Negyvenegyedik évfolyam. 40. szám. *Budapest, 1897. október 3.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az intubatio alkalmazása a gyermekgyakorlatban, a diphtherián kivül.

Közli: *Bókay János* dr., egyet. rk. tanár, a budapesti „Stefánia"-gyermekkórház igazgatója.[1]

Uraim!

Az *O'Dwyer* eljárás, mely diphtheritis laryngisnál tizenkét év után ma már majdnem mindenhol általánosan használt eljárás, mint irodalmi adatok mutatják, egyéb stenotikus megbetegedéseknél is mindinkább tért hódit magának.

Jelen előadásom czéja, saját észleleteim alapján, az intubatio egyes javallatainak lehető megvilágositása.

1. *Az intubatio alkalmazása luetikus szükületeknél, nem luetikus heges stricturáknál s laryng. subglott. chron. hypertrophicánál.*

O'Dwyer 1885. deczember havában kezelte az első idült larynx-stenosist intubatióval.[2] A beteg 40 éves tertiaer luesben szenvedő nő volt, kinél a stenosis lassan, két év alatt fejlődött ki. Ekkor szerkesztette *O'Dwyer* a felnőttek számára szolgáló tubus-sorozatot. Szerző ezen esetben először csak a legnagyobb gyermekkori tubust vezethette keresztül a szükületen, néhány nap után azonban már fokozatosan nagyobb és nagyobb tubust alkalmazhatott s 15 havi következetes kezelés után a heg végre elvesztette szükületre való hajlamát s a beteg felgyógyult.

O'Dwyer ily módon maga kiterjesztette az intubatiót az idült stenosisok kezelésére is kezdettől fogva s oly eredményeket látott intubatióval idült keletkezésü szükületeknél, hogy már 1887-ben az alábbi önérzetes nyilatkozatot tehette:

„*Had intubation of the larynx proved a complete failure in the treatment of croup, I should still feel amply repaid for the time and expense consumed in developing it, for I believe it offers the most practical and rational method yet devised for the dilatation of chronic stricture of the glottis.*"

George M. Lefferts 1890-ben aránylag nagyobbszámú esetei alapján már részletesen kifejti az intubatio használt a syphilis okozta különböző természetü szükületeknél[3] s szerző ezen nagy értékü közlése óta mind nagyobbszámú esetközlés (*Simpson, Valdo, Cheatham, John O'Roe, Massei, Rosenberg*) demonstrálja az *O'Dwyer*-eljárás alkalmazhatóságát a luetikus stricturáknál.

A nem luetikus heges stricturáknak intubatióval való kezelésével *O'Dwyer*-en kivül *Dillon Brown, Metzeroff, Cholmeley, Ranke, Rosenberg, Schmiegeloff, Guyer, Hartwig, Chiari* foglalkoztak s az általuk elért eredmények csak megerősitik *O'Dwyer* fent idézett kijelentését.

Laryngitis subglottica chron. hypertrophicánál az intubatio alkalmazását *Ranke, Chiari* s *Rosenberg* ajánlották; t. barátom *Baumgarten* dr. kórházi gégészünk, intézetünk anyagából 1893-ban szintén közölt egy idevágó esetet, s ezen észlelet is kétségtelenül mutatja az *O'Dwyer*-eljárás fölényét, adott esetben, a megszokott kezelési módok, igy a *Schrötter*-féle eljárás felett.[1]

Saját ide vonatkozó eseteink a következők:

1. *Heges gége-strictura esete.*

K. Margit, 2½ éves leányka, 1894. november 30-dikán torok- és gégediphtheritis tüneteivel megbetegszik, minek folytán a gyermeknél serumkezelés és intubatio vétetik alkalmazásba. A kis betegnél a diphtheria kedvező lefolyást vesz, a tubus végleges eltávolitása azonban deczember végéig sem sikerül a gégében fejlődött fekélyződés folytán (a tubus a gégében összesen körülbelül *400* óráig feküdt). A gyermek, ki vidéken kezeltetett, deczember 29-dikén felhozatik a kórházba, másodlagos légcsőmetszés végett. A műtét síma lefolyású, canule-lel a beteg jól légzik. Január 16-dikán morbilli fejlődik, melyet csakhamar súlyos hurutos tüdőlob követ. Canule változtatásoknál a trachealis sebet befogva, a gyermek úgyszólván rögtön cyanotikus lesz. Február 17-dikén, tehát 50 nappal a légcsőmetszés után, intubatio kisértetik meg, de sikertelenül, mert a legkisebb tubus is csupán a hangszalagokig volt tólható, hol megakadva, a tubus a légcsőbe be nem vezethető. A gégének heges elzáródását sondával való vizsgálat is bizonyitja; a trachealis nyiláson sondával felfelé haladva 1½ cm.-nyire érezhető a gége lumenét elzáró *heges diaphragma*. Miután a gyermek a nyári hónapokat üdülés czéljából falun töltötte, október 31-dikén laryngofissio végeztetett, a *Trendelenburg*-féle tampon-canule előzetes bevitele mellett; a gyürüporcz magasságában levő hártyás-heges diaphragma átmetszetett. Műtét után a *Collin*-féle 1. sz. rövid tubus vezettetett a gégébe. Deczember 1-jén a *Trendelenburg*-canule eltávolittatik s helyébe ablakos kautschuk-canule helyeztetik. 22-dikéig a *Collin*-tubus állandóan a gégében van; bedugott ablakos canule-lel a lélegzés tubus-szal, sőt a nélkül is rövid időre nyugodt. Miután étkezésnél a folyékony táplálék a canule-ön át kifolyik, a gyermeknél minden táplálás előtt extubatiót végzünk. November 22-dikén a gyermek korának megfelelő 2. sz. rendes *O'Dwyer*-tubus helyeztetik a gégébe s a canule eltávolittatik. Másnap a beteg a tubust kiköhögi s két óráig tubus nélkül is teljesen nyugodtan lélegzik, ekkor azonban hirtelen asphyctikus lesz, úgy hogy a canule gyors visszahelyezése daczára, ½ óránál tovább tartó mesterséges légzéssel volt csak ismét eszméletre hozható. November 25-dikén a 3. sz. *O'Dwyer*-tubus alkalmaztatik s deczember 1-jétől naponként csak az éj idejére intubáltatik, míg nappal 8—12 órát légzik tubus nélkül tűrhetően. A tracheotomia helyén kis sipoly-nyilás látható, mely daczára az ismételt lapisolásnak és *Paquelin*-égetésnek nem záródik. Deczember 9-dikén a 4. sz. tubust alkalmazzuk. 12-dikétől 21-dikéig a gyermek tubus nélkül is nyugodtan lélegzik; a 21-dikén megejtett intubatio alkalmával a tubus a hangszalagok alatt megakad s csak erősebb nyomás mellett tolható be a légcsőbe. Deczember 19-dikén *egy évi teljes hangtalanság után* a gyermek tiszta, de kissé mély hangon beszélni kezd. Január 18-dikáig napokon keresztül tubus nélkül van, s csak időnként intubáltatik 1—2 napra. Miután a sipoly nem akar záródni, a fistula heges széleinek kimetszése után karlsbadi tűkkel és nyolczas varratokkal a sebszélek egyesittettek, mire a fistula gyógyul. Márczius 17-dikéig 2—3 napi intubált állapot után 1—5 napig is tubus nélkül van; 17-dikétől 10—12 napig nyugodtan lélegzik tubus nélkül. *Augusztus 4-dikén a gyermek végleg extubálható s szeptember 23-dikán, több mint 1½ évi fáradságos kezelés után a leányka gyógyultan bocsáttatik haza, teljesen szabad légzéssel,* igen jó erőbeli állapotban s kitünő közérzet mellett. A gyermek azóta *állandóan* jól van, emotióknál a légzés még olykor kissé hangos, de csak rövid időre. *Hang tiszta, feltünően mély.*

2. *Heges gége-strictura esete.*

P. Károly, 2 éves gyermek, felvétetett a kórházba 1892. november 22-dikén diphtheritis laryngis-szel, mely miatt nála intubatio végeztetett. Intubatio-kezelés alatt decubitus fejlődik a gégében, minek folytán deczember 12-dikén másodlagos gégemetszést eszközöltem nála. A légcsőmetszés után hurutos tüdőlob fejlődik, mely idő alatt a gyermeknél oly erőhanyatlás volt, hogy a decanulement nem lett volna

[1] Előadatott a *moszkvai* nemzetközi orvoscongressus gyermekgyógyászati szakosztályában.

[2] N. Y. Med. Journal. 1888.

[3] Intubation of the larynx in acute and chronic syphilitic stenosis. Medical Record. Oct. 4. 1890.

[1] Arch f. Kinderh. Bd. XV.

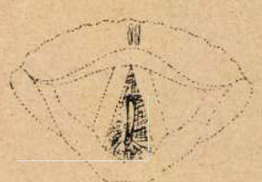
ajánlatos. Márczius 6-dikán decanulement elővétele czéljából tubusbevezetés kisértetik meg, heges szűkület folytán azonban a legkisebb tubus sem vezethető a gégén keresztül, *heges összenövés* (*heges diaphragma*) folytán. Április 15-dikéig tubus-bevezetés, daczára a többszöri kisérletnek, kivihetetlen, sőt gégetükör segélyével is csak a legvékonyabb húgycső-bougie vezethető át a szorulaton, minélfogva a légcsőbe helyezett canule eltávolítása lehetetlen. Április 15-dikén háromszori energikus kisérlet után az első számú *O'Dwyer*-tubus nagynehezen keresztüljut a szűkületen s a gyermek a tubussal eléggé szabadon légzik. Április 19-dikén már a második számú tubus volt átvezethető. Ezentúl a gyermek két héten keresztül naponként intubáltatik egy-egy félórára; extubatio után a légcső-canule mindannyiszor visszahelyeztetik. Május hó közepén tubusokkal a gége már annyira tágult, hogy a canule *végleg* eltávolítható A kórházat 1893. junius 18-dikán *teljesen kitágult gégével*, tökéletesen gyógyultan hagyja el. Alkalmunk volt azóta a gyermeket két év mulva újból látni, a fiucska azóta sokat fejlődött, a hang kis mértékben még fátyolozott ugyan, de erőteljes. A kórházból történt távozása óta légzési zavarai egyáltalában *nem* voltak.

3. *Tracheo-stenosis luetica esete.*[1]

K. P., 14 éves leány, a gyermekkórházba felvétetett 1892. szeptember 23-dikán. Öt év óta köhög és rekedt. Két év előtt légzési nehézségek és rekedtség miatt a kórházban gégészetileg kezeltetett; körülbelül ezen időben diphtheriája és utólagos hűdései is voltak. Azóta rekedtsége és nehézlégzése majd javult, majd ismét rosszabbodott Tíz nap óta nehézlégzése fokozódott, három nap óta időnként fuladási rohamai vannak; hangja tompa, köhögése rekedt.[2]

A korához képest eléggé jól táplált és fejlett leánynak belső szervei épek. A homlok jobboldalán körülbelül ezüst forintnyi területen a bőr duzzadt, színe elváltozást nem mutat; a duzzanat közepén 1/2 cm.-nyi heges behúzódás látható, a duzzanat körül a homlokcsonton egy körkörös csontsáncz tapintható. A bal alszáron, annak felső harmadán mellül, ezüstös fényű, itt-ott a csontalappal összefüggő rendetlen alakú hegek láthatók; hasonló kiterjedésű hegek észlelhetők a jobb alszár mellső-felső harmadán is. A mirigyek beszüremkedést nem mutatnak. A leány hangja rekedt, légzés erősen nehezített, hangos, scrobicularis behúzódástól kisért.

Gégetükri lelet *(Baumgarten)*: Garat és gége rendes. A II-dik és III-dik gyűrűporcznak megfelelőleg vörösszínű circularis hegszövet látható, mely az egész légcső bemenetet kitölti és csak a középen hagy szabadon egy körülbelül 6 mm. hosszú és 2—3 mm. széles, félholdalakú rést. Az exspiratiónál a heg szélei nem mozognak, de az inspiratiónál néha egymást érintik. Kórisme: *Stenosis trachealis chronica luetica.* (1-ső ábra.)



1. ábra.

2. ábra.

Ezen esetben az intubatiót tartottam első sorban javalva, az intubatio végzésénél azonban a legnagyobb óvatossággal jártam el, s a műszereket légcsőmetszésre készletben tartottam, mert tartani lehetett attól, hogy a tubus alsó vége a heges szoron nem hatol keresztül. Az intubatio a légzést tökéletesen felszabadította; a tubus bevezetése (V. szám.) nagyobb erő kifejtését nem tette szükségessé.

Az első intubatio szeptember 25-dikén végeztetett, s a tubus 6 órán át feküdt. Extubatio után a beteg maga jelzi, hogy mennyire felszabadult légzése. Belsőleg jod- jodkali-oldat rendeltetett.

Szeptember 27. Intubatio a VI-os számú tubussal 3 órán át.

Szeptember 29. Intubatio a VI-os számú tubussal 3 órán át.

Október 1. A gégetükri vizsgálatnál lényeges javulás látható. A hegben egy rendes elliptikus rés mutatkozik, melynek csúcsai már a mellső és hátsó szélig terjednek. (2-dik ábra.)

Október 1., 3., 5., 7., 9., 11., 13., 15., 17. intubatio három-három órán át.

Október 6-dikán a tükörrel a szűkületnek már nyoma sem látható. Hang még fátyolozott, légzés teljesen rendes. *Október 16-dikán* elbocsátás.

Nem tagadható, hogy az intubatiónak ezen esetben frappans hatása volt. Midőn ezen esetet először láttuk, biztunk abban, hogy az intubatio által sokat fogunk elérhetni, de azon meggyőződésben éltünk, hogy daczára az intubatiónak szükséges leend a hegszövet nagy részét elpusztítani; az első intubatio után látható volt azonban, hogy ezen eljárás egymagában rövid idő alatt gyógyítani képes lesz ezen nagyfokú szűkületet. A leány elbocsátása óta két-három hetenként egyszer, néhány órára, még intubáltatott.

[1] Ezen eset már 1893-ban leiratott.

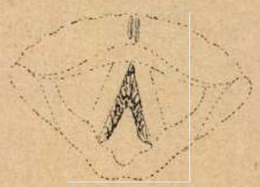
[2] A beteg a kezelő-orvos által mielőbbi műtevés czéljából küldetett a kórházba.

4. *Tracheo-stenosis luetica esete.*

B. Géza., 10 éves fiú, 1896. szeptember 8-dikán vétetett fel a kórházba azon kórelőzményi adattal, hogy a beteg egy év óta légzik nehezen; a nehézlégzés fokozatosan fejlődött; járás és munka közben, valamint éjjel a dyspnoë erősebb, sőt olykor fuladási rohamok is lépnek fel. A szülők állítólag egészségesek, nevezetesen luesre adat nincsen; a beteg két testvére közül egyik él és egészséges, a másik korán elhalt.

A beteg elég jól táplált és fejlett. A tarkón, valamint a sulcus bicipitalisban mindkét oldalt babnyi mirigyek. Az uvula teljesen hiányzik; a lágy szájpad élesen, tompa szögalakban végződik, csúcsa a középvonalban; nyákhártya ép. A jobb tonsilla dudoros, erősen megnagyobbodott. Orrjáratok szabadok. Hang tiszta. Légzés kissé hangos, tompán fűrészelő.

Beteg panaszát a nehézlégzés képezi. Gégetükri lelet: gége normalis, a 3-dik és 4-dik légcső-porcz magasságában a hangszalagok alatt mellfelé szögletet képező, ékalakú, eléggé széles, heges szövet szűkíti a légcső lumenét; a légcső hátsó fala félholdalakban szabad (l. 3. ábra).



3. ábra

4. ábra.

Kórisme: *Defectus uvulae, tracheo-stenosis luetica.*

Szeptember 10-dikén a heges strictura tágítása czéljából intubatio végeztetik. A tubus bevezetése nagyobb nehézséggel nem jár, a mennyiben a stricturás helyen a tubus eléggé könnyen keresztül jut. Tubusszal a beteg nagyon jól légzik s az éjjel nyugodtan folyik le. Reggel 6 órakor a tubust expectorálja. Extubált állapotban a légzés jelentékenyen szabadabb, s beteg az éjszakát is eléggé jól tölti.

Ezen időtől fogva a beteg harmadnaponként nehány órára intubáltatik s methodikusan higanykenőcs-bedörzsölések végeztetnek.

18-dikán a légzés már alig nehezített; gégetükri vizsgálatnál a heges szor még csak a mellső szögletben látható, különösen mély inspiratiónál (l. 4. ábra).

Október 1-jén lélegzés alig zavart; gégetükri vizsgálatnál a hegszövetnek csak nyomai észlelhetők. Október 11-dikén a fiú *teljesen nyugodt* légvéttel bocsáttatik el a kórházból; gégetükri lelet rendellenességet *nem* mutat. Beteg kórházi tartózkodása alatt összesen 30 gm. higanykenőcsöt fogyasztott el. Elbocsátásakor jodkali rendeltetett.

A beteget azóta látni alkalmam nem volt.

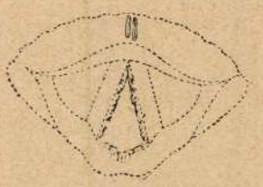
5. *Laryng. subglott. chron. hypertroph. esete.*[1]

B. G., 12 éves fiú, a gyermekkórházba felvétetett 1891. november 22-dikén. Két hó óta rekedt és lélegzete nehezített.

A mérsékelten fejlett fiú köztakarója halvány, a nyákhártyák közepes vértartalmúak. A belső szervek elváltozást nem mutatnak. A hang kissé fátyolozott, a légzés nehezített és pedig úgy a be- valamint a kilégzés.

Gégetükri lelet (*Baumgarten* dr.): A garatban a mandulák mérsékelt túltengése van jelen. A gége rendes, hangoztatásnál csekélyfokú paresis látható. Mély lélegzetvételnél közvetlenül a hangszálagok alatt két rózsaszínű, ép nyákhártyával fedett, félgömbalakú dudort láthatni és hasonló harmadik kisebbet az interarytaenoidalis redő alatt, mely dudorok a gégét és légcsövet háromszögletes résre szűkítik. A háromszög alapját az interarytaenoidalis redő képezi, a csúcsát a mellső ereszték. A rés átmérője az alapon 6 mm., a gége közepén, ott a hol a dudorok legjobban befelé terjednek, 4 mm. Kórisme: *Laryngitis hypertrophica chronica subglottica, sive chorditis vocalis inferior chronica.* (5-dik ábra.) A fiút *Baumgarten* dr., t barátom kórházi gégészünk a *Schroetter*-féle csövekkel kezelte, de azokat alig 2—3 perczig tűrte a beteg, mert a légcső váladéka csakhamar elzárta a cső űrét.

5. ábra.



6. ábra.

1891. deczember 13-dikán a hőmérsék este 38·0° C.-ra emelkedett, a légzés nehezebb lett, erős köhögés van jelen. *Deczember 14-dikén.*

[1] Ezen eset 1893-ban *Baumgarten* egyet. docens úr tollából szintén már közlés tárgyát képezte.

A hőmérsék reggel 38·2° C., a délutáni órákban az ajkak cyanotikusak s a légzési nehélyek olyannyira fokozódtak, hogy mielőbbi műtéti beavatkozás szüksége állott be. *O'Dwyer* és *Ranke* ajánlatára nem légcsőmetszést végeztem, hanem az intubatio-eljárást vettem alkalmazásba. A tubus bevezetése a légcsőbe az aggasztó mérvű fuladást úgyszólván momentan megszüntette s a beteg alélt állapotából csakhamar magához tért, miután az intubatio által kiváltott köhögéssel egy jó evőkanálnyi sűrű szívós nyálkát kiköhögött.

Deczember 17. Reggel extubatio 66 órai tubus benfekvés után; a gyermek láztalan, légzés alig nyujtott, éjjelei nyugodtak.

Deczember 22., 23. és 28. Intubatio naponta 5—5 órán át.

1892. január 2. A gégetükri lelet mutatja, hogy a dudorok jelentékenyen kisebbek lettek. A hang tisztább, a légzés csendes.

Január, február és márczius hónapokban minden másnap alkalmazásba vétetett néhány órára az *O'Dwyer*-eljárás, április hótól kezdve pedig harmadnaponként intubáltatott a fiú és pedig az V-ös számú tubussal (Ermold étui), május 25-dikétől ellenben a VI-os számúval, azaz a legnagyobbikkal. A dudorok ezen idő alatt lényegesen visszafejlődtek, de nem egészen, miért is május, junius és juliusban hetenként kétszer lapissal égettük ezeket és rendesen közvetlen utána végeztetett az intubatio.

Junius és julius hóban minden negyedik napon, augusztus és szeptember hóban pedig hetenként egyszer eszközöltetett az intubatio.

Gégetükri lelet az elbocsátásnál (szeptember 15. 1892.): A hangszálagok és az interarytaenoidalis redő alatt a dudorok csak már jelezve vannak; lélegzetvétel teljesen szabad, hang tiszta. (6-dik ábra.)

Ezen esetben a submucosus beszüremkedések a *Schroetter*-féle csövek alkalmazása mellett azért nem fejlődtek visza, mert a csöveket a beteg alig 4—5 perczig szenvedte el. A tubust ellenben 5—6 óráig minden kellemetlenség nélkül tűrte, sőt már akkor is eltűrte, midőn először intubáltatott. Hogy mégis miért tartott oly hosszú ideig, míg a dudorok az intubatio eljárás alatt visszafejlődtek, annak magyarázatát abban találjuk, hogy a dudorok a tubusszal való tágításra nem feküdtek eléggé alkalmasan.

(Folytatása következik.)

Közlemény Purjesz Zsigmond dr., ny. r. egyet. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Kórodai észleletek a Widal-féle serodiagnosis értékéről.

Jancsó Miklós dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédektől.

(Folytatás.)

Mielőtt tulajdonképeni kisérleteinkhez hozzá fogtunk volna, előzetesen tájékozást akartunk magunknak szerezni az iránt, hogy a fentjelzett titráló módszerrel nyert adatok mily mérvben közelitik meg a chemiai titrálásoknál megszokott pontosságot. Természetes, hogy ha még abból a feltételből indulunk is ki, hogy a vérsavó agglutináló hatása egy benne foglalt sajátlagos vegyi alkatrész (agglutinin) által van feltételezve, s így a savó e hatása konyhasó-oldattal való higitás útján tetszésszerinti fokozatokban gyengithető: mathematikai pontosságot még sem várhattunk e módszertől azért, mert a reactiónak másik factora, a typhuscultura — bármennyire constans körülmények között lett légyen is készitve — nem tekinthető egyszerű chemiai reagensnek. Hogy ez iránt tájékozódjunk, pontosan lemért s teljesen azonos módon készült 0·5, 1·0 és 2·0 ccm.-es typhusculturákhoz adtunk olyan typhusvérsavót, melyről előzetesen meggyőződtünk, hogy a reactiót magasabb higitásokban is jól adja. Példa gyanánt felhozunk pár ily észleletet:

1. Február 3-dikán Czakó Istvántól vett vér seruma, 24 órás levesculturákhoz 2—2 csepp az alábbi higitásokból:

½ ccm.-es culturákhoz 4, 8, 12, 16, 20, 24, 30, 40, 50, 60-szoros higitásokból
1 „ „ ugyanezekből
2 „ „ ugyanezekből.

4 óra mulva: ½ ccm.-es culturák közül a 4—12-es higitású serummal kezeltek viztiszták lettek, a 16-os már változatlan. 1 ccm.-es cult. közül a 4—8 viztiszta, a 16-os is tisztult, a többi zavaros maradt.

2 ccm. cult. közül a 4-es keveset tisztult, a többi változatlan.

11 óra mulva: ½ ccm.-es cult. közül a 16—20 higitású is sokat tisztult.

1 ccm.-esek mint 4 óra mulva
2 „ „ „ „ „ „

E szerint a reactio felső határa (kifejezve a typhuscultura és serum térfogata közti viszonynyal) 11 órai állás után

½ ccm.-es culturáknál: $\frac{200}{1}$-en felül $\frac{240}{1}$-en alul
1 ccm.-es culturáknál: $\frac{100}{1}$-en felül $\frac{160}{1}$-en alul
2 ccm.-es culturáknál: $\frac{40}{1}$-en felül $\frac{80}{1}$-en alul.

A háromféle cultura térfogatai közti viszony:
1 : 2 : 4 (= ½ : 1 : 2), ha e számokkal szorozzuk a nyert hátralékot, az eredmény:

½ ccm. culturáknál 200—240
1 „ „ 240—320
2 „ „ 160—320

2. Február 3-dikán Kucsitár J.-től vett vér seruma, 24 órás culturákhoz adva:
½ ccm.-es culturákhoz a 18, 24, 30, 50-szeres higitásokból 2—2 csepp
1 ccm.-es culturákhoz a 2, 6, 10, 14, 18, 20, 24, 30, 40, 50-es sz. higitásokból 2—2 csepp. 2 ccm.-es culturákhoz ugyanazokból 2—2 csepp.

4 óra mulva:
½ ccm.-es culturák: 18 csaknem viztiszta, 24 sokat tisztult, 30 már nem változott.
1 ccm.-es culturák: 2—6 viztiszta, 10—14 jelentékenyen, 16 keveset tisztult.
2 ccm.-es culturák: 2 viztiszta, többi változatlan.

11 óra mulva:
½ ccm.-es culturák: 24-es is sokat tisztult, 30 változatlan,
1 „ „ 16—18-as is sokat tisztult,
2 „ „ 14 még sokat tisztult, feljebb nincs változás.

20 óra mulva:
½ ccm.-es culturák: még az 50-es is jelentékenyen tisztult,
1 „ „ 16—18 is sokat tisztult, a 24-ben is elég bő üledék,
2 „ „ 16 határozottan tisztult, 18-ban kevés üledék.

Tehát a reactio felső határa 20 óra mulva:
½ ccm.-es culturáknál: 250 körül (= ½ × 50 × 10)
1 „ „ 240 „
2 „ „ 320 „

3. Február 6-dikán. Szitás Ilonától származó vér serumából 24 órás culturákhoz 2—2 csepp.
½ ccm.-es culturákhoz: a 9, 12, 15, 18, 24, 27, 30, 35, 40, 45, 50, 60-as higitásokból,
1 „ „ a 3, 6 s a fenti higitásokból,
2 „ „ ugyanezekből.

20 óra mulva:
½ ccm.-es culturák: 50 még tisztult, 60-ban még van kevés üledék,
1 „ „ 35 még határozott tisztulást mutat,
2 „ „ 18 még mutat tisztulást.

Tehát a reactio felső határa:
½ ccm.-es culturáknál: 300 körül
1 „ „ 350 „
2 „ „ 360 „

4. Február 6-dikán. Czakó Istvántól vett vér serumából 24 órás culturákhoz 2—2 csepp:
½ ccm.-es culturákhoz: a 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 35, 40, 45, 50, 60-as higitásokból,
1 „ „ a 3, 6 s a fenti higitásokból,
2 „ „ ugyanezekből.

21 óra mulva:
½ ccm.-es culturák: 24 még feltisztult, 12 „ „, 6 alig tisztult } feljebb nincs változás.

Tehát a reactio felső határát adják:
a ½ ccm.-es culturák 120-nál (= ½ × 24 × 10)
az 1 „ „ 120 „ (= 1 × 12 × 10)
a 2 „ „ 120 „ (= 2 × 6 × 10)[1]

A mint ezekből kitünik, e vizsgálati módszer nem ad ugyan mathematikai pontosságú eredményeket, de a nyert értékek mégis meglehetősen egyeznek egymással, s ha két serum között nagyobb eltérés van, úgy ez ilyen titráló módszer segélyével megközelitőleg meghatározható, ellenben kisebb különbségek, egyes különböző egyénektől származó vérserumok között megállapithatók nem lesznek. Ha azt typhusos és nem typhusos vérserumra alkalmazzuk, úgy már a priori következtethetjük, hogy e titráló módszer differential-diagnosis megtételére csak úgy alkalmas, ha a kétféle serum reactiója közti különbség minden esetben oly nagy, hogy a mérési módszer hibáját[2] meghaladja.

[1] A „10" tényező állandó minden kisérletünkben, s jelzi, hogy a 2 csepp savó = 0·1 ccm.

[2] E hiba, *vagyis a módszer érzékenységének határa*, mint később látni fogjuk, körülbelül 50-szeres higitással fejezhető ki.

*

I. táblázat.

Sor-szám	Beteg neve	Beteg betegsége	Higítások 5-szörös	10-szeres	20-szoros	40-szeres	60-szoros
1	Varga B.	Tuberculosis pulm.	—	Nem t	—	—	—
2	Kelemen J.	Variola vera (reconval.)	—	Sokat tisztul	Sok. t.	Nem t.	—
3	Klein S.	Tuberculosis pulm.	—	Nem t.	Nem t.	—	—
4	Molnár S.	Emphysema pulm.	—	Nem t.	—	—	—
5	Szántó K.	*a)* Tuberculosis pulm.	—	Nem t.	Nem t.	—	—
		b)	Nem tisztul	Nem t.	—	—	—
6	Rudnyák J.	Pneumonia croup.	Nem t.	—	—	—	—
7	Vlajk F.	Cirrhos. hepat.	—	Keves. tiszta	Nem t	—	—
8	Bozsán S.	Nephritis Uraemia	Nem t.	—	—	—	—
9	Grünstein S.	Eczema	—	Nem t.	Nem t.	—	—
10	Kozma F.	Pneumonia croup.	—	Nem t.	—	—	—
11	Gringyán S.	*a)* Paraplegia	Víz-tiszta	Sokat tiszt.	—	—	—
		b)	—	Keves. tisztul	—	—	—
		c)	Sokat tiszt.	Sok. t.	Nem t.		—
		d)	—	Vízt.	Kev. t.	Nem t.	—
		e)	—	Vízt.	Nem t.	Nem t.	—
12	Simon J.	Gastroenter. acut	Vízt.	Sok. t.	—	—	—
13	Szentpéteri K.	Catarrh. ventric. acut	Vízt.	Sok. t.	Nem t.	—	—
14	Pollák J.	Polyarthritis rheum.	—	Nem t.	Nem t.	—	—
15	Grebenea E.	Világító gáz-mérgezés	—	Nem t.	—	—	—
16	Kiss S.	Pneumonia croup.	—	Nem t.	—	—	—
17	Kis P.	Tuberculosis miliar. acut.	Nem t.	Nem t.	—	-	—
18	Hammer F.	Tuberculosis pulm.	—	Sok. t.	—	—	—
19	Weinman	Tuberculosis miliar. subac.	—	Nem t.	—	—	—
20	Kállai F.	Icterus catarrh.	—	Nem t.	—	—	—
21	Kotris M.	Myorheuma	Vízt.	Sok. t.	Alig t.	Alig t.	Nem t.
22	Balboka S.	Pneumonia croup.	—	—	Nem t.	—	—
23	Balogh I.	*a)* Tuberculosis pulm.	—	Nem t.	—	—	—
		b)	—	Alig t.	—	—	—
24	Fülöp A.	Pneumonia croup.	—	Kev. t.	Nem t.	Nem t.	—
25	Laki K.	Eczema	Sok. t.	Sok. t.	Nem t.	—	—
26	Szelezsán J.	Pneumonia croup.	—	Vízt.	Kev. t.	Nem t.	—
27	Bozsán S.	Nephritis (l. 8. a. is)	—	Nem t.	Nem t.	—	—
28	Bakos G.	Arterio-scler.	Kev. t.	Nem t.	Nem t.	—	—
29	Simon J.	Erysipelas	Alig t.	Nem t.	—	—	—
30	Hajdár J.	Tuberculosis miliar. subac.	Kev. t.	Nem t.	—	—	—
31	Szakács M.	Tuberculosis pulm.	Vízt.	Vízt.	Nem t.	Nem t.	—
32	Nyegra O.	Nephritis parench.	—	Alig t.	Nem t.	—	—
33	Bota S.	Sarcoma retroperit.	Vízt.	Sok. t.	Kev. t.	Nem t.	—
34	Orosz J.	Catarrh. ventric. acut.	Vízt.	Sok. t.	Eltört	Nem t.	—
35	Török A.	*a)* Pneumonia croup.	—	Kev. t.	Alig t.	Nem t.	—
		b)	Vízt.	Eltört	Nem t.	Nem t.	—
36	Pop St.	*a)* Nephritis diff.	—	Kev. t.	Nem t.	Nem t.	—
		b)	—	Kev. t.	Nem t.	—	—
37	Purkár J.	*a)* Peritoneit. tubercul.	Vízt.	Vízt.	Vízt.	Nem t.	—
		b)	—	—	Sok. t.	Nem t.	—
38	György M.	Exsudat. pleuritic.	Vízt.	Sok. t.	—	Nem t.	—
39	Emmanuel J.	Stenos. ost. venos. sin.	—	Nem t.	Nem t.	—	—
40	Brindás J.	Tuberculosis miliar. subac.	—	Vízt.	Alig t.	Nem t.	—
41	Ábrahám J.	Pneumonia croup.	—	Vízt.	Alig t.	Nem t.	—

Sor-szám	Beteg neve	Beteg betegsége	Higítások 5-szörös	10-szeres	20 szoros	40-szeres	60-szoros
42	Schuster K.	Tuberculosis pulm.	Sok. t.	Nem t.	Nem t.	—	—
43	Merza J.	Leukaemia	Kev. t.	Nem t.	Nem t.	—	—
44	Landgraf J.	Tuberculosis pulm. pleurit.	Alig t.	Alig t.	Nem t.	—	—
45	Fodor Gy.	Malaria tertiana	—	Nem t.	—	—	—

Az időtartamra vonatkozólag, mely a reactio kifejlődéséhez szükséges, mi is, mint mások, azt tapasztaltuk, hogy az különböző egyénektől nyert serumoknál különböző hosszú, egy és ugyanazon serumnál pedig a higitási fokkal változik, úgy hogy kisebb higításoknál aránylag gyorsan, néha már $^1/_4$—$^1/_2$ óra alatt teljesen kifejlődik a reactio, magasabb higításoknál mind később és később; a leghosszabb időtartam, melyet észleltünk, 24 óra volt, azaz a mely serum, illetőleg annak bizonyos fokú higítása, 24 óra alatt nem adott reactiót, az ezen időn túl bármily hosszú idő alatt sem idézett elő a culturában változást; üledék képződött ugyan a következő napokban, de ez, tudjuk, minden typhusculturánál bekövetkezik.

Tapasztaltuk továbbá azt is, hogy ha a serumot oly mennyiségben adtuk a culturához, mely elegendő volt a teljes reactio előidézésére, azaz a cultura egészen átlátszóvá, víztisztává lett, úgy a reactio hosszabb időn át fennállott változatlanul s ellentétben Ziemke észleleteivel, csak több nap, sőt hét mulva állott be a culturában újra zavarodás; mig ellenben, ha a reactio nem volt teljes (magasabb fokú higításoknál), akkor a megzavarodás gyorsabban következett be. Ez azonban különböző egyének serumára nézve különböző. Egy esetben pl., melyben az illető serum a reactiót 3000-en felüli higításban is adta még, az 1000-es higitású culturák még 2 hét lefolyása után is egészen tiszták, átlátszók maradtak.

Vizsgálatainkat, mint említettük, úgy eszközöltük, hogy typhusos és nem typhusos egyének vérét mindig egyszerre ugyanazon culturával vizsgáltuk. A következő táblázatban (I.) összeállítva adjuk azokat az értékeket, melyeket a nem typhusos egyéneknél (45 embernél 54 vizsgálat) kaptunk. (Lásd I. tábla).

E táblázatból látható, hogy az általunk használt (Kral-féle) typhusculturával sok vérsavó higitás nélkül, tehát 1 : 10 arányban még teljes reactiót ad, a cultura egészen víztiszta lesz, alján bő fehér üledékkel. Sőt 2-szeres higitás (1 : 20 arány) mellett is láttunk néhány esetben elég határozott reactiót, bár nem teljes feltisztulást létrejönni, sőt egy variola reconvalescentia és egy peritonitis chronica (2, 36) esetében a reactio a maga teljességében lépett fel.

Négyes higitás mellett (1 : 40) csupán lényegtelen tisztulást láttunk igen csekély üledékképződéssel egy perit. chronica s egy myorheuma (36, 22) esetében.

