes épségükben helyreállottak, bizonyítva, hogy a hólyagizomzat degeneratioja a vizeletrekedés oka nem lehet.

A vizeletrekedés létrejötténél igen nagy szerepe van azon elváltozásoknak, a melyeket a húgyeső a prostata megnagyobbodása által szenved. Ez elváltozások a húgyeső hosszára, irányára, ürterére és átjárhatóságára vonatkoznak. Legállandóbb a hosszúságban történő elváltozás, így a meghosszabbodás a veru montanumtól számítva 4—5 cm.-re is terjedhet (normális 1—1½ cm.). A húgyeső óriási kitérülést érhet el (6 cm. kerületben). A meghosszabbodással és kitérüléssel lépést tarthat az irányváltozás, a mely a symphysisnél képzelt fix pont körül félkört ír le, néha még azon túl is terjedve. Az elváltozások az oldalsó és hátsó falat érik első sorban. Középső lebenyképződés mellett a húgyeső éles szögben török meg, a catheterismusnak néha elháríthatlan akadályát alkotva. A mellső húgyesőfal erős fixáltsága, a belső húgyesőszájadék rögzítettsége hozza létre a húgyeső hólyag felőli szájadékának úgynevezett magas állását és vezet a hátsó hólyagfalnak a medenczébe való lesülédéséhez. Ezen anatómiai viszonyokat, de különösen a prostata a hypertrophia által létrejövő makroszkopiai elváltozásait tették vizsgálataik tárgyává Albarran és Motz,<sup>29</sup> e vizsgálatok, melyek különös tekintetbe vételével a prostatectomiánál előforduló viszonyokra tettek meg, azt mutatták, hogy a prostatának saját külön tokja nincs, de az egymásba átmenő aponeurosisok, a melyek a prostata mellső, hátsó és oldalsó felületét veszik körül, tokszerű képletet alkotnak, a mely a prostatával lazán összenőve, arról könnyen leválasztható. A mi a normális urethrának a mirigyhez való viszonyát illeti, sorozatos metszések az mutatják, hogy a húgyeső a sphinct. membr.-tól a hólyagnyakra két mirigy-csoport által körülvett. A középső csoport közvetlenül a húgyeső nyak-hártya alatt fekszik és a prostata-részt egész hosszában gyűrűszerűen veszi körül: a húgyeső alsó részén erősebben fejlettek és különösen a veru montanum és a hólyagnyakra körül találhatók nagy számban (sub-cervicalis és submontalis mirigyek). A ductus ejaculatorii felett elhelyezett, tehát az e között és a hólyag között elhelyezett mirigyrészlet anatómiai értelemben alkotja a középső lebenyt (portio praespermatice). A normális prostata csak a hólyagnyakra terjed, a trigonumba nem terjed be. Az oldalsó lebenyek basisa 12—13 mm.-rel magasabban fekszik, mint a középső rész, és oldalt kifelé a hólyagfalra fekszik.

A túltengett prostatánál a tok egyes helyeken, különösen a mirigy csúcsán megvastagodott, a mirigyállománytól néha annyira összenőtt, hogy leválasztása szinte lehetetlen. Leválasztásnál történő mély bemetszésnél a prostata állománya is be lesz metszve, a felette levő részletek könnyen kihámozhatók ugyan, de a tokkal a mirigynek nem épen jelentéktelen részletei maradnak benn.

Szerzők szerint a középső lebenyt a túltengésnél nemcsak a portio praespermatice alkotja, hanem a subcervicalis mirigyek megnagyobbodása is. A portio praespermatice az esetek 30—40%-ában az oldalsó lebenyek mellett megnagyobbodott.

A harántmetszetek azt is mutatták, hogy a húgyeső a hátsó felületen a prostata falához egészen közel fekszik, és jelentékenyebb prostatarészlet által csak a hólyagnyakra fedett. A húgyeső, mely

elülről hátra terjedő hasadékokat képez, néha 6—8 cm. hosszú (ant. port. átmérőjében), alsó falán diverticulumképződéssel. A hólyaghoz közel igen gyakran haránt átmérője is megnagyobbodott.

A húgyesőnek helyzetváltozásával Goldmann<sup>30</sup> (Freiburg) és Casamayor<sup>31</sup> is foglalkoztak, vizsgálataik eredményére a műtét részben visszatérünk, e helyütt még csak Reerink<sup>32</sup> idevágó vizsgálatairól akarunk szólni. Reerink 36 idősebb hullát vizsgált meg, közte 16 kifejezetten prostatikus. A vesék extraperitonealis felszabadítása után a vesekelyhekből glicerin-gelatinamassát fecskendezett a hólyagba. A 16 eset közül kettőben az orificium internum vesicae és p. prostatica ur. szűkülete találtatott, 3 esetben erős tumorszerű megnagyobbodása a középső lebenynek, a p. pr. jelentékeny tágulásával. A többi 11 esetben az orific. internum vesicae tágult volta a p. pr. ur. igen jelentékeny és egyenletes kitérülésével jelen, e tágulás a normális bőségű p. membr. urethraeig terjedt. A pars membr. ureth. Reerink szerint mint fix pont szerepel, és így a húgyeső prostatikus részének azon helyzetváltozására, a mely a magas hólyagállást (hoher Blasenstand) idézi elő, döntő szereppel bír. Ezen helyzetváltozást Socin és mások tisztán a prostata megnagyobbodásának tudták be. Reerink utal arra, hogy e viszonyok pr. hyp. nélkül is létrejönnek, experimentálter beigazolva ez állítást.

Létrejönnek pedig, ha az ureter ekből fecskendezte a megkeményedő folyadékot a hólyagba, nem jönnek pedig létre a hólyagnak a húgyeső részéről való bármily nagy fokú telítésénél, még ha a cathetert a keményedő folyadék megalvadása előtt távolítjuk is el. A fix pont tehát a diaphragma urogenitale (pars membr.), a mozgékony pars prostat. ureth. + hólyag.

Ezen módszer szerint vizsgálva, a középső lebeny megnagyobbodásának három esetében sohasem sikerült az oly gyakran hangzottatott szelepszzerű elzárást létrehozni; ezzel megegyezik az a körülmény, hogy mindhárom esetben a pars prostata erősen tágult volt.

Az elmondottakban lehető teljességében összegeztük azon újabb kutatásokat és komolyan számbavehető nézeteket, a melyek a prostata hypertrophia keletkezésére világot vetnek, ismertettük azon körülményeket, a melyek az állapot létrejötténél a mai felfogás szerint szerepet játszanak.

A prostata hypertrophia és a senilis dysuria egységes magyarázatát e kutatások nem adják és a dolog természetéből kifolyólag nem is szolgáltatják; kétségtelen, hogy a prostata hypertrophia, jobban mondva az a tünetcsoport, a mely ezen állapottal jár és a melyet a senilis dysuria gyűjtőfogalma alá veszünk, eredetének gyökereiben sokfelé ágazik. A jövő feladata az egyes kategóriák szigorúbb elhatárolása és az egyes kategóriák kóroktanának exact meghatározása. Ha az a vézett sok fáradságos munka ez ideig nem is csinált egyebet, mint hogy elsöpört sok kalandos hypothesis és megdöntött egy látszólag kifogástalan histológiai kutatás által alapozott és a klinikai vizsgálatok fényes sorozata által virtuóz módon felépített és körülzárt theoriat (Guyon-Launois-féle arteriosclerosis-elmélet), úgy e munkát már negatív irányban is elég eredményesnek kell tartanunk. De e munkálatoknak megvan pozitív eredményük is. Megszabták a további vizsgálatoknak útját két irányban, a midőn Ciehanovszky a legrégibb elméletet (a lobos eredet) széleskörű kutatásaival új életre ébresztette és másrészt Albarran és Hallé talált eredményeik alapján a heterologikus szövetképzés kérdését vetették fel.

A régi orvoslásban, gyakorlati inaktivitás folytán a kutatás eszközeinek korlátoltsága következtében, sok volt a lemondó fatalismus. A modern kutató szellem, az ő fejlettebb eszközeivel, nem nyugszik bele az ignorabimus parancsszázába, akármily nagygnak, első látásra áthághatatlannak látszanak is az akadályok. Az előretörő praxis mindig újabb kutatásra serkenti a theoriat, és a theoria eredményei újra megteféményítik a gyakorlati alkalmazást.

Guyon csak következetes volt, a midőn minden gyökeresebb beavatkozást mellőzött. Theoriája szerint a pr. hyp. csak részünete egy általános, majdnem physiologikusnak mondható állapotnak (a senilis arteriosclerosis) és így már a priori is műtét útján gyógyíthatlan.

Az újabb kutatások ez általános oknak kikapcsolásával a fősúlyt a helybeli, és így részleges ok által létrehozott anatómiai elváltozásokra fektetik, és így remélik, hogy a helybeli (primaer) ok megszüntetésével a következményes ok által létrehozott tünetcsoportot is megszüntethetik. Így azután nem nyugodhatunk bele tétlenül Brodie szavaiba: „lorsque le cheveu devient gris et se font rares, habituellement, on pourrait presque dire invariablement, la glande prostatique augmente de volume”.

## Könyvismertetés.

**Pathologie und Therapie der Niereninsufficienz bei Nephritiden.** Auf Grund eigener Untersuchungen von Dr. Géza Kövesi und Dr. Wilhelm Röth-Schulz. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 284 oldal.

Kryoskopia, functionalis vesediagnostika, ma oly gyakran használt kifejezések, szorososan Korányi Sándor tanár nevéhez fűződnek. Ő volt az, a ki az idevonatkozó vizsgálatokat ezeltől tíz évvel megindította, következetes és ernyedetlen búvárkodással tovább fejlesztette. Az ő érdeme, hogy ma ez újtan legfőbb vonásaiban befejezett egészet képez, szilárd épületet alkot, melynek biztos alapjait ő rakta le, tömör oszlopokkal megtámogatta és megalapozással látja immár betetőzését. A nagy munkából kivették részüket munkatársai is, kik közül kiválik Kövesi és Röth-Schulz dr.-ok neve, ezen ismertetés tárgyát képező monographia szerzői. A munka Korányi Sándor-nak van ajánlva, és az

ő előbeszédével jelent meg, magyar kiadó hiányában német nyelven. Ez a körülmény, valamint alapos tanulmányozást kívánó komoly tartalma, a szerzők bőséges önálló vizsgálatait és az azokból levont következtetések tették szükségessé, hogy ismereteseim legalább dióhéjban felölelje a legfontosabb részeit, mi által terjedelme a szokottnál jóval nagyobb lett.

A bevezetésben kifejtik, hogy a vesebajok rationalis therapiájának alapját a veseinsufficiencia képezi. Ez az okozója a veselobok cardinalis tüneteinek, az a központ, a melyből a vesebetegség tünetei kisugároznak; tőle függ a körlefolrás és a kimenetel; és ennek a lekiűdése kell, hogy képezze a rationalis therapia czélját. Ezen álláspont helyességét mutatja az, hogy a vesebajoknál szokásos gyógyításnak az a része mutatkozik a leghatásosabbnak, mely a veseinsufficiencia ellen és a húgyalkatrészeknek általa okozott retentioja ellen irányul. A veseinsufficienciának, vagyis a kórosan megváltozott vese hiányos működésének tanulmányozása ekként hálás és fontos feladat, azonban nehéz is, mert hiszen tudjuk, hogy az egészséges vesének a működése is mennyire bonyolult. Ezután elősorolják azokat a módszereket, a melyekkel eddig a veseinsufficienciát vizsgálták; ezek között a legrégebbi a vizelet qualitativ és quantitativ vegyi vizsgálata és itt kiemelik, hogy a qualitativ vizsgálat egymaga nem képes felvilágosítást adni arról, vajjon a vesék kellően működnek-e vagy hiányosan. Azt a kérdést kell felállítani, hogy a vese képes-e a szervezetbe 24 óra alatt bevitt vagy benne képződött húgyalkatrészeket összességükben eltávolítani; tehát nem a húgyalkatrészek kiválasztásának nagysága a jele és mértéke a veseinsufficienciának, hanem a retentio és annak foka. A vizelet quantitativ vizsgálatából csak az tűnik ki, hogy mennyi bomlásterméket választanak ki adott időben a vesék, de azt nem mutatja, hogy mennyit kellene kiválasztaniok. A retentio megállapítására egy második értéket képez a kísérlet ideje alatt a szervezetbe vitt vagy abban képződött húgyalkatrészek mennyisége, a melyről az anyagcserevizsgálat ad felvilágosítást. A veseinsufficienciából származó retentio megállapítására közvetlenebb és egyszerűbb módszer magában a vérben quantitative meghatározni a visszatartott húgyalkatrészeket. Ezen főleg *Strauss H.* által kidolgozott módszert azonban szerzők az ő czéljaikra több okból nem tartották alkalmasnak és ők a vérvizsgálatot több esetben végezték ugyan, de csak mint kiegészítő vizsgálatot. Ujabb időben főleg a veseopathológiában a physikai chemia egyes módszereit kezdték alkalmazni, s e téren *Korányi Sándor* volt a kezdeményező, az ő közlései óta ezen a téren szakadatlanul folyik a munka. A physikai chemia módszerei közül általánosan elismert practikus jelentőségre tett szert a kryoskopia. A vér és a vizelet kryoskopiájából nyert adatok alapján a vesék megzavart osmoregulatorius működésére lehet következtetni. A methylenkék- és phloridzin-próbák értékéről is nyilatkoznak, a vizelet toxicitásának meghatározását practice használható módszernek el nem ismerik. A vesék működőképességének vizsgálatában három megbízható vezetőre támaszkodnak, ezek: az anyagcserevizsgálatok, a kryoskopia és a vérsav vegyi vizsgálata. Ezután részletezve vizsgálataiknak hármast czélját, azokhoz képest három részre osztják munkájukat: az első részben tárgyalják a hiányos vesefunctio felismerésére szolgáló módszereket, leírják és megmagyarázzák a hiányos vesefunctio exact vegyi és physikai tüneteit; a második részben a veseinsufficiencia tünettanát, a harmadikban a gyógyító módszereket írják le.