Ezek szerint észleleteink arra mutatnak, hogy a Widal által ajánlott 1 : 10 arányú higitás nem a kellő határérték, a mennyiben még 1 : 40-nél is magasabbra kell azt tegyük; 1 : 60 higításnál eseteink egyike sem adta a reactiót, úgy hogy 54 meghatározás szerint a reactio felső határa 40 és 60 közti higításnál fekszik, a mi megfelel a Fränkel és Ziemke által ajánlott 1 : 50 aránynak. Nem lehetetlen azonban, hogy még számosabb észlelet mellett a felső határ még ennél is magasabbnak fog bizonyulni.

(Folytatása következik.)

Közlemény Kézmárszky Tivadar I. szülő- és nőbeteg klinikájából.

Az újszülött és függelékeinek fejlődési viszonyai a terhesség különböző szakaiban, tekintettel az anya testi fejlődésére és azon változásokra, melyeknek a magzat teste a szülés következtében alá van vetve.

Weisz Ferencz dr.-tól.

(Folytatás.)

A VIII. és IX. hóbeli magzatok méretei az anyák hossza szerint.

Anyák hossza	Eset	Nem	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület legn.	nagy	kis
VIII. hó												
150	2	fiú	45	1900	12·35	9·0	8·25	7·65	10·35	35·25	31·0	28·35
cm.-ig	2	leány	45	2200	12·3	8·6	8·6	7·55	10·8	34	31·5	29
	4	összes	45	2050	12·32	8·8	8·42	7·72	10·57	34·62	31·25	28·67
150-től	6	fiú	44·6	2153·3	12·3	8·6	8·1	7·7	10·6	34·6	31·8	28·8
160	6	leány	44·7	2288·3	12·5	9·7	8·5	7·7	10·7	35·3	31·9	29·3
cm.-ig	12	összes	44·65	2220·6	12·4	9·15	8·3	7·7	10·65	34·95	31·8	29·06
IX. hó												
150	5	fiú	46·5	2560	12·9	9·1	8·6	7·9	11·1	36·4	32·9	29·6
cm.-ig	5	leány	47·1	2830	13·0	9·1	8·7	7·8	11·1	36·8	33	29·9
	10	összes	46·87	2695	13·02	9·17	8·67	8·12	11·17	36·61	33·0	29·8
150-től	9	fiú	47·82	2884·4	13·0	9·2	8·9	8·0	11·0	36·06	32·6	29·6
160	7	leány	46·7	2618·5	12·8	9·2	8·4	7·6	10·9	35·9	32·4	29·2
cm.-ig	16	összes	47·25	2751·4	12·9	9·2	8·6	7·8	10.9	35·98	32·5	29·4
160cm. fölött	1	leány	45	2150	12·3	8·5	8·2	7·8	10·2	33·7	30 3	27·7

A VIII. hóbeli magzatoknak anyjuk hossza szerinti viszonyai a következők: átlagos hossz a 150 cm. hosszúaknál 45 cm., mig a 150—160 cm. között levőknél csak 44·65 cm. volt. A súly előbbieknél átlagban 2050 gm., utóbbiaké 2260 gm. A nagy ferde 12·32 egyiknél, 12·4 másiknál. A kis ferde 8·8—9·15 cm. A nagy haránt 8·42—8·3 cm. A kis haránt 7·72—7·7 cm. Az egyenes 10·57—10·65. A legnagyobb fejkerület 34·62—34·95. A nagy fejkerület 31·25—31·8. A kis fejkerület 28·67—29·06 cm.

Ebből tehát nyilvánvaló, hogy a legtöbb méretnél, névszerint a súlyméretnél, a nagy ferde, kis ferde, egyenes átmérőknél, valamint a három fejkerületnél az anyák hosszával arányosan nőttek ezek, mig a hossz, nagy és kis haránt méretek nem.

A IX. hóbeli azon magzatokon, a kiknek anyjuk hossza 150 cm. alatt volt, a nagy ferde 13·02 volt, mig a 150—160 cm.-t között levőkéin 12·9. A hosszméret 47·1—47·25 cm. A súly 2695—2751·4 gm. A kis ferde 9·17—9·2 cm. A nagy haránt 8·67—8·6 cm. A kis haránt 8·12—7·8 cm. Az egyenes 11·17—10·9. A legnagyobb fejkerület 36·61—35·98. A nagy fejkerület 33—32·5. A kis fejkerület 29·8—29·4 cm.

Ezen táblázatból látható, hogy csak a hossz-, súlyméret és a kis ferde átmérő mutatják az anyák hosszával arányos növekedést, mig a többi méret az ellen szól.

A X. hóbeli magzatok méretei az anyák hossza szerint.

Anyák hossza	Eset	Nem	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület legn.	nagy	kis
150	22	fiú	49 4	3206·3	13·8	9·4	9·1	8·1	11·4	37·14	33·8	30·4
cm.-ig	25	leány	49 48	3176	13·36	9·48	9·16	7 96	10·36	37·20	33·8	30·40
	47	összes	49·44	3191·5	13·58	9·44	9·13	8 03	10·88	37·15	33·8	30·4
150-től	43	fiú	49·7	3334·6	13·4	9·5	9·3	8·1	11·4	37·6	34·01	30
160	35	leány	49·57	3262·87	13·49	9·47	9·21	8·06	11·14	37·37	33·9	30·2
cm.-ig	78	összes	49·63	3298·76	13·44	9·48	9·25	8·08	11·4	37·48	33·95	30·1
	4	fiú	49·8	3342·5	13·4	9·4	9 0	8·0	11·3	35·0	33·8	30·4
160cm. fölött	1	leány	52	3650	14·0	9·9	9·6	8·4	11·6	38	34	30 3
	5	összes	50·9	3406·2	13·7	9·6	9·3	8·2	11·45	36·5	33·9	30·3

Ha e táblázatban foglaltakat nézzük, úgy a következőkről győződhetünk meg: a 150 cm.-en alul levő anyák gyermekein a hossz 49·44 cm., a 150—160 cm. közöttiekén 49·63; a 160 cm. felettiekén 50·9 cm.

A súlyméretek egyik esetben 3191·15 gm., a másikban 3298·73 gm., a 3-dik esetben 3406·2 gm.-ot adtak. A nagy ferde 13·58—13·44—13·7. A kis ferde 9·44—9·48—9·6. A nagy haránt 9·13—9·25—9·3 cm. volt. A kis haránt 8·03—8·08—8·2. Az egyenes 10·88—11·4—11·45. A legnagyobb fejkerület 37·15—37·48—36·5. A nagy fejkerület 33·8—33·95—33·97. A kis fejkerület 30·4—30·1—30·3 cm.

Mint tehát látható, itt is úgy látszik megvan azon szabványosság, mely valószinüleg fennáll anyák és magzatok között, mert épen úgy, mint azt más szerzők is találták, az anyák hosszával arányosan nőttek a magzat méretek. Ezen észleléseim alkalmával az összes méretek mutatták arányosan a növekedést, a fejkerületeket kivéve. Kézmárszky idevágó észlelései a következők: 150 cm.-ig biró anyák hosszánál a magzatok átlagos hossza 781 esetben 49·57 cm. volt, a súly ugyancsak említett eseteknél 3172. A fejkerület — itt csak a nagyról van szó — 529 esetben átlagosan 34·12 cm.-t tett.

150—160 cm. között levő anyák magzatainál a hossz és súly 1099 esetben 50·05 cm., illetőleg 3373 gm. volt. A fejkerület 1223 esetben 34·27 cm.

160 cm. felett levő anyák magzatainak hossza és súlya 190 esetben 50·72 cm., illetőleg 3452 gm. A fejkerület pedig 295 eset kapcsán 34·47 cm.

A VIII. hóbeli magzatok méretei az anyák kora szerint.

Anyák kora	Eset	Nem	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
										legn.	nagy	kis
16—20	3	fiú	44·1	1610	12·2	9·0	8·3	7·9	10·3	36·0	31·8	29·1
év	3	leány	43·6	2150	10·8	8·5	8·1	7·5	10·2	33·6	30·2	27·4
	6	összes	43·8	1880	11·5	8·7	8·2	7·7	10·25	34·8	31	28·2
20—30	6	fiú	44·9	2148·3	12·2	8·6	8·2	7·5	10·5	34	31·2	26·4
év	6	leány	44·8	2280	12·3	8·8	8·6	7·7	10·7	35	31·8	29·3
	12	összes	44·85	2214·1	12·25	8·7	8·4	7·6	10·6	34·5	31·5	27·6
30—40	1	fiú	44·5	1930	12·3	8·5	8·5	7·9	10·4	35	32	29·5
év	0	leány	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1	összes	44·5	1930	12·3	8·5	8·5	7·9	10·4	35	32	29·5

A 16—20 év közötti korban levő anyák magzatjain a hosszméret 43·8 volt, míg a 20—30 év között levőkön 44·8 cm. A súly 1880—2214·1 gm. A nagy ferde 11·5—12·25 cm. A kis ferde 8·7—8·7. A nagy haránt 8·2—8·4 cm. A kis haránt 7·7—7·6. Az egyenes 10·25—10·7. A legnagyobb fejkerület 34·8—36·5, a nagy fejkerület 31—31·5. A kis fejkerület 28·2—27·6.

A 30 és 40 év között levő anyákról nem vehettem fel összehasonlító adatokat, mert csak 1 fiú esettel rendelkeztem, et unum nullum.

Az összes méretek a kis haránt és kis fejkerület kivételével az anyák korával arányos növekedést mutattak.

A IX. hóbeli magzatok méretei az anyák kora szerint.

Anyák kora	Eset	Nem	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
										legn.	nagy	kis
16—20	4	fiú	46·8	2630	13·1	9·1	8·8	7·9	11·0	36·7	32·9	29·3
év	9	leány	46·6	2670	12·9	9·1	8·8	7·9	11·0	36·1	32·6	29·4
	13	összes	46·7	2650	13·0	9·1	8·8	7·9	11·0	36·4	32·75	29·35
20—30	7	fiú	47·3	2792·8	12·8	9·2	8·9	8·1	11·4	36·0	32·8	29·9
év	5	leány	47·8	2840	13·0	9·1	8·8	7·8	11·0	36·4	32·3	29·6
	12	összes	47·55	2816·4	12·9	9·15	8·85	7·9	11·2	36·2	32·5	29·75
30—40	2	fiú	48·4	2810	12·8	9·2	8·7	7·8	10·8	35·1	31·8	29·3
év	1	leány	47·5	2620	12·7	9·2	8·8	7·9	10·9	35·0	32·7	29·3
	3	összes	47·9	2715	12·75	9·2	8·75	7·85	10·85	35·05	32·2	29·3

A IX. hóbeli magzatoknál, ha a viszonyokat az anyák kora szerint tekintjük, úgy a következők észleltettek. A 16—20 év közötti anyák magzatjainál a hosszméret átlaga 46·7 cm. volt, a 20—30 év közötti anyák magzatjain 47·55 cm. volt, a 30—40 év között levő anyák magzatjain 47·9 cm.

A súlyméretek 2650—2816·4—2715 gm. A nagy ferde 13·0—12·9—12·75 cm. volt. A kis ferde 9·1—9·15—9·2 cm. volt. A nagy haránt 8·8—8·85—8·75 cm. A kis haránt 7·9—7·9—7·85 cm. Egyenes 11·0—11·2—10·85 cm. A legnagyobb fejkerület 36·4—36·2—35·05 cm. A nagy fejkerület 32·55—32·5—32·5. A kis fejkerület 29·35—29·75—29·3 cm.

Itt láthatjuk, hogy a 16—20 év között levő anyák magzatjain valamennyi méret, a nagy ferde és a 2 fejkerület kivételével kisebb volt, mint a korosabb 20—30 év között levő anyák magzatjain. Ellenben a 30—40 év közöttiekén csak a hosszméret, a kis ferde volt nagyobb, mint a fiatal, 20—30 év közötti anyák magzatjain.

A X. hóbeli újszülöttek méretei az anyák kora szerint.

Anyák kora	Eset	Nem	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
										legn.	nagy	kis
16—20	24	fiú	49·7	3109·1	13·4	9·5	9·0	8 1	11·4	37·0	33·9	30·6
év	11	leány	48·9	3234·5	13·3	9·5	9·1	8·1	11·4	37·2	33·5	30·5
	35	összes	49·3	3221·8	13·35	9·5	9·05	8·1	11·4	37·1	33·7	30·55
20—30	41	fiú	48	3213	13·6	9·5	9·1	8·1	11·4	37·3	33·9	30·8
év	47	leány	49·6	3292·3	13 4	9·5	9·1	8·1	11 1	37·0	33·9	30·4
	88	összes	48·8	3252·65	13·5	9·5	9·1	8·1	11·25	37 15	33·9	30·6
30—40	11	fiú	51·0	3370·9	13·7	9·6	9·2	8·2	11·3	37·5	34·5	30·9
év	9	leány	49·6	3082·2	13·4	9·4	9·0	8·0	11·4	37·1	33·7	30·1
	20	összes	50·3	3226·5	13·5	9·5	9·1	8·1	11·35	37·3	34·1	30·5
40 év fölött	1	leány	49·5	3270	13·1	9·9	9·5	8·5	11·4	38	34·5	30·8

A X. hóbeli magzatoknál a magzatok méretei az anyák kora szerint tekintve következő átlagot adták: a hosszméret a 16—20 év közötti anyák magzatjain 49·3 cm. volt, a 20—30 év közöttieknél 48·8, a 30—40 év közöttieknél 50·3, a 40 év fölöttiekről nem vehettem összehasonlítást, mert ilyen eset csak 1 volt. A súly 3221·8—3252·65, illetőleg 3262·5 gm. volt. A nagy ferde 13·35—13·5—13·5 cm. A kis ferde 9·5—9·5—9 5 cm. A nagy haránt 9·05—9·1—9·1 cm. A kis haránt 8·1—8·1—8·1 cm. Az egyenes 11·4—11·25—11·35 cm. A legnagyobb fejkerület 37·1—37·15—37·3 cm. A nagy fejkerület 33·7—33·9—34·1 cm. A kis fejkerület 30·55—30·6—30·5 cm.

Ha most egyenként nézzük a méreteket, úgy láthatjuk, miszerint a súlyméretek, a nagy ferde, kis ferde, nagy haránt, kis haránt, legnagyobb és nagy fejkerület az anyák korával arányosan növekedést mutattak s csak egy pár méret volt az, mely eltért ettől.

Kézmárszky 16—19 éves anyák magzatjain 412 esetben 49·03 cm. hosszt s 3162 gm. súlyt talált, s 301 eset kapcsán 33·64 cm. fejkerületet; 20—24 év közötti anyák magzatjain 1062 eset után 49·54 cm. hosszt s 3176 gm. súlyt talált; 858 eset után 34·31 cm. fejkerületet talált; 25—29 év közötti anyák magzatjain 655 eset után 49·47 cm. hossz s 3270 gm. súlyt, s 610 eset után 34·37 cm. fejkerületet talált. 30—40 év közöttiekén 268 eset után 50·25 cm. hosszt, s 3280 gm. súlyt, 258 esetben pedig 34·08 cm. fejkerületet; 35—47 év között levő anyák magzatjain 162 eset után 50·18 cm. hosszt, 3281 gm. súlyt talált s 65 eset után 34·26 cm. fejkerületet.

A VIII. hóbeli magzatok átlagos méretei az anyák súlya szerint.

Anyák súlya	Eset	Nem	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
										legn.	nagy	kis
40—60	7	fiú	44·7	2074·2	12·2	8 7	8·2	7 6	10·5	34·7	31·5	28·7
kgm.	6	leány	45·3	2425	12·4	8·9	8·4	7·6	10·7	34·8	31·7	29·1
	13	összes	45·0	2449·8	12·3	8·8	8·3	7·6	10·6	34·75	31·6	28·9
60—70	1	fiú	42·5	2280	12 1	8·8	8·3	7·6	10·0	34·0	30·0	27·8
kgm.	0	leány	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1	összes	42·5	2280	12·1	8·8	8·3	7·6	10·0	34·0	30 0	27·8

A VIII. hóbeli magzatoknak méreteit az anyák súlya szerint, abbeli összehasonlításra, vajjon nőttek-e, nem volt szerencsém végezhetni, mert csakis a 40—60 kgm. között levő anyák magzatjainak méretei állottak rendelkezésemre, mert azon 1 eset, mely a 60—70 kgm. között levőknél észleltetett, összehasonlításul nem szolgálhatott.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet.

(Folytatás.)

1897-dik évi áprilisi szakülés.

1. **Bodor Károly**: Egy beteget mutat be **sclerosis multiplex** kórismével. Az eset egy 50 éves vasúti alkalmazottra vonatkozik, a ki mintegy 10 hónap óta mutat pathologikus elváltozásokat idegrendszere részéről. Sajátságos reszketegség, az akaratlagos izmok reszketése, az energia hiánya, az emlékező tehetség fogyása s bizonytalanság a járásban észlelhetők rajta. Később fokozatosan gyengült gondolkozó és beszélő képessége. E súlyos tünetek agy-gerinczagyi folyamat jelei voltak. Tabes, paralysis progressiva tünetei nem voltak észlelhetők, paralysis spastica csak hereditas esetében lett volna kórismézhető. A fent jelzett betegségnek, a sclerosis multiplexnek azonban minden tünete együtt van. Igy feltalálhatók: kettős látás, láttompulat, az akaratlagos izmok reszketése. Igaz, lehetett volna más eredetű tremorra is gondolni.

A kórszármazás szempontjából megemlíthető, hogy trauma nem történt, az életmód nem volt kihágó, lues kizárható. Alkoholismus azonban nem zárható ki teljesen. A therapia sikertelensége is mutatta, hogy lues esete nem forgott fenn. A beteg igen nagy mennyiségű bromot is szedett, de eredménytelenül. Ennek kapcsán előadó állást foglal a bromkészítmények túlzott használata ellen s hibáztatja, hogy neurasthenia czime alatt mindenféle betegnek, tüdőhurutosnak, gyomorbajosnak stb. adják a *bromot*.

A bemutatott beteg gyógyulásához nincs remény. Charcot szerint a szóban levő betegségnél a therapia nem mutat fel eredményt.

2. **Péchy Károly**: „Néhány szó a kuruzslásról" czimen tart előadást.

Előadó saját gyakorlatából vett példákkal erősíti ama rég ismert tényt, hogy a kuruzslásnak sok az áldozata. Nem egy oly betege, kit szakértő kezelés könnyen megmenthetett volna, kuruzsló kezére jutva életét veszté. Utal a törvény hiányaira, a mely nem gátolja meg az orvosi tudomány mostani rohamos fejlődésének korszakában a kuruzslók káros működését.

1897-dik évi májusi szakülés.

1. Titkár felolvassa az április hó 5-dikén tartott választmányi ülés jegyzőkönyvét. A választmányi ülés összehivását egyik tagtársunknak, *Kiss Ferencz* dr.-nak elhunyta tette szükségessé. Az elhunytban az egylet alapító s választmányi tagját gyászolja, a kihez az egylet minden tagját kartársi tisztelet és szeretet kötelékei fűzték.

Ott állt ő már egyletünk bölcsőjénél, ő is lelkesedése melegével erősitgette a még gyenge alkotást, s kisérte fejlődését szerető gonddal. Mindenki által becsült munkása volt ő egyleti tevékenységünknek s ha a bevégzett munkát bizalmasabb összejöveteleink váltották fel, kedélyének, lelkületének derüjével mindnyájunk kedélyét felviditotta.

Ő volt, ki egyleti életünk keretét kezdeményezésével nagyobbá tette, az ő érdeme, hogy az általa felvetett eszme alapján gyüléseinkkel más-más vidéken megjelenve, addig távol álló elemek érdeklődését is sikerült felkeltenünk.

Hogy mit vesztettünk elhunytával, csak most érezzük egész valóságában, a midőn szeretetünktől környezett magyaros alakja hiányzik körünkből és nincs köztünk senki, a ki fájó szivvel ne éreznék a visszahagyott űrt. Míg egyletünk állni fog, a róla való kegyeletes megemlékezés sem fog megszünni.

Titkár szavai után az *elnök* is kifejezést ad az egyletet ért veszteségnek és a szakülés óhajának tesz eleget, a midőn az április hó 5-dikén tartott választmányi ülés határozatait, névszerint, hogy az egylet koszorút helyezzen a ravatalra, a temetéskor gyászbeszédet és egyik jövő ülésen emlékbeszédet tartasson s az elhunyt emlékét jegyzőkönyvben megörökittesse, a mai szakülés helybenhagyja. Egyszersmind felszólítja a jelenlevőket, hogy az elhunyt emléke iránti tiszteletök jeléül emelkedjenek fel helyeikről. (Megtörténik.)

2. **Edelmann Menyhért** dr. ismerteti a gyakorlatában előfordult következő négy esetet:

I. Lágy szájpadhűdés arczorbáncz után.

Az eset egy 20 éves férfiúra vonatkozik, kihez a mult év utolsó napjaiban hivatott, s kinél ekkor csekélyebb *torokloh* tünetei, nyelési nehézség és láz volt constatálható és a szokásos gyógyeljárás igénybe véve. Másnap a beteg orra duzzadt, piros, fényes volt s ugyanilyen az orrnyilások környéke, úgy hogy kétségtelenné vált, hogy a betegség tulajdonképen *orbáncz*. Az orbánczos folyamat a jelzett helyekről továterjedt és egy nagyobb ép bőrrész átugrásával elterjedt jobb felé a járomcsont feletti bőrre, később az egész arczra, fejbőrre, tarkóra és a bal arczfélre is.

Az első nap kórismèje tehát téves volt, a mennyiben már akkor fennállt az orbáncz, csak az orrüreg belsejében lappangott — a mely hely igen gyakran kiinduló pontja az arczorbánczoknak —, onnan hűzódott a folyamat előbb a garatűrbe, ott toroklob képét öltve fel és csak utóbb jutott felismerésre, a midőn a mellső orrnyilásokon át reáhúzódott az arczra és fejbőrre.

Az orbánczos folyamat körülbelül egy hét alatt lefolyt. Január hó 10-dikén újólag megvizsgálva a beteget, *lágy szájpadhűdés* kifejezett jelenségei voltak nála észlelhetők. A beszéd nasalis, a nyelés nehezített és a táplálkozás nagy nehézségekbe ütközik, mert nyeléskor nemcsak a folyadék jut az orrűrbe, s onnan az orrnyilásokon át kifelé, hanem a consistensebb táplálék is, melynek részletei orrtükri vizsgálatnál feltalálhatók voltak. Torokvizsgálatnál a hűdés objectiv symptomái voltak észlelhetők.

A hűdés teljesen hasonló volt a diphtheria utáni lágy szájpadhűdéshez s mint ennél, néhány hét alatt — gyógykezelés nélkül — megszünt.

II. Kérődzés esete. (Merycismus.)

A beteg 19 éves alacsony termetű, de elég jól táplált, jól fejlett csont- és izomrendszerrel biró, csak kissé sápadt péksegéd.

Jelentkezéskor előadja, hogy a mióta emlékszik, kérődzik. Már az elemi iskolában gunyolták ezért tanulótársai és ráfogták, hogy önként kihányja az ételt, csakhogy újra megehesse. Évek hosszú során át az elmondottak daczára azt vélte, hogy á lapotában nincs rendellenesség és a midőn annak tudatára jött, titkolta és ma is titkolja.

Multjából és családi körülményeiből közölhet még annyit, hogy atyját nem ismerte, anyja él és egészséges, testvérei nem voltak. Árvaházban nevelkedett és eddig — kivéve egyes gyermekbetegségeket — beteg nem volt.

Bajával először néhány hó előtt fordult orvoshoz.

Betegségét úgy irja le, hogy kivétel nélkül minden étkezés után, akár dolgozik utána, akár pihen, akár ül, jár vagy fekszik, az étkezés után rövidebb-hosszabb időre (néhány percz, fél, egy, sőt több óra), a nélkül, hogy émelygése vagy hányási ingere volna, a nélkül, hogy gyomrában feszülést, rendellenes mozgást, nyomást vagy fájdalmat érezne, az elfogyasztott étel vagy ital lassan, úgy hogy alig érezhető, feljön ismét a szájába, s ekkor ellenállhatatlan vágyat érez arra, hogy a feljött ételt, ha szilárd, újra megrágva ismét lenyelje.

S e művelet nem hogy undort keltene benne, de inkább jól eső érzéssel jár.

A táplálék minősége sem határoz és a kérődzés beáll, legyen az szilárd, folyékony, pépes vagy vegyes. A visszajött ételen nincs jelentékeny elváltozás, s a mit feljövetele után — például, ha húsdarabok volnának — másodszor megrág és lenyel, többé sohasem kerül felszinre. A feljövetel ideje csak annyiban mutat szabályszerűséget, hogy a feljövetel kevesebb tápfelvétel után később történik.

A leírt műveletet a beteg maga is elő tudja idézni, egy a böfögéshez hasonló művelet létesítésével, elfojtani azonban nem tudja a legerősebb akarattal sem. Számtalan esetben, társaságban levén, el akarta fojtani, de képtelen volt reá és restelte, hogy önkéntelenül is rágási és nyelési mozgásokat volt kénytelen szájával tenni.

Az objectiv vizsgálat kóros jelenséget nem derített fel. A gyomortájon külsőleg semmi rendellenesség nem észlelhető, a gyomor nyomásra nem érzékeny. Gyomortágulat jelenségei hiányoznak. A kutaszszal való vizsgálat nem mutatta valamely akadály, bárzsingszűkület, dag, diverticulum stb. jelenlétét. A beteg éhségérzete rendes, étvágya jó, székletéte rendes.

A betegség tudvalevőleg a gyomorneurosisokhoz, a gyomor beidegzési zavaraihoz tartozik, a motilitas zavaraihoz. Alapfeltétele a cardia insufficientiája.

Önálló bajként is előjöhet, de legtöbbször részjelensége valamely általános idegbajnak, a neurastheniának vagy hysteriának. Hogy létrejövetelénél az öröklésnek van-e szerepe, kérdéses, de az utánzás lehetősége nem zárható ki.

A betegség lényege már érthetővé teszi, hogy kezelésében a medicamentosus therapiának helye nincs és csupán azon módokra lehetünk tekintettel, a melyek az egész idegrendszer erősödését eredményezhetik.

Ezen kivül sikere még csak a psychikus kezelésnek lehet.

III. Carcinoma oesophagi.

A beteg 50 éves férfiú. Első látogatásánál azt panaszolta, hogy nehezen nyel, de nem is sejteté a bajnak komolyabb jellegét. A torok megtekintése a nyelési zavarnak magyarázatát ugyan nem adta, de mert — mint a legtöbb potatornál — a torok kissé pirosabb volt, gargarizmát rendeltem. Az állapot azonban rohamosan rosszabbodott. Rövid idő után a nyelés még inkább nehezített lett s főkép a szilárd táp felvétele talált akadályra s e miatt csak híg ételei táplálkozhatott.

Ekkor már arról is értesített, hogy a szilárd falatok a bárzsingban — körülbelül a szegycsont felső incisurájának magasságában — fennakadnak, sőt legtöbbször visszajönnek. A híg tápfelvétel is nehezített és a beteg jelentékenyen lefogyott. A közbeeső időben nem vizsgáltam, a midőn a leírt jelenségeket velem megismerteté, már kétségtelen volt, hogy a tápfelvételt a bárzsingban lévő akadály nehezíti, sőt rész-

ben lehetetleníti. Több izben megvizsgáltam a bárzsingkutatóval s ekkor — körülbelül a már jelzett magasságban — akadályra talált a kutató, a melyen két izben egyáltalában nem hatolt át, kétszer csak nehezen, a kutatónak óvatos tolása és mozgatása által jutott át a szűkületen, mert kétségtelen, hogy a bárzsing egy helyen szűkítve volt. Egy ilyen áttolás után a kivett kutató nyomán a beteg száján át vérrel kevert nyák ürült, mely vér nem ép nyákhártyából, annak megsértése után, ürült, mert már színe és keveredése jelzé, hogy valamely fekélyes felületről származhatott. A beteg ekkor azt is említé, hogy a székletéttel is többször elváltozott vér távozott a végbélen át s ennek eredete is nyilvánvaló volt. A cachexia napról napra fokozódott, a beteg mindinkább lefogyott, lázak léptek fel s teljes inanitio után, mintegy három hónapra az első észlelés után, meghalt.

A kórisme a fentebb nyujtott adatok alapján teljes biztonsággal bárzsingrákra volt tehető.

Lues ki volt zárható s ezzel luetikus fekélyekből keletkező strictura is. Maró savak vagy aljak nyelése nem történt, hogy így támadott volna heges szűkület. Diverticulum felvétele ellen a bárzsingkutatóval megejtett vizsgálat szólt. A torok-inspectio kizárta egy nagyobbfokú, chronikus pharyngitis és egy retropharyngealis tályog jelenlétét. Idegen testet a beteg nem nyelt, hogy az akadt volna fel. A mellkas vizsgálata, a percussio, auscultatio s részben palpatio útján kizárta az aorta aneurysma, mediastinalis tumor, a hilusban lévő elsajtosodott bronchialis mirigyek jelenlétét. A bárzsing izmainak ideges spasmusa sem volt felvehető, tekintettel a szűkület állandó voltára, annak fokozódására s arra, hogy az egyénnél neurastheniának, hysteriának nyoma sem volt.

Mindezek kizárása után csupán bárzsingrák volt kórismézhető, a mely már akkor felismertetett, a midőn szorgosabb vizsgálat nélkül álképlet jelenléte alig volt sejthető.

A betegség végén fellépett állandó rekedtség is megerősített ebben, mert bár gégetükri vizsgálat nem végeztetett, a n. recurrensnek a bántalom körébe való bevonatását jelezte.

IV. **Bradycardia tüdőlob crisise után.**

Tizenhét éves, erőteljes lakatos-segéd f. évi április 3-dikán rázóhideggel betegedett meg. A betegség a jobb alsó lebeny crouposus lobja volt. A betegség első három napján a beteg két izben fél gramm digitalist kapott. A tüdőlob a betegség 8-dik napján folyt le. Az ekkor megejtett vizsgálatnál a láztalan és gyógyult beteg pulsusa elég erős, csak kissé lágyabb, telt, rhythmikus, erejére is egyenlő volt, de száma 46 perczenként, 5 nappal később 48. Ekkor a beteget két hétig nem láttam. Április hó 30-dikán a pulsus száma 76 volt.

Az első lehetőség az volt, hogy a bradycardia okát a vett digitalisban keressem, de ennek mennyisége összesen csak egy gramm volt s hatása nem terjedhetett huzamosabb időre, a jelen esetben 10 s több napra. Az okot másban kellett keresni.

Tudjuk, hogy bradycardia előjöhet aggoknál, inanitiónál, agybajoknál, nagyobb fokú icterusnál, nephritisnél, midőn a szívnek nagyobb munkát kell végeznie.

Mind ez esetek a jelenben nem forogtak fenn.

Egyéb lehetőségek közül, a szívizom betegségei (zsíros szív, myocarditis) és az aorta szűkülete is ki voltak zárhatók, már a pulsus minőségének — a számtól eltekintve — megitélésénél. Az az eset sem forgott fenn, hogy az aorta-rendszerben a vérnyomás erősen csökkent volna, mert se nagyobb vérvesztés nem történt, se collapsus jelenségei nem voltak jelen. Mindezek kizárása után egyetlen lehetőségre lehetett gondolni, s ez az, hogy betegünknél a bradycardia symptomatikus jelentőségű jelenségének oka az volt, hogy heveny lázas megbetegedés ment előre, s ennek lefolyása a láz kritikus esésével fejeződött be. Ezen felvétel teljesen megmagyarázza a bradycardia fellépését. Hogy végső elemzésben bizonyos toxinoknak a vagusra való hatását kell a jelenségben látnunk, az jelen esetben theoretizálás jelentőségével bír.

Révész Vilmos dr. az előadott esetekhez kiván néhány megjegyzést fűzni. A harmadik esetnél a felsorolt symptomák alapján a bárzsingrák kórismézését beigazolva látja ugyan, de szerinte megdönthetlen volna az, ha az álképletnek egy részlete górcsői vizsgálat alá vétetett volna.

A negyedik esetet illetőleg azon gyanujának ad kifejezést, hogy a betegség influenza-tüdőlob lehetett.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Filatow: Vorlesungen über akute Infectionskrankheiten im Kindesalter. Nach der 2. russischen Auflage übersetzt von *Polonsky*. Wien, J. Šafař, 1897.

Filatow, a hírneves moszkvai gyermekorvos munkáinak valamennyiét különösen az élénk előadási mód és az objectiv tárgyalásnak a nagy tapasztalatokon alapuló subjectiv nézetekkel való érdekes combinatiója tünteti ki. De talán egyik munkájában sem oly szembetünők ezen eléggé nem méltányolható tulajdonságok, mint éppen a gyermekkori acut fertőző betegségekről szóló könyvében, melynek jó német fordítása szép kiállításban az imént hagyta el a sajtót s hazai orvosaink részéről is bizonyára kedvező fogadtatásban részesülend. Az általános részben a gyermekkori fertőző betegségek kezdeti stadiumának diagnostikájáról szól szerző, behatóan tárgyalva a vizsgálat menetét és az előforduló hibaforrásokat, úgyszintén a differential diagnostikai momentumokat. A részletes részben kimerítő leírását találjuk az egyes gyermekkori acut fertőző betegségeknek, úgymint influenza, typhus abdominalis és exanthematicus, febris recurrens, diphtheria, scarlatina, rubeola scarlatinosa, morbilli, rubeola s. roseola epidemica, variola és vaccinatio, varicella, pertussis, parotitis, dysenteria, Pfeiffer-féle mirigyláz. Alig szükséges említeni, hogy szerző, mint a mai kor szinvonalán álló író, a tárgyra vonatkozó legújabb vizsgálati eredményeket is felvette munkájába, mint a milyenek a vizelet diazoreactiója, a szívizom és idegrendszer vizsgálata diphtheriánál, a Manning-féle exanthema scarlatinánál, a vizelet sajátságai pertussisnál stb.

II. Lapszemle.

Méregtan.

A kalium hypermanganicumról, mint a morphium ellenszeréről, közöl tanulmányt az amerikai *Moore*. Tapasztalatai szerint a kalium hypermangan. messze felülmulja megbizhatóság tekintetében mindazon szereket, a melyeket eddigelé a morphium ellenszereként ajánlottak. Moore önmagán bizonyította be állítását: reggeli után 0·30 gm. morph. sulfur.-ot vett be s ennek desoxydálására utána kevés idő mulva 0·50 kalium hypermanganicumot; semminemű kellemetlen jelenség sem mutatkozott. A kalium hypermanganicumot mint a morphium antidotumát nemcsak per os, hanem subcutan is hasonló jó eredménynyel alkalmazta. Moore száznál több esetről számol be, melyek a kalium hypermangan. ezen hatását bizonyítják. A dilutio, melyben a szert alkalmazza: 0·5—1·0 : 500·0; általában annyi kalium hypermanganicumot kell a mérgezettnek beadni, mint a mennyi morphiumot vett be. (New-York Academy of Medicine, 1896. deczember 17.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Repedezett kezek** ellen *Steffen* következő kenőcsöt használtat: Rp. Mentholi 0·75; Saloli, Ol. olivarum āā 1·50; Lanolini 45·0. Naponként kétszer használandó. (Sem. méd. 1896. 42. szám).

2. **Taenia solium** ellen *Chamberlin* a következő orvosságot ajánlja: Spir. vini cum chloroformio (10%) 8·0; Essent. terebenthin. rectific., Extr. aether. filicis maris āā 4·0; Glycerini 15·0. M. D. S. Óránként egy fél evőkanálnyit. A beteg előbb ricinusolajat vagy magnesium sulfuricumot vesz be és mikor a hatás beáll, kezdi meg a fenti gyógyszer használatát. Gyermekek számára természetesen kisebb adagok veendők; így például 2 éves gyermek számára következő a vény: Rp. Spir. vini cum chloroformio (10%), Essent. terebenthin. rectific., Extr. aether. filicis maris āā 2·0; Glycerini 15·0. M. D. S. Óránként egy kávéskanálnyit. (Sem. méd. 1897. 43. sz.).

3. **Az argentum nitricummal étetés fájdalmatlanná tevésére** cocainum hydrochloricum nem használható, mert az argentum nitricummal való érintkezésekor oldhatlan ezüst chlorür képződik. A mikor tehát az érzéketlenné tevés argentum nitricum használatakor szükséges (például húgycsőbe cseppentése az argentum nitricum-oldatnak Guyon szerint), *Saalfeld* szerint cocainum nitricumot kell használni, mint a mely nem képez oldhatlan csapadékot az argentum nitricummal, érzéstelenítő hatása pedig épen olyan erős, mint a cocainum hydrochloricumé. (Sem. méd. 1897. 43. sz.)

TÁRCZA.

Az egyetem „én"-jéről.

Lechner Károly tnr.-tól.[1]

Mélyen tisztelt egyetemi közgyülés!

Ime elhangzottak a lelépett rector búcsúzó szavai. Velök negyedszáz év utolsó perczei tüntek el felettünk, a mióta először megnyiltak egyetemünk kapui. Negyedszáz év! Elég hosszú idő ahhoz, hogy a gyermek elvesse játékait, a serdülő leszokja ügyetlenségeit és az érett ifjú egyénisége kristályosodjék ki. Huszonöt év nem sok a tudomány életében, de emberöltő az egyéni én fejlődésében. Egyetemünk is túlesett már a gyermekkor tehetetlenségén, átszenvedte a serdülőkor nehézségeit, legyürte az ifjúkor félszegségeit és végre itt áll érett — bár fiatal — egyéniségével a küzdelemre készen, mint a tudományok sikra szálló bajnoka. Eljött az idő, hogy hovatovább ne csak gyarapodjék, ne csak fejlődjék, hanem egész tudásával méltó részt kérjen magának a cultura alakításának, a társadalom szervezésének, az emberiség ethikus haladásának folytonos munkájában. Itt az óra, hogy számot vessen magával, kimutassa erőit, megismerje saját énjét, annak szükségeit, életfeltételeit, óhajait, vágyait és megtalálja ama béklyókat is, melyeket individualis tekintélye, szabadsága és függetlensége érdekében le kell ráznia magáról.

***

A midőn ma, egy újabb emberöltő kezdetén, az egyetem kitüntető bizalma folytán kezembe veszem annak vezetését: engedjék meg, hogy első sorban is annak én-jével foglalkozzam.

Joggal kérdik: egyetemünknek, egyáltalában testületeknek, van-e, lehet-e saját én-jük? Igenis van, kell hogy legyen, mert minden élő organismus, akár csak egy-egy sejtből, vagy ilyenek társadalmából alakult lény legyen, akár e lények csoportosulásából származott családokat, testületeket, osztályokat, népeket foglalja magában, mindenkor önálló énnel bir. Természetes, hogy ezen én a sejtek vagy lények adta társadalom tökéletességével arányban hatalmában, szabadságában és önállóságában is nagyobbodik.

Az én a psyche jelensége. Erőnyilvánulás, mely — minden más erőnyilvánuláshoz hasonlóan — hol erőt köt, hol ilyent felszabadit. Az erőkötés a lelki nyugalom állapotában történik. Az erő felszabadulását a szellemi munka képviseli. Önmagától semilyen erő sem változtathatja meg potentialis avagy kinetikus állapotát. Ehhez okvetetlenül valamely kiváltó inger közbenjárása szükséges. Kiváltó okokként élő organismusnál majd külső objectiv ingerek, majd belső subjectiv hatások szerepelnek. Mindkét csoport az erőkötés és az erőfelszabadulás folyamatát egyképen eredményezheti. Valahányszor külső inger folytán erőkötés jön létre, ezt üdülésnek nevezzük. A belső inger okozta erőkötés gyarapodást közvetít. Ezekkel szemben a külső erőfelszabadítás fáradáshoz vezet, a belső erőfelszabadulás pedig fogyást okoz. A nyugalom phasisa tehát üdüléssel és gyarapodással jár karöltve, a munkáé ellenben fáradással és fogyással, illetve kopással.

Üdülés, gyarapodás, fáradás és fogyás valamennyi részt veszen az én létesitésében. Mentül jobban üdül, mentül inkább gyarapodik az organismus, annál több erő köttetik meg számára, mely mindmegannyi az én potentiáit növeli. Minél többet fárad és minél inkább fogy, annál nagyobb mennyisége az eleven erőnek használtatik fel általa, azaz külső vagy belső ingerekkel szemben, életczéljai érdekében annál hatalmasabban érvényesül az én. *Az erőkötés és az erőfelszabadulás közötti helyes arány az én tökéletességének első feltétele.* Reá nézve épen olyan hátrányos, ha kevés erejét túlságosan elfecsérli, mint ha sok erőt gyüjt, de azt fel nem használja.

Fokozott mértékben mondható ez az egyének többségéből alakult testületekről, melyeknek összérdeke ellen van, ha meglevő erői idegen, egyéni, pártos czélokra pazaroltatnak, de az is, ha igénybe nem vétetnek.

Énünk tökéletessége azonban nemcsak az erő minőségétől és mennyiségétől, nemcsak azon aránytól függ, a melyben ez a szervezetben felgyülemlik s ott felszabadulhat, hanem függ még attól is, vajjon a potentia könnyen vagy nehezen, gyorsan vagy lassan, az ingervariatiókhoz alkalmazkodólag vagy alkalmazkodás nélkül szabadítható-e fel; szóval az erő minő fokban és minő készenlétben áll az organismus rendelkezésére. Ez utóbbi körülményt egyeseknél az idegrendszer szerkezetének öröklött boncztani tökéletessége s annak szerzett gyakorlottsága, testületeknél azok szervezete és ettől függő munkaképessége határozza meg.

Az én jelenségével, annak fajlagos potentiáival, valamint az e potentiák révén kiváltható saját formájú reactióképességgel az élő organismusok mindegyikénél találkozunk, kezdve a mikroorganismusok legtökéletlenebb fajaitól egészen fel az emberig. A psyche erői mindenütt megvannak és kimutathatólag anyagon, az úgynevezett plasmán érvényesülnek, mely plasmában az erőkötést vegyi folyamatok, az erőfelszabadulást — újabb kutatások szerint — vegyi folyamatokkal járó elektromos áramlások, mindkettőt molekuláros mozgások közvetitik.

Látszólag egynemű plasmában is már többféle potentiával találkozunk. Tehát a lélek itt is több rendbeli képességgel bir. Ha soknemű plàsma organismussá egyesül, számukkal arányban az erők sokfélesége is szaporodik s — természetesen — velük a psyche potentiái is gyarapodnak. Mégis az egynemű plasmából álló és a szervezettebb testü lények között nem csupán erőik mennyiségében s azok többféle minőségében van a különbség, hanem főleg abban, hogy a szervezettebbeknek különnemü erői egymásra kölcsönösen hatni tudnak, egymást a potentia felgyüjtésében támogatják és az erők felszabadításában befolyásolják. Szóval az organismus részei között társas viszony létezik. A potentiákat hordozó anyagok közötti *ezen társas viszony minemüsége adja meg az én tökéletességének második föltételét*

Már ha a többplasmájú organismus e réven fölényben van az egyplasmájú felett; mennyire inkább fölényre kell jutnia ama társadalomnak, a mely sok ily összetett szervezet egyesüléséből alakul. Ezeknek tökéletessége kell hogy szintén fokozódjék azon kölcsönhatás nagyságával, a melyben az illető társadalom egyes tagjai egymás között állanak. Valamely egyesület vagy testület erőbeni súlyára vonatkozólag tehát — eltekintve annak felgyült potentiáitól — azon szervezet mértékadó, a mely az egyesek közötti kölcsönhatást jobban, avagy kevésbbé érvényre jutni engedi.

Az egysejtü s mikroskopikus nagyságú amöba pl., a melynek csak egyféle plasmája van, valóban nagyon fogyatékos énnel bir. Bár határozottan kimutatható psycheje van, bár az erőgyüjtés tényeit tropismusok alakjában, az erőfelszabadulásáit pedig tactismusok képében mutatja: egyénisége igen korlátolt, mert az erők közötti társitó hatást nélkülözi. Kevés ingerre reagál, ezek is kell hogy tartósak legyenek, több egyidejü ingerre való reactióiban pedig mindig csak ezek egyikére szorítkozik. Több inger behatására egyszerre alkalmazkodni tehát képtelen, legfeljebb egymást követő sorrendben.

Ily korlátoltsággal az élők világában — kisebb-nagyobb fokban — mindenütt találkozunk. Annál csekélyebbé válik ez, minél közelebb érünk az élő lények fejlődésbeli sorozatában az emberhez.

De még az újszülött ember is szerfelett korlátolt én fölött rendelkezik. Világra hozott egyénisége csupán testi érzések szerezte tartalommal bir. A saját testéből fakadó érzések szolgáltatják psychejének összes foglalatját, melyhez már az első életévekben a külvilági ingerek adta érzések csatlakoznak. Ezen még *kizárólagosan subjectiv érzések* tömege alkotja az úgynevezett *elsődleges vagyis érző ént.*

Az értelem fejlődésének későbbi fokán a tények megváltoznak. Minél inkább szaporodnak az érző én gyüjtötte potentiák; minél tömegesebbekké válnak az egyszerre beható számtalan inger mindegyikére felszabadulni kész erők: annál elkerülhetetlenebbé válik, hogy az organismus ne mindegyik ingerre feltét-

[1] Rektori beszéd a kolozsvári Ferencz József-tud.-egyet. 1897/98. tanévet megnyitó ünnepélyén.

lenül válaszoljon, ne mindegyik potentiáját egyszerre engedje eleven erőbe átmenni; hanem szükséges, hogy érzéseinek tömegében, az azokat előidéző ingerek hasznos vagy káros voltához képest, czélszerűen válogasson. E válogatást az érzések közötti kölcsönhatás, a társulás, más szóval a gondolkodás tudatos folyamatai eszközlik. A tudatosság e mellett — a mint az újabb kutatások beigazolták — korántsem új erő, új képesség, mert csakis az érvényesülő potentiák egymásra való hatásának szüleménye. A keletkezett érzések mindegyike mintegy hírt veszen a másiknak jelenlétéről, azt tehát megérezi. Az érzések válogatásának létesülésében főtényezőként a plasma-anyagokat összetársító idegkapcsok bezzentése, azoknak kiköszörülődése gyakorlás folytán szerepel. Járatos utak, a válogatás ösvényei készülnek így, melyeket a nevelés, a foglalkozás, a milieu bezzent meg, s a melyeknek talaján felépül *a másodlagos, gondolkodó én*.

Ez utóbbi *részben subjectiv, részben objectiv* természetü. Subjectiv azért, mivel csupán egyéni érzésekből tevődik össze. Objectiv pedig azért, mert a hírt adó érzés a hírt vevővel szemben valóságos objectum, a mely objectumnak tudomásul vett jelenlétéből az utóbbi következtetést von, itél. Tényleg itéleteink annál tökéletesebbek, minél kevesebb bennük a subjectiv bizonyosság, azaz mentül több érzés válik a társulás ténye által objectummá. A midőn pl. látunk valamit a fényérzés és a színérzés mellett, a tárgy térbeli kiterjedését és helyzetét is tudomásúl veszszük. Értesülünk pedig erről azon szemmozgások és pupillamozgások révén, melyek szükségesek, hogy szemünk a legjobb látás állapotába helyeztessék. De ekkor a szem és a pupilla mozgása sohasem jut subjectiv testi mozgás, illetve izomérzés alakjában tudomásunkra. Mindig csak a térbeli orientálódás itélete az, a mit hirül veszünk. E példából eléggé kitünik, hogy itéleteink tökéletessége azon színeződéssel nő, a melyben azt objectiválódásra alkalmas és tényleg objectummá váló érzéseink száma részesíti.

A subjectiv érzések objectiválódását a társulás folyamatai eszközlik. Sokkal szembeszökőbbé válnak ezen események a testületi összetársulás tényében, a mikor, kétségen kivül, minden egyes — önmagára nézve subjectiv — egyén társító hatásában objectumként szolgál a többiek számára.

Még távolról sem teljes mindezzel az élő organismus egyénisége. Úgy az ingerek megérzése, mint az érzések közötti válogatás eszközlése önmagában elégtelen. Biologiai czéljainak a szervezet csak akkor felelhet meg, ha az érzések kapcsán és az azokban eszközölt válogatás révén arra is képesíttetik, hogy a káros ingereket kerülje, a hasznosakat pedig keresse. Más szóval nélkülözhetetlenek az ingerek követelte és az érzéstársulás megitélte, illetőleg módosította *reactio meg actio tényezői*. Ezek az *én tökéletességének harmadik követelményeként* lépnek fel.

Tagadhatatlan, hogy az actio és a reactio eszközei nélkül élő lény el sem képzelhető. Védekezésre és támadásra fegyverekkel kell birnia. Potentiák ezek, melyek különböző mozgások, elválasztások és kiválasztások alakjában szabadulnak fel. Tökéletességük egyrészt a szervek, melyeknek segedelmével nyilvánulásra juthatnak, fejlődöttségétől és számától, másrészt azok gyakorlottságától függ. A beszéd actióira pl. nem elég, hogy erre alkalmas szervünk legyen, szükséges e mellett, hogy az organismus e szerv használatában gyakorlottságot is szerezzen. Ez utóbbi a potentia feszültségének fokozódásában áll és az egyes mozgásnemek egymásmellettiségének s egymásutánjának bezzentése által érhető el, természetesen a válogatás tényeinek közbenjárása mellett. Újból objectiválásról van a szó, mely a gyakorlandó mozgásnemeket a subjectiv érzésből az objectiv eredmény tudatába viszi át, sőt — kellő gyakorlás után — még ennél is tovább megy és teljesen öntudatlan, tisztán az inger objectumára irányított, minden *subjectivitástól ment, kizárólag objectiv* actiókat formál belőlük. Végső sorban automatás mechanismusok támadnak ebből, melyek immár a szervezetet biologiai czéljai keresésére és az ártalmak ellen való védekezésre kellőképen alkalmatosítják. Ezen begyakorlott automatismusok összessége képviseli *a harmadlagos, a mozgó, a reagáló ént*.

Az erőnyilvánulás eszközeire, a cselekvés szerveire — az egyes organismusokhoz hasonlóan — testületeknek is szükségük van. Actio és reactio nélkül ezek sem élhetnek, tehát a megfelelő szerveket, illetőleg szervezetet ezek sem nélkülözhetik.

Az én-nek imént ecsetelt háromfélesége fokozatosan fejlődik egymásból. Mindegyik az élet során különböző mértékben érvényesül. A gyermekkorban főleg az elsődlegest, az érettkorban a másodlagost, a vénségben a harmadlagost látjuk előtérbe lépni. Valamennyi ismét több alsóbbrendü énre bontható fel. Valóban az érzések, a társítások, a mozgások egyes systemái és apparatusai külön énrészeket képviselnek és mindegyik számára különálló működést engednek meg. Igy különül el a többitől a látó, a halló, az ízlő, a szagló meg a tapintó énünk, így oszlik szét a közérzésünk meg a hangulatunk énje, így válik szét ténykedéseiben felismerő, figyelő, emlékező s itélő énünk és így határolódnak el egymástól cselekvő reactióink, összevágó mozgásaink, ösztöneink s akaratunk énjei.

E sokféle én mibennünk rendszerint harmoniába vegyül, egymást támogatva fejlődik, szükség szerint váltakozik s változik, a foglalkozás, az életmód, a milieu szerint tökéletesedik, gyarapodik, szaporodik és a munka s nyugalom általános elvének hódolva, hol erőteljes actióba lép, hol pedig egészen szünetel.

Eltekintve az alvás közben beálló szüneteléstől, énünk kisebb-nagyobb részei olykor háttérbe is szorulnak, máskor előtérbe nyomulnak, miáltal egyéniségünk pillanatnyi kisebbedése, összpontosulása vagy szétbomlása eredményeztetik. E lelki tünemények kel élettani viszonyok között is találkozunk.

Ha a kisebbedés vagy összpontosulás az elsődleges én szolgáltatta érzések valamelyikére szorítkozik, az én e megszükülését és a subjectivitásnak ez által támadt egy irányban való előnyomulását *suggestiónak* nevezzük. Általa egyes érzések kiválása eszközöltetik és pedig a többiek visszavonulása miatt, mely kiválásnak eredményeként az érzés uralomrajutása mutatkozik és ebből kifolyólag annak döntő hatása minden épen lepergő lelki eseményre. Minthogy ezen énszükülés mindig valamely külső érzésre (heterosuggestio) vagy belső érzésre (autosuggestio) vonatkozik, a suggestio jelensége felmerül mindott, a hol az elsődleges érző én bármi okból fölényre jut. Gyermekeknél, fejlődöttleneknél, müveletlen embereknél, gyenge jellemü és erősen subjectiv természetü egyéneknél leljük ezt a lelki tüneményt, avagy oly kóros állapotokban, mely állapotok az érzés tökéletlenségével, egyoldalúságával vagy gátoltságával járnak. A csábíthatóság, hiszékenység, utánzás, hizelgősség, occultismus, mysticismus, stb. a suggestibilitásnak ily módon létesült kiváló sajátságaiként ismeretesek.

Más tünemény áll elő, ha a tudatosság a másodlagos gondolkodó én valamely társító folyamatára összpontosodik. Vele a *rapport* jelensége támad, mely a társulás egy-egy praedomináló folyamatával függési viszonyba hozza az egyén legtöbb vagy összes lelki eseményeit. Jóformán minden inger, minden gondolat ugyanazt az egy érzéstársulást idézi fel, a mint azt a szerelem, a vonzalmak, a vágyak, a képszer, a szenvedélyek, a nagyzolás, a fanatismus stb. tényeiben észlelhetjük. A rapport jelenségei az érettebb kor jellemvonásaihoz tartoznak és túlzásaikban csak ott jelentkeznek, a hol a társításnak — akár öröklött, akár szerzett, akár muló, akár maradandó — tökéletlenségei vagy nehézségei merülnek fel.

A harmadlagos, a mozgó én is hasonló egyoldalúságoknak eshetik áldozatul. Mihelyest az én concentratiója bizonyos begyakorlott mozgásalakokra történik, megszünik az ezek és az érzések, valamint a társítások közötti kellő összhang. Ebből *automataságok* származnak, melyek az én szétbomlásához vezetnek. A szórakozott egyén, ki mást gondol és mást cselekszik, a gondolataiban elmélyedett ember, ki nem tudva, gépiesen tényked ik, az álomban beszélő, az alva cselekvő, a hypnosis állapotában tényked ő, a somnambul, a vigilambul egyén és sok más e fellépő automataságában egyúttal énszakadást vagy énhasadást is mutat. Észleltettek oly esetek, a melyekben egyetlen ember 3, 4, sőt 6 egyéniségre bomlott fel, melyek közül mindegyik a másik tudta nélkül s attól függetlenül cselekedett. Az automataság e túlzásba menő tüneményei leginkább a kor, a kopás, a betegség, a kimerülés, a vénülés jeleiként lépnek fel, ott, hol a válogatás eszközölte szabad actiók meg vannak nehezítve.

A suggestio, a rapport és az automatismus említett jelenségei kóros túlzásaikban az érzéki csalódásig, a téves eszméig, a kényszerig, illetőleg az impulsiv cselekvésig fokozódhatnak. Valamennyit — úgy ép élettani mint kórtani formáikan — az én szabadságának korlátoltsága jellemzi. A hiba mindenütt a nyugalom és a munka közötti arány helytelenségében, az erőket hordozó énrészek közti társas viszony elégtelenségében, vagy a felszabaduló erők nyilvánulásaira alkalmas szervek, illetőleg az ezekkel való kapcsolatok hiányosságában avagy működésbeli zavarában keresendő.

Ugyanily korlátoltságokra, az én függetlenségének és szabadságának ugyanily fogyatékosságaira ráakadunk a társas egyéniségek, a családok, a testületek, a népek életében is.

(Folytatása következik).

A XII. nemzetközi orvosi congressus Moszkvában.

(Vége.)

Ez az ország oly óriási, hogy minden téren végletekig megy. Megtaláljuk itt az anachoréták barlangjait, de sehol a világon oly remek intézetet nem építettek a biologiai kutatásoknak, mint a szt.-pétervári *császári intézet a kisérletező orvostudományok számára*. Régente a tudomány nem kivánt remek templomot, s még Pasteur egy szük kis szobában végezte világhirü kutatásait. Ma, úgy véljük, a közeli halacskák már meg vannak fogva. Uj eszközökkel, új berendezésekkel, új módszerekkel kell ellátni magunkat, ha eredményhez akarunk jutni. Nos, az oroszok mindazt megadták itt a buvároknak, a mit segédeszközökben csak kivánhatnak. A város zajától távol, egy harmincz épületből álló telepen, külön gázgyárral, villanyos teleppel, óriási állatistállókkal, külön a majmok, lovak, kutyák stb. számára; nagy könyvtárral, illimitált hitellel, előkelő társadalmi rangban, bőséges anyagi javadalmazással, szóval gondoktól menten élnek itt az orvostudomány legfényesebb neveinek viselői. Nyujthat-e egy állam többet a kutatás embereinek ?[1] Képzelhetők-e kedvezőbb viszonyok a dolgozásra ? Lehetetlen elzárkózni ama kijelentés elől, hogy e ponton az orosz társadalom és kormány kimerítették a tennivalókat. A mit emberileg tenni lehet a nemzeti iskola létesítéséért, azt e téren Oroszország megtette.

És most, a midőn elbúcsúzunk Oroszországtól, igazán nem tudom, sikerült-e képet nyujtani erről a nemzetről. Hisz az adatok oly hézagosak, oly ellentmondók; oly mystikus homály burkolja a viszonyokat s oly szokatlanul hat ránk, hogy csak bizonyos dolgokat szabad meglátni, csak bizonyos kérdéseket tenni és csak bizonyos tárgyak fölött gondolkozni !

Már-már örül az ember a humanizmus terjedésének, már a czivilisatio bástyájának látja e földet, s akkor váratlanul egy reactióra bukkan, egy elrejtett, sőt eltagadott körülmény lerontja az illusiót.

Átveszik a németektől az egyetemek rendszerét, de kifelejtik a tanszabadságot, s a *numerus clausus*-szal visszaverik a tudnivágyók ezreit. Remek klinikáikon gyönyörü laboratoriumok, de a melyek politirozott asztalain egy folt sincs, egy csöppecske, egy kis rendetlenség, egy karczolás sem árulja el, hogy ott munkás kéz dolgozott valaha. Az intézetek egész során kap előkelő kiképezést a tanuló s az életben bübájos szent képekkel kell concurrálnia ! Czenzurázott ujságokból kell honának állapotát megismerni, s az elégedetlenek eltünnek a láthatárról. A hirneves Erismann tanárt Svájczba számüzték, a szabadságról phantáziáló diákoknak pedig nyomuk vesz. Egy milliárdot látni egy klastrom kincstárában és harmincz kopeket keres a napszámos ! A népfelvilágosításnak külön ministere van — és 80% az analphabeták aránya. Kitünő a vízvezeték, de csak a belvárost látja el. Óriási lelenczházuk van, de csak 10%-a a felvetteknek lesz nagykorú. A nép theát és napraforgómagot fogyaszt előttünk vasárnap délután itt, a pálinka hazájában !

Az extremumok hazájában vagyunk itt. A legnagyobb bigottismus mellett mély kutató elmék, a fanatikus fatalizmus mellett az objectiv, bonczoló kritika. Mint egy Leporello-album képei, úgy vonultak el szemeink előtt, kik végig rohantunk e csodálatos országon, csak egy-egy pillanatra tünve fel a szegény, éhséggel küzködő muzsik, s a Venus kallipygosnak áldozó kéjencz ; a haladást gyülölő, babonát hintő pópa s a tudomány vértanui között szereplő tudós. Az egyik ember alázatosan leveszi süvegét a vasúti bakter előtt — mert hiszen ez is egy uniformist viselő úr —, a másik ember sok millió család életének és sorsának moiája s egy szeszélye lángba boríthatja a világot. Egy mozaik ez az Oroszország, egy homorú tükör, mely a focusában ragyog, szélein hideg fém. Nagy Péter vas ökle, Katalin agyveleje hozta létre ezt a birodalmat. Lesz-e olyan utódjuk, a kinek szíve boldoggá fogja tenni a népet ?[1]

Nékám.

[1] 1895-ben az intézet jövedelme 384,000 rubel, kiadása 295,000 rubel volt !

[1] E tudósítások első részében a congressus megnyitó ülésének ismertetése alkalmával említettem, hogy a különböző államok részéről történt üdvözlések között Franciaország nevében *Dujardin-Beaumetz* beszélt és üdvözölte az egybegyülteket. A „Gyógyászat“ 27 és 1/4 sorban ismertetvén olvasóival az egész congressust, jónak látta abból a következő 6 és 1/2 sort tudósításom e részletére szentelni : . . . „*Persze, hogy a congressus eseményeinek nagy tömkelegében egy és más kérdés is félrevezeti a referenseket és csak így történhetett az, hogy laptársunknak, az „Orvosi Hetilap“-nak congresszusi jelentésében az mondatik, hogy „Dujardin-Beaumetz uniformisban beszélt és a franczia és orosz katonaorvosok együttmüködését helyezte kilátásba“. Dujardin-Beaumetz tudvalevőleg már meghalt és hacsak a congressusra fel nem támadt, sem uniformisban, sem máskép beszélni nem tudott*“. . . Biztosithatom a „Gyógyászat“-ot, hogy *Dujardin-Beaumetz* ama megnyitó ülésen a Gyógyászat skepsisének minden gyanakodása daczára csakugyan beszélt, a nélkül hogy a congressusra fel kellett volna támadnia és pedig beszélt uniformisban, lévén ő életének és teljes egészségének örvendező öcscse az 1895-ben elhunyt idősb Dujardin-Beaumetznek és jelenleg a franczia hadügyministeriumban a katona-egészségügyi osztálynak főnöke, ki valószinüleg még a jövő congressusokon is sokáig fogja képviselhetni Franciaországot, miután azok, a kiknek holt hirét költik (plane, ha azt egy hozzáértő és jól értesült szakújság teszi !), köztudomás szerint sokáig szoktak élni. *N.*

Vegyesek.

Budapest, 1897. október 1-jén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. szeptember 12-től 1897. szeptember 18-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 415 gyermek, elhalt 293 személy, a születések tehát 212 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2011 beteg, szaporodás 694, csökkenés 710, maradt e hét végén ápolás alatt 1995. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. szeptember 17-től szeptember 24-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 13 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 12 (meghalt —), vörhenyben 16 (meghalt 1), kanyaróban 16 (meghalt —), roncsoló torokloblan és torokgyíkban 10 (meghalt 3), trachomában 20, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 14 (meghalt 1), orbánczban 15 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Gager Károly** dr., kir. tanácsos, téli fürdőorvosi gyakorlatát *Arcóban* (Dél-Tirol) megkezdette.

△ **Kuthy Dezső** dr. átvette a Herczel-féle „Fasor-sanatorium“ vízgyógyintézetének vezetését és rendeléseit tartja a vízgyógyintézetben d. e. 9—10 óráig és d. u. 5—6 óráig, lakásán pedig (VIII., Erzsébet-körút 58. sz. II. emelet) d. u. 3—5 óráig.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest**, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (városligeti fasor, 9. szám). Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső** (november 1-jétől lakik : VII., Erzsébet-körút 58).

Szt.-Lukács-fürdő

téli és nyári

gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságu nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemü gyógy- és üdítő-fürdők. Olcsó és szép lakások. Prospectust küld ingyen az igazgatóság, **Budapesten.**

Abbazia

Dr. Szigeti Márton

Október-Április Abbazia

Május-Szeptember Gleichenbergben.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenkint növeli elismert jó hirnevét s azonkivül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L.** úr ivócsarnokában a nyári hónapokban **pohárszámra** is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

ÉDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv. szállitónál **BUDAPESTEN.**

Kapható azonkivül minden gyógyszertárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

Olcsó gyógyfürdő otthon!

A millennáris kiállításon kitüntetett „Vásártelki természetes vaslápsó“ (Eisenmineralmoor) a franzensbadi moorfölddel szemben 77%-os kénsavas vaselegtartalma miatt, különösen **házi gyógyfürdői** czélokra: **vérszegénység, sápkór, görvélykór,** gyermekeknél **scorbut,** a bőrbetegségek, izom- és izületi csúzok **köszvény, idegbetegségek,** ideges fájdalmak, hüdések, **ivarszervi betegségek,** kiváltképen: a **méh** helyzet- vagy alakváltozásánál, a **méh idült lobja, duzzadása, a petefészkek lobterményei, hiányos vagy igen bő havi vérzés, magtalanság, elvetélésre való hajlam, a méh, hüvely és a hólyag idült hurutja és a fehérfolyás (fluor albus)** stb. eseteiben rövid idő alatt biztos gyógyhatású és felülmulhatatlan. A használati utasitást és a legelső orvosi tekintélyek részéről nyert elismerő bizonyitványokat tartalmazó részletes ismertetést kivánatra bérmentve küld a

„Vásártelki természetes vaslápsótelep intézősége Kolozsvárott“.

Reiniger, Gebbert & Schall

Gyár **Erlangen.** **BÉCS** IX., Universitätsstr. 12. Friedrichstr. 131c **Berlin N.**

Az 1897. évi, ábrákkal ellátott legújabb katalogus tartalma:

Technologiai értekezés és árjegyzék

villamos orvosi készülékekről,

melyek galvanizálás, faradizálás, franklinisatióra, égetésre, endoskopiára, elektrolysisre, sinusoidalis voltaisatióra valamint

Röntgen-sugarakkal

való **fényképezésre** és **átvilágitásra** szolgálnak;

akkumulatorokról, villamos világitó-vezetékekhez

kapcsolható készülékekről és transformatorokról.

Elektromotórok sebészeti használatra, massage, punktura, ventilatio és egyéb czélokra

Katalogus és költségvetés ingyen és bérmentve.

Abt. *D)* Fogász-készitmények katalogusa.

Dr. Mihálovits Béla

ügyvéd úrnak

mint Karlsbad városa és Löbl Schottländer karlsbadi czég

meghatalmazottjának

Budapesten.

Karlsbad város közönsége és ennek főbizományosa Löbl Schottländer karlsbadi czég a budapesti kir. büntető járásbiróság előtt 26700/1896. sz. a. alulirott Rosenfeld Gyula és Balázs József, mint a „Rosenfeld és Balázs“ illatszer- és pipereüzlet volt tulajdonosai ellen az 1890. évi II. t.-cz. 23. és az 1895. II. t.-cz. 8. és 9. §-aiban körülirt védjegybitorlás vétsége miatt panaszt emeltek; mivel üzletünkben nem valódi, hanem vegyi úton előállitott karlsbadi sót **„Karlsbader Sprudelsalz“** feliratal ellátott oly tartányokban árultunk, melyek a valódi Sprudelsó forgalomba hozatalára egyedül megengedett tartányuak hü utánzatai.

Miután e tartányok használati jogosulatlanságáról a nyert felvilágositások után meggyőződtünk — ámbár a „Rosenfeld és Balázs“ név alatt bejegyzett üzlet már több mint fél év óta nem a mi tulajdonunk — mindazonáltal kijelentjük, hogy a mennyiben valamikor ismét lesz üzletünk — „Karlsbadi Sprudelsót“ a jövőben kizárólag Karlsbadból, t. i. **Karlsbad város egyedül jogosult bizományosától: Löbl Schottländer czégtől,** vagy ennek magyarországi főraktárosától **Édeskuty L.** budapesti czégtől fogjuk beszerezni és kötelezzük is magunkat arra, hogy netán nyitandó üzletünkben állandóan legalább 20—30 üveg valódi **„Karlsbadi Sprudelsót“** tartunk készletben, ellenesetben kötelesek vagyunk mindannyiszor 30)—háromszáz forint birságot panaszosoknak kezéhez lefizetni.

Miután panaszosok fenti panaszukat — minek költségét czennel kiegyenlitettük — kérelmünkre visszavonták beleegyezünk, hogy jelen nyilatkozatunk a „Budapesti Hirlap“, „Egyetértés“, „Pesti Hirlap“, „Pester Lloyd“, „Neues Pester Journal“ és a „Neue Freie Presse“ czimü napilapokban — továbbá az „Orvosi Hetilap“, „Gyógyszerészi Értesitő“ és a „Pharmaceutische Post“ czimü szaklapokban közöltessék, — e nyilatkozatnak a fenti lapokban leendő egyszeri közzétételével járó költséget kötelesek vagyunk panaszosok felszólitására Karlsbadban, vagy Budapesten, az ügyvéd úr kezeihez postafordultával egyetemlegesen megfizetni.

Kelt Budapesten, 1897. junius 12-én.

(Közjegyzői hitelesités.)

Rosenfeld Gyula s. k.

Balázs József s. k.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás. 39

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. — —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlttatik.

KEFIR

kizárólag részünkre termelt legkitünőbb steril tejből, valódi kaukázusi gombával készült

legtökéletesebb tápszer.

Ajánlva különösen: **tüdő-, gyomor- és vesebajoknál, chlorosis és anaemiánál s minden nagyobb betegség alatt és után.**

Gyors erő- és súlyszaporodás.

Kellemes, üditő íze miatt azok is szivesen iszszák, kik a tejet nem tűrik.

Budapesten házhoz küld, vidékre póstán szállit a

Kefir-Intézet, Budapesten, Teréz-körút 31. sz.

(Tulajdonos: *dr. Pápay Vilmos*-féle oltóintézet). Vezető-orvos: *dr. Székely Ádám.*

MELLÉKLET AZ ORVOSI HETILAPHOZ

Dr. TAUSZK F. és Dr. VAS B. CZIKKÉHEZ

Negyvenegyedik évfolyam. 41. szám. *Budapest, 1897. október 10.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az intubatio alkalmazása a gyermekgyakorlatban, a diphtherián kivül.

Közli: *Bókay János* dr., egyet. rk. tanár, a budapesti „Stefánia"-gyermekkórház igazgatója.

(Vége.)

B) Az intubatio alkalmazása decanulement-nehézségeknél.

Az *O'Dwyer*-féle eljárás értékét decanulement-nehézségeknél *Ranke* tárgyalta először behatóbban, 1890-ben a *Henoch*-féle „*Festschrift*"-ben megjelent czikkében. Ezen munkájában szerző reámutat mindazon eshetőségekre (granulatio-stenosis, heges szűkület, chorditis inferior, hangszálaghűdés, tétlenségi paresis, decanulementtől való félelem), hol a canule akadályozott végleges eltávolítása intubatio eszközlésével mégis lehetővé válhatik. S mindazon közlések, melyek idevonatkozólag az összirodalomban találhatók (*Anderson, Chiari, Cholmeley, Ferroud, Gampert, Graser, Guyer, Illberg, Massei, O'Dwyer, Pitts és Brook, Rosenberg, Schmiegelow, Waxham*), kétségtelenül mutatják az intubatio-eljárásnak igazán nagy gyakorlati jelentőségét a szóban forgó esetekben. Saját tapasztalataimból mondhatom, hogy míg az intubatio-időszak előtt tracheotomizált egyének végleges canule-eltávolításához mindig félelemmel nyúltam, addig ma, midőn minden egyes légcsőmetszéses esetemnél *elvből* secundaer intubatióval eszközlöm a canule végleges eltávolítását, a decanulement *majdnem mindig* a legnyugodtabban, zavaró momentumok nélkül végezhető. Mindazon esetek közül, melyek az irodalomban idevonatkozólag közzététtettek, a legérdekesebb talán *Pitts* és *Brook* közleménye,[1] a mennyiben szerzők két oly esetet írnak le gyakorlatukból, hol 3, illetve 5 évig hordták a gyermekek a légcső-canulet, s daczára ezen hosszú időnek a canule végleges eltávolítása intubatióval sikerült.

Saját gyakorlatomból csak két esetet óhajtok e helyen az alábbiakban közölni; az egyik esetben *hat éven át* hordott canule végleges eltávolítását eszközöltem az *O'Dwyer*-eljárással, a másikban pedig granulatio-stenosis által okozott decanulement-nehézségeket birtam rövid idő alatt s aránylag csekély nehézséggel secundaer intubatióval végleg eltüntetni. Ez utóbbi eset kiváló érdekkel bir azért is, mert egy egy éves gyermekre vonatkozik.

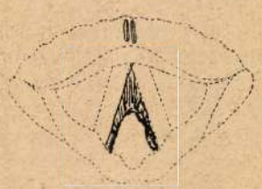
Két esetem kivonatosan a következő:

1. *K. Aranka*, 9 éves leányka, felvétetett a kórházba 1896. augusztus 27-dikén. A leánykánál 6 év előtt diphtheritis laryngis miatt vidéken légcsőmetszés végeztetett; decanulement-nehézségek miatt azóta folyton hordja canule-jét. Az intézetbe decanulement czéljából hozatott be.