Az első rész czíme „a veseinsufficiencia exact tüneteinek”. Ezen rész első fejezete a vesebajok anyagcserejével foglalkozik. A N-anyagcsere vonatkozó saját vizsgálataik alapján azt találták, hogy a fehérje-vizelet foka és annak ingadozásai kétségtelen befolyással bírnak a N-mérleg alakulására, a mit úgy fejeznek ki, hogy N-retentio és albuminuria nem viselkednek parallel, hanem bizonyos fokig antagonistikusan. Úgy saját vizsgálataikból, mint régebbi kísérleti sorozatokból azt látták, hogy N-tartalmú bomlástermékek visszatartása lehet jelen uraemia legkisebb jele nélkül, és hogy N-egyensúly sőt fölös N-kiválasztás mellett is felléphet uraemia. Dacára ennek azt tartják, hogy a fehérjeanyagcsere N-tartalmú termékeinek visszatartása, ha nem is kizárólagos, de főként képezi az uraemiának. Nephritis parench. acutában szenvedő főrin kimutatták, hogy dacára a vizsgálat folyamán constata N-egyensúlynak, mégis bőven lehetnek jelen N-tartalmú bomlástermékek a vérben és a szövetekben. A továbbiakban vizsgálták a vesebajosok vizelet-kórja és N-mérlege között való viszonyt, a mely kérdést eddig elhanyagolták, s azt találták, hogy a N-tartalmú bomlástermékek és a víz retentioja egymástól bizonyos fokig függetlenek, azonban a hol az oedemák igen gyorsan kifejlődtek, ott a N és a vízretentio többé-kevésbé parallel viselkedtek az oedemák kifejlődésével. Érdekesek azon vizsgálataik is, a melyek a N-eliminatio és a vízkivétel között való viszonyra vonatkoznak; valamint azok is, a hol a többi húgyalkatrészek kiválasztását hasonlítják össze a N-mérleggel. A vesebajosok ingadozó N-kiválasztásának az albuminurián kívül második oka lehet az, a mire *Korányi* hívta fel a figyelmet, hogy a vesék elvesztették azt a képességüket, hogy a szervezet szükségleteinek megfelelő, mindig változó összetételű vizeletet produkáljanak; minek következménye az, hogy a N-kiválasztás hasonló ingadozásoknak van alávetve, mint a diuresis. A sók közül majdnem állandóan phosphat-retentiót találtak. Behatóan foglalkoznak a vesebajosok Na Cl kiválasztásával, a melyet különbözőnek találtak, épen úgy, mint a N-forgalmat. Azt azonban hangsúlyozzák, hogy a Na Cl-retentio nem közbe az uraemiához; míg ellenben vizsgálataik azt mutatták, hogy a vízkór kifejlődése és eltűnése közt egyfelől, és a Na Cl-mérleg alakulása közt másfelől kétségtelen összefüggés van; azonban azt is észlelték, hogy Na Cl-retentio és fölös kiválasztás a víztől függetlenül is előjehet, a mi arra mutat, hogy a vesék víz- és konyhasó-kiválasztása nincs szorosan egymáshoz kötve, hanem egymás-

tól függetlenül alkalmazkodni képesek a szervezet különböző szükségleteihez.

A második fejezet a vese működőképességének vagy teljesen hiányos functiojának a vizelet és a vér fagyáspontjából való meghatározásáról szól. *Dresler* volt az első, a ki élettani és gyógyszer-tani vizsgálatok czéljaira alkalmazta a fagyáspont meghatározást; *Korányi* avatta azt ma már nélkülözhetetlen klinikai vizsgálati módszerre. Itt *Korányi* vizsgálatai alapján magyarázatát adják annak, hogy mi módon biztosítja az ép vesék működése a vér fagyáspontjának állandóságát. Szerzők *Cohn*-nal szemben — a ki a *Korányi* fehérjemolekula hypothesisét mint tényeket nem alapulót akarta feltüntetni — négy pontban kifejtik álláspontjukat, hivatkozva *Richter*-nek és *Róth-Schulz*-nak állatokon vesekiirtás után nyert eredményeire, valamint *Korányi*-nak vesebajosokon constatait eredményeire, majd vesekiirtás után nyulakon végzett kísérleteire, a melyek mind kétségtelenül teszik, hogy ambár lehetnek a szervezetben olyan folyamatok is, a melyek kisebb fehérje-molekulákat nagyobbakká egyesítenek, mégis az anyagcsereben ennek az ellenkezője a gyakoribb és kétségtelen, hogy az anyagcsere fokozza a szervezet osmosisnyomását.

A következőkben felsorolják *Korányi* eredményeit, a ki mint első foglalkozott a vesebajosok vizeletének kryoskopiájával, és a magok részéről is minden esetben hypostenuriát találtak vesebajosokon. Ezután idézik *Korányi* azon következtetését, hogy a vizeletnek alacsony fagyáspontja egymagában nem lehet jellemző a vese betegségére, mert sok folyadékívás után az ép ember veséje is épen olyan hig, vagy még higabb vizeletet választat el, hanem bélyegző a vese megbetegedésére a sűrítő képességnek csökkenése, s ez az állapot az tulajdonképen, a melyet egyedül ruházhatunk fel a hypostenuria elnevezéssel. Ennek a megállapítására pedig nem elég a vizelet fagyáspontjának meghatározása. Ezen czélból a vesékre egy ismeretes és meghatározott feladatot kell róni, és arról meggyőződni, vajjon képes-e ezt a feladatot teljesíteni. Ha az intact vesék a szervezet igényeinek megfelelőleg a vérnél majd jóval higabb, majd jóval tömörebb huyot választanak el, akkor a töménységben való ezen különbséget mindkét esetben a vesesejtek activ tevékenységének kell tulajdonítani. Nemesak a sűrítő tevékenység igényel ilyen munkát a vesesejtek részéről, hanem *Dresler* és *Korányi* szerint a vese hígító functioja is. Ha tehát a beteg vese működőképességének határát keressük, akkor azt ezen két irányban kell vizsgálni. *Korányi* kimutatta, hogy a beteg vese által elválasztott vizelet fagyáspontjának változékonysága úgy lefelé, mint felfelé menő irányban csökken. Arra a kérdésre nézve, hogy hol van a beteg vese sűrítő és hígító képességének a határa, szerzők azt találták, hogy interstitialis nephritis compensált, vízkórmentes eseteiben a vese concentratio-szabályozó, hígító és sűrítő képessége épen nem, vagy csak keveset szenved; ezenkívül constatalhatták, hogy a normalis sűrítő és hígító képesség parench. neph. kifejezett eseteiben is újból helyreáll az oedemák csökkenése és kiürülése alatt; míg teljesen ellenkező a vesék ezen viselkedése azon esetekben, a hol a vízkór fejlődésben vagy növekedésben van, itt a vesék concentratio-szabályozó képessége majdnem teljesen elveszett. A vese hígító-képességének elvesztése vízvisszatartásra vezet, a melynek foka a vízvétel nagyságától függ, és ez képezi az első láncszemét az oedema-képződésnek; a vese sűrítő-képességének elvesztése pedig a szilárd alkatrészek visszatartását vonja maga után. A következőkben a *Korányi* által bevezetett molekular diuresisről van szó és ennek kapcsán a molekular oliguriáról, a mely több autor megerősítő vizsgálatai alapján állandó tünete az inkompensált vesebajnak, és szerzők vizsgálatai szerint egyforma táplálkozás mellett nagyon alkalmas a vese functio képességének, főleg gyógyító beavatkozásoknak ellenőrzésére. Nemesak a 24 órai vizelet fagyáspontját határozták meg, hanem napszakonként, négyóránként is. Végre a *Korányi* által bevezetett achloridokról is megemlékeznek és a chloridok és achloridok kiválasztott mennyisége között levő viszonyt megváltozásáról vesebajosoknál.

A vér fagyáspontjának tanulmányozása és a belőle a veseinsufficienciára levonható következtetések jelentőség és világosság tekintetében túlszárnyalják a vizelet fagyáspontjának meghatározása által elérhető eredményeket. Ezekről a viszonyokról van szó a következőkben. *Korányi* és munkatársai foglalkoztak kóros viszonyok közt, nagy klinikai anyagon, a vér fagyáspontjának meghatározásával. Ritka és könnyen kizárható lehetőségektől eltekintve, a szénsavtól megfosztott vér abnorm nagy fagyásponteszkkenését a veseinsufficiencia specifikus jelének tekinthetjük. *Korányi* ezen közlései a vesesebészetre nagy fontosságúak, s azért practikus nagy jelentősége miatt a dolgot sokan vizsgálták s e közben megállapították úgy a módszer alkalmazhatóságának határát, valamint annak hibáit is, és besorozták a kryoskopiát ureterkatheterismussal egyesítve a vesesebészeti legértékesebb diagnostikus módszerei közé. Szerzők kiemelik, hogy a belklinikai eddig nem részesítette a vér fagyáspontmeghatározását az azt megillető figyelemben. *Korányi* első közléseit mindenki megerősítette, és hozzávéve saját vizsgálataikat, szerzők elegendő anyaggal rendelkeznek arra, hogy megpróbálhassák a vesebajosok hyperosmosis vérének a veselobok fajtájához való viszonyának részletezését. *Korányi* megdöntötte *Lindemann* uraemia theoriáját, és szerzők saját észlelései is azt mutatják, hogy a vér osmosis nyomása semmiféle oki összefüggésben sincs az uraemiával, bár molekularis concentratiojának növekedése gyakori kísérő jelenség. Ezután a vízvisszatartás befolyását a vér osmosis nyomására és az oedemák kifejlődésére tárgyalják, majd áttérnek a vér Na Cl-tartalmára; *Korányi* tapasztalatai, *Richter* és *Róth-Schulz* állatkísérletei alapján kimondják, hogy veseinsufficienciánál a vér fokozott osmosis-nyomását első sorban a fehérjeanyagcsere bomlástermékei okozzák, és hogy vesebajosok legtöbbjének vérében a Na Cl nem szaporodott. A Na Cl erős

dissociatiójánál fogva úgy látszik alkalmas — ha megfelelő vízretentio nélkül marad vissza a testben — a vér osmosis nyomásának jelentékeny fokozására, mégis vízegyensúlyban levő vesebajosoknál ritkán jön elő a Na Cl-retentio, és az oedemával és vízretentioval járó esetekben többnyire oly viszonyban áll a visszatartott víz mennyiségéhez, a mely épen a szervezett rendes konyhasó-concentratiojának és osmosisnyomásának fenntartására alkalmas, nem pedig annak a lerontására. Hangsúlyozzák, hogy a vér fokozott osmosisnyomása a molekulák hiányos eliminációját csak általánosságban árulja el, a mi mellett a vese elimináló képessége egyes anyagokra, pl. a N-re nézve intakt maradhat. Csak ezzel a korlátozással lehet tekinteni a vér fagyáspontját a veseinsufficiencia quantitativ mértékének. Megjegyzik itt, hogy ne tekintsük a vér fagyáspontvizsgálatát biztos és esalhatatlan indikátornak, a mely mellett a vese működőképessége egyéb factorainak vizsgálatát és a vesebajosok klinikai tüneteit elhanyagolhatjuk, mert ámbár technikailag könnyen kivihető és eredményei tiszták, az egyes vese-funkciók tekintetében természetesen semmi felvilágosítást sem nyújt, a klinikai észlelést pedig egyetlenegy chemiai vagy physikalikus vizsgálat sem pótolja. Ezt azért hangsúlyozzák, mert ez a vér osmosisnyomás vizsgálatának felülnő eredményei főleg a vesebészeten olyan schematikus következtetésekre vezettek, a melyek általánosítása a diagnostikának és therapiának csak kárára lenne. A vérnek egyébként való chemiai vizsgálata különösen czélszerűen egészíti ki a fagyáspont meghatározást, nevezetesen a vérsavó fajsúlyának és Na Cl-tartalmának meghatározása (Kövesi és Surányi-féle quotiens). A therapia feladata a vér normális osmosisnyomását helyreállítani, mert ez az oedemák kifejlődésének és elterjedésének fontos tényezője, és az uraemiának ha nem is okozója, de gyakori kísérő tünete.