A leányka jól fejlett és táplált. A trachealis nyiláson át jól légzik, ablakos canule-lel a külső nyílás betartása mellett szájon át szabadon vesz lélegzetet s hangosan, érthetően beszél. Szeptember 5-dikén d. e. decanulement czéljából intubatio kíséreltetik meg, mely nehézség nélkül eszközölhető. Extubatio s canule-visszahelyezés 24 óra mulva. Szeptember 15-dikén előzetes intubatio után a trachealis fistula, a heges sebszélek kimetszése után, karlsbadi tűkkel s varratokkal záratik. 17-dikén d. e. extubatio, melyet azonban csak negyed óráig tűr.

[1] „Trans. London Medical Society." Dec. 1, 1890.

20-dikán az extubatio kísérletét néhány perczig tűri, 24-dikén 3/4 óráig, 26-dikán egy óra hosszat maradhat tubus nélkül. Ezentúl harmadnaponként újabb és újabb extubatio-kísérlet végeztetik, a tubus-kivételt azonban mindannyiszor csak 1/4—1/2 óráig szenvedi el. Október 9-dikén reggel 1/2 9-től esti 8 óráig, 12-dikén pedig reggel 9-től esti 10 óráig bir tubus nélkül lélegzeni. Október 15-dikén extubatiót eszközlünk, s bár légzése időnként stenotikus, november 3-dikáig, tehát 19 napig, maradhat tubus nélkül igen tűrhető légzésssel. A gégetükri vizsgálat a 3—4. trachealis gyűrű alatt, a mellső falról kiinduló, sarlóalakú, vöröses színű heges képletet mutat (l. 7. ábra). A tubus a trachealis szűkületen nehezen vezethető át. November 7-dikén újabb extubatio, egy óra mulva azonban már erős a stenosis, úgy hogy a tubus bevezetése sürgősen szükségessé válik. November 12-dikén újból egyórai extubatio; 18—21-dikéig tubus nélkül légzik s deczember 5-dikétől 23-dikáig, vagyis 18 napig folyton extubált állapotban maradt. A tubus behelyezése 23-dikán csak erőlködéssel sikerül; az akadály a 3—4. tra healis gyűrű táján jól érezhető. Deczember 25-dikén a trachealis heg bal oldalán, a nyakon körülirtan tályog fejlődik, mely nehány nap mulva megnyittatik. 26-dikán a tubust kiköhögi, s január 13-dikáig, tehát 18 napig a nélkül légzik. Január 18-dikán ismét extubatio s február 7-dikéig, vagyis 20 napig tubus nélkül maradhat. Február 9-dike óta *véglegesen tubus nélkül* lehet; légzés nyugodt, csak izgalomnál kissé fűrészelő.



7. ábra.

Gégetükri vizsgálatnál ekkor a fent jelzett sarlóalakú vöröses képlet *nem* látható. Április 8-dikán gyógyultan bocsáttatik haza, *6 éven át hordott canulejétől végleg megszabadulva, teljesen szabad légzéssel és kifogástalan közérzettel.* Tubus fekvési tartama *1448* óra, vagyis *60 1/3* nap. A trachealis fistula helyén vonalas heg.

Tudakozódás alapján constatálhatom, hogy a leánykánál azóta légzési nehézség jelei egyáltalában *nem* mutatkoztak s egészsége kifogástalan.

2. *B. D.* egy éves fiúcska, felette súlyos diphtheritis laryngis folytán intubáltatik. Serum-kezelés mellett a diphtheria lefolyása kedvező, az intubatio alatt azonban decubitus fejlődik a gégében, minek folytán április hó 12-dikén légcsőmetszés válik szükségessé. 21-dikén ablakos kautschuk-canule helyeztetik a légcsőbe s 29-dikétől kezdve a belső canule eltávolítása mellett időről időre a külső nyílásba kaucsukdugó lesz téve. Solid dugóval szájon keresztül a gyermek nehezen légzik, átfúrt dugóval ellenben eléggé könnyen. 29-dikén canule-változtatásnál nagyobb *sarjtömegek* távoznak a csőnyíláson. Május 18-dikán decanulement intubatio segélyével; 20-dikán extubatio; a tubus kivételt 3/4 óra hosszat tűri. 21-diken újból extubatio, de már 1/2 óra mulva hirtelen beállott asphyxia folytán sürgősen szükségessé válik a tubus-bevezetés. 23-dikán 6 óra hosszat légzik tűrhetően tubus nélkül; 24-dikén újból extubatio, de csak alig nehány perczre, mert a légzés csakhamar erősen stenotikussá válik, úgy hogy intubálni kell a gyermeket. 25-dikén d. u. 2 órakor *végleges* extubatio. A légzés kezdetben egészen csendes, este felé kissé hangossá válik, éjjel alvás közben azonban teljesen nyugodt lesz. A következő napok alatt sírásnál olykor még kissé hangosabb a légvét, csakhamar azonban ezen kóros jelenség is végleg eltünik. Gyógyulás teljes és állandó; hang csak olykor kissé fátyolozott. A canulet a gyermek összesen *36 napig* hordta.

C) Az intubatio alkalmazása a felső légutakba került idegen testeknél.

Az intubatio indicatióját már maga *O'Dwyer* kiterjesztette a felső légutakba került idegen testekre is és ajánlotta, hogy ily esetekben a rendes tubusok helyett kisérlet tétessék directe az általa szerkesztett rövid, kerek, lövegszerű tubusokkal, melyeket *O'Dwyer* eredetileg oly diphtheriások számára hozott ajánlatba (N. Y. med. Journ. 26. Febr. 1887.), kiknél nagyobb terjedelmű és vaskosabb álhártya flottálása észlelhető a légcsőben és a kiknél az álhártya kiürülését elősegi-

teni akarjuk.[1] Természetes, hogy *O'Dwyer* ezen tubusokat s általában az intubatiót csakis oly egyéneknél vélte megkisérlendőnek, hol az idegen test mozgó állapotban van a légcsőben. *O'Dwyer* ezen ajánlatát tisztán theoretikus alapon tette, a mennyiben magának ily eseteknek intubatióval való kezelésére alkalma nem nyilt.

Miután ezen kerek tubusok *O'Dwyer* szivessége folytán csakhamar ismertetésök után rendelkezésemre állottak, nehány esetben, hol gyermeknél idegen test aspiratiójával volt dolgom és az idegen testet a légcsőben mozgó állapotban találtam, megkisértettem ezen tubusok alkalmazását. Az eredmény azonban — fájdalom — csak palliativ volt, s teljes gyógyulást, tehát az idegen test kiküszöbölődését a légutakból, csak utólagos légcsőmetszéssel sikerült elérnem. Hogy kisérleteim eredménytelenek maradtak, annak tulajdonithatom, hogy az aspirált idegen test mindegyik esetemben oly nagy terjedelmü volt (dinnyemag, disznóbab, Gleditschia-mag), hogy távozása ennek folytán a kornak megfelelő kerek tubuson át lehetetlenné volt téve. Daczára eddigi eredménytelen beavatkozásaimnak, az intubatio eljárást a szóban levő eseteknél újból és újból megkisérlendőnek vélem, mert *a*) kisebb idegen testnek, pl. szt. János kenyérmag, kisebb gomb- vagy borsószemnek a tubuson való kitürülése nagyon is valószinü s *b*) mert, ha az idegen test eltávoztatása nem is sikerül, miután a kerek tubust a gyermek órákra jól türi,[2] a légzés megnyugvása által palliativ hatást érünk el s időt nyerünk arra, hogy légcsőmetszésre kellőképen előkészülhessünk. Alig szükséges hosszasabban fejtegetnem, hogy ily esetben a betegnek állandó megfigyelése elkerülhetlen leend, mert az idegen test esetleges beékelődése a tubus űrébe rögtöni extubatiót tesz szükségessé. Ép ezért a rögzitő fonálnak bennhagyása ez esetekben a legnagyobb gyakorlati fontossággal bir.

Hogy idegen testnek a gégébe történt beékelődésénél is sikerrel megkisérthető az intubatio, esetleg a rendes *O'Dwyer*-tubusokkal is, azt egy esetemmel, mely az elmult évben került észlelésem alá, jól illustrálhatom.

B..... *Géza*, 7 hónapos gyermek, 1896. deczember hó 9-dikén hozatott be a kórház nyilvános rendelésére. A kis betegnél a légzés fürészelő, a hang erősen rekedt. Torokképletek tiszták, alig belövéltek; orrnyákhártya szabad. Beteg nyugtalan. A hevenyen fejlődött stenosis oka sem ekkor, sem a következő napon megállapitható nem volt; 12-dikén azonban ujjal garatvizsgálás eszközöltetvén, a gége tapintásánál az epiglottis mögött, a hangrésben körülbelül 1—1¼ cm. hosszú, mellülről hátfelé húzódó, hosszukás idegen test érezhető, mely mély légvételnél eltünik s kilégzésnél újból tapinthatóvá válik. Az anya kérdezősködésre előadja, hogy 8-dikán este a gyermek híg tojást kapott s evés közben lett hirtelen rosszul. A hangrésben fixált idegen test ezen alapon tojáshéjnak bizonyulván, indikáltnak találtam az intubatio eszközlését a rendes *O'Dwyer*-tubussal azon czélzattal, hogy a tubus bevezetésével a héjat összetörjem s a fixált testet mozgó idegen testté változtatván át, annak expectoratióját lehetővé tegyem. Az intubatiót 13-dikán délben végeztem. A tubus bevezetése csekély ellenállás legyőzése után első kisérletre sikerült; utána a légzés *egyszerre* felszabadult. Intubatio után a trachea fölött hallgatódzva, idegen test *flottálása* köhögéskor jól kivehető. Nehány percznyi tubusbennlét után a cső a fonál segélyével kivétetik, s miután a fiucska lélegzése teljesen szabad, az anya gyermekét haza viszi. Másnap, azaz 14-dikén az anya a székletéből izolált tojáshéjdarabkát mutat be, melyet a gyermek kétségtelenül az extubatiót követő köhögési roham közben expectorált és nyelt le. A bemutatott gyermek teljesen szabadon légzik s légzési nehélyek később sem léptek fel nála.

Az irodalomban összesen csak két esetet találok leirva, hol a felső légutakba került idegen testnél az intubatio-eljárás sikerrel vétetett alkalmazásba. Az egyik esetet *S. J. Meltzer* (New-York) közölte 1889-ben a „*Medical Record*"-ban, a másikat pedig *Bonain* (Brest) ismertette 1895-ben a „*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*"-ban. A két eset kivonatosan a következő:

1. *Meltzer* esete. 3 éves fiú, dióevés közben tele szájjal kiabálva hirtelen elfulad. Anyja fejére fordítja, hátát üti, majd hánytatót ad be neki, mire a hevos tünetek szünnek s a fiú megnyugszik. Másnap reggel rekedtség s a légzés mindinkább nehezebbé válik. Délután 3 órakor a légzés már erősen stenotikus, a gyermek erősen cyanotikus, aluszékony; a pulsus szapora, kihagyó. A rögtön alkalmazott intubatióra (közönséges tubussal) a légzés teljesen felszabadul, s a gyermek magához tér. Az éjjelt nyugodtan tölti. Reggel a gyermek önmagát extubálja, légzése az extubatio daczára nyugodt marad. A tubus üre nyúlós váladékkal félig telt s a szivós tömegben több kisebb darabkán kivül egy aránylag nagyobb dióhéjdarab találtatik. A lefolyást rostonyás tüdőlob zavarja. Két hét mulva a gyógyulás teljes. *Meltzer* a hangrés direct elzáródását az idegen test kicsiny terjedelme folytán kizártnak véli s az első nehézlégzési rohamot gégegörcsből magyarázza, míg a későbbi nehéz légzést a nyákhártya duzzanatából, vagyis glottis-oedemából származtatja. Szerző valószinűnek tartja, hogy a kissé hegyezett dióhéj az egyik hangszalag mellé ékelődött be s intubatiónál a tracheába esett és innen küszöbölődött ki.

2. *Bonain* esete. 15 hónapos gyermek, délután 3 óra tájban szilvamagszilánkot aspirál (a szilvamagszilánk az anya határozott állitása szerint alig lehetett nagyobb három gombostűfejnél), mire hirtelen fuladási tünetek lépnek fel. Hánytató adására a lélegzés megnyugszik s a gyermek az éjszakát eléggé jól tölti. Kora reggel felé a légzési nehézség újból fellép s oly fokot ér el, hogy *Bonain* a gyermeket azonnal intubálni kénytelen. A gége erősen oedematosus, s a 2. számú tubus bevezetése csak nehézséggel sikerül. Intubatio után a légzés rögtön és teljesen felszabadul; a gyermek kevés véres nyákot expectorál. Zavartalanul töltött éjszaka után reggel ½10 órakor extubatio, a szövetek beivódása folytán csekély ellenállás leküzdésével. Extubatio után a légzés szabad, a hang tiszta s a gyermek rövid nehány nap alatt teljesen gyógyultnak tekinthető. *Bonain* az első suffocativ rohamot szintén hangrésgörcsből származtatja, az utóbb fellépett légzési nehézséget pedig a gégében rögzített idegen test által előidézett gége-oedemából. Az idegen test kiküszöbölődése esetében látatlanul ment végbe.

Mint a fentiekből látjuk, *Meltzer* és *Bonain* esete az általunk közölt észlelettel körülbelül megegyező. Bár *O'Dwyer*-rel együtt mi is azon nézetben vagyunk, hogy az intubatio-eljárás (különösen a kerek tubusokkal) a felső légutakban mozgó állapotban levő idegen testeknél jöhet alkalmazásba s eredményezhet gyógyulást, a részletezett három esettel kimutattuk azt, hogy olykor a gégében fixált idegen testeknél is javalva lehet az eljárás és eredményesen végezhető az intubatio s igy túlzottnak tartjuk *Massei*[1] és *Schmiegelow*-nak[2] azon határozott kijelentését, hogy ily esetekben az intubatio-eljárás directe ellenjavalt.

Míg mozgó idegen testnél részünkről a fent közölt érvelés alapján minden esetben megkisérlendőnek véljük a tubusbevezetést, addig a gégében fixált idegen testnél az aspirált idegen test minőségétől teszszük függővé azt, hogy az intubatio megkisértessék-e vagy sem? Természetes, hogy oly idegen testeknél, melyek a gégét majdnem teljesen elzárják s ott erősen fixálva tartatnak, az intubatio-eljárást magam is contraindikáltnak kell hogy tartsam s gyógyulást csak egyéb műtéti eljárástól várok.

* * *

D) Az intubatio, mint a légcsőmetszést támogató eljárás.[3]

Mindazok, kik a légcsőmetszés technikáját nemcsak ismerik, hanem a műtétet gyakorolták is, kell hogy elismerjék, hogy a légcsőmetszés a műtő higgadtságát a legtöbbször nagyon is próbára tevő kényes beavatkozás; kényessé teszi az eljárást tudvalevőleg különösen azon körülmény, hogy nehezen lélegző, sőt a legtöbbször fuladozó betegen kell a műtétet végeznünk. Hogy a műtét veszélyességét lehetőleg csökkentsük, oda kell törekednünk, hogy a légcsőmetszés tartamára a légzési nehézséget csökkentsük, illetőleg megszüntessük, mert ha ez sikerült, a légcsőmetszést nyugodt, higgadtan végezhető műtétté alakitjuk át. *O'Dwyer* eljárásával e módot mintegy a kezünkbe adta, s nekünk a módot csak meg kellett ragadnunk s módszerré fejlesztenünk.

Én az intubatiót, mint a légcsőmetszést támogató eljárást az *1891. év eleje óta* gyakorlom, teljesen önálló gondolkozás

[1] *Waxham* ezen tubusokat 1890. október havában demonstrálta a chicagói orvosegyletben.

[2] *O'Dwyer* ily esetekben a kerek tubust hosszabb időre is benn meri hagyni. (Under these circumstances they can be left in position for a much longer time without danger from pressure, because the mucous membrane of the larynx is in the normal condition.)

[1] *Massei*: „*L' intubazione della laringe*". Napoli 1893. „Le poi ovete a fare con corpi estranei, non fate assegnamento su la intubazione, anti é questa la piu classica contro-indicazione."

[2] *Schmiegelow*: „*Revue de Laryngologie*". 1894. Nr. 20. „Les sténoses aigues du larynx, causées par un corps étranger, ne doivent être traitées, que par la tracheotomie."

[3] Előadásom ezen része kivonata egy nemrég megjelent közlésemnek e tárgyról. (Orv. Hetilap 1. sz. és Arch f. Kinderh. XXIII. 1897.)

alapján s kórházamban az eljárást azóta rendszeresitettem. Ezóta körülbelül 70 légcsőmetszést végeztem ily módon különböző indicatiók alapján (perichondritis laryngea, intubatio utáni fekélyződés a gégében, papilloma multiplex laryngis, mozgó idegen test a légcsőben) s meggyőződtem arról, hogy az előzetes intubatio tracheotomiánál a *legnagyobb* gyakorlati jelentőséggel bir, mert a műtét alatt kellőleg fentartja a passage-t a levegő számára.

Hogy a légcsőmetszést a vázolt módon végezhetjük, erről kivülem tudtommal csak öt szerző tesz említést, idevonatkozó megjegyzésük azonban — *Fronz*-ot kivéve, ki csak legújabban *Widerhofer* tanár kórodájáról önálló czikket közölt e tárgyról[1] — összesen csak nehány sort tesz ki.

Igy *W. S. Northrup* 1890-ben az amerikai gyermekgyógyászati cyklopaediában az intubatio tárgyalása végén a következőket mondja: „Intubation does not preclude tracheotomy and the tube may serve as a guide upon which to cut"; *Karewszky* gyermeksebészeti tankönyvében 1894-ben a következő megjegyzést teszi: „Andererseits ist die Intubation auch als vorbereitendes Verfahren für die Tracheotomie empfohlen worden (*Bókay, Northrup*)"; *Carstens, Heubner* tanár lipcsei gyermekkórházából 1895-ben közzétett tanulmányában az intubatióról a következőket irja jegyzet alatt: „Die Tracheotomien wurden stets auf liegender Intubationscanule ausgeführt, was sehr zu empfehlen ist"; végül *Massei*[2] tanárnak 1895-ben tartott egyik előadásában a következőket olvashatjuk: „In cases of severe stenosis, in which tracheotomy is clearly indicated, but time would not allow of its performance, temporary intubation, provided the form of the stricture allows the passage of the tube, will render the operation easier, not only by removing immediate danger of suffocation, but also by fixing the larynx and quieting the circulation."

Részemről azon nézetben vagyok, hogy ha az intubatio a gyakorlatban egyébként nem is vált volna be és csak ezen haszna lenne, *még akkor is* megérdemelné, hogy vele minél többen foglalkozzunk.

* * *

Uraim!

A fent elősorolt eseteken kivül alkalmazásba vettem az *O'Dwyer*-eljárást több esetben *laryng. catarrh. acuta*-nál, *gégevizenyőnél, glottis-görcsnél, pertussisnál,*[3] *papilloma multiplex laryngisnél*, valamint *bronchial-mirigy tuberculosis folytán létrejött felső légútszükületnél*, ez esetekkel azonban, miután feljegyzéseink róluk hiányosak, ez alkalommal nem foglalkozom.

Az intubatio más szerzők által megkiséreltetett *posticus-hüdésnél (O'Dwyer, Cheatham, Rosenberg), asphyxiánál (Egidi), hysteriás gége-görcsnél (Chiari, O. Ascenso), struma által okozott tracheo-stenosisnál (Waxham), gégegümökórnál (Knight, Massei) s fractura laryngisnél* s a közzétett tapasztalatok oly eredményeket mutatnak fel, hogy különösen gégetörésnél az *O'Dwyer*-eljárás alkalmazása a legmelegebben ajánlható. (*Lefferts,*[4] *Egidi,*[5] *Scheier,*[6] *Simpson*[7]).

Csak mellékesen említem fel, hogy mesterséges légzés foganatosítására *O'Dwyer* külön intubatiós eszközt szerkesztett, mely fújtatóval jön alkalmazásba és saját tapasztalataim alapján is a lehető legjobb eredményeket adja. Az európai irodalomban ezen eszközt *Loewy Leó* dr. kórházi segédem ismertette először,[8] közölve egyszersmind az eszköz használatára vonatkozó tapasztalatainkat is. E tapasztalatok, egybevetve az amerikai észleletekkel kétségtelenné teszik előttem, hogy *O'Dwyer*-nek ezen újabb genialis eszköze rövid idő mulva szintén egy modern kórház műszerkészletéből sem fog hiányozni.

Végül kedves kötelességemnek tartom hálás köszönetemet nyilvánítni igen t. Ügyfelemnek, *O'Dwyer J.* dr.-nak, ki a birtokában levő irodalmi adatoknak legkészségesebb megküldése által lehetővé tette nekem az előadási tárgyamra vonatkozó irodalmat minél tökéletesebben megismerhetnem.

[1] Jahrb. f. Kinderh. 1897. XLIV. Bd. 1 H,

[2] Az érdemes olasz laryngologusnak nyilatkozatát sajnálatomra angol nyelven vagyok kénytelen citálni, mert az eredeti olasz közlemény rendelkezésemre nem állott. Az angol közlés a „Journal of Laryngology etc." 1895. 1. évfolyamában jelent meg.

[3] Spasmus glottidis és pertussisnál az intubatiót tudtommal volt kórházi segédeim *Brück Miksa* dr. és *Taub Gyula* dr. alkalmazták először.

[4] N. Y. med. Journal. 9. Dec. 1893.

[5] *S. Ferroud.* L'intubation du larynx. Paris 1894. pag. 121.

[6] Berl. laryng. Gesellschaft. 15 Juli. 1892.

[7] Assoc. laryng. amer. 1893. Mai.

[8] Orv. Hetilap 1896., Deutsch. med. Woch. 1897.

Közlemény Purjesz Zsigmond dr., ny. r. egyet. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Kórodai észleletek a Widal-féle serodiagnosis értékéről.

Jancsó Miklós dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédektől.

(Folytatás.)

Második táblázatunk 26 typhusbetegnél 97 izben eszközölt vizsgálatunk eredményét tünteti fel. E betegek mind a kórodán feküdtek, s igy pontos megfigyelésünk tárgyát képezték. A vizsgálatokat a betegség legkülönbözőbb szakaiban végeztük. (l. II. tábla).

E táblázatból, melyről e helyen csak általánosságban akarunk szólni, kitünik, hogy a typhusbetegek vérsavója az esetek igen nagy többségében (95%) jelentékenyen magasabb (néha több százszoros) higitásban adja a reactiót, a nem typhusos egyének vérsavójával szemben.

Épen azért, mivel a reactio felső határa a kétféle serumra nézve a legtöbb esetben oly jelentékeny különbséget mutat, másrészt a mint láttuk, a titráló módszer segélyével nyert értékeknél a mérések érzékenysége higitásban kifejezve nem kisebb mint 50, azt hiszszük, hogy nem helyes a differential diagnosisban oly kis higitási különbözeteknek az értékesítése, mint pl. 10—15 stb., mint azt több észlelő kimondja és csatlakoznunk kell azok nézetéhez, kik a nem typhusos serum reactiójának felső határát higitásban kifejezve legalább is 50-re teszik.

Több észlelő említi, hogy a typhuscultura virulentiája befolyással lehet a reactióra, pl. Kolle azt észlelte, hogy kevésbbé virulens cultura bacillusai jobban agglutináltatnak, mint virulensebbéi.

II. t á b l á z a t.

A) Sectióra került typhusesetek.

Sorszám	Beteg neve	A betegség hányadik napján következett be a halál?	Mikor, a betegség hányadik napján történt a vérvétel, s mekkora volt a beteg hőmérséke ez alkalommal?			A levescultura hányszoros higitással	
			Hó	Nap	°C	lesz víztiszta	mutatja a reactio felső határát
1	Kiss M.	15	V/27	9-dik	40·1	50	150
2	Dáma P.	21	III/8	14 „	40·2	80	80 felett?
			III/13	19 „	40·6	80	200
			III/15	21 „	(Hullavér)	—	80
3	Zách Juli	33 (?)	V/1	33 „	(Hullavér)	—	40
4	Bokis L.	31	I/24	14 „	39·4	—	10 alatt?
			I/26	16 „	39·2	—	10 alatt?
			II/3	24 „	39·4	40	160 felett?
			II/6	27 „	38·8	—	200
			II/10	31 „	(Hullavér)	80	600
5	Kosszuk I	27	V/22	15 „	39·5	150	500
6	Kovács I.	36 (Pyaemia)	IV/20	7 „	39·4	—	160
			IV/28	15 „	39·4	—	180
7	Schwatz Róza	56 (Tuberc.)	III/29	19 „	39·3	10	40
			IV/14	32 „	39·2	60	120
			IV/26	44 „	39·2	—	180
8	Modis L.-né	21	Csak függőcseppel vizsgáltatott				
9	Szász J.	32	Csak függőcseppel vizsgáltatott				

*

B) Jól kifejezett typhusesetek.

Sorszám	Beteg neve	Betegségének lefolyása	Mikor, a betegség hányadik napján történt a vérvétel, s mekkora volt a beteg hőmérséke ez alkalommal?			A levescultura hányszoros higitással	
			Hó	Nap	°C	lesz víztiszta	mutatja a reactio felső határát (még felismerhető tisztulást)
1	Czakó J.	35. napon defervesc.	II/3	40-dik	36·5	80	120
			II/6	43 „	36·8	—	120
2	Czakó F.	A 20. nap geny. par. lép fel; 30. n. defer.	I/29	33 „	37·4	80	400
			I/31	35 „	37·2	80	160
			II/19	54 „	37·4	—	160
			IV/17	80 „	—	20	60
3	Kuczitár J.	24. n. def. 29—40. n. között recidiva	I/23	33 „	39·2	20	20 felett?
			I/26	36 „	37·6	40	20 felett?
			II/3	44 „	36·6	140	240
			II/15	56 „	37·0	—	80
4	Feuer S.	50. napra defervesc. Compl. számos abscessus az altesten	II/20	58 „	37·2	60	160
			III/9	75 „	37·1	80	160
			III/13	79 „	36·8	40	80
			III/20	84 „	37·0	80	120
			III/28	89 „	36·6	40	120
			V/26	100-on felül		—	40
5	Szitás J.	32. n. def., de már a 33.n.kezdve súlyos rec.lép fel, mely a 61. napig tart	I/31	24 „	38·5	120	160 felett?
			II/5	30 „	38·0	—	360
			II/15	39 „	39·0	—	240
			II/20	44 „	40·0	—	400
			III/5	57 „	37·2	—	160
			III/13	65 „	36·8	40	120
			III/19	71 „	36·7	10	80
6	Hajdukovics J.	35. napra defervesc.	II/4	8 „	39·5	—	320
			II/15	13 „	39·8	—	400
			II/20	18 „	40·2	—	120
			II/28	26 „	38·5	80	120
			III/5	31 „	38·3	20	40
			III/13	38 „	36·8	40	100
			III/19	45 „	37·1	120	160 felett?
			III/28	54 „	37·2	40	160
7	Bakó L.	19. n def., de pár nap múlva rec. lép f. mely a 49. n. t.	II/8	4 „	39·6	10	40
			II/13	9 „	39·7	10	80
			II/19	15 „	40·0	10	40
			II/27	23 „	37·3	10	40
			III/27	38 „	36·8	10	100
8	Bányai J.-né	25. napra defervesc.	III/28	19 „	38·7	80	280
			III/13	32 „	36·5	80	240
			III/19	38 „	37·0	—	120
9	Hosszú J.	Körülbel. a 16.napra defervesc.	II/28	7 „	39·1	80	200
			III/13	20 „	36·8	120	160
			III/20	27 „	37·0	80	200
10	Eckart L.	32. napra defervesc.	III/20	18 „	39·3	—	200
			III/18	26 „	37·4	—	240 felett?
			IV/14	43 „	36·8	80	240
11	Grünblatt J.	30. napra def., a 41. napig enyhe recidiva	III/13	10 „	39·0	40	80
			III/19	16 „	39·4	40	120
			III/27	24 „	37·8	40	160
			IV/14	42 „	36·6	—	40
			IV/27	55 „	36·5	—	alig 10
12	Kern L.	31. napra defervesc.	III/27	8 „	39·3	160	160 felett?
			IV/3	15 „	39·8	—	880
			IV/14	26 „	38·2	1000	1000 felett?
			IV/17	29 „	37·5	—	3300
			IV/20	32 „	36·8	—	2200
			IV/26	38 „	36·8	—	2100
			V/24	64 „	36·5	150	400
13	Czonka L.	25. n. def.	V/27	16 „	—	120	200 felett?
14	Farkas Zs	31. n. def.	V/22	21 „	40·0	100	200
15	Kemecsei J.	28. napra def.	III/4	13 „	39·4	—	160
			III/13	22 „	38·6	80	160
			III/21	30 „	36·6	10	40
			III/28	38 „	36·5	—	80
16	Jakab L.	50. napra def.	II/28	19 „	39·5	20	80
			III/5	24 „	40·0	20	80
			III/13	32 „	38·8	10	40
			III/21	40 „	38·0	10	40
			III/27	46 „	38·2	10	40
17	Tóth Mari	35. napra def.	III/4	15 „	37·9	20	160
			III/13	25 „	37·6	10	40
			III/19	31 „	37·3	20	120
			III/27	39 „	36·5	10	40
18	Haas O.-né	27. naptól recrudesc. 40. n. def.	III/21	20 „	39·0	—	40
			III/27	26 „	37·7	—	120
			IV/15	45 „	36·8	—	10
19	Czire M.	25. napra def.	III/6	9-dik	39·3	5	20
			III/13	16 „	38·0	—	80
			III/20	23 „	36·8	20	80
			III/28	31 „	36·7	—	40
			IV/14	49 „	36·6	—	10 alatt
			IV/27	62 „	36·9	—	—

Ha ez valóban így van, akkor ebből esetleg meg lehetne magyarázni, hogy a különböző észlelők által a reactio felső határa gyanánt megállapított higitási fokok (nem-typhusserumra nézve) miért mutatnak oly nagy eltérést egymástól; csakhogy Kolleval szemben más észlelők, így Stern és Fränkel nem találtak lényeges különbséget a különböző virulentiájú culturák között.

Hogy ez irányban némi tájékozódást szerezzünk, két sectióra került typhusos egyén lépéből kitenyésztett culturákkal tettünk kisérletet. A kitenyésztést, úgyszintén a culturák bacteriologiai megvizsgálását Buday tnr. úr volt szíves végezni, s azokat morphologiai és fejlődési tekintetekben a régi Král-féle culturákkal mindenben megegyezőknek találta.

Sajnáljuk, hogy állatkisérletek, melyekkel a culturák virulentiáját pontosabban meg lehetett volna határozni, nem voltak megejthetők; azonban így is majdnem biztosra vehettük, hogy e frissen kitenyésztett culturák, a régi Král-féle már sokszorosan átoltott culturától eltérő virulentiájúak voltak, sőt valószinűleg egymástól is különböztek virulentiára nézve.

A régi és egyik új (Bokis nevű betegtől származó) culturával 26 nem-typhusos és 33 typhusos vérsavó egyidejűleg eszközölt reactióját figyeltük meg, mind a háromféle culturát egyidejűleg 6 nem-typhusos és 13 typhusos vérsavóval vizsgáltuk.

A kisérleteket teljesen ugyanazon körülmények között hajtottuk végre, s eredményük azt mutatta, hogy az egyes culturák között apróbb eltérések vannak ugyan, de lényegeset nem találtunk; nem szabad figyelmen kivül hagynunk azonban azt, a mit a titráló módszer érzékenységéről mondottunk; talán ez érzékenység határain alól vannak eltérések a háromféle cultura között; ép ezért, ha nem is csatlakozhatunk Kolle fent említett nézetéhez a virulentiát illetőleg, de azt észleleteink alapján nem is vonhatjuk kétségbe.

Mint fontosat azonban ki kell emelnünk azt, hogy a kisérleti sorozatban a nem-typhusosoktól származó vérsavók közül csupán egy (egy pneumonia reconvalescens) hozott létre 40-szeres higitásban jelentékeny tisztulást és üledékképződést; de már 60-szoros és ezenfelüli higitásban mind a háromféle culturát csupán a typhusos serumok deritették fel.

Ha az eltérések, melyek a különböző virulentiájú culturák közt létezhetnek, még nem is volnának nagyobbak, mégis figyelmeztetnének arra, hogy a reactio diagnostikus megbizhatóságát kicsiny különbségekre ne alapítsuk.

II.

Másodsorban azon culturakisérleteinket említjük, melyeknél magának a vérnek a culturához keverése útján létrejött reactiót figyeltük meg.

E kisérleteknél az ujjhegyen kibugygyanó vérből néhány kacscsal — e czélra finom platin-drótból készített lehető nagy kacsot használtunk — kevertünk a fiatal typhusculturához, melyeket azután 37° C.-nál tartottunk, s a több-kevesebb idő mulva rajtuk észlelhető változásokat megfigyeltük.

Például álljon itt e két sorozat:

I. 36 órás culturákkal.

Név	Kórisme	Hm. °C	Vér	Eredmény
Szitás J.	Typhus abd., 11-dik nap	39·4	1 ccm. cul turához 10 kacs	4 óra mulva teljesen tiszta, s csak 3 nap mulva kezd újra zavarodni
Kuczitár J.	Ugyanaz 28-dik nap	36·2	„	4 óra mulva keveset tisztult, 16 óra mulva víztiszta
Czakó J.	Ugyanaz 24-dik nap	37·1	„	4 óra mulva kevés tisztulás, 16 óra mulva víztiszta
Grünstein J.	Eczema	36·4	„	4, 16 óra, s 3 nap alatt sem tisztul
German J.	Sarcoma	36·8	„	8, 16, 36 óra mulva sem tisztul
Szabó M.	Arterio-scler.	36	„	Ugyanúgy

Egyidejűleg készült controllcultura (vér hozzáadása nélkül) 3 nap folyamán a szokott zavarodást mutatta.

II. 18 órás, 1 ccm.-es culturák.

Czakó J.	Typhus a 33-dik napon	38·2	1—1 cult.-hoz 2,4,6,8 és 10 kacs	4 óra mulva csak a 10 kacsos tisztult, 14 óra mulva mind zavarosak
Feuer S.	Typhus a 34-dik napon	38·5	„	Ugyanúgy
Bokis J.	Typhus a 27-dik napon	39·2	„	13 óra mulva sem tisztultak
Bartos P.	Tonsillit. follic.	39·8	„	Ugyanúgy
Klein M.	Tuberc. pulm.	38·4	„	Ugyanúgy

Controllcultura a szokott módon zavarosabb lett.

E kisérleteknél tehát azt észleltük, hogy míg nem-typhusbetegek vére egyszer sem idézte elő a reactiót, addig a typhusbetegeké ugyanoly mennyiségben a culturában több-kevesebb tisztulást, s üledékképződést okozott, de volt oly esetünk is (Bokis a 17-dik napon), melyben a typhus a klinikai tünetek alapján (bélvérzés) már meg volt állapitható, s a vér ily mennyiségben adva a culturához, még nem adott reactiót. E nemű kisérleteink természetesen csak annyit bizonyitanak, hogy olyankor, mikor más módon nem lehet, magával a vérrel is végezhetjük a vizsgálatot, de mivel szorosabb értelemben vett quantitativ meghatározásokat nem végeztünk, azért nem is ismerjük a határt, mely a typhusos vért a nem-typhusostól elválasztja. Az általunk használt vérmennyiségek általában csekélyek voltak, maga a vér — alvadékonysága, színe stb. miatt — nem igen alkalmas a higitásokra. Annyit itt is tapasztaltunk, hogy a cultura feltisztulása annál hamarább következett be, s annál hosszabb ideig tartott, minél több vért adtunk ahhoz.

(Folytatása következik.)

Szemelvények a budapesti Stefánia-szegénygyermekkórház casuistikájából.

Közlik: *Berend Miklós* dr., kórházi első segédorvos és *Preisich Kornél* segédorvos.

(Vége.)