A következő fejezet a sufficiens és insufficiens veseműködés magyarázatával s a veseinsufficiencia formáival foglalkozik. A vizelet-elválasztás theoriáját s a vizsgálataik alapján felállított 3 formáját a veseinsufficienciának (glomerulus, vesecsatórnácska és teljes veseinsufficiencia) tárgyalják és az utóbbiakat a nephritisek egyes alakjaival kielégítő módon tudják összeegyeztetni. Itt mindenütt a víz és molekularretentio, a hígító- és sűrítőképesség csökkenése szerepel különböző kombinációkban a veselobok különböző klinikai alakjai szerint. Ezt követi az általuk felállított glomerulus, vesecsatórnácska és teljes veseinsufficiencia tüneteinek felsorolása.

A munka második része a veseinsufficiencia folytán fellépő klinikai tüneteiről a veseloboknak szól. Vizsgálták, vajjon a betegágnál közvetlenül megállapítható klinikai tünetek a megbetegedett vese hiányos működésére vezethetők-e vissza. Az uraemia fejezettel röviden végeznek, miután pathogenesisére nézve nincsenek pozitív tapasztalásaik. Annál behatóbban foglalkoznak a következő fejezetben a vesebajosok vízkórjáról, erre a kérdésre vonatkozó saját vizsgálataik több új szempontot vetettek fel.

Bright, Bartels, Cohnheim, Lichtheim és Cohnheim, Senator, Magnus theoriái és kifogásai után Korányi oedema-theoriájára térnek ki, majd saját vizsgálataikat és észleléseiket írják le s ezek közt rátalálnak legfontosabb érvükre, a melyet Kövesi és Illyés vizsgálatai derítettek ki sebészi vesebajoknál, hogy t. i. egy egyetlen vese hígítóképessége egyoldali megbetegedésnél tönkremehet. Mindent egybevetve megerősítik Korányi álláspontját, hogy nephritiseknél a bőr és tüdő útján való vízkidás a vér fokozott osmosisnyomása következtében nehezített. Saját theoriájuk alapján pedig oda concludálnak, hogy a vízvisszatartás és vízkór létrejöttében a főszerepet a beteg vese vízkiválasztó képességének elégtelensége játszza, az extrarenalis vízkiválasztás (bőr, tüdő) korlátozott volta pedig csak elősegítője. Szerzők ezen oedema-theoriájukkal jól meg tudják magyarázni a vízkór eltűnését és felszívódását is és egy beteg vizsgálata alapján állíthatják, hogy az intensív diuresis és a vízkór csökkenését a vese összes kontrollált fuactioinak helyreállása előzi meg; ez tehát a nephritises oedemák eltűnését kiváltó momentum.

A 7-dik fejezet a compensatoriusan fokozott és az insuff. szív-működésnek a vese insuff.-ra való befolyásáról szól. A vese pangás a vesék vízkiválasztóképességét támadja meg s az így keletkezett vízretentióból — a szerzőknek Bartels és Örtel-éhez közelálló nézete szerint — a szív-bajosok vízkórja a hydraemiás plethora közvetítésével épen úgy kell, hogy létrejőjön, mint a hogy a vesebajosok vízkórja támad. Ezen fejezetnek részleteit helyszüke miatt nem sorolhatom fel és bőséges anyagából csak kettőt akarok még kiemelni: az egyik az a conclusiojuk, hogy vesebajosoknál a fokozott szív-működés csak a glomerulus-insufficienciát kompenzálja, a másik, hogy a szívnek viselkedése döntő jelentőségű a nephritisek lefolyására.

A 3-dik rész tárgya a veseinsufficiencia gyógyítása. Miután az előző fejezetekben a gyógyítás céljait megállapították, itt a czélra vezetők eszközöket veszik sorra, úgy mint a diéta és gyógyítást, a vicariáló kezelésmódokat (izzasztás, hashajtás) és a húgyhajtókat. Valamennyi eljárás értékéről vizsgálataik és észleléseik alapján nyilatkoznak. A diéta kezeléséről szóló fejezetben hangsúlyozzák ugyan a vesekimélő diéta fontosságát, azonban a fehérje mennyiségét csak addig csökkentik, a meddig azt a retentio megkívánja. Nagyon helyesen jegyzik meg, hogy a vese működése sok tényező összehatásából áll, ezeknek bármelyike szenvedhet a vese megbetegedésénél és megkívánja, hogy a kémelés elvét reá is alkalmazzuk. Hogy milyen fontos a fehérjebevitel nagyságának ellenőrzése, arra nézve egy betegen végzett anyagcserevizsgálatukat közlik, a melyből kitűnt, hogy bőségesebb fehérjebevitelre a veseinsufficiencia minden tünete növekedni kezdett. Fontosak még a sókra vonatkozó vizsgálataik; azt találták, hogy bőséges Cl Na bevitel jelentékeny konyhasó-retentiora vezet, a minek következménye még

nagyobb víz-retentio és klinice rohamos növekedése az oedemáknak. Ezután még a folyadékívás mértékéről van szó.

A 9-dik fejezet az izzasztás és a fokozott vízvívás jelentőségéről szól, utóbbira nézve eddig nem végeztek vizsgálatokat, szerzők voltak az elsők. Három eset alapján azt következtetik, hogy a fokozott vízvívás vesebajosoknál nem képes a szilárd alkatrészek kiválasztását előmozdítani, azoknak retentioját csökkenteni, míg ellenben a bevitt felesleges víz arányában növeli a vízretentiót s ezáltal részint a hydraemiát, részint az oedemákat.

Az izzasztásra vonatkozó vizsgálataik közben Köhler-rel meg egyezően feltűnt nekik, hogy a veríték Na Cl-tartalma sokkal nagyobb lehet, mint azt eddig Leube és Noorden vizsgálatai alapján hitték, és hogy a verítékkel, ha nem is sok, de bizonyos mennyiségű N-tartalmú molekulát, bomlásterméket el lehet távolítani, a mit különben Strauss II. vizsgálatai is bizonyítanak. Leube a gyógyítás terén ellenzi az erőlyes izzasztást, Rosenstein ajánlja, Köhler és Strauss is ajánlják, és Strauss klinikai tapasztalatai úgy szólnak, hogy az izzasztás nem növeli az uraemiára való hajlandóságot. Szerzők véleménye az, hogy a mesterséges izzasztás első sorban az oedemák és a vízretentio ellenszere, és itt souverain szer, és ilyen esetekben a Leube-féle cautela — a bőséges folyadékívás — elhagyásával is bátrau alkalmazhatjuk, sőt indikálnak tartják ilyen körülmények közt enyhébb uraemiás tünetek mellett is. Fejlődésben lévő vízkór-esetekben az izzasztást különösen kedvező hatásának tapasztalták, és ezen idő alatt a vér concentratioja a bőséges vízelvonás dacára nem növekedett, a veríték pedig bőven tartalmazott oldott alkatrészeket és bomlástermékeket. A mint látjuk, az izzasztásról való nézeteik Korányi kezdetben elfoglalt álláspontjától kissé elérnek. Annak a kérdésnek eldöntésére, vajjon az izzasztást általában a vesebajosok retentiojának minden alakjánál lehet-e használni, nem rendelkeznek kellő kísérleti alappal. A bővebb folyadékívás tekintetében csatlakoznak Noorden nézetéhez, a ki acut nephritiseknél, oedemákkal, a tiszta tejdiétát nem tartja czélszerűnek, mert sok folyadékban csak kevés táplálékanyagot tartalmaz a tej, s így nem felel meg a kettős célnak, úgy mint a folyadékívás korlátozásának és a kielégítő táplálásnak. A bővebb vízvívást szükségesnek tartják két esetben, először fertőző betegségeknek a vesékhez áramló toxinok hígítására, másodsor a húgyvesatárnácskáknak való cylinderekkel való eltömődésekor.

Az utolsó fejezet a mesterséges diuresis és hashajtás alkalmazásáról szól. Itt vizsgálataikat nagyon megnehezítette az a körülmény, hogy vesebajosoknál a diureticumok hatására sohasem lehet számítani, még a különben legmegbízhatóbbak egyike, a diuretin is gyakran eserbent hagyta őket. Megjegyzendő, hogy rendszeres anyagcsere-vizsgálattal ellenőrizték a diureticumok hatását, és ők az elsők, a kik vesebajosoknál a molekular-diuresist meghatározták. Kompenzált interstit. nephritis egy esetben coffeint és diuretint adtak, s a míg a diureticum normális embernél főleg a vízkiválasztást növelte, addig itt a szilárd alkatrészek kiválasztása lépett előtérbe; normális egyéneknek a szilárd alkatrészek közül a chloridok kiválasztása növekedett leginkább, a vizsgált vesebajos egyénél pedig az achloridoké. A hashajtó hatás alkalmazása mellett szól, hogy egy esetben, a hol a diuretin hatástalan volt, a keserűvízzel eszközölt hashajtás minden tekintetben bevált, úgy hogy a hashajtás által valóban lehetséges a felgyűlt víznek és bomlástermékeknek egy részét a testből eltávolítani. Ezért még jó erőben levő betegekben gyakoribb alkalmazását ajánlják, mint a hogy az eddig történt.

A függelék azon vizsgálatok és kísérletek berendezéséről szól, a melyeket 14 betegen végeztek, és tartalmazza a kísérleti jegyzőkönyveket.

Mindenki tudja, hogy Korányi első közlései óta mennyit dolgoztak e téren, mégis meglep az anyag bősége most, a midőn összefüggő tárgyalásban, könyvalakban előttünk fekszik mindaz, a mit Korányinak és munkatársainak köszönhetünk. Kövesi és Röth-Schulz könyve Korányi nyomdokain halad, de azért minden tekintetben önálló munka, a melyet a budapesti kir. orvosgyógyászati és Balassa-pályadíjjal jutalmazott. A vizsgáló-módszerek és kísérletek exactak; önálló vizsgálódásaik oly nagyszámúak, hogy úgyszólván a veselobok pathológiájának és therapiájának minden fejezetéhez hozzájárulhatnak. Theoriájuk mindenütt alapos és éveken át folytatott szorgalmas munkálkodásuk helytálló eredménye. Jó németiséggel megírt, könnyen görögül könyvük elejétől végig ieköti a figyelmet, és bár studiumszámba megy, mégis eléggé áttekinthető, és valóban vonzó olvasmányt képez. Theoretikus értéke a munkának nagy, sok újat hoz, a vese functionalis diagnostikája terén forrásmunka. De haszonnal olvashatja a gyakorló orvos is, mert a theoria alapján levont következtetések biztosabb alapot adnak a therapiának is. Azzal végzem ismertetésemet, hogy bár mennél előbb hazai nyelven is olvashassák e munkát a magyar orvosok. Terray.

Uj könyvek. Leube: Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. 7. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — Hamburger: Osmotischer Druck und Ionenlehre. 3. Band. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Siebenmann: Grundzüge der Anatomie und Pathogenese der Taubstummheit. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Pick: Kurzgefasste Hydrotherapie. 2. Auflage. Wien und Leipzig, W. Braumüller. — Joseph: Dermatohistologische Technik. 3. Auflage. Berlin, Marcus. — Labbé: Analyse chimique du sang. Paris, Masson et comp. — Bayard Holmes: Surgical emergencies. The surgery of the abdomen. Part. I. Appendicitis and other diseases about the appendix. New-York, Appleton and Co. — Boris Sidis and S. P. Goodhart: Multiple personality. London, S. Appleton. — F. J. Lambkin: The treatment of syphilis. London, Baillière, Tindall and Cox.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A **czukor új színreactiói.** Neumann a Reicheltől származó orein-próbát, melyet a pentose-kon kívül csak a glycuron-sav adott, olyképp módosította, hogy az a hexosok kimutatására is alkalmas.

Eljárásának lényege az, hogy a vizsgálandó czukor-oldathoz jégezetet, majd néhány csepp 5%-os alkoholos orein-oldatot ad, ezt jól összerázva és felforralva, hozzá óvatosan mindaddig tömény kén-savat csepegtet, míg határozott szint kap.

E módosított orein-próbával, mint az alanti táblázatból látható, az arabinose, xylose, glycuron-sav, glycose és fructose egymástól a keletkező szín alapján s spectrokopos vizsgálatnál az elnyelési csíkok helye s színe szerint megkülönböztethető.

Czukor-faj	A reactionál keletkező szín	Elnyelési csík	Alkohol vagy víz hozzáadására eltűnik-e?
a) Arabinose	ibolyavörös	A D-től jobbra: elfedi a sárga-zöldessárga szint  I. A C-től jobbra a narancssárga mezőben, II. mint a)-nál, de gyengébb.	nem
b) Xylose	melegen ibolyakék, hidegen kék	Állásnál az első mind kifejezettebb, a második halványabb lesz.	nem
c) Glycuron-sav	melegen zöld, kihűléskor zöldes-kék	C-től balra a vörösben az egész spectrumot árnyék takarja.	alkoholra, vízre vöröses lesz
d) Glycogen	barnászörös	B-től jobbra a zöldben úgy, hogy a csík előtt még zöld, mögötte kék és ibolyaszín látható.	nem
e) Fructose	melegen barna, hidegen sárgás-barna	I. C-től balra a vörösben mint c)-nél, II. fedi a D-től kezdve az egész spectrumot.	sárgás-zöld színű lesz

Az orein-próba eredeti alakjában a következő: Vizsgálandó vizelet 4—5 cm<sup>3</sup>-ét egyenlő mennyiségű tömény sósavval körülbelül 30 másodpercig felfőzzük, majd kevés *orcint* adunk hozzá: pentose jelenlétében sötétzöld szín áll elő. (Berliner klin. Wochenschrift. 41. szám.)  
Halász Aladár.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A gonosan hatása már synthetice is előre megállapítható a santal-olaj specifikus hatásából a húgyszervek nyálkahártyájára és a kawa-kawában foglalt gyanták érzéstelenítő és anaemizáló tulajdonságaiból, mihez hozzájárul még a szer készítésénél használt ezen alkatrészek megbízható tisztasága. Ezen okoskodások alapján B. Sokal (Lemberg) gonorrhoea 21 esetében kezdettől fogva alkalmazta és eredményeivel igen meg van elégedve, a mennyiben ezen expectative kezelt esetekben befolyása alatt a lobos tünetek, a fájdalmas erectiók stb. igen gyorsan engedtek, sőt a pollutiók is látszólag igen kedvezően voltak befolyásolhatók.

A szokásos befeeskenések ideje alatt is tovább használták betegei a gonosant, mi által a teljes gyógyulás elülső kankó 16 esetében 3—4 hét alatt volt elérhető. Hólyaghurutnál és hátsó kankónál a fájdalom vizelek megszűntek és a vizelet gyorsan feltisztult. Gyomorpanaszokat használata mellett — kevés felbőgéstől eltekintve — nem hallott, a vesékre pedig absolute nem hat izgatólag; fehéreje vagy cylinderek egy esetben sem voltak kimutathatók. Ezek alapján Sokal a gonosant a legjobb belső antigonorrhoeumnak mondja, mely a kankós fertőzés gyógyulását rendkívül előmozdítja, és már fájdalomcsillapító hatása miatt is heveny esetekben mindig jávalva van. Ára is mérsekelt. (Wiener med. Presse. 1904. 40. sz.)

A stypticint a gynaekológiában használatos vérzéscsillapító szerek között első helyre teszi Thomen. Legczélsebb tabletták alakjában adni (egyenként 5 centigramm stypticin-tartalommal); ezekből naponként 8 is adható. Heveny dysmenorrhoeás zavarokkal járó idült méhlobokban nagyon jó eredményeket látott a stypticintől, melyet oly módon használt, hogy a menstruatio előtt 5 napig, valamint a menstruatio alatt délelőtt és délután 2—2 tablettát adott. Nagyon jók voltak az eredmények gyermekágyi vérzéseknél is, még pedig nemesak a vérzés megszűnése, hanem a méh visszafejlődése tekintetében is. Oophoritis és parametritis izzadmányok eseteiben is hasznos volt a szer, nemkülönben adnex-megbetegedésekben, fibroma-vérzéseknél és a méh lobos helyzetváltozásainál. A stypticin enyhe narcotikus mellékhatása is sokszor nagyon kedvező az izgatott és álmatlan betegek megnyugtatója szempontjából. (Aerztliche Rundschau, 1904. 40. szám.)

Folyóiratok átnézete.

**Magyar orvosi archívum**, 1904. 6. füzet. *Hári Pál*: A normális emberi vizelet egy új nitrogéntartalmú alkotórészéről. *Mansfeld Géza*: Inanitio és narkosis. *Kuzmik Pál*: A hypernephroma renis. *Faludi Géza*: A gyermekkori gümös hashártyalobok kezelése, különös tekintettel a hasmetszésre. *Kentzler Gyula*: A vér complement tartalmának vizsgálata a tüdővész különböző stadiumaiban.

**Orvosok lapja**, 1904. 48. szám. *Juba Adolf*: A vörheny prophylaxisa. 49. szám. *Vizteleki Frigyes*: Sérvek gyógyítása bőr alá feeskenéssel. 50. szám. *Kolozs Mihály*: Képzelt méhdaganat. *Róth Adolf*: A gépgyógyászat a gyakorló orvos kezében.

**Gyógyászat**, 1904. 51. szám. *Kolosváry Sándor*: A Ficker-féle typhus-diagnosticum használhatóságáról. *Felletár Emil*: Piros tojásfestéssel kévert bor okozta mérgezés miatt bűnvádi feljelentés.

**Budapesti orvosi újság**, 1904. 50. szám. *Manning Vilmos*: Az érzéketlenítés újabb módjairól. *Veszprémi Dezső*: Tenyésztési és állatkísérletek a bacillus fusiformissal és spirillummal. *Sternberg Géza*: Filatow-Dukes-féle „negyedik kór“ esetei. *Wittmann Béla*: A skarlátos synovitisokról.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1904. 50. szám. *Sorgo*: A karcinómától befolyásolt különbségek a radialis pulsuson mellürbeli zsugorodó folyamatok eseteiben. *Fink*: A máj és az epehólyag vizsgálata cholelithiasisban. *Ranzi*: Trichobezoar a gyomorban. *Fröhlich*: Gyökerekes mütét gümőkóros ilcoecalis daganatok eseteiben. *Nicolich*: A prostata-túltengés klinikai alakjai és kezelése.

**Wiener medizinische Wochenschrift**, 1904. 51. szám. *Hochsinger*: Functionalis göresök a gyermekkorban. *Sorgo*: Gümőkórosak éjjeli izzadása. *Ajello, de Meis és Parascandolo*: Kryoskopia a májinsufficiencia felismerésére. *Kapelusck*: A hashártya laparotomiánál.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1904. 51. szám. *Güttler*: Ficker-féle typhusdiagnosticum. *Bibergeil*: Digalen. *Graeffner*: Daganatképződés a központi idegrendszerben. *Raecke*: Hysterias alvás. *Schott*: Hypochondria. *Kronthal*: Psyche és psychosis. *Porkowsky*: Syphilitis oltás lovakon. *De la Camp*: A diabetes mellitus prognosishoz és terapiájához.

**Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1904. 51. szám. *Düring*: A vérkeringési szervek syphiles megbetegedései. *Hoffmann*: Az erythema nodosum aetiologiája és pathogenesise. *Engelken*: Készülék a narcosis biztosítására magas nyomás mellett. *Ahlfeld*: Szappancresol. *Baisch*: Az élő gyermek perforatioja. *Fickler*: Adat a pseudosclerosis ismeretéhez. *Engel*: Exsudatum pleuriticum pulsans et adiposum. *Ide*: A tengeri klíma hatása az asthmára. *Pfeiffer*: Veronal. *Schnabel*: Injectio therapia syphilitisben.

**Le progrès médical**, 1904. 50. szám. *Bourneville*: Nanismus némely alakja és kezelése pajzsmirigygyel.

**La semaine médicale**, 1904. 50. szám. *Parhon és Papinian*: Localisatiók a hypoglossus és facialis magvában.

**British medical journal**, 1904. december 17. *R. Saundby*: Mütéti beavatkozások jávalatai gyomorbajokban. *G. Barling*: Idült indigestio bizonyos eseteinek diagnosisa és sebészi kezelése. *D'Arcy Power*: A duodenalis fekély és kezelése. *A. S. Günbaum*: A rák keltetése ébrényi csirből. *F. Wood-Jones*: A rectum és a húgyivarutak malformatioinak természetete. *J. W. Bond*: A gége bal ventriculusában növe daganat. *W. T. Harris*: Elzsírosodott szív rupturája.

**The lancet**, 1904. II. 25. szám. *W. Arbuthnot Lane*: Az idült obstipatióból eredő gyomorbélbajok sebészi kezelése. *W. Gifford Nash*: A vesemedence jóindulatú bolyhos daganata. *Harvey Hilliard*: Aethylchlorid mint anaestheticum. *L. S. Dudgeon*: Heveny lymphocythaemia. *W. D. Chapman*: Súlyos koponyasérülés két esete. *A. E. Maylard*: A pylorus veleszületett hypertrophiás stenosisa. *W. H. Clayton-Greene*: Vesebaj két esete. *H. Beattie*: Anencephalia esete. *H. A. Lediard és R. E. Sedgwick*: Appendicitis és terhesség. *H. S. Pendlebury*: Appendixbaj három esete. *R. H. Luce*: Subcorticalis agydaganat mütéte.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1904. december 23.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1904-dik év 47. hetében (1904. november 20.-tól november 26.-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1904-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 796,915, katona 16,484, összesen 813,399. Elveszülte 409 gyermek, elhalt 267 egyn, a születések tehát 142-el multak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 26.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17.1, az egy éven felüli lakoságnál: 15.8, az öt éven felüli lakoságnál: 14.9. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 6, meningitis tuberculosa 4, apoplexia cerebri 3, convulsiones 4, paralysis progress. 8, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 0, morbi org. cordi. 18, morbi myocardi 7, vit. valvularum 2, arteriosclerosis 6, alii m. org. circ. 4, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 3, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 8, pneumonia, 18, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 46, emphysema pulm. 6, pleuritis 2, alii m. org. resp. 3, morbi stomachi 2, enteritis 2 éven aluli 5, 2 éven felüli 1, cholera nostras —, hernia incarcerata 4, alii ocl. intestini 0, peritonitis 5, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 3, nephritis 16, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 1, alii m. org.

gen. 1, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 14, paedatrophia 1, marasmus senilis 11, carcinoma ventric. 5, carcinoma uteri 5, alia carcinomata 6, alia neoplasmata 4, morbi tuberculosi 3, diabetes mellitus 4, alii m. constitut. 4, typhus abdominalis 2, variola, varicella 0, morbilli 2, morbilli pneumonia 1, scarlatina 7, pertussis 0, croup laryngis 1, diphth. faucium 7, influenza 1, febris puerperalis 0, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaemia, sepsis 1, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 2, casus fortuitus 4, suicidium 7, homicidium 2, justificatio 0, casus viol. dubii 1.