Mig brom-gőzökkel és brom-sókkal előforduló mérgezések nem épen ritkák, addig bromoform-mérgezés gyérebben jut észlelés alá:

G. K., 3 éves leánykánál volt alkalmunk egy ilyet látni; nevezett gyermek a felmutatott vény szerint kezelő orvosától hökhurut ellen, korának megfelelő adagban bromoformot kapott. Az első adag bevétele után csakhamar eszméletlenség mutatkozott, mi a szülőket megijesztette és a gyermeket kórházunkba hozták. Eszméletlenségen kivül, igen szük pupillák, szapora, kicsiny, könnyen elnyomható pulsus, gyér és felületes légvételek voltak a tünetek. Camphor és strychnin injectióra, böringerekre és a rekesz ideg faradizálására már 1 óra mulva a láták tágultak, a pulsus teltebb és feszesebb lett, a légvételek száma és mélysége fokozódott, rövid és nyugodt álom után teljes jólét következett be.

Nem az eset ritkasága miatt emlékezünk itt meg egy kórházunkban észlelt tetanusról, hiszen nap-nap után olvashatjuk ilyenek ismertetését az irodalomban, melyeknél a tetanus antitoxin vétetett használatba; a mi esetünkben ez nem történt, nem pedig azért, mert bár az eset meglehetősen súlyos volt: erős trismus, facies tetanica, az összes törzs és végtag izmok spastikus állapota mellett, naponta többször jelentkező opisthotonus, mégis hosszabb idő telt már el a megbetegedés kezdete óta, a mi a prognosist kedvezővé tette és a megkisérlett narcoticáktól prompt és fokozatos javulást láttunk. 12 nap mulva a görcsös rohamok teljesen el is maradtak. A megbetegedést traumára nem lehetett visszavezetni és igy az infectio kapuja előttünk rejtély maradt. Az eset észlelése idején végeztük egészséges és fertőző beteg gyermekek vérének alkalicitás fokára vonatkozó vizsgálatainkat, s ez alkalommal ezen esetet sem hagytuk figyelmen kivül és azt találtuk, hogy a betegség tartama alatt a gyermek vérének alkalicitása, a korának megfelelő átlagos értéknél (8 éves: 100 gm. vérre 0·34 cgm. NaOH) jóval alacsonyabb volt (0·26) és különösen leszállott, ha a vizsgálatot görcsös roham előzte meg (0·19).

Hygroma cysticum colli congenitum két esetével találkoztunk az 1895. év folyamán. Az egyik műtét tárgyát képezte, szerencsétlen lefolyású volt.

V. T., 4½ éves leányka nyakának jobboldalán növekedési hajlammal biró, fluctuáló, fájdalmatlan, férfiököl nagyságú terimenagyobbodás foglalt helyet, mely felett a bőr rendes, ránczba emelhető volt. Lobos eredet minden irányban ki volt zárható s igy a daganatot hygroma cysticumnak vettük, melynek radicalis kiirtása indicálva volt. A műtét nem várt nehézségekbe ütközött, a mennyiben a daganat a trachea hátsó felszinével, a nagy edényekkel, az idegtörzsökkel, továbbá az összenőtt két mellhártyalemez közvetitésével a tüdőcsúcscsal is erősen össze volt kapaszkodva.

Néhány nappal a műtét után genyedés állott be, s a fellépett tüdő- és mellhártyalob halálhoz vezettek.

A kiirtott daganat, gerendezet által, számos kisebb-nagyobb rekeszekbe osztott cystaszerű képlet volt, melynek üreit barnás-vörös nyulós tapadós nyákszerű anyag töltötte ki. A daganat fala és gerendezete górcsőileg tiszta kötőszövetnek bizonyult, melyet az ürök felé lapos hám borított.

A másik hygromát (lásd ábra) K. N., 6 éves fiucskánál láttuk; ez az előbbinél jóval nagyobb volt, a nyak jobb oldaláról a jobb hónaljba terjedt; álló helyzetben utóbbi helyen két ökölnyi daganatot képezett, mely nyomásra itt eltünt, de rovására a nyaki daganat ugyanannyival nőtt. Jodtincturának a daganatba fecskendése által szembeötlő kisebbedés következett be és a gyermek javultan hagyta el a kórházat.

Két izben képezte kórházunkban észlelés tárgyát G. József nevű fiúbeteg, ki először 1891-ben 8 éves korában

vétetett fel és másodszor 1895-ben került szemeink elé. Betegsége halálos kimenetelű volt és főleg a bonczlelet miatt érdemel különös figyelmet.

Már 4 év előtt, midőn először mutattatott be, szülei részéről gyermeküknél több év óta fennálló vizelési rendellenességek képezték a panaszt.

A rendellenességek abban állottak, hogy sokat vizel és vizeletét tartani nem tudja. A gyermek már akkor szenvedő egyén benyomását tette; mellkasi szervei semmi elváltozást nem mutattak. Vizelete 24 óra alatt 2000—3000 köbcentimeter volt, világos, alacsony fajsúlylyal, alkalikus kémhatással. Fehérjét középmennyiségben tartalmazott. Sem czukor, sem szöveti alakelemek benne kimutathatók nem voltak. Vizeletcsurgás volt jelen, mely később annyira javult, hogy csak fekvő helyzetben mutatkozott, álló helyzetben azonban megszünt. Ezen incontinentia okát akkor fellelni nem sikerült. Néhány heti kórházi ápolás után szülei haza vitték; másodszor ez évben következő állapot mellett hozták be.

A korához képest mérsékelten fejlett, gyengén táplált beteg csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Bőr, látható nyákhártyák valamint kötőhártyák halaványak. Pupillák középtágak, egyenlők, jól reagálnak. Mellkas két fele légzésnél egyenlő kitéréseket végez, has kissé elődomborodó, benne resistentia nem tapintható, nyomásra sehol sem fájdalmas.

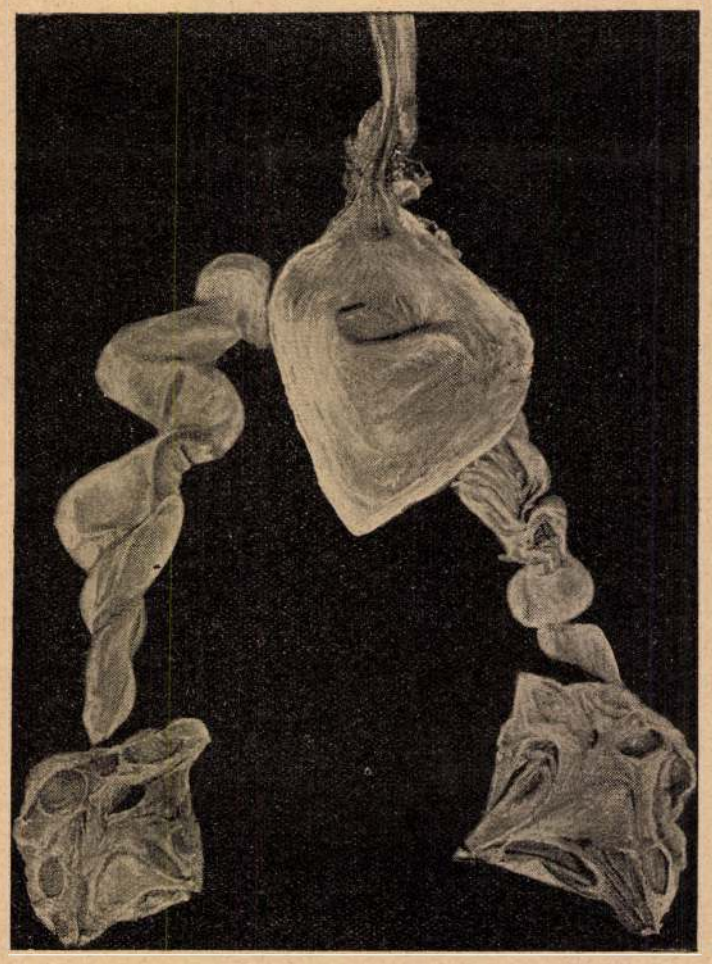
Tüdő és szív kopogtatási és hallgatódzási viszonyai rendesek. Has felett váltakozva dobos a kopogtatási hang.

Nyelv tiszta, étvágy elég jó; a panaszt a gyakori vizelési inger képezi.

Vizeletét tartani tudja, a vizelet világos-sárga, zavaros, állásnál bő nyákos tapadós üledéket ad, vegyhatása ali. Sok fehérjét tartalmaz; az üledék húgysavas és phosphorsavas-sókon kivül sok genysejtből, hólyag- és vese-hámból áll.

A gyermek láztalan.

Az észlelés ideje alatt több izben jelentkezett nála fejfájás és hányás. Hangja, mely már felvételkor fátyolozott volt, sőt már első kórházi tartózkodása alatt rekedtnek jeleztetett, harmadnapra egészen rekedt lett. Gégetükri vizsgálat subglottikus duzzanatot és a nyákhártyán felületes vérző helyeket derített ki, fekélyeződés nélkül.



Egész kórházi tartózkodása alatt, mely 6 hétre terjedt, a kórtünetek között a rekedtség és nehéz légzés állottak előtérben. A vizeletnek sem mennyisége sem minősége nem változott. A nehéz légzés következtében tüdőlégdag támadt és intercurrens tüdőgyuladás csakhamar halálhoz vezetett. Ezen tüdőlobnál megjegyzésre érdemes az, hogy bár a kopogtatási és hallgatódzási viszonyok a lobos beszűrődést kétségtelenné tették, a hőmérsék egyszer sem mutatott lázas emelkedést, hanem inkább subnormalis volt: 36 és 36·3, végre 35° C.

A bonczolatot Preisz tanár végezte és következőket találta:

A szív mindkét felében kissé megnagyobbodott, a bal gyomrocs falzata megvastagodott.

A vesék másfélszer nagyobbak, dudorzatos felületűek, medenczéjük és kelyheik annyira tágultak, hogy jobboldalon a veseállományból a megvastagodott tokon kivül alig látható valami, a baloldali teljesen hasonló, de kéreg állományából helyenként 1—5 mm. vastag réteg is fenmaradt. (Lásd ábra.) Mindkét ureter vékonybélvastagságú, sokszorosan kanyarodott és megtört (körülbelül 50 cm. hosszú), hólyagfelőli szájadékuk szabad, sőt valamivel tágabb, falzatok jóval vastagabb, belfelületük sima, halavány palaszürke. A húgyhólyag férfiökölnyi, ürében zavaros vizelet, nyálkahártyája halavány, helyenként halavány palaszürke, falzata erősen megvastagodott, belfelülete léczszerű, izomgerendáktól egyenetlen. A belek nyálkahártyája halvány.

Diagnosis: Hydronephrosis supremi gradus, verosimiliter congenita cum dilatatione ureterum maxima bilaterali. Hypertrophia vesicae urinariae. Pneumonia crouposa in stadio hepatis. griseae lobi inf. pulm. sin. Ectasia partis anterioris et oedema acutum partium ceterarum pulmonum. Pleuritis fibrinosa recens bilateralis. Pharyngitis crouposa. Hypertrophia musculorum cordis sinistri. (Uraemia).

A vesének megmaradt kéregállományát szövettanilag megvizsgáltuk; az interstitialis lobnak jellemző képét adta: mindenütt széles kötőszöveti léczek a húgycsatornácskák között; ezek és a glomerulusok tetemesen kevesbedtek. A csatornácskák legtöbbje erősen tágult és üréből a hám sok helyen hiányzik.

A többször jelentkezett hányást és fejfájást uraemikus tünetek gyanánt magyaráztuk, de a folytonos rekedtség és nehéz légzés is valószinűleg ennek következménye volt. Uraemia adhatja ugyancsak magyarázatát a láztalan pneumoniának is.

Közlemény Kézmárszky Tivadar I. szülő- és nőbeteg klinikájából.

Az újszülött és függelékeinek fejlődési viszonyai a terhesség különböző szakaiban, tekintettel az anya testi fejlődésére és azon változásokra, melyeknek a magzat teste a szülés következtében alá van vetve.

Weisz Ferencz dr.-tól.

(Folytatás.)

A IX. hóbeli magzatok méretei az anyák súlya szerint.

Anyák súlya	Eset	Nem	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
										legn.	nagy	kis
40—60	12	fiú	47·2	2665·8	12·9	9·1	8·8	7·9	11·0	35·6	32·6	27·9
kgm.	9	leány	47·2	2753·3	13·1	9·1	8·8	8·0	11·1	36·5	32·8	29·7
	21	összes	47·2	2838·5	13·0	9·1	8·8	8·0	11·05	36·0	32·7	28·8
60—70	6	fiú	50·5	3516·6	13·5	9·7	9·3	8·2	11·4	37·8	34·4	30·9
kgm.	9	leány	48·4	3015·5	13·0	9·2	8·9	8·0	11·1	36·7	33·1	29·1
	15	összes	49·4	3266	13·25	9·45	9·1	8·1	11·25	37·25	33·7	30·6
70	0	fiú	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
kgm.	1	leány	48·0	2700	13·0	9·4	9·3	8·2	11·2	36·8	33	29·8
fölött	1	összes	48	2700	13·0	9·4	9·3	8·2	11·2	36·8	33	29·8

A IX. hóban levő magzatok méretei, mik a 40—60 kgm. között levő anyákon észleltettek, a következők: a hossz ezeknél 47·2, a 60—70 kgm. között levőknél 49·4. A súly egyiknél 2838·5, másiknál 3266. A nagy ferde 13·0—13·25. A kis ferde 9·1—9·45 cm. A nagy haránt 8·8—9·1 cm. A kis haránt 7·95—8·1 cm. Az egyenes 11·05—11·25 cm. A legnagyobb fejkerület 36·05—37·25 cm. A nagy fejkerület 32·7—33·7 cm. A kis fejkerület 28·8—30·3 cm. A mint láthatni, az összes méretek itt az anyák súlyával arányos növekedést mutattak.

A 70 kgm. felett levő anya esete itt természet szerint összehasonlító alapul nem szolgálhatott magányossága miatt.

A X. hóbeli magzatoknál, kiknek anyjuk 40—60 kgm. között volt, a hosszméret 49·6 cm. átlagban, kik 60—70 kgm. súlylyal birtak 50·1 cm. és kik 70 kgm. feletti súlylyal birtak 47·95 cm.

A súly egyiknél 3185·7 gm., másiknál 3371·2 gm., harmadiknál 3247 gm. A nagy ferde 13·25, illetőleg 13·45—13·0 cm.

A kis ferde 9·5—9·55—9·45 cm. A nagy haránt 9·1—9·15—9·0 cm. A kis haránt 8·1—8·15—8·05 cm. Az egyenes 11·4—11·4—11·1 cm. A legnagyobb fejkerület 37·7—37·3—37·5 cm. A nagy fejkerület 34·25—33·9—33·1 cm. A kis fejkerület 30·8—30·6—29·9 cm.

A X. hóbeli magzatok méretei az anyák súlya szerint.

Anyák súlya	Eset	Nem	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
										legn.	nagy	kis
40—60	52	fiú	49·5	3192·4	13·2	9·5	9·1	8·1	11·4	38·0	34·6	31·0
kgm.	49	leány	49·7	3179·1	13·3	9·5	9·1	8·1	11·4	37·4	33·9	30·6
	101	összes	49·6	3185·7	13·25	9·5	9·1	8·1	11·4	37·7	34·25	30·8
60—70	18	fiú	50·4	3398·3	13·5	9·6	9·2	8·2	11·4	37·2	34·2	30·9
kgm.	17	leány	49·8	3344·1	13·4	9·5	9·1	8·1	11·4	37·4	33·7	30·4
	35	összes	50·1	3371·2	13·45	9·55	9·15	8·15	11·4	37·3	33·9	30·6
70	1	fiú	48	3700	13·3	9·7	9·3	8·3	11·4	37·5	33·8	30·7
kgm.	5	leány	47·9	2794	12·7	9·2	8·7	7·8	10·8	35·6	32·4	29·1
fölött	5	összes	47·95	3247	13	9·45	9·0	8·05	11·1	36·5	33·1	29·4

Láthatni fentebbiekből, hogy az anyák súlyával arányosan nőttek a méretek, a fejkerületeket kivéve, azoknál, a kik 60—70 kgm. között levő anyákkal birtak. A 70 kgm. feletti anyákkal biró magzatok mérete azonban nem mutatta a növekedést, lehet az okból, hogy csak igen kevés eset állt rendelkezésre, névszerint csak 6.

Kézmárszkynál 40·6—59·9 kgm. súlylyal biró anyák magzatjainál 625 eset után 48·61 cm. hossz s 3059 gm. súly volt. 60—69·9 kgm. súlylyal biró anyák magzatjain 927 eset után 49·37 cm. hossz s 3244 gm. súly volt észlelhető. 70—99·5 kgm. között levőknél 322 eset után 50·74 cm. s 3478 gm. találtatott.

A VIII. hóban levő magzatoknál az anyák fejméretei.

Eset	Nem	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
							legn.	nagy	kis
9	fiú	21·1	15·9	15·2	13·5	17·1	59·8	53·4	49·6
7	leány	21·5	16·3	15·2	13·6	17·9	61·5	54	49·7
16	összes	21·3	16·1	15·2	13·55	17·5	60·6	53·7	49·65

A IX. és X. hóban lévő magzatoknál az anyák fejméretei.

Hó	Eset	Nem	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
								legn.	nagy	kis
IX.	13	fiú	21·5	16·0	15	13·4	17·8	61	53·4	49·8
	14	leány	21·9	16·1	15·1	13·3	17·9	60	53	51·6
	27	összes	21·7	16·05	15·05	13·35	17·85	60·8	53·2	50·7
X.	77	fiú	21·9	16·05	15·1	13·4	17·4	61·1	54	50
	67	leány	21·6	16·1	15·1	13·4	17·8	60·7	55	51·0
	144	összes	21·75	16·07	15·1	13·4	17·6	60·9	54·5	50·5

Ezen táblázatok az anyák átlagos fejméreteit mutatják, mely méretek azon czélból eszközöltettek, hogy a magzatok fejével összehasonlításul szolgáljanak, ama először Fassbender által felállított tétel igazolására, miszerint a gyermek feje kisebbített mértékben az anya fejmása.

Mig Bäcker, Salkovszky, utóbbi érett és kora magzatoknál téve vizsgálatokat, megerősítik Fassbender ama állítását és a hasonlóságot csakugyan felismerni vélik, addig Sönner 2 év előtt „Das Verhältniss des Schädels der Mutter zu dem des Kindes und dessen geburtshülfliche Bedeutung mit gleichz. Berücksichtigung des mütterlichen Beckens“ czimű értekezésében említi, hogy 100 terhes nőnek medenczéjét, hosszát, fejét mérte és a születés utáni magzatok fejméreteit és súlyát a nyert számokkal összehasonlítva azon következtetésre jut, hogy nem létezik megegyezés az anya koponya-indexe és a magzaté között, mert csak 20%-ban volt a magzat feje abba a categoriába sorozható, mint az anyáé és ennélfogva nem szabad szűk medencze esetén az anya fejnagyságából következtetni a magzat fejére, s így a könnyű vagy nehéz szülésre.

Az anya hosszával arányban nála is emelkedik a magzat súlya.

Az absolut nagyság a fiúmagzatoknál van, mert nagy fejű volt nála 19 fiú és csak 9 leány. A koponya-index és hossz közt szerinte semmi irányban sines megegyezés. Salkovszky, ki úgy első dolgozatában az érett, mint másik dolgozatában a kora magzatokra vonatkozó összehasonlításokat tett, kivonás útján iparkodik kiszámítani, mennyivel kisebbek az egyes átmérők a magzat, mint az anya fején és a következő differentiát találta:

A kis harántnál 4·48, átlagban 4·50 cm. differentia, nagy haránta 5·16, átlagban 5 cm. és a kis ferdére 5·63, átlagban 5·5 cm. Bäcker ezzel szemben nem a kivonást használta, hanem a kraniologiai eljárást követte, t. i. az indexek segélyével végezte az összehasonlítást. Mig Salkovszky szülés után a 24 órai fejméreteket használta, a mikor a fej még határozottan pathologikus, még magán hordja a szülés változásait, addig Bäcker nem az első 24 órai fejméreteket, hanem a szülés utáni 8. napon találtakat vette fel; szerinte leghasonlóbb a koponya hátsó fele, mig homloki része kevésbbé.

Én hasonlóan, mint Bäcker, a kraniologiai eljárást követtem, de nem a szülés utáni 8-dik napi fejméreteket vevém összehasonlítási alapul, hanem az 1-ső, 4. és 8-ad napiak átlagját és az anya méretei közül hasonlóan a fiú- és leánymagzatok anyafejméreteinek átlagját vevém. A nagy ferde és ennek megfelelően a legnagyobb fejkerület összehasonlításától el kellett tekintenem azon egyszerű oknál fogva, mert ezen méretek már a priori sem hasonlíthatók össze, mivel a magzatnak fogsora ninesen. Az összehasonlítás az indexek segélyével történt.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató szakülés 1897. szeptember 29-dikén.)

Elnök: **Boleman István**; jegyző: **Tihanyi Mór.**

Idegen test által előidézett sérv-üszkösödés bélresectióval gyógyult esete.

Ludvik Endre: Az 56 éves férfiúnak 7—8 év óta fennálló bal irreponibilis lágyék-sérvében cseresznyemagoknak egy libanyakcsigolya körüli összetorlódása incarceratióhoz, üszkös elhaláshoz vezetett. A gyógyeljárás abban állott, hogy a demarkált üszkösödött részt resecálta és a bélkacsot reponálta.

A gyógyulás zavartalanul folyt le, beteg 14 nap mulva a kórházból távozott.

Intussusceptio operált esete.

Ludvik Endre: Sz. J. férfibetegnél a kórismézett belső bélelzáródás miatt szeptember 4-dikén laparotomia végeztetett. A has felmetszésekor és az előtoluló injiciált puffadt vékony beleknek meleg steril mullba való felfogása után látható volt, hogy az ileum legalsó részlete, a coecum a processus vermiformissal a lehágó vastagbél végébe türemkedett, úgy hogy az egész vastagbél egy a harántvastagbél hosszának megfelelő nagyságú gomolyaggá visszahúzódott. A vizsgáló ujj a flexura sigmoideáig a vastagbél falazata alatt még egy sima bélfalazatot tapinthatott ki. A desinvaginatiót alulról kezdve felfelé, az invaginálló részre gyakorolt felfelé haladó simítással előretolni és a kezdődő helyén valamivel nagyobb tractióval az invaginált részt sikerült felszabaditani.

A hasfalak 3-szoros varrattal egyesíttettek, egy kötés alatti gyógyulás 8 nap alatt.

Ulcus tuberculoticum introitus vaginae.

Havas Adolf: Az urethritis és cervitis gonorrhoicával az osztályra szállított 20 éves puella publicánál folyó évi augusztus havában az introitus vaginae-n egy körülbelül lencsényi, puha alapú, sekély, vékony, sárgás detritus szerű réteggel fedett, könnyen vérző, alávájt, dupla öblözetű széllel biró, nem fájdalmas, a heveny lob tüneteit nem mutató fekélyedés lépett fel. E fekély gyógyulási tendentiát nem mutat és széleiben itt-ott mákszemnyi szürkés vagy sárgás göbcsék vannak, a melyek pár napi persistálás után szétesnek. A szomszédos nyirkmirigyek és nyirkedények nem alterálódtak. A kérdés eldöntésénél, hogy miféle fekélyesedéssel van dolguk, per exclusionem *ulcus tuberculoticum*-ra kellett tenni a diagnosist, a mely diagnosis helyessége a górcsövi vizsgálat által beigazoltatott, a mennyiben a fekély váladékában a bacillus tuberculosis találtatott, és pár nappal a kórisme tétele után a betegnél haemoptoë lépett fel. Később a tuberculotikus fekélyek majdnem az egész introitus vaginae-re kiterjedtek. A megbetegedések, a melyekről szó lehetett, vulvitis, herpes, ulcus syphiliticum primarium,

ulcus molle és *ulcus tuberculoticum*. A vulvitis ki volt zárandó, mert hiányzott mindennemű lob, ép úgy a bő genyes váladék és mert a vulvitisnél észlelhető exfoliatiók egész felületesek, csak hámleválások. Herpes annyival inkább jöhetett tekintetbe, mert az gyakran észlelt tünet urethritisben szenvedőknél, továbbá menseseknél, de itt ki volt zárható, mert a herpesnél nincs fekély, gyors a lehámzódás, kis területű és igen felületes a sebzés.

Az ulcus syphiliticum ki volt zárandó, mert hiányzott a fekély alapjának keménysége, hiányoztak a mirigydaganatok és a mi a fő, a fekély küleme ellene szólt. Az ulcus molle ellen szólt a lobnak, a bő váladéknak, a gyors szétesésnek, a fájdalmasságnak hiánya, a szomszédos nyirkmirigyek sértetlen volta.

Elephantiasis arabum esete.

Havas Adolf: A 9 éves fiú nyolcz nap előtt hozatott bemutató osztályára, a midőn nála a jobb alsó végtag óriási megvastagodását constatálhatta. A jobb végtag körülbelül harszorta olyan vastag volt, mint a baloldali. Megvastagodott volt még az egész epigastrium és a penis köztakarója és a scrotum is. Ma az epigastrium, a penis és scrotum köztakarója egészen lelohadt, de az alsó végtag még mindig négyszerte vastagabb, mint rendesen. Az elephantiasis vagy nedvkeringési zavarok, a vér és nyirkedények eldugulása vagy szűkülése, vagy pedig gyakran ismétlődő lobok folytán keletkezik. Ez esetben a bántalom másfél év óta áll fenn és a mint látszik, a vér és nyirkedények stringálása által idéztetett elő. Ugyanis a lágyéktájban mély hegesedések és még most is megnagyobbodott mirigyek észlelhetők. Továbbá a vena epigastrica és a vena inguinalis nagy fokban kitágultak. Itt tehát a nedvkeringési zavart a vena saphena magna összeszorítása idézi elő a vena cruralisba való beömlési helyén az idült lobos folyamat által. Minthogy a heges kötszövetképződés még eddig kisfokú, a prognosis nem rossz; quoad therapiam, felszívó szerek és massage alkalmaztatnak.

Róna Sámuel: Speciell nőknél bubók kiirtása után észlelünk sajátszerű stabil oedemát, ha a bubo a genitaliákon és környékükön nagy terjedelmű és kiirtása után nagy hegek maradnak vissza. Újabban tanulmányozták azon kérdést, hogy mi okozza ezen stabil oedemát. Ezen esetben is hasonló állapot lehet jelen: mély nyirkmirigyek és nyirkerek lettek kiirtva, úgy hogy szóló azt hiszi, hogy nem a vena saphena, hanem a mirigyek kiirtása és a nyirkerek stringálása okozza az oedemát. Ez kéjnőknél nem épen ritka, midőn nagy tömeg nyirkmirigy és nyirokerek irtatnak náluk ki.

Genersich Antal: Szóló is azt hiszi, hogy a nyirkkeringésben van a zavar, hogy nem visszeres, hanem nyirokpangás okozza jelen esetben a bőr és a bőralatti kötőszövet megvastagodását, a nyirokpangást pedig a lágyéktájban levő hegesedés és a csípőtányérban tapintható daganat tartja fenn.

Havas Adolf: Csakis az előadás hevében maradt el, hogy a nyirokedényeket nem említette, csak a vena szűkülését mondta. Szóló is azon véleményben van, hogy a kettőnek: a visszeres és nyirokeres pangásnak az eredménye, hiszen épen a mélyben levő kemény tömeg alapján lett felvéve, hogy ez strangulálás eredménye.

Mediastinalis tumor esete.

Hochhalt Károly: A primaer mediastinalis tumorok tudvalevőleg jó- és rosszindulatúak. Az elsőkhöz tartoznak a lipomák, fibromák, dermoidcysták és az igen ritka, eddig 4 esetben észlelt echinococcus. A rosszindulatúak közé pedig a sarcomák és a valódi carcinomák. Ez utóbbiak rovatába tartozik észlelt esetünk is, a melynek kórtörténete következő: M. F., 64 éves portás felvétetett szeptember hó 17-dikén nagyfokú nehéz légzéssel, mely különösen beszédnél és mozgásnál fokozódott. Azelőtt egészséges volt, csak 5—6 hónap óta szenved mellfájásban, mihez nehéz légzés társult, lassanként mindkét karja le az ujjakig megpuffadt. A beteg légzési stridorban szenved kifejezett belégzési insufficientiával, a beszélő hang tiszta, érezes, gégében semmi rendellenes. Légzéskor a nyakon a légzési segédizmok erősen kidomborodnak, az epigastrium behúzódik, maga a mellkas alig mozog. A mellkascsont táján, főleg jobbfelé, kitágult vivőerek hálózata látszik. Az arcz kissé pöffedt, mindkét felső végtag, de különösen a jobboldali egész terjedelmében le a kéztőizületig vizenyősen dagadt; egyéb vizenyő a mellkas, hastáj vagy alsó végtagok területén észlelhető nem volt. Szív rendes fekvésű és nagyságú; a szívhangok mindenütt tiszták, kellő rhytmussal és ékeltséggel, a körzeti ütőérlökéseken semmi feltünő, sehol rendellenes pulsatio vagy pulsus differens. A sternum medialis vonalától jobbfelé a bimbóvonalig, felfelé a kulcscsontig, lefelé a III. borda alsó széléig egy szabálytalan alakú tompulati terület mutatható ki, mely fölött a hangvezetés csökkent, tompulatot mutat a jobb lapoczka közötti tájék is. Feltünő volt a tüdők auscultatorius lelete. Míg baloldalt mindenütt érdes, sejtes légzés volt hallható, az egész *jobb tüdő felett tovavezetett stridor*, stenotikus légzés tünetei *mutatkoztak*. A pajzsmirigy nagysága rendes. A jobb kulcscsont felett, a fejbiczczentő izomtól kifelé, a nyak lágy részei közé beágyalva, egy mandolanagyságú, kemény, göbös felületű képlet volt kitapintható, mely mélyen a clavicula alá terjedett s minden valószinűség szerint a fentebb leírt manubrialis tompulattal állott okozatos viszonyban. A beteg egyformán láztalan, közérzete a nehéz légzési rohamoktól eltekintve rendes. A vizelet napi mennyisége csökkent (500 ccm.), rendellenes alkatrészeket nem tartalmaz. A beteg csak 3 napig állott észlelésünk alatt, akkor rögtöni halállal mult ki, nyilván spasmus glottidis fellépte folytán.

A kórisme megállapítása ez esetben nem ütközött nehézségekbe. Az a körülmény, hogy a bal tüdő felett normalis légzés, a jobboldali felett pedig stenotikus légzési zörej volt hallható, határozottan arra utalt, miszerint a stridor okát a jobb *hörgág szűkülete* idézi elő. Miután úgy a kórelőzmény, valamint az állandó lázhiányból a lobos eredetet ki lehetett zárni, csak tumorra gondolhattunk. Hogy ezen tumor nem lehetett aneurysma, azt egyrészt a szív és nagyedények rendes stetoscopos lelete, a rendellenes pulsatio és pulsus differens hiánya, de még inkább az a tényállás zárta ki, hogy a jobb kulcscsont felett egy mandolanagyságú daganatot tapintottunk, mely retroclavicularis irányban a mellkasi tompulat felé haladt, s így alig szenvedett kétséget, miszerint az valamely gátor üregi újdonképletnek egyik kinyúló részét képezi. Mediastinalis tumort kórismézttünk tehát, melynek természete felett, tekintve az aránylag gyors fejlődést s a beteg magas korát, alig lehetett kétség. Kórismeztük továbbá a jobb hörgágnak, a két névtelen vivőérnek és a vena arygosnak következményes szűkületét.

Medvei Zsigmond: Előadó az aetiologiájára vonatkozólag nem említette, hogy trauma ment előre; épen a mediastinalis tumoroknál pedig a betegek azt szokták felemlíteni, hogy őket trauma érte.

Ide vonatkozólag szóló két esetet észlelt: egy 13 éves fiú és egy 24 éves férfinél észlelt előrement trauma után mediastinalis tumort. Az egyik esetben a 13 éves fiú tornázás közben póznáról leesett, úgy vitték haza; 2 nap mulva felkelt, ekkor szóló semmi különösebbet nem tapasztalt nála: azonban 4 hét mulva nehéz légzése támadt és ekkor újból megvizsgálva a beteget: a sternum baloldalán, a 2—3. borda között diónyi tompulatot talált, a melyről fel kellett vennie, hogy aneurysma, vagy tumor; az esetet *Bókay* és *Stiller* tanárokkal együtt észlelte és csakhamar bebizonyult, hogy a tompulat oka tumor. A második esetben szintén trauma ment előre és a bonczolás igazolta, hogy vérzés történt a tumorban. A mi a mediastinalis tumort illeti: inkább thymus-hyperplasia volt, az első esetben is valószinűleg ez forgott fenn. Mindkét izben a tumor ott mutatkozott, a hol épen a persistáló thymus mutatkozni szokott.

Lymphosarcoma mediastinale esete.

Genersich Antal: (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöljük.)

Hólyag-hüvelysipoly complicált esete.

Elischer Gyula: A hólyag-hüvelysipoly 12 év előtt szülés alatt akként keletkezett, hogy a portio vaginalis és cervix mellső részlete a fanívhez szorittatván, nemcsak a nagy nyomás által a vérkeringéstől elzárva, de mechanikailag is elroncsolva lehetett, olyformán, hogy épen az urethra hátsó nyilásánál harántul leszakadt. Bár megkisérlettük a vagina oldalfalainak hosszirányban megejtett metszések által rőgzített falait felszabaditani, ez czélhoz nem vezetett és miután az urethrából egy jó rész érintetlen maradt: a 12 év után végre türelmet vesztett nőnél a fistulának más elzárási módja nem állott bemutató rendelkezésére, mint a kolpokleisis, a szeméremhüvelyrész teljes elzárása.

Julius 30-dikán ezen operátiót a kézikönyvekből ismert módszer szerint végrehajtotta és nagy megelégedésére a szélesen felfrissített sebhelyek elég könnyen voltak egymáshoz közelithetők, nyilván a felszabaditó metszések és a bőrlob megszűnése hozzájárultával. Harmadnapon a betegnél véres vizeletcsurgás mutatkozott és negyedik napon a fonalak majdnem összeségükben átvágtak volt.

Eltávolításuk után és protrahált langyos fürdők napontai használata mellett, még jó két hétig tartott, mig újból az új eljáráshoz foghatott.

Újabb kolpokleisis augusztus 25-dikén. A typikus operatiót elhagyva, előbb a kráter egész szélén a régi hegre bemetszve, jó fél centimeternyire az egész hüvelyfalat alafogta és alászta. Ez által sikerült a hólyagfalat leválasztva, ezt külön összehozni és a széleket finom selyemöltések által egyesiteni. A többi sebterületet ismét finom elsülyesztett, négy rétegben végzett etago-öltésekkel egyesitve, végre csak a hüvelyfal felső sebszéle maradt, mely a leggondosabban szűcsvarrattal lett összetűzve De miután már most kitünt, hogy a gyógyulást nem annyira a hólyag, mint a végből feszülése gátolja, az elzárt hüvelyseb közepétől sagittalis irányban a gátra metszett, majd a gáton egy félkörös metszést ejtve, mindkétoldalt lebenyt fejtett le és ezen művi gátrepedést három etageban elsülyesztett selyemöltésekkel egyesitve, új magas gátat képzett. Szept. 1-jén nagy örömünkre a teljes prima reuniót constatálhattuk. A beteget, ki egész időn át láztalan volt, szeptember 4-dikén délben 40·2° hőmérsék mellett a hideg kirázta. Vizsgálati eredmény negativ. Másnap a vizeletben genyet találtunk. Hólyagmosásokra ez hamar eltünt és szeptember 10-dikén kényszer műtételként a *castratiót* végeztük nála.

Erre feljogosított: mindenekelőtt a hószám mindeddig rendes, bár fájdalmas beállta, nem különben a Douglas-űrben levő lobos lerakódások egész lánczolata, mely megengedte volna az idült medencze hashártya és méhkörülötti lob folytonos kiújulását; de kényszeritett reá a netaláni keletkező méhvérdag eshetősége is.

A castratio műtétele nem volt könnyűnek mondható. A retroflectált és erős álhártyák által fundusával a Douglas-űrben rőgzitett méh oldalaitól előbb a megvastagodott, tömlőkké átalakult tubákat kellett leválasztani, mire sikerült ép ily módon, t. i. tompa kiásás által a petefészkekhez hozzáférni és azokat a mélységben aláöltés után eltávolitani. Erre a peritoneumot és a hasfal fasciáit szűcsvarrattal, a többi részeket silkworm-öltéssel egyesitettük.