□ **Pályázati felhívás** a nemi betegségek részéről fenyegető veszélyeket és ezeknek elhárítását ismertető népszerű modorban írt dolgozat elkészítésére. A budapesti kir. tud. egyetem tanácsa az orvoskari tanártestület javaslatára elhatározta, hogy ezen pályázati hirdetés címében megjelölt tárgyról népszerű modorban írt ismertetést készített az egyetemi ifjúság számára. Az egyetemi tanács ilyen lépéssel első sorban az ifjúság egészségét kívánja védelmezni s azt megoltalmazni a nemi betegségeknek gyakran az egész életre kiható következményeitől, de azon czél is lebeg előtte, hogy az egyetemi ifjúságból ily módon katonákat neveljen egy küzdelem számára, melyet a társadalomnak meg kell indítania az emberiséget megromtó, a nemzetet életgyökerében megtámadó ilyen betegségek ellen. A legjobb eszköz erre a felvilágosítás s ilyet nyújtson azon dolgozat, melyre ezennel pályázat nyitott. A pályázati feltételek a következők: 1. A dolgozat legyen rövid, semmi esetre sem több egy nyomtatott ivnél. 2. Legyen a szó szoros értelmében népszerű, mindenki által megérthető, egyszerű és kerülje a phrasisokat. 3. Ismeresse röviden, komolyan és világosan a nemi betegségeket, azoknak terjedési módját és következményeit úgy magára az egyénre, mint ennek környezetére, valamint az alapítandó családra, a nők és gyermekek egészségére nézve. Emelje ki különösen, mily becstelenséget követ el az, a ki gondatlanságból és könnyelműségből ilyen betegséget terjeszt. Tartózkodjék azonban a dolgozat felesleges ijesztéstől és kiszínezéstől. 4. Tárgyalja röviden és világosan a nemi betegségek megelőzésére (elhárítására) alkalmas módokat, a tartózkodás előnyeit és lehetőségét s mutasson rá a szakavatott gyógykezelés szükségességére, valamint ezzel szemben a kuruzslás és a reklámesinálók által előidézett bajokra. 5. Mutasson rá arra is, hogy a szesz italokkal való visszaélés elősegíti a szóban forgó betegségek megszerzését. 6. A pályázók dolgozataikat a szerző nevét és címét tartalmazó zárt jellegű levél kíséretében a budapesti kir. tud. egyetem orvoskari dékáni hivatalához küldik be. 7. A beküldés határideje 1905 márczius 1. 8. A három legjobb pályamunka, melynek absolute is jónak és szak szempontból is hibátlannak kell lennie, 300, 200 és 100 koronával jutalmaztatik. Minden jutalmazott munka az egyetem tulajdonát képezi és általa akár részben tetszés szerint felhasználható. Szerzője még akkor sem nevezetik meg az egyetemi ifjúság használatára kibocsátandó nyomtatványon, ha munkája minden változtatás nélkül erre alkalmasnak bizonyulna. Budapest, 2904. december 6-dikán. *Generisch Antal* dr. s. k., az orvosi kar e. i. dékánja.

∞ **Kérelem.** Az újévtől kezdve megjelenő „Internationales Archiv für Schulhygiene“ szerkesztősége *Schuschny Henrik* dr.-t és *Szuppán Vilmost* bizta meg azzal, hogy az iskolai higiéné köréből Magyarországon megjelenő művekről összefoglaló évi jelentést szerkesszenek. Ebből kifolyólag azzal a kérelemmel fordulnak olvasóinkhoz, hogy az ügy érdekében mindazon műveikből és értekezéseikből, melyekben az iskolaépületek és berendezések, a tanulók, a taneszközök és a tanítás egészségügyi szempontból tárgyaltnak, egy példányt beküldeni sziveskedjenek, még pedig az orvosi irányúakat *Schuschny Henrik* dr. orvos úrhoz (VI., Teréz-körút 32), a paedagogiai irányúakat *Szuppán Vilmos* keresk. akadémiai igazgató úrhoz (V., Alkotmány-utca 11). Az 1904. év folyamán megjelenő műveket és értekezéseket legkésőbbben 1905. január közepéig kéri.

— **Magyarország szemorvosainak egyesülete** végrehajtó bizottsága folyó hó 18-dikán ülést tartott, melyen elhatározta, hogy az egyesület alakuló ülését 1905. pünkösd vasárnapján d. e. 9 órára hívja össze. A megalakulást nyomban követni fogja az első tudományos ülés, mely másnap nyer befejezést. Az első napon a trachoma-, a másodikon a hólyagoperálás kérdése kerül tárgyalásra, melyeket az egyesület 3—3 tagja fog referálni. Ezenkívül az ülés tárgyat fogják képezni a bejelentendő előadások és betegbemutatók is.

× **Lakásváltoztatás.** *Blaskovich László* dr. 1904. november 1-jétől VIII., József-körút 71. sz. alatt lakik.

\* **Hasenfeld Oszkár** dr. orvosi működését San-Remóban újból megkezdte.

— **Az orvosnövendékek száma** az 1904/5. tanév téli felében Budapesten 951, Kolozsvárott 139 volt.

⊕ **A kötelező kórházi gyakorlati év** egyik fele a bajor közoktatásügyi miniszter egy rendelete értelmében a jövőben anatómiai, physiologiai, kórbonczani, gyógyszer-tani és közegészségtani egyetemi intézetekben is leszolgálatos. Félévnél tovább dolgozás ezen intézetekben elvileg szintén nincsen kizárva. Minden említett fajta egyetemi intézetben egyelőre csak 1—1 orvosjelölt alkalmazható; többnek felvétele iránt a ministerium beleegyezése kérendő ki.

— **Helyreigazítás.** Donath Gyula múlt heti cikkének latin szövegében következő értelemzavaró sajtóhibák maradtak meg: A 744. oldal első hasábján alulról a 26. sorban „Janna“ helyett olvasd *Janua*, a 9. sorban „insidi“ helyett olvasd *incidi*, a 3. sorban „situatione“ helyett olvasd *situationi*.

— **Megjelent.** *Barsi Jenő* dr.: A Budapest-Józsefvárosi Orvostársaság ötödik évi rendes közgyűlési meghívója. Budapest 1904. — *Medicinische Klinik*. I. évf. 1. szám. Urban u. Schwarzenberg. Berlin. — A budapesti szüneti orvosi cursusok névsora 1883—1904-ig. Budapest. Lloyd. 1904.

† **Elhunyt.** Magyarországi *Szabó György* dr., Fogaraszvármegyei tisztii főorvosa, nyugalmazott honvédezedorvos 68 éves korában Fogarason.

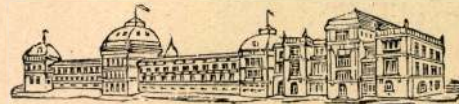
**Egy negyed század!** 25 éve, hogy a széles körben ismert orvossebészi mű- és kötszergyár **Keleti I. Budapest, Koronaherczeg-utca 17.** szerény eszközökkel kezdve, az ország legfényesebb intézeteinek egyikévé nőtte ki magát. Rendkívüli szakismeret, fáradhatatlan szorgalom és szigorú lelkiismeretesség képezik ama tényezőket, melyek által a czég jó hírnevét megszerezni és fenntartani tudta. A gazdagon berendezett raktár a modern igényeknek megfelelően a legkülönbözőbb modern sebészeti műszereket, orvosi, villamos készülékeket, sterilizátorokat, műszerszekrényeket, műtő- és vizsgálószékeket tartalmazza. A czég az orvos uraknak a lehető legmesszebb menő előnyöket nyújtja orvossebészi műszerek és kórházi felszerelések beszerzésénél, úgy hogy egyáltalán nem szükséges ezeket a külföldről hozatni. Fiatal, berendezkedő orvosoknak teljes felszerelések minden áremelés nélkül tetszés szerinti bel- vagy külföldi árjegyzék szerint könnyen eszközölhető részletfizetések ellenében adtnak. A gyár az ipar díszét képezi; készítettnek e szakmába vágó összes műszerek; eszközöltetnek angol műköszörlések, dynamo-nickelezések stb., villamos orvosi készülékek javítása és szerelése jótállás mellett.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**“ Ujjonnan 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.** Telefon 697.

**Dr. Widder Bertalan** operateur **testegyenítő** (orthopädiái) intézete. **Csont- és izületi** (tuberculosikus, angolkóros, rheumás, elgömbült) **betegeknek.** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel. d. e. 11—12., d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.



**Téli fürdőkúra**  
a **Szt.-Lukácsfürdőben**

**Természetes forró-meleg kén források. Iszapfürdők, iszapborogatások,** mindennemű thermális fürdők, hydrotherapia, massage. Olesó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok** és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága** Budán.

## Tátrafüred



1020 meter magas. **Nagyszálló** egész éven át nyitva.

Elsőrendű konyha. Központi fűtés. Villamos világítás. Társalgók. Vízgyógymód. Hízalókúra. Téli sportok. — **Az őszi és téli idény** kiválóan előnyös utalóknak, ideg-betegeknek, vérszegénységnek, kezdődő

légző szervbajoknál, **Basedow-kór**nál stb.

**Teljes penzió lakással naponta 9 koronától feljebb.**

Prospectust ingyen küld az igazgatóság.

## Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet

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

teljes berendezésű mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyenítés. 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.**

## Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere)

dr. Grünwald-féle sanatorium külföldön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenie, almatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor, bélbántalmak, fejfájás, csúsz** stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus. Vezetőorvos: **Réh Béla dr.**

**Lipótvárosi vízgyógyintézet** V., Báthory-utca 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád- (Gärtner tr. szerint) és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

**Tartalom:** XI. szüniei orvosi cursus. 769. I. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (1904. évi április hó 28-dikán a szt. Rókus-kórház I. sebészeti osztályán tartott rendes ülés.) 769. I. — Közkórházi Orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1904. évi október hó 12-dikén.) 770. I.

## XI. szüniei orvosi cursus.

Elnök: Grósz Emil. Titkár: Temesváry Rezső.

A budapesti egyetem orvosi karának előadói 1904. december hó 17-dikén tartott értekezletén a X. szüniei orvosi cursus vezetősége beszámolt az 1904. június havában tartott cursus eredményéről. Az értekezleten jelen voltak: Kétly Károly, Högyes Endre, Jendrassik Ernő, Korányi Sándor, Grósz Emil, Hirschler Agoston, Irsai Arthur, Róna Sámuel, Hochhalt Károly, Temesváry Rezső, Kétly László, Illyés Géza, Reusz Frigyes, Berend Miklós, Győry Tibor, Mohr Mihály, Wenhardt János, Sarbó Arthur, Némái József, Siklósy Gyula, Alapi Henrik, Hüttl Hümér, Donáth Gyula.

Grósz Emil a X. szüniei orvosi cursus elnöke megnyitójában, a melyet tárczarovatunkban egész terjedelmében közlünk, az orvosok továbbképzésére szolgáló külföldi ismételt tanfolyamokat ismerteti s a hazai szervezet továbbfejlesztésének irányait jelöli meg. Temesváry Rezső titkár a 21 év alatt tartott tíz cursus statisztikai adatait táblázatokkal kiegészítve, az előadók rendelkezésére bocsajtotta, egyszersmind a legutolsó cursusról részletesen beszámol. A cursuson 100 orvos vett részt, kiket két csoportban 20 előadó oktatótt. Tapasztalatai alapján azt a javaslatot teszi, hogy a klinikai fő tárgyak mellett, melyeket nagyobb csoportok is hallgathatnak, a kézi begyakorlást igénylő speciális disciplinákban a délutáni órákban kisebb csoportokat alakítsanak, úgy hogy egy-egy speciális tárgyból 4–5 előadó t. ljesítene az oktatást. A cursus gyakorlati jellegének növelésére szolgálva e beosztás.

A cursust a vallás- és közoktatásügyi minister 1000 koronával támogatta, mely összeg az előadók anyagi kiadásainak fedezésére szolgált. A beiratási díj 20 korona volt, s így a cursus tulajdonképen díjtalan. Az összes bevétel 2214 korona 51 fillér, az összes kiadás 1969 korona 50 fillér volt. Pénztári maradvány 245 korona 01 fillér.

Az értekezlet helyeselte a felmerült javaslatokat s épen ezéért ezúttal még egy évre megválasztotta a jelenlegi tisztikart.

Elnök: Grósz Emil, alelnök: Tóth István, titkár: Temesváry Rezső.

A végrehajtó bizottság tagjai: Jendrassik Ernő, Korányi Sándor, Erőss Gyula, Hochhalt Károly, Török Lajos.

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(1904. évi április hó 28-dikán a szt. Rókus-kórház I. sebészeti osztályán tartott rendes ülés.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyzők: Haberern Pál és Dapsy Viktor.

(Vége.)

Navratil köszöni az érdeklődést előadása iránt. Paunz tagtárs felszólalására megjegyzi, hogy az endolaryngeális operálásra mondotak félreértésen alapulhatnak csak, mert előadó határozottan állást foglalt a gégerákoperatio kezelésénél a resectio, esetleg a totális extirpatio mellett, hisz több mint száz esetében csak egyszer operált sikeresen endolaryngealiter. Herczel tanár azon állítására, hogy a puha bárzsingös nem alkalmas a beteg táplálására kiirtott gége és esetleges bárzsingresectio esetében, ezafolatlal bemutató egy 7 nap előtt operált beteget, a kinél az egész géget a gégefedővel együtt kiirtotta, a bárzsing mellő falából jókora részt resectált, a beteget a műtéttől kezdve mostanig bárzsingösön át tápláltatta; az operált a puha ruganyos csövet igen jól tűri, táplálkozása teljesen kielégítő, láza nem volt, köhögése nincs, oly jól érzi magát, hogy gyalog jöhetett az ülésbe.

## Jejunostomia két esete.

Navratil Imre: Az egyik egy 52 éves nő volt, a ki 1902. december havában gyomorcarcinoma minden klinikai tünetével vétezt fel; a már jól tapintható nagy tumor miatt gastrostomia vagy gastroenterostomia javallatott, a műtét alkalmával azonban a gyomor annyira zsugorodottnak és hegesnek találtatott, hogy azt előhúzni és rajta a tervezett műtétek egyikét sem volt lehetséges végezni. E miatt jejunostomia végeztetett nála 1902. december 17-dikén; a sebelfolyás zavartalan volt és a beteg a képzett nyílásnál át tápláltatott; a hányás megszűnt, a beteg 10 hónap mulva 6 kgm. súlygyarapodással kibocsátatott. Ez év márcziusában újra jelentkezett, ismét elsoványodva és kimerülés tünetei közt és április 14-dikén meghalt. Az érdekes bonczélet a következő:

A köldök felett nyílás, mely hozzántott vékony bélkaesba vezet. A gyomor feltűnően zsugorodott, sorvadott, a májjal és omentummal kötőszövetes szalagokkal összenőtt. A jejunum felső kaesa az áthajlásnál 18 cm. nyire a bőrnyíláshoz odanőtt. A pylorikus szájadék szűkült, a nyálkahártya tele hegekkel, közvetlen felette egy mogyorónyi, a submucosában ülő, véres ezafatokkal fedett lágyult gócz. Gyomorban kevés aludt vér.

Ezen hegesedések lehetnek ugyan egy gastritis phlegmonosa lefolyásának eredményei, de ninesen kizárva, hogy lúgmérgezés által okoztattak; több esetük volt, a melyekben a lúgkővet ostyában vették be.

Mindemellett a jejunostomia javallatát az eset lefolyása fényesen igazolja, mert ez a betegnek életét több mint 1½ évvel meghosszabbította és elég tűrhetővé tette.

A második eset egy 22 éves leány, a ki 1903. márczius 17-dikén marólúgot ivott. Miután a sondázás eredményre nem vezetett, 1903. május 4-dikén osztályára véteztet fel és miután a szűkület még a legvékonyabb sondát sem eresztette át, és a beteg még a kevés tejet, a mit nyelni tudott, is kihányta, 1904. május 16-dikán műtét végeztetett nála. Miután a gyomrot teljesen elhegesedve találta és azt előhúzni nem lehetett, jejunostomiát végeztet nála. A sebgyógyulás zavartalan volt, táplálkozás 3 hónapon át csak a sipolyon át történt, azóta kevés folyadékot felülről is tud nyelni, a mely állapot sondázással még javult. Jelenleg a beteg a műtét óta 8 kgm.-mal meghízva sipolyával elég jól érzi magát, felülről nyelni jól tud, de a bejutottat csakhamar kihányja a gyomor zsugorodott volta miatt.

Herczel Manó: A jejunostomiát kiváltképp jóindulatú affectióknál, a hol a gyomor számára nyugalmat kell biztosítani, vagy a hol a beteg állapota oly súlyos, hogy behatóbb műtétet — gastroenterostomiát — előreláthatólag nem képes kiállani, alkalmazza. Carcinománál jejunostomiát csak ott végez, hol a gyomron a carcinoma oly kiterjedést öltött, hogy sem gastrostomia, sem pedig gastroenterostomia számára elegendő ép hely nincs. Főleg olyan carcinomáknál, melyek a kis curvaturát infiltrálni és zsugorítani szokták, fordul ezen állapot elő, a midőn ha a duodenum felső vízszintes szára eléggé mozgékony s könnyen a hassebbe hozható, ezen szokta a sipolyképzést megejteni; ha a duodenum nehezen hozzáférhető, a legfelső jejunumkacsot huzza ki s ezen történik a tápláló fistula képzése.

Sokkal fontosabb szerepet tulajdonít azonban a jejunostomiának a jóindulatú gyomorbántalmaknál; belgyógyászati terapiával szemben makacsul refractur ulcus, profus, gyakran megismétlődő gyomorvérzés, lúgmérgezés által zsugorodott gyomor, végleg elgyengült egyéneknek, képezik ezen esetben az indicatiót.

Különösen felemlítést érdemel egy esete, hol pylorusstenosis tünetei miatt gastroenterostomia retrocolica anteriort kellett, a fennálló nagy összenövések miatt, végeznie; a folytonos hányás, mely a betegnél azelőtt fennállott, ezután sem szünetelt s mivel a gastroenterostomiára szolgáló vékonybélkacsok rövidege miatt entero-enteroanastomosis nem volt végezhető, az elvezető száron jejunostomiát végeztet, melyen át képes volt, retrograd úton, a gyomorbélsipolyt sondázni. Daczára annak, hogy így a sipoly jó functioja biztosítva volt, a beteg folytonosan tovább hányt s a sectionál kiderült, hogy a hányás a gyomornak egy 10 év előtt történt mellkasi szűrés miatt előállt hernia diaphragmaticába való szorulása folytán állott elő.

A technikára nézve csak annyit említ, hogy a Witzel-féle ferde sipoly feltétlen híve, melylyel tartós és kitűnő continentiát sikerült minden esetben elérni.

Dollinger elnök hozzászólása után újból felszólal

Herczel Manó: A Dollinger által ajánlott, tulajdonképen Hacker tervei szerint készült jejunostomiát határozottan hátrányosabbnak tartja a Witzel-félenél: 1. mert az ilyen egyszerű sipoly rövid időn incontinens lesz, ha ugyan continens volt valaha, 2. mert a gyomor vagy bél azonnal való megnyitása vagy nem lehetséges, vagy legalább is nem oly veszélytelen, mint a Witzel-féle sipolynál, mely a beteg táplálását, a mi a többnyire igen leromlott betegeknek végtelenül fontos, a műtét után azonnal megengedi. A Witzel-féle ferde sipoly ezen előnyeivel szemben az a legfeljebb 1–2 percnyi idővesztés, melylyel a ferde csatorna elkészítése jár, nem jöhet szóba. Végre, a mint a drainsövet a sipolyból kihúzza, az utóbbi 24 óra alatt spontan bezárul.

## Jackson epilepsia operált esete.

Navratil Imre: 32 éves földműves, kinek 10 év előtt baltával beverték a fejét. Orvosi kezelés alatt teljesen begyógyult a seb. 5 év mulva feloldala terjedő göresöt kapott egy izben, melyet egy év előtt követett a második s még abban az évben kettő.

A bal parietális csonton a koponya középvonalától körülbelül 2 cm. nyire, a fejtetőn kissé előre felé egy tallérnyi horpadás tapintható. Trepanatio márczius 3-dikán, négy nap mulva két roham, melyek a jobb testfélre szorítóznak. Márczius 8-dikán a rohamok megismétlődtek, beteg mindig eszméletnél volt.

A 12 mm-nyi behorpadás felvése után kitűnt, hogy a bal falcsont kétkorona kiterjedésben van beékelve az agyhártyákba és az öbölbe.

A bő vézést tamponálással sikerült megállítani; a szándékolt osteoplastica a fenti okokból nem volt végezhető, ezt előadó később fogja végrehajtani. A seb, tízfélérnyi terjedelmet kivéve, beszarjadott, beteg jól érzi magát, rohama nem volt.

### Ugrócsont izolált ficzama.

**Prochnov József:** F. A., 49 éves, állványozó napszámos, 1903. április havában, vidéken állítólag nyolcz meter magas állványról esett le, először lába érte a földet, azután hátradólt. Több zúzódon kívül állítólag mindkét alszáron törést szenvedett. A helyi kórházban mindkét alszárát gypsbe tették s ott feküdt hat hétig. A kötés levétele után jobb alsó végtagjára tudott támaszkodni, rálépni, de bal alsó végtagjára lépni nem tudott, a bal lábát duzzadt, fájdalmas maradt.

Budapestre kerülvén, 1903. évi június 18-dikán a dologkórházba vették fel magát.

Vizsgálatnál kitűnt, hogy a bal láb equino-varus állásban van; mellül a lábtón egy csontkemény kiálló púp érezhető, melynek contourjai a talusnak feleltek meg. A viszonyok tüzetes magyarázatát adja a bemutatott Röntgen-kép, melyet Stein kartárs volt szíves készíteni. A kép mutatja, hogy az ugrócsont mellfelé és kifelé ficzamodott.

Az ugrócsont fedett, izolált, idült ficzama volt tehát jelen, a mely valószínűleg az esés és hátradólás alkalmával kifejtett túlfeszítés folytán jött létre.

A követendő gyógyeljárásra nézve elhatározta, hogy először megkísérel a vértelen repositiót, bár az ily idült ficzamnál nem keesegtetett eleve sikerrel; azután, ha a repositio nem sikerül, a véres műtétre, véres repositióra vagy taluskiirtásra tér át.

A vértelen repositio aether-bódításban tényleg nem sikerült. Így hát 1903. augusztus 16-dikán a véres műtétre fogtak. Külső körülbelül 8 cm. hosszú, lefelé kissé domborodó metszés után hatolt be az ízületbe, a feszítő inakat kampóval széthuzatta. Eleinte megpróbálta a már most szabadon fekvő talust helyére nyomni, de az meg sem mozdult; eltávolítását határozta el s fogóval megfogva, csavarással igyekezett helyéből kimozdítani, de erre sem mozdult meg; vésőt vett tehát elő: a csontot kettévészte, a két felét azután eltávolíthatta, összekötéseitől megszabadítva. A sebet bevarrta, a lábat bekötötte. A lábat fel a térdig terjedő gypskötésbe helyezte. A lefolyás zavartalan volt. Két hét múlva előkötés-változtatás, varratok kiszedése, a bőrseb begyógyult, még két hétig gypskötésben volt; azután később járókísérletek, fürdő, massage, ez az utókúra hosszabb ideig tartott, de végül a sérült bot segítségével jól járva november 27-dikén elhagyhatta a kórházat.

Az ugrócsont kiirtása utáni viszonyokat feltűnteti a bemutatott második Röntgen-kép.

### Idült könyökficzam véres helyretevése.

**Prochnov József:** Idült, több hetes könyökficzam vértelen beigazítása ritkábban sikerül, mint az idült vállficzamé. S tekintetbe véve, hogy a többé-kevésbé nyujtott, mozgékonyágában korlátozott végtag functioja nagyon akadályozott, a vértelen beigazítás sikertelensége esetén a véres műtét indikálva van; véres úton igyekezzenek a ficzamatot repozíálni s a mennyiben ez sem sikerül, resectioval a végtagot használatra legalkalmasabb helyzetbe (derékszögbe) hozni, a mely a betegnek mindenestre nagyobb előnyt nyújt, még ankylosis esetében is, mint a ficzamodott végtag. Ha a véres repositioval sikerül több-kevesebb mozgékonytságot is elérni, annál előnyösebb lesz a betegre nézve.

Ezen szempontoktól vezéreltetve járt el esetében is.

U. V., 21 éves, sümei napszámost 1903. december 9-dikén bika öklelte meg, elesett s jobb könyökét kificzamította. Felvétetett a dologkórházba 1904. január 16-dikán. A jobb könyök hátsó ficzamának tünetei voltak jelen, a mint azt a Röntgen-kép is mutatja.

Megkísérelték a vértelen repositiót, pusztá kézzel, egyéb készülék híján, de eredménytelenül s azért 1904. február 5-dikén a véres műtétre tértek át. A könyök hátsó felületén, közepén hatolva be az ízületbe, az izvek hátsó illetve külső felületét szabadította ki, erre azután a vértelen repositiónál alkalmazni szokott módon próbálta a visszahelyezést, de ez nem sikerül. Ekkor Fischer ajánlatára a kar hajlítása mellett egy elevatoriumot a felkar és singesont közé helyezett s a most alkalmazott nyújtás illetve húzásnál az izvek normális helyzetbe jutottak. Az ízület bevarrják kis gaze-draine-nek való hely kivételével. Azután bekötés és gypskötés alkalmazása a végtag derékszögben tartásával. Zavartalan lefolyás. A műtét után öt héttel a drainezés helyén van még kis sarjadzó felület, mely néhány nap múlva szintén begyógyult. Csekély activ, több passiv mozgathatóság van az ízületben, bár a beteg nagy érzékenysége miatt úgy a mozgatas, mint a massage csak kis fokban vihető ki, de ez naponként javul, úgy hogy beteg kezével túldoldali vállát, fülét érintheti. Kivánságára márczius 18-dikán kibocsátották. A helyretett ficzam képét mutatja a második Röntgen-kép.