A beavatkozást a beteg igen jól tűrte, nem volt lázas, a hasseb per primam gyógyult. Continentiája azonban még most is fogyatékos. Első sorban azért, mert a rövid és tátongó urethrán keresztül hamar ürülhet ki a vizelet, annyival inkább, mert a hólyag capacitása majdnem semmi. Ha a hólyagot folyadékkal megtölteni kíséreljük, alig fogad be 25—30 köbcentimetert. A 12 éven át tartott kiküszöbölése e szervnek valósággal a hólyag tömörségéhez vezetett, a legkisebb meggyülemlett mennyiségre összehúzódással reagálva. De tapasztalati tény, hogy a sphincter urethrae működése is csak fokozatosan és idővel kezd érvényesülni. Azonban azon észleletből, hogy ha rövid perczekre is, a beteg vizeletét visszatartani és a hólyagba befecskendezett folyadék egy részét a zárizom működése mellett megtartani képes, levonhatjuk a reményt arra nézve, hogy ez is még hathatósan javulni fog.

Traumás hysteria esete.

Donáth Gyula: Ezen beteg nemcsak klinikai, hanem azon kérdés szempontjából is fölötte érdekes, hogy a simulatiónak minő szerepe van az ú. n. neurosis traumaticában.

Keller Pál 31 éves, nőtlen napszámos f. évi julius havában *Ángyán* tnr. úr osztályáról lett hozzám küldve. Két év előtt munka közben üres hordó esett hátára. Erre pár óráig eszmélet nélkül volt és néhány napig ágyban feküdt. Már harmadnapon mutatkoztak nála eszméletlenségi görcsrohamok, melyek azelőtt sohasem voltak és pedig eleinte 2—3 havi, később már 2—3 napi időközökben.

Családjában állítólag idegbetegségek nem fordultak elő. Ő maga typhuson esett át a baleset után. Nemi betegségei nem voltak. Mérsékelt ivó és dohányos. Járása körülbelül egy év óta rossz. Mult évben $3^1/_2$ hónapig volt a szt. István-kórházban, hol egy széket maga előtt tolva járkált, mert különben elesett volna.

A középtermetű, elég jól fejlett csontvázú, gyengén táplált egyén szegletes arczával és kissé demens arczkifejezésével a degeneratio jeleit mutatja. Kiemelem, hogy midőn először láttam a beteget, kit erős támolygása miatt akkor az ápoló támogatva vezetett, az első pillanatban agydaganatra gondoltam, mely feltevésemet a koponyának, különösen a koponya baloldalának kopogtatásra való élénk fájdalmassága megerősíteni látszott. A közelebbi vizsgálatnál azonban nem csekély meglepetésemre kidorítek *teljes baloldali sensibilis és sensorius hemianaesthesiát*, mely úgy elül, mint hátul, élesen a median vonalban határolódott el. Az anaesthesia és analgesia a bőrön kivül az illető oldali szem, orrüreg, nyelvfél, szájpadlás és pofa nyákhártyájára is kiterjedt. Izlés és szaglás ezen az oldalon teljesen hiányoztak. A faradikus áram, mely ezen oldalon már 8·5 cm. tekercstávolnál élénk izomrángásokat váltott ki, 0 távolnál is alig éreztetett, míg az ép érzésű jobboldalon élénk fájdalmakat okozott. Mindkét szem látótere úgy a fehérre, mint a színekre nézve erős concentrikus szűkületet mutatott, és pedig a bal erősebbet, mint a jobb (így halánték felé fehérre nézve amaz 40°, emez 45°-ot tett ki). *Siklóssy* tnr. úr szíves vizsgálata szerint: „$V = \frac{5}{15}$, astigmatismus. A papillán alig van elváltozás, talán kissé ellapult és vénái vastagabbak.“ Pupillák, szemtekemozgások, valamint a többi agyi idegek rendben. Bal kéz nyomása sokkal gyengébb, mint a jobbé. Az alvégtagok goromba ereje csökkent, különösen az anaesthesiás oldalon. Az alvégtagok activ mozgásai bizonytalanul és részketve történnek, különösen a baléi. Patellaris és Achilles-inreflexek gyengék, kivált a baloldalon az utóbbi. A talpreflex baloldalt hiányzik, jobboldalon gyenge; cremasterreflex mindkét oldalon jó. A vizsgálat közben sokszor elszédül. Járásnái erős támolygás, mindig balfelé; támasz nélkül a beteg elesnék. *Megjegyzem, hogy a betegnek ezen hemianaesthesiáról semmi tudomása nem volt és figyelmét arra ezentúl sem irányítottam.*

A kezelés az anaesthesiás oldal erős faradikus ecsetelésében állott, mire az anaesthesia pár nap mulva lényegesen javult. A koponya kopogtatási érzékenysége is csakhamar eltünt. A betegnél időnként vérköpés mutatkozik, különösen, ha mérges lesz, a mi nála könnyen megtörténik. Erős suggestióra és parancsra, hogy most, miután az érzés jó lett, a járásnak is kell javulni, ez is már következő nap szép haladást mutatott. Kezdett ápoló nélkül — ha eleinte kissé bizonytalanul és biczegve is — járni. Most az ápolónő azt is jelezte, hogy beteg az utóbbi időben a kiköpött vért néha napokig tartogatja, illetőleg fehérneműjét és az ágyneműt is bekeni azzal, hogy ezt az orvosnak felmutassa. Azt is észrevették, hogy néha éjjel az ágyból a paplant hirtelen kidobja és ráterül, állítva, hogy görcsroham volt rajta.

Jelenleg a baloldalon az érzés visszatért; csak kissé gyengébbnek mutatkozik az, mint a jobboldalon.

Ezen esetben tehát egy degeneratiós alapon fejlődött hysteriával van dolgunk, mely a trauma okozta psychikus shock által váltatott ki. *Kiemelendő az is, hogy ezen egyénnél az úgynevezett traumás neurosis két évig fennállott a nélkül, hogy ő valaha kártérítési igényt támasztott volna vagy arra csak gondolt is volna.* Nem áll tehát az, a mit némely német szerző állít, hogy ezen egyének a kártérítés elérése czéljából többnyire simulálnak. Valódiak ezen esetben a hysteriás haemianaesthesia és az azzal szorosabban összefüggő mobilitási zavarok (hemiparesis). A mit pedig a beteg a traumás hysteria kórképéhez mesterségesen hozzáadott, az a vérköpés, melyet ő valószínűleg szívás által hoz létre a szájban, valamint mesterséges a hemiparetikus tünetek *túlzása*, a mi nyilvánvalóan abbeli aggodalomból történik, hogy most a kórházat nemsokára el kell hagynia, ámbár még nem érzi magát elegendő keresetképesnek, sem pedig úgy testileg, mint szellemileg alkalmasnak, hogy az életnek reá nézve úgy is súlyos küzdelmeit most újra fölvegye.

Multiplex mirigy-gumma esete.

Pálka Géza: Sz. F.-né, 34 éves cachexiás fakó bőrű nő, szeptember 4-dikén jelentkezett az V-dik orvosi osztály ambulantiáján hatalmasan megduzzadt, igen kemény és alsó felületén öblözetesen kifekélyesedett uvulával, továbbá mogyorónyi egész nagy diónyi kemény mirigyekkel a fül előtti, áll alatti tájakon, a nyak mindkét oldalán, a bal axillaris és jobb inguinalis tájon. Mult deczemberben vette észre a fül előtti mirigydaganatot és 4 hét óta érez torok- és fülfájást és azóta rekedt, dunnyogó hangon beszél. A folyamatot *az uvula és a mirigyek gummájának* tartotta. Az anamnesisből csak egy sor abortus derült ki, antiluetice sohasem lett kezelve. Egy héttel jelentkezése után az uvula baloldalán is nagy öblözetes fekély keletkezett, mely ép úgy, mint az előbbi, az elrendelt bedörzsölésre és localis touchirozásra teljesen begyógyult és csak az uvula és lágy szájpad porczkemény beszűrődése maradt vissza. Ép így tetemesen kisebbedtek az áll alatti mirigyek is általános és localis kezelésre. A kezelést azonban 8 bedörzsölés után nagyfokú stomatitis mercurialis miatt abba kellett hagyni. Az esetet egyrészt azért mutatja be, mert a mirigyeknek a tertiaer stadiumban megbetegedése magában véve elég ritka (bár nem annyira, mint azt azelőtt hitték) és mert ez esetben ezen megbetegedés egymástól távoli, több régióban észlelhető, különösen pedig azért, mert az uvula a syphilisnél szokatlan, minden esetre ritka porczkeménysége, a mirigyek multiplex-induratio beszűrődése, a feltünő fakó bőrszín igen könnyen a carcinoma gyanúját kelthetik, különösen a hiányos anamnestikus adatok mellett.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Busse: Die Hefen als Krankheitserreger. Berlin, 1897. Verlag von A. Hirschwald.

Az élesztő gombák pathogen sajátságait 1894-ig nem ismerték. Ekkor irt le Busse, az előttünk fekvő munka szerzője, egy esetet, melyben a baj élesztő gombák által idéztetett elő. Az illető betegnél a test különböző részeiben (tibia, ulna, bordák, tüdő, vese, lép) kóros góczok képződtek, melyek végül halálhoz vezettek; ezen góczok idült lob eredményei voltak, mely lob többnyire genyképződéshez és a megtámadott szervek szétroncsolásához vezetett. A góczokban élesztő gombák voltak kimutathatók. Azóta többen — főleg az olasz buvárok közül — foglalkoztak e kérdéssel.

Szerző jelen monographiában az élesztő gombák pathogenitási kérdésének jelen állásával kivánja megismertetni az olvasót. Mindenekelőtt a saját észlelte esetét irja le pontosan, azután ismerteti az ezen esetben talált élesztő gombák sajátságait, kimutatásuk módját a szövetekben, valamint a velük végzett állatkisérleteket. Ezután következik az idegen szerzők leleteinek ismertetése, kiselejtezve a nem használható anyagot. Szerző mindenütt kellő tárgyilagossággal járt el és nem leplezi a hiányokat, melyek a szóban forgó kérdést illetőleg még nagyon számosak. A szép kiállítású, lelkiismeretes könyv mint forrásmunka bizonyára sokaknak jó szolgálatokat teend.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **A húgycső érzéketlenítésére** *Scharff* intrarectalis befecskendéseket használ a következő oldattal: Rp. Morphii hydrochlorici 0·15; Atropini sulfurici 0·005; Aquae destillatae 50·0. 2—4 köbcentimeter intrarectalis injectiója teljesen elegendő a hátulsó húgycsőrészlet érzéketlenítésére. (Sem. méd. 1897. 41. sz.)

2. **Pruritus scrotalis** ellen *Brocq* a következő kenőcsöt ajánlja: Acidi picrici 1·0—3·0; Vaselini, Lanolini aa 45·0. (Rev. internat. de méd. et de chir.)

3. **Heveny torokbántalmaknál** nagyon jó eredményeket látott *de la Carrière* a salol belső használatától. 1 éves gyermeknek 0·5, 2 évesnek 1·0, 3 évesnek 1·5, 4 évesnek 2·0 grammot ad naponként. Felnőtt részére az adag 4·0 gramm naponként. A salol használatát csupán a vese megbetegedése ellenjavalja. A rendelés módjára nézve szolgáljon például a következő vény: Rp. Saloli, Ol. amygdal. dulc. aa 2·0; Aqu. destill. 80·0; Syr. simpl. 30·0 (Practitioner, 1897. szeptember.)

TÁRCZA.

Az egyetem „én"-jéről.

Lechner Károly tnr.-tól.

(Vége.)

Egyetemünk — minden más élő organismushoz hasonlóan — a mondottak alól kivételt nem képezhet. Őt is a suggestiók varázsa környékezi, a rapport nyüge fenyegeti és fiatal kora daczára az automataság veszélye kisérti. Pedig valamennyi a testület egyéniségének féltékenyen őrizendő szabadságát korlátozza.

Minden suggestiós érzés csalódáshoz vezet. Minden rapportbeli gondolkodás tévedést szül. És minden automata cselekvés öntudatlanságba sülyeszti az egyént. Óhajtandó, hogy a tudományegyetem testülete mindezektől mentes maradjon! Kivánatos, hogy énje hasonló szükülésekneknek áldozatul ne essék! Követelendő, hogy egyéniségének szabad nyilvánulását egyoldalú korlátoltságok ne veszélyeztessék! Hiszen az én említett fogyatékosságai a *subjectiv bizonyosság* mázát kenik az egyéniség lelki eseményeire s azért határozott ellentétben állanak a tudomány objectiv czéljaival, a kutatás tárgyilagos ingereivel, a melyeknek főforrásai épen a bizonyosságot kizáró *kétség* és a *valószinüség*.

Kettős ünnepélyre gyültünk össze ma: az egyetemünk 25 éves munkásságát betetőző évfordulónak ünnepére és az újult erővel való munkakezdés szokásos évi örömnapjára. Illő, hogy ez alkalommal feltárjuk az énünket eltöltő vágyakat, rámutassunk azon tényezőkre, melyek egyéniségünk szabad nyilvánulását még korlátozzák és világgá kürtöljük az első negyedszáz év leteltével a tudomány s az egyetem függetlenségének és önállóságának eszméjét.

***

A mikor 1872. évi október 19-dikén az új egyetem megnyittatott, Mikó Imre gróf ministeri biztos azon kivánsággal üdvözölte annak tanárait, hogy „soha mást, csak az ismeretek, a felvilágosodás és a szabadság igéit hirdessék". E kivánságban bennfoglaltatott a suggestióktól való mentesség óhaja. Bennfoglaltatott az egyetem igazi missiójának megjelölése, mely soha subjectiv érzésekből fakadó politikai, nemzetiségi vagy felekezeti nem lehet, mely kizárólag a tudományok objectiv fejlesztésében, a cultura terjesztésében és az ideálok teremtésében összpontosodhatik.

Mégis azóta gyakran hangzottak el nálunk a suggestiós törekvések szózatai. Egyetemünknek szakadatlanul védekeznie kellett ellenök. Hol a magyarság végvárának minősitették, hol a politika fegyverének tekintették, hol pedig a felekezetiség köntösébe kivánták öltöztetni azt. Alig van Magyarországon bevett vallásfelekezet, melynek theologiai fakultást az egyetemen ne sürgettek volna. Tisztelet a vallás magasztos tanainak! Meghajlunk a hit óriási ereje előtt. Tárt karokkal fogadjuk bármely felekezet papnövendékeit, ha fenkölt hivatásuk érdekében tudományért szomjuhoznak. De a subjectiv érzelem virágait — bármily szépek azok — objectiv kutatásaink mezejére átültetni nem engedhetjük! Ezzel megcsorbitanók egyéniségünk objectivitásának szabadságát és egyúttal meghamisitanók a tudományt. Hinni és tudni, e kettő kizárja egymást.

Hasonló óvást emeltünk és emelünk azon suggestio ellen, mely egyetemünket a Pepiniére mintájára az idősebb társegyetem előiskolájává kivánta tenni, avagy egyáltalában annak inferioritását hirdeté. Egyéniségünk ezen megkisebbítése ellen már szót emelt Berde Áron legelső rectorunk. Vetoját ismételték utódai közül többen, nevezetesen Finály Henrik, Ajtai Sándor és Haller Károly rectorok. Ezek érveihez nincsen mit hozzá tennem. Csak újból hangsúlyozom itt e helyen azt, hogy a tudásnak van mértéke, van foka, a tudománynak nincsen. Egyetemek között rangsorozatot felállitani annyi, mint a tudománynak, illetve az ő képviselőinek határt szabni a tudásban. Ez pedig a tudományok károsodása nélkül kivihetetlen.

Mindezzel és több hasonló suggestióval szemben egyetemünk eddig kellő ellentállást tudott kifejteni. Küzdelmét siker koronázta, mert egyetértése, kitartása, kifejtett munkássága kizárta a koczkázatot. E tekintetben kiváló érdemeket szereztek maguknak azon tanárok, a kik úttörőkként vettek részt az egyetem alapjának megvetésében, kik elsők voltak a kivívott nemes czélok kitűzésében, kik lankadatlan szorgalommal küzdöttek e czélok elérésében, kik nemcsak keresték és védték, hanem teremtették is e czélokat és kik közül elég számosan ma büszke fővel tekinthetnek itt 25 éves nehéz, fáradságos munkájuk sikerére.

Egygyel azonban ők sem tudtak egészen megbirkózni: a nagy közönség közönyével — mondható — ellenszenvével. Suggestio ez is, mely a testület értékét csökkenti, mely énjét megbénitja, mely küldetését sokban illuzoriussá teszi. Hiába! A míg szájról szájra lebben az egyetemek élete feletti kicsinylés mosolya; a míg nevetségessé tétetnek annak törekvései; a míg sürgősebb egy félmilliós ménló beszerzése, mint a tudományos kutatás mindennapi szükségleteinek kielégítése; a míg nagyobb értékü bármely sportverseny jutalma, mint a minőt a tudományos munkásságnak osztogatnak; a míg semmibe sem vétetik a tudományos kutatásnak szentelt összes fáradozás, csupán a szaknevelés iparának tekintetik; a míg alig találkozik ember e széles országban, a ki — bár néhány fillért csak — ajándékozna vagy hagyományozna a tudomány-egyetemnek, holott mesés gazdagsággal díjazott tanszékek állitódnak fel a külföldön régóta már ily módon; a míg a hosszas küzdelmek árán az egyetem számára biztosított eredmények foganatosítását általános ellenszenv nehezíti meg: addig a nagy közönséget a tudományokkal és még inkább az egyetemekkel szemben legalább is közönyösnek kell tekintenünk. Pedig a kulturában való haladottság igazi mutatója mindig csak az a tehetség marad, melylyel a társadalom összessége a szellemi munka gyümölcseit felismerni, megbecsülni és élvezni tudja. A tudomány és művészet gerincze a kulturának. A minő mértékben vérré válik az ezeket fejlesztő intézmények fontosságának meggyőződése a köztudatban, oly arányban nő e tényezőknek tekintélye s befolyása is. Erőforrás a tudomány, melyből az én tökéletesedésével a mai társadalom összes kulturája fakadt. Erőforrás, mely annál gazdagabban bugyog, minél hatalmasabb tekintélyben részesíti azt a köztudat, minél melegebben ápolja azt az egész társadalom.

Sajnos! Nálunk a tudományos kutatást ily tekintély nem támogatja, a tudományok szerezte ismeretek igazságát ily bizalom nem kiséri, a tudományokban rejlő erőt ily szeretet nem gazdagítja, mert a közvéleményt nem hatja még át teljesen az az axioma, hogy: a népnek küzdelmében biztosan elpusztul az a nemzet, mely a tudomány és a művészet kincseinek birlalása s szaporítása után nem törekszik. Méltán vetette ezt Wlassics Gyula dr. minister a legelső promotio sub auspiciis regis alkalmával itt a közönség szemére, mondván, hogy: „nálunk a társadalmi élet egész szellemi érdeklődését a napi politika múló tüneményei emésztik fel, úgy hogy komoly, mély, igazi érdeklődés a magyar socialis életben a szellemi élet más nyilvánulásai iránt nem is jelentkezik".

De nem vádolom a nagy közönséget. Hibás benne az egyetem. Nem mintha elmulasztaná kötelességét, nem mintha kelletlenül töltené be hivatását, hanem azért, mert szervezete nagy missiójához képest elégtelen.

Minden művelt népnél a tudományok és a művészetek fejlődése eltörülhetetlen bélyeget nyom az egész társadalomra. Nálunk ennek nyoma sincs. Sőt kigyót, békát kiáltanak arra, ki a sablontól el mer térni, szánólag vonnak vállat az előtt, a ki hiúnak tetsző tudományos problémák megoldásán fáradozik. Az ok a tekintély, a bizalom hiányában keresendő. Honnét is legyen a tudományok emporiumainak nálunk tekintélye? Régi, százados tekintélyre — a külföldi egyetemek mintájára — nem hivatkozhatunk. Újnak szerzésére pedig a modern társadalom nem adja meg a változott viszonyoknak megfelelő, az arra való fegyvereket. Ez okból a szellemi töke góczpontjai, a műveltséget fejlesztő testületek, a tudományok laboratoriumai mellőztetésben részesülnek a legtöbbször. Mellőztetésben még ott is, a hol közbenjárásuk révén és szavuknak súlyánál fogva nyomást kellene gyakorolniok a társadalom fejlődésére. Termékenyítő befolyással nem lehetnek, mert szervezetük hiányossága megfosztja őket a kifelé való hatás eszközeitől. Hány ügyvédi kamara, kereskedelmi csarnok, iparos testület, gazdasági társulat emeli fel hangosan, nyilvánosan és

sikerrel a szavát, valahányszor őket érdeklő országos kérdések kerülnek a szőnyegre! Egyetemeink ilyenkor is némaságra kárhoztatvák. A társadalom legnagyobb szabású átalakulásai mennek végbe, a nevelés, az oktatás, söt az egyetemre való elökészítés kérdései dülőre vitetnek, a nélkül, hogy az egyetemeknek alkalmuk nyilnék ezekhez testületileg s a tudomány szempontjából hozzászólniok. Sokat hangoztatott, de törvényileg sehol sem biztositott autonomiájuk daczára elzáródik elölük a nyilvános felszólalás útja. Szervezetük minden ügyben a hivatalos útra tereli őket. Ügyeiknek nyilvános szellöztetése pedig a hivatalos titok megsértésével egyenlő. Már pedig a nyilvános érvényesülés versenyében félretolatnak mindazok, a kik kellő időben és kellő erélylyel fellépni nem tudnak. Ez az oka, hogy a tudománynak nincs meg nálunk a kellő tekintélye. Ez az oka, hogy az egyetemek önhibájukon kivül a társadalom szerveződésére és alakulására az őket megillető befolyástól elesnek. A tudományművelés és a culturateremtés legfőbb tényezőit minden esetre joggal megilletné az ingerentia szabadsága az államszervezés tényeiben. Belátta ezt már 1848-ban az egyetemi ifjúság, a midőn az egyetem országgyülési képviseltetését kérte. És beismerte ezt az akkori igazságügyminister, a mikor a kérelem teljesítését elodázhatatlannak minősitette.

Halaszthatatlan szükség, hogy az egyetemek autonom szervezete, azok culturabeli küldetése érdekében, a szabadság elvének megfelelőleg törvény útján rendeztessék.

A midőn azonban elismerjük, hogy az egyetemeknek hivatása nemcsak a tudományok fejlesztése s azok terjesztése, hanem azonfelül a közmüvelődés emelése, a társadalom termékenyitő befolyásolása minden téren s az ideálok teremtése is: rámutathatunk egyszersmind ama rapport jelenségekre, melyek a testületeket fogva tartják, azok szabadságát sok irányban korlátozzák.

Az önszükités egyik legmegrögzöttebb és mindnagyobb hullámokat verő áramlatban nyilvánuló alakja az a rapport, a mely az egyetemet a tanitás és a tanulás szabadságaiban megnyirbálni iparkodik, mely e testület egyes részei és tagjai között a tudományos kölcsönhatást meggátolni, jobban mondva formaságokra szoritani törekszik, mely az egyetemet egyszerü szakiskolává sülyeszteni akarja.

Igaz ugyan, hogy — a gyakorlati szakoktatás czéljait tekintve — a szakiskola előnyöket nyujt a tanszabadságát védő egyetemmel szemben. Szakiskolák felállitása ellen azért nem is lehet kifogásunk. A meddig azonban ilyeneket csak az egyetemek rovására müködtethetünk, addig a haszon csak látszólagos, az általuk okozott kár pedig helyrehozhatatlan. Helyesen fejtette ki ezt 1886-ban Szamosi János rector, nyomatékkal hangsúlyozván, „hogy az egyetemek szervezetében csak annyi tért szabad a gyakorlati czélok elérésére való törekvéseknek engedni, a mennyiben ez a tudományosság kára nélkül eszközölhető". És igaza van! A szakiskola nem türi a tanitás szabadságát, pensumként megszabja az anyag mennyiségét és minőségét s ezzel lehetetlenné teszi a tudományok szabad müvelését. A szakiskola meghatározza a tanulás mértékét, mi a tudomány továbbterjedésének legnagyobb akadálya. A szakiskola bevégzett igazságokat állit fel, a melyekre szinte esküt kell tennie a szigorlónak, s igy a kételkedés kizárásával útját állja a tudomány fejlődésének. Ettől való féltében mondá 1878-ban Imre Sándor rector, hogy „az egyetem nem iskola, hanem tudományos intézet".

De a szakiskolává való törpülésnek vannak ezeknél még súlyosabb következményei. Hiszen az egyetemek legmagasztosabb feladata épen az ideálok teremtése. E feladat teljesithetése lehetetlenné fog válni abban a pillanatban, a melyben az egyetem szakiskolává minősül. A magasabb culturára törekvő emberre korántsem elég, ha csupán ismereteit gyarapitja, ha emlékezését tökéletesiti, ha figyelő képességét gyakorolja, ha itélő erejét élesiti. Okvetetlenül szükséges, hogy kedélybeli világát is megnemesitse, hogy énjébe magasztosabb érzelmeket oltson bele, hogy az ethikus és aesthetikus érzésekben való gyönyörködés nélkülözhetetlenné váljék számára, hogy erkölcseivel elválaszthatatlanul összeforrott ideáljai legyenek.

Felsőbb iskoláinknak az egyéniséget túlságosan megkötő ezen mai rendszere máris elsilányitja az ideálokat. Ifjaink összes munkája — hosszú tanfolyamok alatt — ma már alig egyéb, mint a szigorlatokra való folytonos készülődés mestersége. Magasabb ideálok bennük az egyetemen csak elvétve kelhetnek. Összes erejüket a tanulás száraz munkája absorbeálja. Majd kizárólag a kenyérkereset törekvései töltik el őket. A moral, az ideál érzései számára sem idő, sem hely, sem alkalom e lélekölő munka közepette nem igen kinálkozik. Pedig ennek a hiánynak messze kiható következményei vannak. Egyetemeink ifjúságából toborzódnak össze a magasabb vezérlő osztályok tizezrei. Mihelyest az ifjak innét nem hoznak erkölcsöket és eszményeket magukkal az élet szinpadára, általuk az összes társadalom elveszti fokonkint a nemes eszmék, a fenkölt érzelmek iránti fogékonyságát. Tényleg mit látunk mindenütt az életben? Azt, hogy a társadalomban időszerint épen azok az eszmék jutnak vezérszerephez, melyek a vezérlő férfiak lelkeiben azok serdülő korában fogamzottak volt meg. De látjuk azt is, hogy ott, a hol az egyetemek lassankint leszoríttatnak a szakiskolák szinvonalára — ott az általános müvelődés egyébkénti feltartóztathatlansága daczára — a közerkölcsiség és az ideálok hanyatlanak. Misem mutatja ezt jobban, mint az a körülmény, hogy ma, a midőn az egyetemek szervezésének kérdése — a mint azt Schwarcz Gyula a Kolozsvártt felállitandó egyetemről szóló törvényjavaslat tárgyalásánál jól mondta — „európai kérdés", hogy ma az érdektől hajtott utilitarismus, a sikert néző opportunismus, az alkalmat vadászó stréberség, a hatalom uszályát hordozó helotismus, az élveket hajhászó heluatismus és több hasonló lelki inferioritás rapportjelenségei ijesztő méreteket öltenek és pedig annál inkább a társadalom minden rétegében, mert a suggestiós példa utánzásra serkent erősen. Egyúttal a rapportok túlharapódzására vezetendő vissza részben az a közöny, a melylyel a közvélemény a tanügy, a nevelésügy, de még inkább a tudományok iránt viselkedik.

Igy végső sorban a nagy közönség közönye is az egyetemek hibás szervezetére vezethető vissza, azon kölcsönhatás fogyatékosságára, mely a tudományok egyéb jogosítását hátráltatja, valamint azon szervek hiányára, a melyekre a közvéleményre való hatás érdekében szükség volna elkerülhetetlenül. Valóban az egyetemünk felállitásáról szóló törvényczikk biztositotta teljes tanszabadság ellenére, ma ennek az árnyéka van már csak meg. Mindinkább a szakiskola kerékvágásába jutunk. Éles szavakkal kárhoztatta 1877-ben Genersich Antal rector a veszedelmes irányzatot. De hiába! A kötelezett tárgyak, kötelezett tárgyrészek, kötelezett félévek, kötelezett óraszámok, kötelezett tanrend, kötelezett szigorlati rend, kötelezett idő, söt kötelezett nem — ugyan most már csak egyes fakultásokra nézve — stb. mind, mind, kivétel nélkül nem egyéb, mint a szintén reformok után kiáltó gymnasium elvei szerint szervezett szakiskola fokozatos rendszeresitése. És ha hozzáveszszük mindehhez a tudományt ellenőrző kormánybiztosok részben tervbe vett, részben már foganatositott alkalmazását a vizsgálatoknál, valamint a mind mélyebb mederbe jutó központositó törekvéseket: joggal száll meg bennünket az az aggodalom, hogy az egyetem idővel valóságos gymnasiummá törpülhet, gymnasiummá éretteszü ifjak számára.

Ha e lejtőre jutni nem akarunk, ha egyetemeink egyéniségének szabadságát megóvni, rapportoktól való mentességét elérni óhajtjuk: immár ütött az óra, hogy a tanszabadság kérdése törvény útján végleg rendeztessék, s egyúttal az egyetemek szabadsága egyéb jogkörök kiszélesbitése által — minő például a felirási, a levelezési, az országos ügyekkel való foglalkozási, ezekben határozathozási, stb. jogok gyakorolhatása által — fokoztassék, egy szóval az egyetem jogi személynek minősittessék, a mint az a legutóbbi időben Olaszországban meg is történt.

A hol a suggestiók és a rapportok befészkelik magukat, ott természetesen azok következményei, az automataságok sem maradhatnak el. Ilyenek elég bőven találkoznak ama formaságokban, aprólékos fontoskodásokban, kötöttségekben és állandósult viszonyokban, a melyek együttvéve alkotják meg egyetemünk gépezetét. Sok közülök lassan fejlődött ususnak következménye s igy történelmi jelentőségü, bárha némelyiket egyetemünk — saját egyénisége rovására — állandó teherként is czipeli magával. Mások a központositó törekvések túlkapásaiból származtak és a testületi egyéniség szabad alakulását akadályozzák.

Az uzusok, mint a természetes fejlődésnek szüleményei, nem igen veszedelmesek. A szükség teremti őket és szükség szerint

módosulnak, kopnak, sőt el is enyésznek. Nélkülözhetetlen fegyverek ezek, melyek az egyéniség érvényesülését, annak sürűn és egyformán halmozódó reactióiban, megkönnyebbítik. Kár belőlük nem származik, mivel bármikor elvethetők és a folytonos gyakorlás alatt a valódi szükséghez képest gyorsan idomulnak. Úgy viselkednek ezek a testületek életében, mint az egyes egyén életében annak begyakorlott mozgásalakjai.

Annál nagyobb veszedelmet rejtenek magukban — épen a tudomány és a culturalis missio szempontjából — az állam, bár jóakaró, de gyámkodásban túlzó, központosító törekvései. Eltekintve attól, hogy nem egyszer az egyetem autonom jogainak csorbításával járnak, különösen azzal ártanak, hogy az egyéniség szabad fejlődésének gátakat vetnek. Hol túlságosan felaprítják az egyetem erőit, hol megnehezítik azok egymásra való hatását, hol pediglen ellentétességeket támasztanak, melyek hatásaikban egymást lényegesen megzavarják. Ezek az egyetem énjéhez szükség szerint nem módosulnak, ezek tetszés szerint el nem vethetők, ezek a testületet elszigetelik a társadalomtól és megfosztják azt az élet követelményeihez való alkalmazkodás lehetőségétől.

Mindez érthető! Hiszen az államhatalom világszerte iskolának tekinti az egyetemet és nem tudományos intézetnek. A közoktatás politikájába foglalja azt s nem a cultura politikájába. A kettő között pedig nagy a különbség. A közoktatás érdeke az, hogy minél nagyobb néprétegek készíttessenek elő a társadalom szükségelte ismeretek befogadására, azaz hogy az ismeretekben való gazdagodás lehetősége a népiskolától a szakiskoláig fokozatosan bővíttessék. Helyes eljárás tehát, ha a közoktatás politikája a népneveléssel kezdi áldásos működését s ezzel megteremti az anyagot a magasabb iskolák számára. Ezen alapjában véve igaz felfogásnak tulajdonítandó az, hogy a népnevelés terén nálunk is óriási haladást tettünk. Sajnos! Nem áll ez ugyanoly mértékben az egyetemekről. Ezek, minthogy szintén a közoktatás politikájába illesztettek bele, a népnevelésre fordított gondoskodás közepette szükségképen elhanyagoltattak. Minden esetre nagyon is szembeszökően elhanyagolásra vall az a tény, hogy egyetemünk 25 év óta áll fenn tanárképző gyakorló iskola és használható klinikák nélkül — hiszen ez utóbbiak még csak most fognak létesülni — és még feltünőbb az, hogy legfőbb életforrásainak ügye, tanszabadsága és autonomiája, negyedszáz év alatt törvényesen rendezhető nem volt.

A cultura útja — a népnevelésével szemben — határozottan fordított irányú. A müvelődés a mióta a világ áll, mindig a felsőbb néprétegekből az alsóbbakba szállott alá. A ki a művelődést elő kivánja mozditani, annak azt legfelsőbb tényezőiben, a tudományok és a művészetek emporiumaiban kell felkarolnia. Szabadság, függetlenség, szeretet, ezek kellenek a tudományoknak épen úgy mint a művészeteknek. Nélkülök virágzásnak s gyümölcsözésnek semelyik sem indulhat. Nélkülök termékenyítő hatást a közművelődésre, a társadalom ethikus alakulására nem gyakorolhatnak. Nélkülök oly szerveik nem fejlődhetnek, a melyek segedelmével az államszerveződés szakadatlan munkájában méltó részt vehetnének. Automataságokba esnek ellenállhatatlanul, mihelyest a független fejlődés feltételeit nélkülözik. Automataságokba sülyednek azonnal, mihelyest nem többé a hozzájuk füző tiszta szeretet, hanem a politika, a felekezetiség, a nemzetiség czéljai vagy más érdekek vezetik őket. Mindezek mesterséges fejlődést provokálnak. Ilyen mesterséges fejlődésnek terméke például egész vizsgarendszerünk, mely a vizsgatárgyak folytonos szaporodása és az anyagnak szüntelen növekedése ellenére, mind könnyebbé teszi a szigorlatozást. Csak kellő időt és kitartást szánjon reá a szigorló és végre sikert arat, ha egyébként még oly alkalmatlan és tehetségtelen ember is. Ide tartozik a hallgatóság individualizálásának lehetetlensége. Kiben-kiben megöletik az egyén, hogy a tananyag kaptafája biztosíttassék, hogy a vizsgák merev formalitásai betarthatók legyenek. Ide számitandó továbbá a semesterek fokozódó túlterhelése tananyaggal, a nélkül, hogy a társadalom felmerülő követelményei tekintetbe vétetnének, elannyira, hogy végre a társadalom maga kénytelen magán új vizsgák felállításával az egyetemen kivül segiteni. Ide sorozandó még a kormánybiztosság intézménye is, mely épen csak az automataságot ellenőrzi, de oly színezettel, mintha a tudományt ellenőrizné. Olybá tünik az, mintha a törvénykező birót itéletében kormánybiztos ellenőrizné. Itt említendő a tanároknak időtrabló, szükségtelen, de gépiességbe sodró administratiókkal való megterhelése. Ide iktatandók a szakerők kiképezése elé gördített akadályok, a katonaönkénteseknek s másoknak nyujtott oknélküli kedvezmények és sok egyéb tényező, mely valamennyi a függés miatt megakadályozott érvényesülhetésnek egyenes folyománya. Megszabott automataságok nyilvánulásai ezek, mely automataságok — a mint azt a világ egyik leghíresebb politikusa mondá — „magas lóra ültetik a tudományt, de elfedik előle a talajt, a melyen lovagolnia kell".

Függetlenség, minél nagyobb függetlenség, ez a tudomány életfeltétele. Más ellenőrzést, mint a nyilvánosságot az meg nem tür. Szabad fejlődését és mélyreható befolyását a közművelődésre csak az önállóság biztosítja és pedig a minden kölöncztől mentes, az egyéniség sajátosságát mindenképen biztositó önállóság, mely függetlenséget enged neki, úgy szellemileg és erkölcsileg, mint anyagilag.