### Pyonephrosis esete. Vesekiirtás. Gyógyulás.

**Prochnov József:** S. S., 34 éves, bérkocsis neje felvétetett 1903. július 28-dikán Jordán főorvos osztályára. Beteg nő pár hóval felvétele előtt veszi észre, hogy vizelete zavaros. Orvoshoz fordult, ki hólyaghurut kórismével kezelte, hólyagját mosta. Láza ritkán csekély hidegrázás kíséretében jelentkezett. Hólyagtáji fájdalmi, gyakori vizeleti ingeri nem voltak, jelenleg sincsenek. Panaszaizt zavaros vizelete, deréktáji fájdalmi és folytonos gyengülése képezik.

**Jelenállapot:** Gyengén fejlett és táplált igen halvány nőbeteg mellkasi szervei épek. Baloldalt a mesogastrumban a köldökig terjedő, érzékeny, légzőmozgásokat követő tumor konstatalható, mely felfelé a bordaív alatt vész el. Hasban egyébként normális viszonyok vannak. Hólyagtáj nem fájdalmas. Vizelet fajsúlya 1014, zavaros, lúgos kémhatású, göreső alatt óriási mennyiségű polynucleáris leukocytát tartalmaz. A hólyag öblítésre hamar feltisztul. A jobb veséből normális vizelet ürül, míg a baloldaltól csak néhány csepp, az is genyszerű volt.

Genitaliakon csekély cervikális hurton kívül semmi eltérés. Genyes vizelet, baloldali vesetájai fájdalmassága az ugyanitt tapintható tumorról, hólyagöblítésre az öblítő folyadék gyors feltisztulása, szabálytalan hidegrázással járó hőemelkedések, a disgregatioval nyert lelet kétségen kívülivé tették a baloldali vese pyonephrosisanak diagnosizát.

Hosszadalmas urotropin-, helmitol-, salolkezelés semmi javulást nem hozván létre, a beteg fokozódó gyengülése a műtét beavatkozást tette indikáltá.

A sebészi beavatkozás pyonephrosis esetében a nephrotomia vagy nephrectomia. Vannak, kik a beteg állapotára való tekintettel előbb nephrotomiát végeznek s csak később, ha a beteg erőbeli állapota javul, szükség esetén fognak a vese kiirtásához. Kétségtelen, hogy a vese-metszés egyszerűbb műtét, de viszont a beteg ki van téve annak, hogy genyretentők, vesekőrüli gyuladások a lefolyást hosszadalmassá teszik s így a cél, hogy a beteget bajától megszabadítsák, el nem érik; a másodlagos nephrectomiának pedig szintén megvannak a nehézségei, sőt fokozottabb mértékben, mint a primaer műtétnek (Dollinger). A vesekiirtásnak természetesen meg van az a feltétele, hogy a másik vese ép, functioképes legyen.

Esetükben a diagnosiz meg volt állapítva; meg volt állapítva a másik oldali vese épsége és functioképesége s így elhatározta a kóros vese primaer kiirtását.

A műtét október 23-dikán végeztetett; a műtétnél Fischer műtőorvos volt szíves közreműködni.

A ferde metszéshez a daganat nagysága miatt még egy felfelé irányuló metszést kellett esatolni s az utolsó bordát kettévágni, hogy a vesét kiszabadíthassák. Hátsó felületét könnyű volt kiszabadítani, de mellső felülete, alsó és különösen felső polusa erős, vastag, kötőszöveti képletekkel kapaszkodott össze, úgy hogy késsel, ollóval praeparativ módon kellett a nagy, genyes tömlővé átalakult vesét szabaddá tenni, miközben megtörtént, hogy mellül körülbelül 4 cm.-nyire a hashártya beszakadt; a szakadást varrattal egyesítették. Ezután a kocsaný leiszoritása fogókkal s a vese lementése következett. Az edényeket s az uretert külön-külön lekötötték. A nagy sebüreget steril gazezal töltötték ki; a sebet pedig néhány varrattal kisebbitették.

A lefolyás, leszámítva az első napokban mutatkozott 38-40-ig terjedő hőemelkedést, különben zavartalan; a beteg vizelete szinte normálissá lett s a kellő mennyiségben ürült.

A nagy sebüreget, lassan bár, kitöltődött sarjakkal, úgy hogy 1903. december 21-dikén a beteget még kis sarjadzó járattal bocsáthatták el. Mint ambulans kötöztette ezt a sebet, mely 1904. márczius havában teljesen begyógyult.

A kiirtott vese kórboneczani lelete szerint tulajdonkép egy nagy genyes tömlőt tüntetett fel, melynek falzatát vastag kötőszöveti képletek alkották, a veseállomány majdnem teljesen tönkrement.

Elnök az ülést bezárja.

## Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1904. október hó 12-dikén.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Folyt.)

### Psorospermosis follicularis vegetans.

**Kollarits Béla:** N. F., 22 éves, kórházi szolga a Darier-féle betegség típusos képét mutatja. Nékám bemutatása az esetet 1901-ben az Orvosegyületben és az esetről egy dolgozatában is megemlékezett. A betegség ritka volta, a therapiával szemben tanúsított makacsága és állandó terjedése indította szót arra, hogy újból bemutassa. Már az 1899-1902. terjedő időben constatalható volt a baj terjedése, az utóbbi időben az öv körül és a bal alkar hajlító felületének bőre betegedett meg. A betegség 1894-ben kezdődött a homlokon és halántékon, honnan fokozatosan terjedt át az inguinális tájék, a tarkó, a hónalj, a nyak, a mell, a hát és a has bőrére. A fejbőrön 1900 közepén észlelték az első efflorescentiákat; 1901 elején a folyamat a kemény szájjpad és az ajkak nyálkahártyáján is jelentkezett; az említett helyeken a bőr számtalan gombostüfejni, aggregált, de össze nem folyó, apró papillával borított, melyek az arcz kivételével mindenütt piszkosbarna, durva, tűnött, conikus, pörkszerű szárufrakodással borítottak. Az inguinális hajlatban a göbök lágyabbak, nagyobbak, de erősebben kifejezett vegetatio nélkül. A kézhát bőrén a szárufrakodás hiányzik, és a kiütés nagyon emlékeztet a verrucae planaera. A kemény szájjpad, valamint az ajkak nyálkahártyája apró miliaris göbökkel van borítva. A tenyér és talp bőre, valamint a körömök nem afficiáltak. A beállított készítményeken a Darier-féle corps ronds-ok kitűnően láthatók. A betegség prognosisa quoad vitam jó, quoad sanationem rossz, a mennyiben a baj nálunk és Bécsben foganatosított számos gyógyeljárás szemben javulást nem mutatott. A Röntgen-kezelés is kevés eredménnyel járt. A psorospermosis follicularis vegetans név nem megfelelő, helyette a Nékám által proponált epitheliomatosis miliaris benigna vagy egyszerűen Darier-féle betegség elnevezés veendő.

### Tuberculides papulonecrotiques esete.

**Kollarits Béla:** N. J., 19 éves, földműves, családjában tuberculosi s vagy scrophulosis nem constatalható. Betegségekről nem tesz említést, tüdeje ép; egyedül a nyaki mirigyek mérsékelt megnagyobbodása van jelen. Állítólag egy év óta tart jelen baja, mely akkor a bal alszáron kezdődött és egyes rohamokban terjedt, míg gyógyulás csak kis mérték-

ben jelentkezett. A primaer elváltozás, mint az első jelentkezésekor észlelték, kendermagnyi-borsónyi felületes infiltratum, mely centrumában hamar ellágyul. Kis, gombostüfejnű pustula képződik, melyből kevés hig geny ürül. A pustula csakhamar crustává szárad, melynek eltávolításánál egy, még alig lencsényi, éles szélű ulceratio tünik elő. A gyógyulás pedig ennek megfelelően élesen körülírt, besüppedt heggekkel történik, mint a minőket a folliculitis necroticánál észlelnek. Az alszárakon a bőr livid kék, a jelzett apró ulceratiókkal fedett, rostaszerűen átligattott. A likacsokból nyomásra hig, véres geny lép elő, kevés szövet-detritus keverve. Az alkarok feszítő oldalain ezzel ellentétben gruppirozottság nincsen. A nagyobb részt besüppedt crustával fedett, borsónyi, kékesrózsaszín papulák szétszórtak, gyógyulásuk helyén a leírt jellegző heggel. A bal ccomb belfelületén egy férfitenyérnyi, spontán gyógyult terület, mely számtalan lencsényi, lividkék, besüppedt heget mutat. A betegség viszketéssel nem jár. **Diagnosis:** tuberculoides papulonecrotiques, mely kóralak az irodalomban még a következő nevek alatt szerepel: Hidroadenitis suppurativa destruens, folliculitis des parties glabres a tendance cicatricielle Brocq, dermatitis nodularis necrotica Török-Philippson, és magában foglalja a Barthélemy által leírt acnitis és folliculitist. Az alsó végtagokon levő elváltozás a papulák felületes fekvése, kicsinysége és gruppirozottsága miatt az utóbbi kóralaknak, míg a felső végtagokon levő inkább az acnitis typusnak felel meg, a nélkül, hogy ezzel a histologie összetartozó, kétféle megjelenését egy és ugyanazon betegségnek különválasztani akarnák. Esetükben a betegséget a tuberculosissal összefüggésbe hozni nem sikerült. Histologie a verejtékmirigyek és a verevények körül kereksejtes beszűrődés látható, elvéve néhány óriássejtet. Nekrosis, sajtos képzés az excedált bőr-részen nincsen.

#### Diphtheriás gégeszűkület műtétiileg gyógyított esete.

**Pólya Jenő:** H. A., 4 éves, újságárús leánya, 1903. augusztus 28-dikán lett beteg s 1904. szeptember 1-én vétetett fel diphtheriával a szt. László-kórházba. Még aznap intubálni kellett és ezen intubációt a következő napokon naponta többször is kellett eszközölni; már szeptember 9-dikén a tubuson levő barna lepedékből arra lehetett következtetni, hogy decubitus van jelen, azonban a beteg állapota az intubatio további folytatását szükségessé tette. Szeptember 12-dikén a beteg a jól behelyezett tubus daczára sem bírt lélegzeni s ekkor tracheotomia inferior végeztetett nála, a súlyos asphyxiából a beteg csak 1/2 órai mesterséges légzés után tért magához s ettől kezdve állapota javult. A diphtheriás folyamat lezajlása után megkísérletet a decanulement; ez azonban nem ment, mert a beteg bedugott canullel lélegzeni nem tudott; azután megpróbálták az intubációt kombinálni a canule bedugásával, s ez november néhány hetében sikerre is vezetett olyképen, hogy extubatio után tudott a beteg néhány óráig, egészen 12 óra hosszat is bedugott canullel és tubus nélkül lélegzeni; december elején azonban ezen állapot újra rosszabbodott, az extubatio után is a canule bedugását csak mind rövidebb ideig bírta elviselni s az intubatio is mind nehezebbé vált; december 21-dikén már csak az egyéves tubus ment bele a gégebe és semmiképen vastagabb csővel intubálni később sem lehetett s ezért műtét czéljából Gerlóczy főorvos szíveségéből Herczel tanár osztályára helyeztetett a következő jelenállapotban:

Mérsékelt táplált, korához képest elég jól fejlett gyermek nyakán tracheotomia inferiornak megfelelő 4 cm. hosszú heg, ennek közepén a gégebe vezető sipoly nyílás, melybe canule van helyezve; a canule kihúzása s a sipoly nyílás befogása után rögtön erős dyspnoé jelentkezik, úgyszintén akkor, ha a canule nyálkával eltömődik; a gyermek ilyenkor egészen kék lesz. A gége egyéves tubus számára átjárható, de két- és hároméves részére nem. Meglehetősen erős bronchitis.

Laryngoskopikus vizsgálat a beteg nagy nyugtalansága miatt nem volt kivihető.

Ezen makacs bronchitis megszűnéséig várni kellett a műtéttel s így a műtetre csak f. évi április 8-dikán került a sor; ezen idő alatt a gyermeket jól feltáplálni is sikerült.

A műtétet Herczel tanár szíves megbízásából chloroformnarcosisban végezte Winternitz főorvos szíves assistentiájával. A műtét lógó fej mellett történt. A bőrmetszést az os hyoideumtól a régi tracheotomia helyéig vezette s a glandula thyreoidea isthmusát két catgutaláltséssal köztámasztva, szabaddá tette a gége egész mellső felületét. Ezután felhasították a géget az incisura thyreoideától a sipolyig. Ekkor kitűnt, hogy a gége lumen már porcváza is erősen megvastagodott, a gége lumene igen szűk, de nemesak egy körülírt helyen, hanem a szűkület cylindrikus s a gége egész hosszára kiterjed, logerősebb fokú azonban a cart. cricoidea táján; itt egy promináló, kb. 6 mm.-nyi széles heggöteget kimetsznek, a többi kóros hely nyálkahártyáját azonban nem lett volna célszerű kimetszeni, mert akkor a géget egész hosszában a hangszálaktól a cricoidea alsó széléig le kellett volna a porcvázisig esupaszítani s azért a gége lumenét azáltal tágitotta, hogy két hosszirányú függőleges bemetszést ejtett végig a gége egész hosszában, azután egy vastag jodoformhengert nyomva belé, e fölött a cart. thyreoideát két vastag catgutöltéssel egyesítette; a borseb egyesítése után tamponad, kötés.

A sebgyógyulás teljesen simán, reactio nélkül ment végbe; nyolcz nappal a műtét után a gazehengert kivette, s ezután a gége sebesen rapide besarjadzott, úgy hogy további két hét alatt teljesen begyógyult a canule helyéig. Azután a canule bedugása után teljesen szabadon légzett és ezért május 16-dikán teljesen decanulirozták; a canule helye június végén záródott el.

Jelenleg a beteg könnyen vesz lélegzetet, hangja bár kissé fátyolozott, jól érhető és elég messzire hallható; a nyaki heg teljesen consolidálódott, levegő rajta nem jó át; laryngoskopikus vizsgálatnál (Lip-seher) a hangszalagok jól mozognak, a hangrés szabad, az interarytaenoidális tájon egy hosszirányban futó fehér heg látható.

#### Appendicitis utáni bélszűkület. Entero-enteroanastomosis. Gyógyulás.

**Pólya Jenő:** P. J., 29 éves napszámos Gyetváról. Hat év előtt egy hétig tartó erős hasfájdalmi voltak; ezután teljesen jól érezte magát három év előtti, a mely idő óta hasában koronként nagy görcsöket érez, melyek eleinte hetenként 2-3-szor, később naponta, majd naponta többször s folyó év nyara óta majdnem folytonosan jelentkeznek, néhány percig tartanak s korgás kíséretében szűnnek meg; utóbbi időben szelei nem mennek s széke igen nehezen van, még hashajtó használata után is. Ezen panaszokkal vétetett fel 1904. augusztus 22-dikén Hochhalt főorvos osztályára, honnan műtét czéljából Herczel tanár osztályára helyeztetett át a következő jelenállapotban:

Lesoványodott, halvány férfi mellkasi szervei épek, a has jócskán puffadt; a köldök alatt erősen tágult, loccsanást mutató belek contourjai láthatók a vékony hasfalon át; koronként egy-egy kacs megkeményedik, majd ezen keményedés korgás kíséretében eltűnik, a megkeményedés a subjectiv fájdalomérzéssel egybeesik.

Ezen tünetek alapján a diagnosist bélstenosisra téve, mely valószínűleg a coecum táján székel, láttak a műtéthez folyó év szeptember 9-dikén. A műtétet Herczel tanár szíves megbízásából chloroformnarcosisban végezte. A középvonalban a köldöktől a symphysisig terjedő metszessel behatolva, kitűnt, hogy a vékonybelek egész a coecumig s ez irányban fokozódólag tágultak; az utolsó ileumkacsok egész alkarvastagságúak. Peritoneum sima, fénylő. Hogy a coecum tájviszonyairól jobban tájékozódhassanak, a köldök alatt egy harántmetszést vezetnek a hasfal s ekkor kitűnt, hogy a vakbél körül erős, kemény összenövés van, a belek itt szívós adhaesiók által annyira egy conglomeratummal vannak összeforva, hogy ennek megbolygatása nem látszik helyesnek, hanem azt határozta, hogy az igen collabált hüvelykujvastag colon ascendens s a puffadt vékonybél közt anastomosisit létesítenek. Ezt a kacsok isoperistaltikus elhelyezésevel s kétréteges csomós varrat által eszközölték, a szűkület helyétől a vastagbélben 15, a vékonybélben 25 cm.-nyire egy jókora, 8 cm.-nyi anastomosis-nyílást készítve. A varratot csepleszszel fedik. Átöltő hasfalvarrat. Kötés.

A sebgyógyulás teljesen reactio nélkül, per primam történt, szelek a műtétet követő, széket a műtét utáni negyedik napon; szeptember 12-dikén és 13-dikán bronchitis miatt lázas, egyébként teljesen láztalan. Jelenleg teljesen fájdalommentes, széket, szélűritése rendes, jól érzi magát és hizik.

## PÁLYÁZATOK.

11,414/1904. alisp. sz.

A Vizakna rendezett tanácsú városnál lemondás folytán megüresedett városi tisztiorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom ennélfogva azon orvostudorokat, a kik ezen 1000 korona fizetéssel s szabályrendeletileg megállapított beteglátogatási és rendelési díjakkal javadalmazott állást — melylyel nyugdíj jogosultság jár — elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, valamint a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket — a menyiben ez idő szerint alkalmazásban vannak, hivatali előjárójuk útján — különben pedig közvetlenül Vizakna város polgármesteréhez 1905. évi január hó 5-dikéig adják be.

Megjegyzem, hogy a megválasztandó városi orvos a banya- és fürdőorvosi teendőket elvállalhatja, a melyekért külön-külön megfelelő díjazás jár.

A választás a város képviselőtestülete által a január hó 11-dikén tartandó közgyűlésben fog megejtetni.

Nagy-Enyed, 1904. évi december hó 14-dikén.

2-1

Száva Gyula, alispán.

30,321/1904. sz.

A kaposvári közkórháznál rendszeresített és évi 1000 korona fizetés, élelmezés és szabad lakással javadalmazott orvos állásra pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket igazoló és Somogy vármegye főispánjához címzett kérvényüket f. é. december 30-dikéig alólírothoz annál is inkább nyújtják be, mert a később beérkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Megjegyzem, hogy a közkórháznál a belügyministerileg jóváhagyott szabályzat 45. §-a értelmében az orvosok inspektiósi szolgálatot tartoznak teljesíteni. A kinevezés ideiglenesen és 2 évre történik, s ezen állásra csak nőtlen orvos pályázhatnak, magánpraxis megengedve nincsen.

Kaposvár, 1904. évi december hó 18-dikén.

2-1

Alispán helyett: a főjegyző.

Nagyméltóságú gróf Wenckheim Frigyes lébeny-szt. miklósi uradalomban (Mosonvármegye) az orvosi állás megürülvén, annak 1905. évi február hó 1-ére való betöltésére ezennel pályázatot hirdetek az alábbi évi javadalmazással. Szabad lakás külön udvarral. Kézpénz 1300 korona. Búza 8 hektoliter. Kétszeres 12 hektoliter. Arpa 4 hektoliter. Szemes tengeri 4 hektoliter. Óbor 2 hektoliter. Kemény hasáb tűzifa 30 köbméter. Lág hasáb tűzifa 30 köbméter. Kert 600 négyszögöl. Tengeri-föld 2400 négyszögöl. Számos sertés tartás.

A pályázók pályázatukat legkésőbb 1905. évi január 20-dikéig a lébeny-szt. miklósi uradalmi felügyelőséghez adják be, hova pályázók bővebb felvilágosításért is fordulhatnak.

4-1



A máramarosvármegyei közkórhazban megválasztás folytán egy segédorvosi állás jött üresedésbe, mely mielőbb betöltendő.

Az állás javadalmazása évi 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, villamos világítás és elsőrendű élelmezés.

Felhívtnak azon női orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényeiket egyenesen hozzám nyujtsák be.

Máramarossziget, 1904. évi december 6-dikán.

3-3

Szilágyi István dr., igazgató-főorvos.

4251/1904. szám.

Torontál vármegye antalfalvai járásába bekebelezett oppovai körorvosi állás lemondás folytán megüresedett, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket hozzám 1905. évi január hó 10-dikéig nyujtsák be.

Az orvosi javadalmazás:

1. Évi fizetés 1800 korona.

2. A szabályrendeletben megállapított látogatási és hússzemlézeti díjak.

Figyelmeztetnek végül pályázók, hogy a megválasztandó körorvos a községi és körorvosok nyugdíjintézetbe tartozik belépni.

Antalfalva, 1904. évi december hó 1-sején.

3-3

Lowieser Imre, főszolgabíró

4252/1904. szám.

Torontál vármegye antalfalvai járásába bekebelezett Csenta községi orvosi állás lemondás folytán megüresedett, erre ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-a alapján felszerelt kérvényüket hozzám 1905. évi január hó 10-dikéig nyujtsák be.

Az orvosi javadalmazása

1. Évi fizetés 1600 korona.

2. A szabályrendeletben megállapított halottkémi, hússzemlézeti és 40 fillér helyi látogatási díjak.

Figyelmeztetnek végül pályázók, hogy a megválasztandó körorvos a községi és körorvosok nyugdíjintézetbe tartozik belépni.

Antalfalva, 1904. évi december hó 1-sején.

3-3

Lowieser Imre, főszolgabíró.

#### Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
decz. 27.	k s.-orv.	Szeged	1000 kor., ellátás	Lázár György polgárm.
jan. 10.	körorv.	Mocsolya	1400 k., 600 k. fuvar, szabad lakás, gyógytár	Taszary fszb., Zilah
	pénzt. o.	Csepel	1200 korona	Által. munkásbetegség- gélyzőpénzt. igazg.
jan. 15.	alorvos	Nagytapolasány	1200 kor., ellátás	Markhot alisp. Nyitra

#### 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 hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizzereskedésekben vagy a Salvator-forrás Igazgatóságánál Eperjesen.

**Dr. Kern Géza**  
rendelő-intézete  
nőbetegek számára

IV., Koronaherczeg-utca 6. szám, I. em.  
(Háris-bazár mellett.)

Forróvíz-  
kezelés  
Villanyozás  
Massage  
Vibratio  
Telefon 989.

Javalva  
vérszegénység, angolkór, ideg-  
gyengeség, vérbomlás és kime-  
rültségi állapotok minden fajánál  
mint leghathatósabb erősítőszert  
és megbízható ideg-  
zsongító.

# Sanatogen

Teljesen inger nélküli, ki-  
fogástalan ízű, betegek szive-  
sen veszik be.

Orvos uraknak kísérleti anyagot és irodalmat  
kivánatra ingyen és bérmentve küld

**Bauer & Cie., Sanatogenwerke,**  
Berlin, SW. 48.

**SALIT.** (Salicylsavbornylester.) Mint **külsőlegi** szer ki-  
válóan kedvező hatással minden meghűlés után  
fellépő **rheumatikus** és **neuralgikus** fájdalmaknál, **izületi csúz,**  
**izomcsúz** és **ischiasnál.** A megbetegedett testrészek bedörzsöl-  
lendők Salit és Olivaolajból készített vegyülekkel, rendszeresnaponta  
2-szer 1/2—1 kávéskaucányi mennyiséggel. — Salit rendkívül olcsó.

**COLLARGOL.** **Septikus megbetegedéseknél** (Sep-  
ticaemia, Puerperal-folyamatok —  
prophylaktikusan szüléseknél is — endocaditis, lépfene stb.)  
oldatnak az intravenös befecskendezéshez és clysmákhoz, mint  
„Unguentum Credé“ bedörzsölésnek. — **Sebkezeléshez** tabletták  
alakjában stb.

**ACOIN.** **Helyi anaestheticum** a sebészet, szemészet és  
fogoperatiók részére. **Ötször olcsóbb** mint  
a **cocain** és a mellett **sokkal intensívebb** és **hosszantartóbb**  
**hatás;** a cocain mérges befolyásától mentes. 2.)

Próbákat és irodalmat küld:

**Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.**

# Fersan

(Jolles)

**Vas- és phosphortartalmú tápláló- és**  
**erősítő szer.** — Körülbelül 90% vízben oldódó és  
**felbontott fehérjeanyaggal.**

Jelentékeny haemoglo- || Fokozza az étvágyat,  
bin és vörös vérsajt-sza- || növeli a testsúlyt és erő-  
porodást idéz elő. || sít az idegeket.

Számos orvos urak kívánságának engedve, hogy készítményeink  
szegényebb betegek részére is rendelkezhető legyenek, készítmé-  
nyeinket az eddigiek mellett egy

**új, egyszerűbb és olcsóbb csomagolásban**  
is forgalomba hoztuk.

25 gm. pornak ára ily olcsóbb csomagolásban csak 1.— kor.  
50 drb. pastilla a 0.5 " " " " " 1.50 kor.  
50 " " a 0.25 " " " " " —.85 fill.

Minden gyógyszerárban kapható.

Irodalom és minták az orvos uraknak ingyen rendelkezésükre  
állanak.

**Fersan-Werk: Wien, IX/1, Berggasse 17.**