Ennek elérhetése legyen a jövő negyedszázév ma megkezdendő munkásságának legfőbb törekvése! Sokkal messzebbmenő átalakulásokat követel az, semhogy rövidesen meg lehetne szerezni. Meg kell hozzá nyernünk előbb a közvélemény érdeklődését, ki kell küzdenünk a társadalom önként nyújtott gyámolitását s velünkérzését, el kell hintenünk a tudományok nagyobb függetlenítésének eszméjét: és bizton elvárhatjuk, hogy ez az eszme hazánk szabadelvű talajában nemcsak megfogamzik majd, de virágozni és gyümölcsözni is fog.

***

És most hozzátok fordulok egyetemünk ifjúsága! Hozzátok, ti hazánk reménye, büszkesége, jövő támasza! A midőn a tudományok hajlékába léptek, őrizzétek meg egyéniségtek szabadságát! Gondosan fejleszszétek énjetek tökéletességeit! Ne engedjétek semmiben sem korlátozni gondolkozástok függetlenségét, érzelmeitek szabadságát! Vessétek le magatokról a hol lehet a subjectiv igazságok béklyóit! Kövessétek mindenütt az objectiv igazságokat! Keressetek és találjatok ideálokat! Védekezzetek a suggestiók, a rapportok s az automataságok énszükülései ellen! Suggestiókat ne tűrjetek, csak olyanokat, melyek a szeretet nemes érzelmeivel töltenek el benneteket az igaz, a szép, a jó, de különösen drága hazátok iránt! Rapportba ne jussatok mással mint a tudományokkal, a művészetekkel, az erkölcsökkel és ezek eszményeivel! Automata módra ne cselekedjetek soha, csak akkor, a mikor a kötelesség hív!

Úgy legyen!

Ezzel megnyitom az 1897/98-dik tanévet.

Kolozsvárt, 1897. évi szeptember 15-dikén.

Lechner Károly dr.

Heti szemle.

A stomatologusok (fogorvosok) orsz. egyesülete szept. hó 17. és 18-dikán tartotta első rendes köz- és nagygyűlését számos fővárosi és vidéki kartárs részvétele mellett. Az egyesület ez év február havában alakult meg a „British Dental Association" mintájára azon czélból, hogy a hazai stomatologusokat egy összetartó testületté tömörítse, mely úgy tudományos, mint közérdekű és ethikai szemponttól vezérelve a hazai fogorvosi kar javára működjék. Az első nagygyűlés után alapos a remény, hogy a kitűzött czél el is fog éretni.

A közgyűlést az ideiglenes elnök, *Árkövy* tnr. nyitja meg s a gyűlés tudomására hozza, hogy az alapszabályok a jóváhagyási záradékkal láttattak el. A titkár, *Bauer* dr. jelentéséből kitűnik, hogy az egyesület immár 80 tagot számlál s hogy néhány ülést tartott a lefolyt félévben, részben szaktudományos, részben karérdekű ügyekben.

Az újolag megejtett választásokon *Árkövy* tnr. lett egyhangúlag elnökké választva, ki nagyszabású beszédben ismerteti tudományszakunk jelen állását és szab programmot az egyesület elé.

Az előadások és bemutatások sorát *Wolf Márton* dr. (Zágráb) nyitja meg, ki a moszkvai nemzetközi orvosi congressus fogászati szakosztályának működéséről számol be.

Antal dr. (Budapest) kimerítő tanulmányban a stomatologiában használatba vett újabb gyógyszerekről értekezik, azok értékét és hatását bírálva.

Bauer és *Antal* dr.-ok (Budapest) a cataphoretikus eljárást mutatják be fogászati czélokra.

Nagy dr. (Budapest) műkoronák és olcsóbb hídmunkák készitését demonstrálja általános tetszés mellett.

Sándor dr. (Budapest) contour arany-tömés demonstrátiót végez patiensen.

Negyvenegyedik évfolyam. 42. szám. *Budapest, 1897. október 17.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A bujakórellenes higany-kezelés idejéről.

A moszkvai nemzetközi orvoscongressus dermatologiai szakosztályában referálta *Schwimmer Ernő* dr., egyet. tanár.

Mikor kell a bujakórellenes higany-kezelést megkezdeni? Meddig kell azt folytatni? Helyes-e a praeventiv eljárás vagy czélszerübbnek látszik-e a bujakórt csak a másodlagos tünetek fellépése idejében kezelni?

Ezen, a congressus részéről felállított három kérdés közül az első és a harmadik a syphilis korai kezelését tárgyalja, míg a második csak ezek magyarázásául szolgál. Ennek megfelelőleg a három kérdést csak két pontban fogom tárgyalni és referatumomat a következőkben összegezni:

1. Vajjon a syphilis kezelése az általános tünetek kitörése *után* történjék-e vagy pedig már ezeket megelőzőleg?

2. Meddig tartson a syphilitikusok kezelése?

Megvallom, miszerint e kérdések tárgyalásába csak bizonyos elfogultsággal bocsátkozhatom, mert ezek az utóbbi években úgy irodalmi téren, mint különböző congressusok alkalmával annyiszor képezték már vita tárgyát, hogy alig képzelhető, miszerint az egyes vélemények okadatolására új nézpontokat lehessen felhozni. Miután azonban tudományos kérdésekben az ellentétek tisztázása csak oly módon történhetik, ha az illető kérdés gyakrabban lesz megvitatva, ezért véleményem szerint a jelen congressuson is alkalom fog nyilni különböző szakférfiak véleményét hallani, kik egymással teljesen ellentétes nézeten vannak. Azon esetben pedig, ha orosz szakkollegáink nagyobb része a korai kezelésnek nem lenne híve, úgy rájok e kérdés ismételten megbeszélése csak haszonnal járhat és feltehető, hogy sok orvos, ki véleményében még ingadozik, nézetünkhez fog csatlakozni.

I.

A syphilis tanulságos történelmében a helyes kezelés kiváló eredménye csak akkor nyert nagyobb jelentőséget, midőn felismerték a higanynak ezen betegség biztos meggyógyitására gyakorolt hatásának megbecsülhetetlen hasznát. Magában véve azonban ezen körülmény nem volt elegendő, mert magának a betegségnek mibenléte is hosszú időn át tudományos nézeteltéréseknek tárgyát képezte. A míg az unitaristikus és dualistikus elmélet felett heves viták folytak s mindkét tan híveinek száma majdnem egyenlő nagy volt: addig nem lehetett e kérdés felett meggyőző érvekkel vitatkozni. De mióta az unitaristikus elmélet híveinek száma majdnem elenyésző csekély lett a dualistikus tannak híveihez képest és a syphilidologok legnagyobb része két virust ismer, melyek közül csak az egyik vezet a szervezet utólagos általános megbetegedésére: azóta a szóban forgó kérdés is egészen másképen lőn megitélve. Ma már nem szabad többé azon álláspontra helyezkednünk, mely még néhány évvel ezelőtt mérvadónak látszott, t. i. vajjon diagnostikai tekintetben tévedés nem jöhet-e szóba és vajjon valamely bántalom megitélésénél tisztában vagyunk-e, miszerint komolyabb természetű alakkal van-e dolgunk vagy sem. Vagyis más szóval, ha mi manapság a syphilis korai kezeléséről beszélünk, akkor nem jöhet szóba azon kérdés, hogy kezelésünk megkezdésekor kemény fekélylyel s nem lágy fekélylyel van-e dolgunk, úgy hogy a szóban levő tárgy fejtegetésénél csak oly esetekről szólhatunk, a melyekben az initial-sclerosis kórisméje már biztos.

A korai kezelés első pontja az initial-sclerosis eltávolítását vagyis a sanker-excisio czélszerüségét illeti. Nem akarunk e kérdésnél sokáig időzni, mert a tapasztalás arra tanított, hogy az esetek legnagyobb részében e beavatkozás nem megbizható, de másrészt elvileg nem tartom elvetendőnek, mert előfordulhat olyan eset, hogy annak keresztülvitele könnyen végezhető, minek következtében néha a másodlagos tünetek sokkal enyhébben jelentkeznek. Ezen értelemben a kimetszést a korai kezelés egyik módozatja gyanánt foghatjuk fel, főleg miután nem arról lehet szó, hogy a másodlagos tünetek kitörését teljesen elnyomjuk, hanem hogy ezek kitörését enyhiteni képesek vagyunk. A therapeutikus kérdés legnagyobb actualitása azonban azon időpontnak megválasztására vonatkozik, mely a sclerosis fellépte és a néhány hét mulva kitörő másodlagos jelenségek között telik el.

A szerzők legnagyobb része, kik a korai kezeléssel ellentétes álláspontot foglalnak el, legnyomósabb érv gyanánt azon tényt emlitik fel, hogy a korai kezelés a syphilis kitöréseit nem tudja megakadályozni. Ez igaz és a korai kezelés hívei sohasem állitották ennek ellenkezőjét. Minthogy azonban tudományunk mai állása szerint teljesen ismeretlen előttünk azon mód, melylyel a szervezetbe jutott virust ártalmatlanná tehetjük, fontosnak tartjuk már azon körülményt is, hogy a syphilist, melynek következményei kiszámithatatlanok, lefolyásában enyhiteni tudjuk. Egyetlen betegnél sem vagyunk azon helyzetben, hogy előre megmondhatnók, miszerint a bántalom további lefolyása enyhébb vagy súlyosabb természetű leend-e. Minden megbetegedésnél egy eddig ismeretlen szervezettel van dolgunk, melynél a szövetek reactioképessége ismeretlen valami. Mily gyakran tapasztalhatjuk, hogy meglehetős súlyos sclerosisnál a reákövetkező tünetek igen enyhék és megfordítva, csekélyfokú sclerosisnál igen súlyosak! A syphilis praecox, syphilis gravis vagy acuta és acutissima gyakran szolgáltatnak erre példát, mert ilyenkor nem a megbetegedés tartama, hanem az egyéni dispositio jő elbirálás alá.

Mi jelenleg még nem ismerjük a bujakór lényeges okozóját, de feltéve, hogy bacteriumok által okozott megbetegedés s feltéve, hogy annak mikrobáit már ismerjük, nagyon is kérdéses, vajjon oly gyógyszernek birtokába is juthatnánk egyúttal, mely ezen organikus agenst vagy ennek toxinját gyorsan és biztosan elpusztitani képes. A higany, mely igen becses antisepticum és a syphilis therapiában megbecsülhetetlen értékű, csakugyan igen megbizható antisyphilitikus szer, s azt mégis huzamosabb ideig kell alkalmazni, míg vele gyógyeredményeket érhetünk el. De még azon kóralaknál is, hol a kórtokozó bacteriumok előttünk ismeretesek, nem vagyunk mindeddig azoknak specifikus ellenszerei birtokába; ezt látjuk a gümőkóros bántalmaknál, daczára annak, hogy a bacillus tuberculosust, mely e baj okozója, ismerjük; ezt látjuk a takárnál, lágy fekélynél, stb. betegségeknél, melyeknek bacillusai már rég ki vannak mutatva. Mindezen parasitarius bántalmak leküzdése ellen nem igen tudunk valamely megbizható gyógyszert felemliteni. Azon aetiologikus mozzanatok, melyeket

az orvosi tudományban felmutathatunk, sajnos, nem igen mutatták még meg azon helyes therapeutikus utat is, melyen biztosan mozoghatunk s csak a serumtherapiát, mely még szintén csak kezdeti stadiumában van, mondhatjuk valószinűséggel azon iránynak, mely a helyes útra fog vezetni. Hasonlóképp áll a dolog a syphiliskezeléssel is, melynek megitélésében még most is, mint sok évvel ezelőtt, midőn e kérdés még nem képezte annyi vita tárgyát, az egyedüli helyes alap: a *tapasztalás;* ez képezi tudásunk azon kútforrását, melyből végkövetkeztetéseinket meríthetjük.

Ha az utolsó évek irodalmát e tekintetben figyelemmel kisérjük, azt látjuk, hogy nincs már oly éles ellentét a syphilis korai és késői kezelésének hívei között, mint volt ezelőtt, s hogy a korai kezelés szószólói lényegesen megszaporodtak. Önmagamnak gyakran nyilt alkalmam nézetemet e tekintetben kiváló szakférfiak előtt nyilvánitani, igy 1889-ben az I. nemzetközi dermatologiai congressuson Párisban, 1891-ben Rómában, legutoljára 1895-ben Gráczban a német dermatologusok gyülése alkalmával. Mindannyiszor igyekeztem úgy magánorvosi, mint kórházi tapasztalataim alapján megczáfolni azon érveket, melyeket a korai kezelés ellen előtérbe hoztak, úgy hogy ma zavarban volnék, ha nézetem védelmére, mely sok európai szakember véleménye is, új érveket kellene felhoznom. Csak azon kollegákat említem fel, kik a párisi congressuson az enyémmel hasonló nézeten voltak és pedig *Fournier, Barthelémy, Jullien* és mások. *Jullien* főleg Rómában kardoskodott a higanynak az izmok közé történő korai befecskendése mellett.

A kinek véleménye e tekintetben ingadozó, igen könnyen jöhet önmagával ellentétbe; legjobban bizonyítja ezt egy ismert német szakférfiú következő állitása: „A higanykészitményekkel való korai kezelés nem ér semmit, sőt káros; *csupán azon esetekben jöhet alkalmazásba,* a melyben a sclerosis alakja, helyzete, nagysága következtében igen kellemetlen és könnyen fertőzni képes.“ Ezen állitás ellentmondást foglal magában, mert az utórész az első részt teljesen megsemmisiti; mert a korai kezelés vagy káros s ekkor minden esetben káros, nem pedig csak egyesekben, vagy ha egyes esetekben alkalmazhatjuk, midőn ezek esetleg súlyos lefolyással birhatnak: úgy még inkább alkalmazhatjuk könnyebb esetekben, mert a gyógyulás gyorsabb és biztosabb. Nem kevésbbé helytelenek egyéb állitások, mint pl. a syphilis további lefolyása ezen eljárás által rendetlenebb lesz, vagyis: a higany a korai kezelés mellett gyorsan veszíti el ható erejét és több efféle állitások, melyek semmi alappal nem birnak, sőt inkább a korai kezelés mellett tanuskodnak. Mert rendetlen lefolyás alatt csak azt érthetjük, hogy a syphilis lefolyása protrahált, de nem azt, hogy súlyosabbá válik; míg azon nézet, hogy a higany korán alkalmazva a syphilitikus virus ellen könnyebben lesz hatálytalanná, a gyakorlat által nincsen bebizonyitva, sőt ellenkezőleg e szer hosszabb ideig alkalmazva csak enyhíti a bajt és soká nem veszti el gyógyerejét.

Ha tehát a korai kezelés hasznos vagy káros volta felől teljesen tájékozottak akarunk lenni, úgy előbb tisztába kell jönnünk, vajjon a korai kezelés ártalmas-e, vagy a késői kezelés előnye annyira szemmelláthatő, miszerint e tekintetben teljesen nyugodtak lehetünk. Erre vonatkozólag véleményem, mely több mint 25 évi tapasztalaton és több ezer betegen tett észleleten alapszik, a korai kezelés mellett szól; ezen meggyőződést utolsó időben klinikai tapasztalataimon kivül, még mint kisérleti úton nyert eredményekből meritettem, a mint ezt a következőkben is indokolhatom.

Minden bujakóros állapot, mely nem kezeltetik, a szervezetben való tovaterjedésének már első stadiumában az illető egyénen súlyos elváltozásokat okozhat. Ezen körülményt számtalan betegnél észleltem, kik a sclerosist követő tünetek fellépése előtt nem lettek kezelve. Ezen tényt még más módon is iparkodtam kimutatni és ezért e kérdést kórodámon beható vizsgálódás tárgyává tettem, melylyel klinikai assistenseim egyikét, *Deutsch* dr.-t biztam meg. Az igy nyert eredmények már néhány évvel ezelőtt lettek közölve.[1] E vizsgálatokból kitünt, hogy azon időközben, mely a sclerosis fellépte és a másodlagos tünetek kitörése között folyik le, az *idegrendszer* súlyos bántalmazottságnak lehet kitéve, míg a korai kezelésnél az idegrendszer e bántalmazottsága kimarad.

Nem kevésbbé fontos egy másik körülmény, mely a *vér elváltozásaira* vonatkozik, a melyeknek vizsgálatával I. klinikai assistensemet, *Justus* dr.-t biztam meg. Évek óta foglalkozik ő a syphilitikus vér vizsgálatával s iparkodott pontosan meghatározni, mikép viselkedik a haemoglobin a syphilis különböző stadiumaiban. A haemoglobinnak csökkenése, melyet már mások is, mint *Stoukowenkoff, Wilbuszewitsch* stb. kimutattak, az ő vizsgálatai alapján teljes mértékben meg lett erősitve; egyszersmind kimutatta, hogy a haemoglobintartalom csökkenése, mely a secundaer tüneteknél állandóan lép fel, már akkor is beáll, midőn a bőrön vagy nyákhártyákon még semminemű elváltozást nem észlelünk. Ezen észlelések, melyeket tanársegédem az esetek egész hosszú sorában tapasztalt, azt bizonyítják, hogy a vér pigment-tartalma már korán szenved elváltozást és ebből továbbá azt következtethetjük, hogy a syphilis okozta *oligaemia vagy anaemia már a közbeeső időben veszi kezdetét.* Miután pedig úgy más vizsgálatok, mint a klinikámon végzett kisérletek alapján be van bizonyitva, hogy a higanykezelés a haemoglobinveszteséget aránylag gyorsan és biztosan pótolni képes, azért feltehetjük, hogy a korai kezelés, ha nem is tudja teljesen megakadályozni a tünetek kitörését, de minden esetre jótékony hatást fog gyakorolni a bujakóros fertőzés következtében beálló vérszegénységre. Hogy pedig a syphilitikus anaemia sok esetben igen kellemetlen és a gyógyulást hátráltató complicatiót képez: azt nem igen kell bővebben fejtegetnem.

Ha már ezen úgy klinikai, mint kisérleti úton nyert észleletek nagy becsesel birnak, nem kevésbbé fontos azon betegek kórállapotának elbirálása, kik syphilis gravis vagy maligna praecox-ban szenvednek s kiknél a másodlagos tünetek az elsődleges bántalom fellépése után aránylag rohamosan jelentkeznek. A legutóbbi 3 év alatt klinikámon észlelt 15 eset közül egyetlen egy sem részesült addig kezelésben. Bátran mondhatjuk tehát, hogy mind e súlyos alakok csak oly egyéneknél jelentkeznek, kik egyáltalában még nem lettek kezelve. Azonban minthogy a syphilitikus virussal való fertőzés alkalmával sohasem tudjuk előre, hogy a bujakór mily mértékben fog a bántalmazott egyénen fellépni s mily súlyos lesz annak lefolyása, ezen körülmény tekintetbe vétele is igen fontos és alkalmas arra, hogy a korai kezeles híveinek számát gyarapitsa. A késői kezelés hivei még arra is hivatkoznak, hogy fennálló sclerosist néha nem követ syphilis. Nem akarom e tény lehetőségét kétségbe vonni, mert magam is rendelkezem ily észleletek felett, azonban ily esetek oly ritka kivételt képeznek, hogy az ellenkező esetek óriási száma mellett majdnem elenyésző csekély jelentőségüek.

II.

A syphilis kezelésének *időtartamát* illetőleg a vélemények ma is oly elágazók, mint évekkel ezelőtt voltak s az ellentétek ma sincsenek még kiegyenlitve. Mig *Fournier* a kezelés tartamát 3 évre s még többre teszi, sőt *Neisser* 5 évre, addig a szakemberek nagyobb része ezen protrahált kezelés ellen foglal állást. Egyes szakemberek e tekintetben a tertiaer tünetek vizsgálódásában véltek biztos támpontokat találhatni és épen a tavalyi gráczi dermatologiai congressuson e kérdés behatóbban lett tárgyalva. Az ottan előadott különböző statistikai kimutatásokból kitünt, hogy a protrahált kezelés a tartiaer tünetekre annyiban bir befolyással, hogy a későbbi tünetek sokkal enyhébb alakban jelentkeznek, sőt teljesen ki is maradhatnak; kitünt továbbá a nagy számadatokból, hogy a hosszantartó kezelés igen kedvező hatást gyakorol a syphilis lefolyására. Minthogy azonban véleményem szerint megbizható statistika csak évek hosszú során át figyelemmel kisért észleletekből gyüjthető, mi a privatpraxisban könnyebben lehet-

[1] Lásd Orvosi Hetilap 1893. évfolyam és Archiv f. Dermat. u. Syph. 1894. XXVII. kötet 223. oldalon.

séges, mint a kórházban, ezért saját tapasztalataimat csak az efféle adatokból szeretem meríteni. Ezek pedig eddigi eljárásomat csak megerősítették s a jövőben követendő eljárásaimra is mérvadók lesznek, mely pedig röviden a következő:

Alapelvem, hogy minden syphilisben megbetegedett egyén a megbetegedés első évében a megfelelő szünetekkel kapcsolatosan *erélyes* kezelésben részesüljön és a második évben már hosszabb szünetektől kisért *enyhébb* kezelésnek legyen alávetve. Míg a kezelés első idejében a legfontosabb gyógyszer a higany, a későbbi időben a jod és a növényi főzetek kerülnek sorra a megfelelő javallatok értelmében. Míg könnyebb esetekben a higanyt *belsőleg* szoktam adagolni, addig súlyosabb bántalmaknál befecskendezéseket és bedörzsölési curát alkalmazok. Ezen eljárásomtól csak specialis esetekben külön indicatiók alapján térek el.

A kezelés tartama, a cura erélyes keresztülvitelének kérdése gyakran esik össze a beteg *házasságra* való lépésének szándékával és itt oly elővigyázatot szoktam gyakorolni, hogy a házasságra lépést a fertőzést követő legalább 3—4 éven belől nem ajánlom. Hogy azonban a legnagyobb elővigyázat mellett is ezen óvó eljárásom nem nyujt absolut biztonságot, erre nézve legyen szabad két érdekes észleletet röviden felemlíteni, melyet egész önkényűleg választottam ki praxisomból, s melyeket a legutóbbi időben volt alkalmam észlelni.

N. N., ki 22 éves korában acquirált syphilist, egyrészt gyakori recidivák, másrészt azon félelme folytán, hogy ő ezen bajból sohasem fog kigyógyulni, öt éven keresztül állott igen erélyes antisyphilitikus cura alatt. A beteg a hatodik évben elhatározta, hogy házasságra lép, miután az utolsó két évben semminemű tünetek nem jelentkeztek. Házasságának három éve alatt két *egészséges* gyermek atyja lőn és két évvel később, tehát az infectiótól számított nyolcz év mulva sarkokele sypilitikában betegedett meg. Több orvos a megbetegedést kezdetben tuberculotikus eredetűnek tartotta és két kiváló sebész a már férfiökölnyire megdagadt és megkeményedett here kiirtását ajánlotta. Ezen műtét kivitele előtt láttam a beteget, kinél syphilitikus heregummát diagnostizáltam. Erélyes bedörzsölési cura és jod használata után teljes gyógyulás állott be.

Nem kevésbbé érdekes a következő eset: X. Y., 25 éves földbirtokos, felső ajkán extragenitalis sclerosist kapott. Két éven keresztül szakadatlan kezelés; félévi pausa; a nyelven és ajkakon újból fellépő plaque-ok ismét egy évi szakadatlan kezelést tettek szükségessé. Miután három évig semmi tünet sem jelentkezett, beteg megnősült. A házasság után három évig teljesen egészséges volt s két viruló gyermek atyja lett. A fertőzés utáni hatodik évben minden közelebbi ok nélkül nagyfokú periostitis lépett fel a tibián s igen gyötrő idegzsábák súlyos hemikrania alakjában. Erélyes antiluetikus cura után teljesen meggyógyult.

Mindkét eset igen tanulságos. Mindkét esetben daczára a férj latens syphilisének sem a nőkön, sem a gyermekeken nem léptek fel syphilitikus tünetek. Az illető betegek éveken keresztül erélyes gyógykezelésben részesültek, egészséges gyermekeket nemzettek, kik még ma is, 4— 6 éves korukban, teljesen egészségesek s mégis mindkettő oly időben betegedett meg a syphilis súlyos alakjában, midőn már alig gondolhattunk késői megbetegedésre. Ha az illetők csak 1—2 éven át részesültek volna gyógykezelésben, úgy e rövid kezelési tartamot okozhattuk volna, de ezen esetekben ép ennek ellenkezője történt: hosszú kezelési tartam, hosszú egészségi pausa és mégis latens syphilis késői kifejlődése. Ezen esetek arra tanítanak, hogy a hosszú ideig tartó kezelés egyáltalán nem nyujt teljes biztonságot és inkább a szervezetet gyengíti, mintsem távoltartaná az esetleges kitöréseket. De másképen is a mértéktelenül hosszantartó kezelés a beteg kedélyére nyomasztólag hat, a ki már kételkedni kezd teljes felgyógyulásában. Meg kell azonban engednünk, hogy ily kivételes esetek előfordulnak, nem szabad azonban ezen esetek értékét túlbecsülni és miattuk a systematikus és fentebb említett már számtalan esetben kipróbált eljárástól eltérni.

Kimutatás az Elischer főorvos vezetése alatt álló szt. Rókus-kórházi szülő- és nőbeteg-osztály 1896. évi működéséről.

Közli: *Szabó Sándor* dr. alorvos.

Tisztelt főnököm szíves engedelmével osztályunk mult évi gazdag beteganyagának és működésünknek rövid ismertetését óhajtom adni alábbiakban. Kórházi osztályról lévén szó, mely nem rendelkezik oly nagy személyzettel, iskolázott segéderőkkel mint egy tanintézet, szerény közleményem nem birhat annak súlyával és jelentőségével sem. Nem elvi kérdések felállítását, tisztázását tűztem ki czélomul, hanem referádáját eredményeinknek, a milyenek voltak.

I. *Szülészet.*

Nagy és tanulságos anyag az, mely a szt. Rókus-kórház szülő-osztályán egy év alatt megfordul. Számra nézve legalább annyi, ha nem több, mint a két egyetemi szülőintézeteké együttesen, sok rendellenességgel, melyek legnagyobb részét a vidékről szállítják be. Milyen kicsi ezen nagy anyaghoz képest a rendelkezésünkre álló 3 ágyas szülőszoba és 38 ágyas gyermekágyi osztály.

Legyen szabad a szülészeti osztályon divó eljárásunkat röviden leírnom.

A szülőnőt, midőn osztályunkra kerül, csak az ügyeletes bába vizsgálja, azután, ha állapota még megengedi, fürdőt kap s kórházi ruhába öltözik. Ha a szülés előhaladottabb stádiumában, talán már a kitolási időszak elején jelentkezik, ekkor csupán alsó végtagjait és a nemi szervek tájékát tisztítják meg meleg vízzel s szappannal. A szülést oldalfekvésben végzik. A szülést végző bába kezeit szappannal s kefével tisztítja és körömtoilettet végez. Utána újólag megmosakszik kefével, a szappan nyomait absolut alcohollal leöblíti s végre 1‰ sublimat-oldattal kefélve le kezeit, nedves kézzel vezeti a szülést. Megkívánom e helyen említeni, hogy bár a Fürbringer által annyira hangsúlyozott alcohol leöblítésnek oly nagy hatást nem tulajdonítok, mint ő maga és hivei, mind a mellett megtartandónak vélem, ha nem másért, zsírtalanító hatásáért.

A szülés befejezése után, ha bűzös folyás, szüléselőtti láz vagy más ok nem indicálja, a szülőcsatorna külön tisztítását mellőzzük s csupán a külső genitaliák 1%-os lysol-oldattal való leöblítésére szorítkozunk. A polypragmasia vádját kikerülendő, kijelentem, hogy a desinficiáló folyadékot csak sterilizált víz hiányában használjuk. A gyermekágyasoknak, kik napjában kétszer végzett hőmérőzés és megfigyelés mellett, naponta kétszer lesznek tisztítva, a vulva elé semmit sem teszünk, a mi a lochiak szabad kifolyását akadályozhatná. A láztalan gyermekágyast 8—9-ed, helyhiány esetén azonban már 7-ed napon bocsátjuk ki.

Még egy pár szó az újszülöttekről:

A köldökcsonk leválását be nem várva, első naptól kezdve fürösztve lesznek és a lefolyt esztendőben csak egy esetben fordult elő köldök-infectio, mely kezelésre szintén meggyógyult.

Ez röviden és főbb vonásokban a szt. Rókus-kórház szülő-osztályán divó eljárás. Említést érdemel még azon körülmény, hogy a szülőnőt az esetek túlnyomó számában csupán egy, ritkán két bába vizsgálja. Eltekintve azon rendes esetektől, melyeket bejáró gyakornokaink az osztályos orvos felügyelete alatt gyakorlat czéljából vizsgálnak, orvosi belső vizsgálat tárgyát csak azon szülőnő képezi, kinél a bába vagy a hőmérő valami rendellenességet jelzett. Ezen módszernek jó eredményeit az alább közlendő statistika meg is erősíti.

Az anyag nagy tömege folytán, de még inkább azon oknál fogva, hogy osztályunk a város és környéke abortusainak lerakodó helye, a rendes partusokat az abortusoktól külön választva tárgyalom; úgyszintén az első pillantásra ijesztően magas mortalitási hányad okát és genesisét kissé bővebben fogom kifejteni.

A lefolyt 1896-dik évben osztályunkon 1257 szülés volt. Ezek közül teljesen láztalan lefolyású gyermekágy volt 1145

*

(91·09%). Egy napig tartó láz volt 33 esetben (2·62%), 2 napig tartó láz 29 esetben (2·30%), két napnál tovább tartó láz volt 46 esetben (3·66%); meghalt 6 gyermekágyasunk (0·47%). A lázas temperaturát 38° C.-tól számítjuk. Kórházon kivül szült és szülés után azonnal, vagy csak napok mulva hozatott be osztályunkra összesen 51 nő. Azok közül láztalanul jött be 18 (35·29%), ezek között meghalt 11 (21·56%). Az osztályunkat directe terhelő 6 haláleset kórrajzát alábbiakban közlöm:

1. *N. Mari* (10,752. f. sz.) 19 éves hajadon I. P. Eszméletlen állapotban hozták be junius 30-dikán d. u. 6 órakor osztályunkra Hőmérsék 39·3, P. 120. I. fokú szük medencze. 6½ órakor első eklamptikus roham. Méhszáj 1 ujjnyi; chlorof. narcosis, morphium-injectiók. Magzati szivhang nincs. 10 óráig d. u. még 12 roham. Akkor méhszáj 2 ujjnyi. Hőmérsék 39·2. Colpeurynter bevezetése; d. u. 11 órakor méhszáj 3 ujjnyi. Dührssen-incisiók. Fordítás sikertelen kisérlete után perforatio. Fejet csak teljes kiűrités után nehezen sikerül extrahálni. Ekkor kiderül, hogy a hüvely jobboldalt mélyen berepedt. Méh jól húzódik össze. Pulsus igen rossz, alig tapintható. Irrigatiók forró vizzel. Méh contrahált. Kemény hüvelytamponade. Aether-injectiók, autotransfusio. Műtét után 12 perczczel exitus. Sectiónál kiderül, hogy a tamponade jól csillapította a vérzést. Kórboncztani diagnosis: *Eklampsia.*

2. *H. Róza* (11,485. f. sz.) 22 éves hajadon. I. P. Julius 15-dikén 2 ujjnyi méhszájjal s erős vérzéssel kerül osztályunkra. A méhszájban *placenta tapintható;* erős vérzés. Három ujjnyi méhszáj mellett placentát perforálva, burokrepesztés s *lábrafordítás* s miután a vérzés erre sem áll, röviden reá *extractiója* egy körülbelül 8 hónapos magzatnak. Méh jól contrahált, vérzés áll. Egy órával később erős vérzés, mely hideg s forró irrigatióra nem engedvén, Dührssen-tamponaddal sikerrel csillapíttatik. Egy további óra mulva újolag erős vérzés, tampon kivétele. Ekkor kiderül, hogy a cervix baloldalt berepedt. Ennek varrása, tamponálása. Hypodermoklysis. Rövidesen utána exitus. Kórboncztani diagnosis: *Anaemia acuta universalis.*

3. *I. Jánosné* (11,940. f. sz.) 21 éves férjezett. I. P. Terhességben nagyfokú általános oedema. Julius 24-dikén d. u. elég erős szülő-fájások jelentkeznek. A szülés rendesen halad előre d. u. 9½ óráig. Akkor hirtelen nehéz légzés, cyanosis lép fel. Öt ujjnyi méhszáj mellett a bemenetben rögzített fejre fogót alkalmaztunk; a nagyon rövid ideig tartó fogóműtét alatt a légzési nehézség fokozódik s a műtét befejezése után 1—2 perczczel mesterséges légzés daczára: exitus. Diagnosis: *Balszív túltengés, endoarteritis peripherica* folytán, *hydrothorax bilateralis, anasarca, anaemia univ., oedema pulmonum.*

4. *K. Anna* (11,160. f. sz.) hajadon. I. P. Augusztus 4-dikén egyik belosztályról, hol tuberculosis pulm. miatt feküdt, tétetett át osztályunkra. Nehéz légzés, erős cyanosis. Augusztus 5-dikén reggel méhszáj bőven 2 ujjnyi; magzat lábfekvésben. Fokozott cyanosis. D. e. 4 ujjnyi méhszájnál burokrepesztés, *extractio.* Augusztus 6-dikán reggel exitus Bonczolatot nem kértünk.

5. *W. Róza* 32 éves hajadon. IV. P. Október 14-dikén kereste fel osztályunkat. Méhszáj két ujjnak átjárható. Grav. m. VII—VIII. Koponya tapintható. Tüdőben mindkét oldalt számos nedves szörcszörej. Száraz ajk. Hőmérsék d. u. 39·2—136. D. u. 8 órakor könnyen megszülte a petét in toto. Október 18-dikán exitus. Kórboncztani diagnosis: *Pneumonia crouposa.*

6. *T. Borbála* (16,152. f. sz.) 38 éves hajadon. V. P. November 8-dikán d. e. 5 órakor tétetett át egyik belosztályról, a hordágyon szült 8 hónapos magzatot. Placenta már osztályunkon távozott. Szülés után közvetlenül hőmérsék 39·2—108. A bal tüdő felett számos nedves szörcszörej, tompulat az egész oldalon. Állandó magas lázak mellett november hó 13-dikán exitus. Diagnosis: *Tuberculosis pulmonum.* Ezen 6 haláleset közül tehát 4 esetben az exitus bár a szüléssel összefügg, még sem róható fel annak.

Nem érdektelen a kórházon kivül szült nők sorából osztályunkon elhaltak kórrajza, különösen az anamnesis, mely nem épen a legjobb világot veti a fővárosunk területén uralkodó hygienikus, meg egyéb viszonyokra.

1. *B. Teréz* (3597. f. sz.) V. P. Február 10-dikén szült. Accretio placentae. Bába s orvos eltávolításán ügyködtek. Az orvos az uterusba hatolt, hogy a placentát eltávolítsa. A nő február 12-dikén sárga lett, széke fekete, büzös. Február 13-dikán osztályunkra kerül Vaginában zúzódások. Méhszáj jobboldalt a boltozatig berepedt. A méhből büzös, mállékony placenta-részletek lógnak ki, melyek eltávolítása teljesen nem végezhető az asszony ájuldozása folytán. Hőmérsék: 39·5. Február 15-dikén exitus. Diagnosis: *Septikaemia acutissima.*

2. *N. Lidia* (4813. f. sz.) III. P. Február 27-dikén szült, szülése nehéz volt, placenta állitólag nem akart távozni s a bába a méhbe hatolva azt eltávolította. Harmadnapra rázóhideg jelentkezett. Osztályunkra csak márczius 7-dikén került. Puffadt, érzékeny has. Bal alszáron varixok, ezek mentén a bőr vörös, lobos. Bal nagy ajk erősen oedemás, vörös. Márczius 8-dikán reggel exitus. Sectiót nem kértünk.

3. *Sch. Mari* (5742. f. sz.) V. P. Márczius 25-dikén kora reggel került osztályunkra. Bal kar előesett, a váll erősen lenyomott. Az asszony hőmérséke 38·9—120, meglehetősen elesett. Bába volt nála, beavatkozást tagad. Hosszú munka után sikerült a magzatot kisebbitve világra hozni, utána erős vérzés. Baloldalt a cervix erősen berepedt, szűcsvarrattal egyesítés. Délelőtt 11 órakor újolag vérzik; a tampont eltávolítjuk s magas körülöltésekkel iparkodunk a vérzést csillapitani, a mi látszólag sikerül is. Acut anaemia tünetei. Exitus 11½ órakor. Kérdés a ruptura a műtét következtében vagy a műtét előtt állott-e elő. A rossz pulsus és elsett arcz az utóbbit legalább nem zárja ki. Diagnosis: *Elvérzési halál cervix ruptura folytán, előrement elhanyagolt harántfekvés után.*

4. *O. Borbála* (6748. f. sz.) IV. P. Április hó 3-dikán szült, bába segédlete mellett. Azóta hasa érzékeny, folyása büzös, időnként vérzik. Osztályunkra április 14-dikén került; hőmérsék 39·5—132. Vizsgálatnál büzös placentaris részletek távoznak az uterusból; ennek teljes kiűrítése után a hőmérsék a következő 2 napon 38 alá száll, de 4-ed napra ismét 39·1 és április 18-dikán exitus. Diagnosis: *Septikaemia, endometritis diphtheritica.*

5. *B. Istvánné* (9215. f. sz.) V. P. Május 29-dikén szült lakásán, azóta forrósága van. A kórházba 31-dikén került, hőmérsék 39·8—132. Has erősen puffadt, igen büzös folyás. A gáton 1½ cm.-nyi, szürkés lepedékkel fedett repedés. Portion hasonló lepedék látható. Junius 3-dikán exitus. Bonczolást nem kértünk.

6. *P. Pálné* (9871. f. sz.) II. P. Junius 3-dikán szült bába és orvos segédlete mellett, harmadnapra rá hidegrázás, hányás jelentkezett. Kórházba csak junius 13-dikán hozták. Has puffadt, érzékeny; hőmérsék 38·9—116; pulsus igen gyors, arythmikus. Junius 15-dikén exitus. Diagnosis: *Peritonitis septica.*

7. *M. Magdolna* (11,387. f. sz.) II. P. Junius 10-dikén az utczán szült, lakására szállitották, honnan 13-dikán osztályunkra került. Hőmérséke bejövetelekor 40·1—128. Beteg delirál. A frenulum táján 2 cm.-nyi lepedékes zúzódás, a kis ajkakon több ily lepedékes zúzódás, nemkülönben a méhszáj baloldalán. Hőmérséke 39·4 alá nem szállott, állandóan delirált. Junius 17-dikén exitus. Diagnosis: *Typhus abdominalis.*

8. *H. Fanny* (16,016. f. sz.) IV. P. Október 2-dikán szült. Bába csak a szülés után jött s a méh üregébe hatolt, honnan a placentát eltávolította Az asszony 3-ad napra lázas lett s október 7-dikén lett osztályunkra felvéve. Has puffadt, érzékeny, folyás büzös, arcz beesett, nyelv száraz, repedezett. Hőmérsék 38·7, pulsus 128, elnyomható. Október 9-dikén d. e. pulsus alig tapintható, exitus. Diagnosis: *Septikaemia acutissima.*

9. *G. Etel* (16,971. f. sz.) III. P. Október 17-dikén szült, bába segédlete mellett; utána erősen vérzett. Orvosi beavatkozásra a vérzés megszünt. Negyednapra lázas lett s október 29-dikén osztályunkra került. Hőmérsék 39·0—124. Puffadt, érzékeny has, a nyitott méhszájból igen büzös folyás. Jobbra a méhtől nagy terjedelemben nyomásra érzékeny resistentia. Lázak állandóak, 38·6—39·7 között. November 3-dikán exitus. Sectiót nem kértünk.

10. *I. Fanny* (17,505. f. sz.) I. P. November 6-dikán egy bába lakásán szült, két orvos a gyermeket állitólag darabokban vette el tőle. November 9-dikén került az osztályra; két nap óta állandóan csuklik. Has erősen puffadt, fájdalmas. Hőmérsék 38, pulsus 120, elnyomható. November 15-dikén exitus. Diagnosis: *Peritonitis septica.*

11. *M. Mari* (19,367. f. sz.) I. P. Deczember 15-dikén orvos fogót alkalmazott nála. 17-dikén került osztályunkra. Hőmérsék 38·6—124. Végbélig terjedő gátrepedés, selyemmel egyesitve; a hüvelyben két a clitorisig terjedő, sárgás lepedékkel fedett repedés. A portion diphtheritikus lepedék. Has erősen puffadt, fájdalmas; büzös kifolyás. Másnap agonia, 19-dikén exitus. Sectiót nem kértünk.

Mily szomorú képet nyujt, ezen számra nézve is megdöbbentő sorozat. Egy fél századdal Semmelweis tanainak elhangzása után, még mindig számos sirkereszt hirdeti, hogy a tudatlanság vagy talán indolentia a legszentebbel, a szülő anya életével vétkes könnyelműséggel bánik el. Nem találhatunk mentséget ezen eseteknél Budapesten, hol szaksegitség elegendő számban áll rendelkezésére még a legszegényebbnek is. Bő és tanulságos anyagot nyujt, sajnos, még mindig e téren a nagy gyakorlat, midőn az intézetekből szerencsére sikerült majdnem teljesen kiküszöbölnünk a puerperalis infectio eseteit.

Az összesen született magzatok száma: 1269. Ebből fiú 647, leány 622. Élveszületett 1098, halva: 171.

Fekvésre nézve: I. kf.: 746, II. kf.: 380, fejtető fekvés: 7, ? kf.: 57, arczfekvés: 5, egyszerű farfekvés: 11, kettőzött farfekvés: 9, lábfekvés: 13, harántfekvés: 12, kérdéses fekvés: 29.

Műtét volt a lefolyt esztendőben: gátvarrat: 67, episiotomia: 3, combinált lábrafordítás: 3, belső lábrafordítás: 14, fogóműtét: 27, magas fogó: 2, extractio: 33, perforatio: 3, decapitatio: 6, placenta leválasztás: 4, Dührssen-incisio: 1, hymen dialysise: 1.

Gátvarrat volt tehát 67; 1257 szülésre számítva: 5·33%. Jó eredmény, tekintve a primiparák tetemes számarányát szülőnőink között. Ezen eredmény abban leli magyarázatát, hogy jártas, gyakorlott bábákra van bizva a szülés vezetése. Láztalanul gyógyult a 67 gátvarrat között 50 (74·62%), lázzal

volt complicálva a gyógyulás 17 esetben (25·37%). A lázzal complicált gátvarratok talán kissé magas számát részben azon körülmény okozza, hogy orvosgyakornokainkkal végeztettük egy tetemes részét ezen műtétnek, kik a náluk nem is kívánható dexteritás hiánya folytán a gyógyulási hányadot megrontották.

A hüvely-gátvarratokat többnyire úgy végezzük, hogy a hüvelyt selyem-szűcsvarrattal, a gátat pediglen silkworm csomós varrattal egyesítjük.

A fogóműtéteket rendesen a fej hiányos forgása esetén végeztük. Három esetben köldökzsinór előesés miatt, az anya lázas volta miatt 2-szer, eklampsia esetében a szülés gyors befejezésére 1-szer és 1 esetben, midőn igen erős vérzés indicálta a szülés gyors befejezését. Igen sok fogóműtétet fölöslegessé tett, gyenge fájások vagy más egyéb ok miatt, az *expressio* türelmes, óvatos, de egyszersmind erélyes alkalmazása. Nagy könnyebbségünkre szolgált ezen eljárás a medenczevégű fekvéseknél is, hol lényegesen kisebbíti a súlyos asphyxiák számát és így egyes esetekben a magzat részére direct életmentő műtétnek nevezhető. Az uterusra gyakorolt erős nyomástól a placenta időelőtti leválását s azzal járó kellemetlenségeket nem észleltünk, szigorúan ahhoz tartva magunkat, hogy csak contrahált méhen, a fájással egyidejűleg végezzük az expressiót.

A decapitatiót Braun-horoggal és 2 esetben igen jó eredménynyel és könnyen écraseurrel végeztük.

A lepényi időszakban a vérzések túlnyomó részét Credé eljárásával és ergotin subcutan adagolásával győztük le, egy néhány esetben irrigatióra 40° forró vízzel és bimanualis massagera is szorultunk, Dührssen-tamponadot 3 esetben voltunk kénytelenek alkalmazni.

Rendellenesség a szülésnél volt: kettős iker 12 (először szülőknél 5, többször szülőknél 7 esetben; egynemű volt a magzat 9, különnemű 3 esetben), hármas 1, hydramnios 1, placenta praevia 4, eklampsia 5, köldökzsinór előesés 9.

Az eklampsia kezelésénél elvül tekintettük a szülés gyors befejezését, midőn ez súlyosabb beavatkozás nélkül lehetségessé lett. Addig bő morphium adagolással és könnyű chloroform-narcosissal, a mennyire ez kivihető, kezeljük betegeinket. Öt esetünk közül 1 (10,752. f. sz.) végződött halállal, tehát 20%, a mi körülbelül megegyezik a másutt található 22—26% mortalitással.

A szülést complicálta: a halállal végződött s feljebb leírt I. Jánosné (11,940. f. sz.) esetében nagyfokú cyanosis és oedema pulmonum; ruptura uteri (11,485. f. sz.) 1 esetben; centralis gátrepedés (8453. f. sz.) 1 esetben; végül egy érdekes eset (3716. f. sz.), midőn égési sebek utáni hegek oly nagyfokú szülési akadályt képeztek, hogy csak nagyobbszerű operativ beavatkozás után lehetett a szülést befejezni.

(Folytatása következik.)

Közlemény Purjesz Zsigmond dr., ny. r. egyet. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Kórodai észleletek a Widal-féle serodiagnosis értékéről.

Jancsó Miklós dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédektől.

(Folytatás.)

III.

Egy másik módja a vizsgálatnak a typhusos serummal kevert cultura mikroskopikus megfigyelésén alapszik. Positiv reactio esetén a typhusbacillusok mozgása megszünik, s a bacillusok több-kevesebb idő (néhány perez—2 óra) alatt kisebb-nagyobb szemcsés kinézésű, szabálytalan alakú csomókba verődnek össze. E két jelenség: t. i. a mozgás megszünte s a csomóképződés képezi tehát a mikroskopikus reactiót. Előbbit Pfeiffer a vérsavó „paralysin"-jének, utóbbit Gruber a vérsavó „agglutinin"-jének hatása gyanánt tekinti. Ezek természetesen egyelőre még csak elnevezések; hogy a typhusvér vagy vérsavó vegyalkatának milyen természetű alakulásait képezi a paralysin és agglutinin, az még nyilt kérdés.

Legteljesebb a reactio, ha úgy a mozgás megszünte, mint a csomóképzés már néhány másodpercz mulva a savó hozzáadása után bekövetkezik, úgy hogy azon rövid idő elteltével, mely a függőcsepp készítése s a mikroskop alá való beállítása között lefolyik, már kész reactiót kapunk. Ilyen gyors, teljes reactiót több vérsavó vizsgálatánál volt alkalmunk, még nagyfokú higítással is észlelni. Ha a vérsavó kevésbbé jól adja a reactiót — pl. túlnagy higítás mellett —, akkor a mozgás megszünte és a csomóképzés csak hosszabb idő alatt ($^1/_2$ – 2 s több óra) lép fel. Minél gyengébb hatású a savó, annál hosszabb idő szükséges a reactio kifejlődéséhez. Egy erős reactiójú savót higítással gyenge reactiójúvá lehet változtatni; sőt lehet a higítás oly magas, hogy a reactio már több óra elteltével sem lesz teljes: a bacillusok mozgása nem szünik meg teljesen, vagy nem mindenik bacillus szünteti meg mozgását; a képződő csomók általában kisebbek, s nem teljesen mozdulatlanok, hanem rajtuk nyüzsgéshez hasonló mozgást látunk; a bacillusok egy kisebb-nagyobb része nem képez csomókat; végre pedig eljuthatunk oly fokú higításhoz, mely a reactiót már egyáltalában nem váltja ki. Ismételve hangsúlyozzuk, hogy a reactiónak e fokozatos gyengülését egy és ugyanazon vérsavónál észlelhetjük a fokozatos higítások segélyével.

Typhusos és nem-typhusos vérsavó között itt is csak quantitativ különbséget találtunk. Nem-typhusos vérsavó vagy csak hosszabb idő elteltével, vagy ha rövid idő alatt is, de csak nagyobb mennyiségben idézi elő a reactiót, míg a typhusos serumoknál általában azt tapasztaltuk, hogy e részben messze felülmulják amazokat, úgy annyira, hogy gyakran több száz, sőt egy esetben 2000-en felüli higítás mellett is gyors és teljes reactiót észleltünk.

Épen azért, mert a kétféle serum közötti különbség itt is csak quantitativ (bár igen nagy), diagnostikus czélra a reactiót, ép úgy mint az eprouvetta-kisérleteknél, csak akkor használhatjuk fel, ha ismerjük a határt, a mely a typhusos és nem-typhusos serumot elválasztja, azaz tudjuk, hogy megközelítőleg mekkora az a higítás, melyen felül a reactiót csak typhusos serum idézi elő?

Widal itt szintén 1 : 10, Fränkel 1 : 25, később 1 : 50 arányú higítást ajánl, mint választóhatárt a kétféle serum között.

Mivel azonban nekünk, aránylag nem nagy számú észleleteink között is vannak olyanok, melyek azt mutatják, hogy egy-egy esetben nem-typhusos vérsavó a Fränkel-féle határértéken felüli 1 : 50—1 : 60 higítás mellett is gyorsan adja a reactiót, másrészt meg észleltünk oly beteget, ki kétségtelenül typhusban szenvedett, s ennek daczára a tőle származó vérsavó ilyen higítás mellett már nem adott kifejezett reactiót, elhatároztuk, hogy bármily fáradságosnak mondja is azt Kolle, itt is a titráló módszert alkalmazzuk, s minden esetben meghatározzuk azon legnagyobb higítási fokot, melynél a vizsgált savó (egy kacsnyi culturához ugyanazon kaccsal hozzákeverve) a reactiót még jól adja; az időt, mely alatt a reactio teljes kifejlődését elvártuk, a priori itt is 20 órára tettük. Azonban csakhamar meggyőződtünk arról, hogy ez a terminus igen hosszú, mert ennyi idő alatt a controllképen készített tiszta (vérsavóval nem kevert) függőcseppben is a bacillusok egy részének mozgása megszünik, s apró csomók is képződnek, másrészt meg gyors és teljes reactiót mutató készítményeken, az azelőtt teljesen mozdulatlan bacillusok ismét mozognak, bár renyhén s az agglutinuált csomókon nyüzsgés látszik, sőt a csomókba nem gyült bacillusok száma nagyobb lesz, úgy hogy hova-tovább mind nehezebben lehet eldönteni, vajjon a reactio jelentkezik-e még, vagy már nem. Ezért magasabb higításoknál az eredmény természetesen mindig kétes marad, a miből következik, hogy a mikroskopos eljárásnál a — higítással kifejezett — választóhatár a typhusos s nem-typhusos serum között még elmosódottabb, még kevesebb pontossággal állapítható meg, mint az eprouvetta kisérlettel.

Mi 6—8 órai időt találtunk legalkalmasabbnak, mint a melynek lefolyása alatt a reactio gyengébb hatású, de még reactiót előidézni képes serumokra, illetve higításokra lehető legteljesebben kifejlődik; egyszersmind azt is tapasztaltuk, hogy legjobb a csomóképződésre lenni tekintettel, s ennek jelentkezése vagy hiánya alapján dönteni el, hogy jelentkezett-e reactio vagy nem. A készítményeket mindig ajánlatos egyidejűleg készített controll-készítménynyel összehasonlítani.

***

Függőcseppel tett észleleteinket mindig eprouvetta-kisérletekkel kötöttük össze, részint oly módon, hogy a vizsgált savónak különböző fokú higításaival megkerestük a makroskopikus reactio felső határát, s egyidejűleg ugyanazon higításokkal megfigyeltük a mikroskopikus reactiót; részint pedig úgy is, hogy a makroskopikus reactióhoz elkészített culturákhoz hozzákevertük a különböző higításokat, s pár másodperczi felrázás után mindenik culturából azonnal függőcseppet készítettünk, vigyázva természetesen arra, hogy a culturákat, melyeken a reactio volt megfigyelendő, a függőcsepp készítésekor be ne szenyezzük. E függőcsepp készítményeket 6—8 óra lefolyása alatt 2—3 izben górcső alatt megfigyeltük, s a talált változásokat feljegyeztük.

Megjegyezzük, hogy a makro- és mikroskopikus megfigyelést két egyén egymástól egészen függetlenül végezte, az eredményt feljegyezte, s e feljegyzésekből készítettük összehasonlító tábláinkat, úgy hogy ezek a kétféle vizsgálati módszer eredményeinek egymáshoz való viszonyát teljes objectivitással tüntetik fel. E viszonyt a következőképen jelezhetjük:

Az eprouvetta-kisérleteknél a cultura tökéletes feltisztulása, teljes átlátszósága bekövetkezik addig a higítási fokig, a melynél a függőcseppben még azonnal jól felismerhető reactio lép fel.

Lényeges, de nem teljes feltisztulása a culturának észlelhető mindazon higítási fokoknál, melyeknél a függőcsepp azonnal nem, de 2—3 óra lefolyása alatt kifejezett reactiót mutat.

Ha a reactio felső határának azt a higítási fokot vettük, melynél a függőcseppben csak 6—8 óra lefolyása alatt lépett fel a csomóképződés, úgy rendesen kevéssel kisebb értéket nyertünk, mint a makroskopikus vizsgálat alkalmával, ha utóbbinál a felső határt azon higítási fokkal jeleztük, melynél még felismerhető tisztulás és üledékképződés jelentkezett; azaz valamivel nagyobb fokú higításban volt a reactio makroskopice még megállapítható, mint függőcseppel, úgy hogy a makroskopikus reactio ez értelemben valamivel érzékenyebbnek mutatkozott.

Például álljon itt pár ily összehasonlító kisérletünk:

1. Czire M. Typhus. III/20; 24 órás culturákkal.

Makrosk. reactio higításokkal	Mikrosk. reactio függőcseppel
10-szeres higítás: víztiszta	8-sz. higított ser.: azonnal kif. reac.
20-szoros „ „	16 „ „ „ pár percz alatt kifejezett reactio
40-szeres „ alig tisztult	32 „ „ „ 12 ó. mulva csak a mozgás szünt meg, de csomók nem látszanak.

2. Kern L. Typhus. V/22; 17 órás culturákkal.

50-sz. higítás	1 óra mulva víztiszták	
100 „ „		
150 „ „		
200 „ „	8 óra mulva tisztultak	20 sz. hig. savóval azonnal kif. reac.
300 „ „		30 „ „ „ „ „ „
400 „ „		40 „ „ „ 4 ó. m. „ „
500 „ „	8 óra mulva nem tiszta	50 „ „ „ 8 ó. m. sincs „
550 „ „		
600 „ „		

Makrosk. reactio higításokkal	Makrosk. reactio függőcseppel
3. Koszuk J. Typhus. 17 órás culturákkal.	
100, 150 — 2 óra mulva víztiszták	Előbbi culturákból a megfelelő higítású serum hozzátétele után közvetlenül készített függőcseppekben:
200, 300, 400 — 6 ó. m. jelentékeny tiszt.	200-as hig.: azonnal kifej. reactio
	300-as „ „ „ „
	400-as „ 2 ó. m. csak a mozgás szünt meg, de csomók igen aprók
450, 500 — 24 óra m. kevés tisztulás	450-es hig.: 8 ó. m. sem mutat reac.
4. Bozsán S. Nephritis diff.; uraemia. 16 órás culturákkal.	
5—60-ig terjedő higítások sem 8, sem 24 óra mulva nem mutatnak tisztulást	Ugyane higítások sem 8, sem 24 ó. m. nem adják a függőcsepp-reactiót. 1:1 arányban: 2 ó. m. csak a mozgás szünt meg, de csomók nem láth.

(Folytatása következik).

Közlemény Kézmárszky Tivadar I. szülő- és nőbeteg klinikájából.

Az újszülött és függelékeinek fejlődési viszonyai a terhesség különböző szakaiban, tekintettel az anya testi fejlődésére és azon változásokra, melyeknek a magzat teste a szülés következtében alá van vetve.

Weisz Ferencz dr.-tól.

(Vége.)

Az indexet kapjuk, ha valamely méretet 100-nak véve, megfelelő mekkoraságú egységekre reducáljuk, a másik méretet is. Legfontosabb az

1. agykoponya szélességi indexe, mely ezen képletből vezettetik le,

$$\text{egyenes : biparietal} = 100 : X \; ; \; X = \frac{100 \text{ biparietal}}{\text{egyenes}}$$

2. homlok szélességi index:

$$\text{egyenes : bitemp.} = 100 : X \; ; \; X = \frac{100 \text{ bitemp.}}{\text{egyenes}}$$

3. a kis fejkerület indexe:

$$\text{kis ferde : bitemp.} = 100 : X \; ; \; X = \frac{100 \text{ bitemporal}}{\text{kis ferde.}}$$

Ez alkalommal külön vettem a 8., 9. és 10. holdhónapból levő magzatok indexeit.

A VIII. hóbeli indexek.

Név	Fiú		Leány		Összes	
	anya	magzat	anya	magzat	anya	magzat
Agykoponyaszélességi ind.	88·3	78·6	84·9	80·2	86·5	79·4
Homlokszélességi index	78·5	74·5	77·1	72·4	77·8	73·45
Kis fejker. megf. index	84·9	89·6	83·4	87·1	84·15	88·35

A IX. és X. hóbeli indexek.

Hó	Név	Fiú		Leány		Összes	
		anya	magzat	anya	magzat	anya	magzat
IX	Agykop. széless. index	84·2	82·2	84·3	84·5	84·25	83·35
	Homlokszéless. „	75·2	74·7	74·3	76·3	74·75	75·5
	Kis fejk. megf. „	85·7	86·9	82·6	86·4	83·15	86·6
X.	Agykop. széless. „	86·9	80·7	84·8	79·8	85·85	80·25
	Homlokszéless. „	77·0	71·0	75·2	71·0	76·1	71·0
	Kis fejk. megf. „	83·7	85·2	83·2	85·2	83·45	85·2

Az egyes hóbeli indexeket egyenként nézve láthatjuk, hogy a VIII. hóbeli indexeknél legközelebb áll a kis fej-

kerületnek megfelelő index, mert a különbség az anya és magzat feje között itt a legkisebb, azután jő sorrend szerint a homlokszélességi index és csak utána az agykoponyaszélességi index.

A IX. hóban legközelebb áll az agykoponyaszélességi index és utána jő a homlokszélességi index és azután a legkisebb fejkerületnek megfelelő index.

A X. hóbeli indexeket nézve ugyancsak a kis fejkerületnek megfelelő áll első sorban, azt követi a homlokszélességi és azután az agykoponyaszélességi index.

Ha Bäcker idevágó észleléseit nézzük, úgy azt találjuk, hogy nála első helyen áll a kis fejkerület megfelelő indexe: 85·5 az anya és 86·8 a magzat fejénél és ugyanazon sorban foglalhatna még helyet az agykoponyaszélességi index hasonlóan 1·3 cm. differentiával, a mennyiben anya indexe 83·5, magzaté 82·2; és azután jő a homlokszélességi index: anyánál 79·5, magzatnál 73·4 cm.

Mint már említettem, nagy nehezen 50 apa méretére tehettem szert, kiknél a méreteket ép úgy vettem fel, mint az anyák és magzatoknál és kikről az észleléseket az alábbiakban említjük. Megjegyzem még, hogy azon magzatokat, kiknél apa- és anyaméret állott rendelkezésemre, külön választottam és csak számszerint 44 esetnél végeztem mind a 3-nál összehasonlításokat.

Indokolt volt ez eljárás talán már azért is, mert tudtommal még ilynemű észlelések nem igen tétettek, bár a szerzők legnagyobb része valószínűnek tartja, hogy ép úgy mint az anyáknál, az apáknál is lesz valami törvényszerűség.

La Torre Rómában: „Die Dimensionen des Kinderschädels" című jeles értekezésében azon következtetésre jut, hogy az esetben, ha termékenyítés idején az apa egészséges és erőteljes, akkor a gyermek tekintet nélkül az anya tulajdonságaira, jól fejlett, azaz nagy súlyú lesz. Ha ellenben az apa beteges volt, a gyermek kicsiny lesz; vagyis, a mint ő kifejezi: „Pater est, quem morbi puerorum demonstrant" és állítja, hogy a differentia 900 gm., azaz ép apánál a gyermek súlya 3800 gm., betegesnél 2600 gm. Az apai befolyás a legtöbb esetben a magzatok testi fejlődésére van befolyással, ellenben az anya tulajdonságai nagyobb mértékben a szellemi s moralis tehetségben nyilvánulnak. Mivel nagy gyerekeknek nagy fejük van, szűk medencze esetén az apa egészségi állapotából fontos következtetéseket vonhatnánk a therapia szempontjából, melyhez járulna még a fej öröklése.

Tehát fej és egészség szerinte képesek előre megállapíthatóvá tenni: mily fejalak várható? és így cselekvésünket pl. mesterséges koraszülés megindításakor irányítaná.

La Torre ezen észlelése indította Gönnert az apák fejméreteit kritika tárgyává tenni és „Ueber Vererbung der Form und Grösse des Schädels" című értekezésében következő eredményekről számol be: Sok esetben, ha nem is mindegyikben, van hasonlóság a gyermek és szülők koponyája között. Sokszor ezen hasonlóság a szülés közben fellépő configuratio miatt elmosódott, de később ismét előtérbe jő.

Miután Budini, Ribemont, Frascani, Torre és mások kimutatták, hogy a magzat fejvolumene arányos a test súlyával, mert 3500 gm. súly mellett a nagy haránt 9·5, a kis haránt 8 cm., míg 2600 gm. súly mellett a nagy haránt átlagban 8·5, a kis haránt 7 cm., ennek folytán említett szerzők nagy befolyást tulajdonítanak a koponyaalak átöröklésénél. Gönner azt mondja, hogy az apai befolyás a koponya átöröklésénél nem oly nagy, mint azt Torre mondja.

A gyermeki koponya Gönner szerint inkább mind a két szülő terményének fogadandó el, úgy látszik, sok esetben talán a régi ősök tulajdonságai volnának kimutathatók. A koponya nagysága csak akkor öröklődik át elég biztosan, ha mindkét szülő e tekintetben megegyez, a nélkül, hogy túlságos befolyás volna apai vagy anyai részről. Ha a szülők egyike nagyfejű, 50%-ban a gyermekek is nagy fejűek voltak.

Nálam, mint azt az alábbi táblázatokból is láthatni, azt lehetett kimutatni, hogy az apák korával arányosan nőttek a magzatok méretei egészen a 40 éves korig, azontúl azonban kisebbedtek.

A X. hóbeli újszülöttek méretei apák kora szerint.

Apák kora	Eset	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület legn.	Fejkerület nagy	Fejkerület kis
20—30 év	30	49·31	3136·1	13·19	9·73	9 10	8·08	11·51	38·59	34·05	31·58
30—40 év	11	50·45	3414	13·63	9 48	9·27	8·31	11·80	38 60	34·80	31·60
40 év felett	6	48·6	2992·5	13·05	9·28	9·07	7·91	11 40	37·98	33·85	30·79

A X. hóbeli újszülöttek méretei apák hossza szerint.

Apák hossza	Eset	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület legn.	Fejkerület nagy	Fejkerület kis
150 cm.-ig	6	48·50	3211	13·38	9·31	9·12	8·14	11·49	38 53	34 4	30·86
160—170 cm	15	49·85	3239 15	13·40	9·54	9·26	8·34	11·59	38·50	34·8	31·04
170 cm. fölött	25	48·91	3133·55	13·22	9·40	9·18	8·09	11·58	38·10	34·35	31·3

A hossznál azt találtuk, hogy a középmértéken túli apák magzatainál, a 160—170 cm. közötticknél legnagyobbak voltak a magzatok és azután jöttek a 150 cm. alatt levők és úgy csak a 170 cm. felettiek.

A X. hóbeli magzatméretek apák súlya szerint.

Apák súlya	Eset	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület legn.	Fejkerület nagy	Fejkerület kis
40—60 kgm.	22	49·41	3145·75	13·2	9·31	9·15	7·95	11·55	37·50	34·06	30·85
60—70 kgm.	20	49·96	3298 2	13·4	9·52	9·21	8 14	11·60	38·16	34·20	31·2
70 kgm. felett	5	48·50	2913·7	12·9	9·32	9·10	8·01	11 37	37·31	34·22	30·9

A súlyra nézve azt lehet tapasztalni, hogy azon apák gyermekei, kik 60—70 kgm. súlyúak voltak, a legerősebbek voltak, míg másodsorban a 40—60 kgm. közöttiek következtek és leggyengébbek a 70 kgm. felettiek voltak.

A mi a fejméretek összehasonlítását az apák, anyák és magzatoknál illeti, azt hiszem legczélszerűbb, ha minden magyarázat nélkül a számokat felsorolom:

Az agykoponyaszélességi index apáknál 83·13, anyáknál 83·65, magzatoknál 82·08.

A homlokszélességi index apáknál 74·63, anyáknál 74·9, magzatoknál 69·43.

A kis fejkerületnek megfelelő index: apáknál 86·71, anyáknál 86·17, magzatoknál 84·77.

Teljesen méltánylandó, úgy hiszem, már csak ezekből is következtetve, azon újabbi irányzat, mely igyekszik a szülők méreteiből a magzatok méreteire következtetni, mert azt hiszem, mindenki beláthatja, hogy mily rendkivüli segélyeszközünk volna, ha általános szabály léteznék, melyből végérvényesen lehetne a szülők méretei alapján a leendő magzatéira következtetni és ennek megfelelően eljárásunkat szűk medenczék esetén irányítani.

És ezek után kedves kötelességemnek tartom szeretett tanáromnak az anyag rendelkezésemre való bocsátásáért, szives útbaigazításáért hálás köszönetemet kifejezni

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet.

(Folytatás.)

3. **Berkovits Miklós** dr. „A vakbél körüli lob tanának mai állásáról" czímen tart előadást, ismertetve — főkép Sahli, Sonnenburg, Curschmann stb. közleményeinek alapján — a vitás kérdéseket, a mint azok a müncheni belgyógyászati congressuson felmerültek. Részletesen

vázolja azt az eltérést, a mely eddig a belgyógyászok és sebészek nézete közt fenforgott s a mely mindinkább közeledik a kiegyenlítéshez.

A régi nézetek nagy átalakulásokon mentek át. Az újabb szerzők a perityphlitis neve alatt egybefoglalják a vakbél, a féregnyúlvány, mindkettő hashártyaborítékának (perityphlitis szűkebb értelemben), az extraperitonealis és retrocoecalis kötőszövetnek lobját.

A vakbél s a féregnyúlvány lobja legtöbbször elsődleges, a para- és perityphlitis mindig másodlagos s rendszerint a vakbél s főkép az appendix lobjának tovaterjedéséből, ritkábban a szomszédos szervek lobos folyamatából ered.

A vakbél nyákhártyája átmegy az appendix nyákhártyájába s régebben felvették, hogy hurutos gyuladása mindig, vagy gyakran társul az appendix lobjához. Kérdés, a para- és perityphlitisből vagy appendicitisből erednek-e? A régebbi orvosok szerint a typhlitis stercoralis játszik fontos szerepet a perityphlitis kóroktanában. Szerintök tartós székrekedésnél a vakbélben felhalmozódott bélsártömegek a vakbél nyákhártyájának lobját hozzák létre s ez súlyosabb esetekben átterjed a peritoneumra. S a midőn kivételesen ileus tünetei jelentkeztek és bélátfúródás nélkül vagy azzal együtt járó összeesésben beállott a halál, felvették, hogy a megkeményedett stagnáló bélsártömeg a coecumban nyomási elhalást s fekélyképződést okozott, mely a bélfal átfúródására vezetett. A typhlitis majdnem minden esetét koprostasisból származtatták.

A perityphlitis lényegére vonatkozó nézetek újabban a végrehajtott műtétek alapján tisztázódtak. Ez alapon nyert észleletek legfontosabb eredménye azon tény, hogy a súlyos műtét alá került esetekben mindig az appendix genyes lobja volt kimutatható, a mely vagy átfúródás nélkül átterjed a szomszédságra, vagy a féregnyúlvány perforatióját s az infectiosus genynek a környezetbe való jutását okozta. A mennyiben gyakran találtak bélsárköveket az appendixben, következtethették, hogy ezek segítették elő az átfúródást azzal, hogy a bélfalat nyomták, gyuladást okoztak s fekélyek képződésére adtak alkalmat.

Ily műtéti leletek alapján egyes sebészek, főkép Sonnenburg, a perityphlitist tisztán sebészeti bántalomnak tekintették, melynek kezelése kizárólag sebész feladata.

E nézetben a sebészek egy része és a belgyógyászok nem osztoztak. Az utóbbiak a perityphlitis súlyosabb és műteendő esetein kivül sokkal gyakrabban oly eseteket is észleltek, melyeknél rationalis kezelés mellett gyorsan, műtét nélkül, gyógyulás áll be s így ragaszkodtak azon nézetökhöz, mely szerint a perityphlitis gyorsan és jól lefolyó eseteit typhlitis stercoralisra vezetik vissza és csak a súlyosabbakban képezi a féregnyulvány genyes lobja a kiindulási pontot.

Ezzel szemben Sahli azt állítja, hogy a perityphlitis kórképe alatt lefolyó esetek nem érvényesíthetők a typhlitis stercoralis tanának érdekében, a mennyiben kemény bélsártömegek nem mutatnak előszeretetet a vakbél iránt és éppen itt a legpuhábbak s legártatlanabbak. Szerinte túlbecsülték eddig a coprostasis mechanikai jelentőségét s ez a primaer typhlitisnek nem egyedüli oka. Valószínű, hogy a székrekedés gyakrabban következménye, semmint oka a typhlitisnek. Nem helyes e szerint a typhlitis stercoralis elnevezés, jobb a typhlitis catarrhalis. Ennek nemcsak theoretikus értéke van, de befoly a kezelés módjára is és tiltja, hogy minden esetben hashajtóval vagy csőrével vezessék azt be.

Sahli azt is állította, hogy perityphlitis nem hozhat létre savós, rostonyás izzadmányt, hanem ez mindig genyes. Ezzel szemben több tapasztalt sebész az appendicitist kisebbfokú, körülirt hashártyalobnak tekinti s ezért ily izzadmány keletkezhetik.

Az kérdéses még, vajjon a perityphlitisnél kibocsátott savós folyadék ex- vagy transsudatum-e?

Sahli azon állítása is beigazolást nyert, hogy a legtöbb másodlagos perityphlitis oka az appendix hurutos vagy genyes lobja. A perityphlitis tehát gyakrabban származik appendicitisből, mint egyszerű typhlitisből. De nem zárható ki annak lehetősége sem, bár Sahli tagadja, hogy az appendicitis származik perityphlitisből. Ép úgy nem áll Sahli azon állítása, hogy a vakbél nem praedisponál lobos megbetegedésekre.

Sahli fejtegetéseinek kardinalis jelentőségű pontja azon állítás, hogy perityphlitisnél az ileocoecalis tájon észlelhető dagnak — melyben részt vesz a megvastagodott bélfal, a hashártya két lemeze, a fascia transversa és néha a hasfal is sejtes és vizenyős beszüremkedés által — egy genyes magva van, a mely vagy az appendixben vagy ennek átfúródása után az appendix környezetében xan.

Ez állítás a belgyógyászoknál élénk ellenzésre talált, a sebészek is csak az operálandó eseteknél tételezték fel. A belgyógyászoknak az a nézetök, hogy a perityphlitisnek csakis súlyos, gyakran halálos esetei származnak genyes appendicitisből, ritkábban gyorsan a mélybe ható s fekélyes, perforáló typhlitisből, a legtöbb eset, a mely rövid idő alatt kedvezően, műtét nélkül is lefoly, az appendix és a coecum egyszerű catarrhalis lobjára vezethető vissza, a mely, ha a peritoneumra is átterjed, annak körülirt rostonyás vagy savós-rostonyás lobját okozza. Az előbbi esetek spontan nem gyógyulnak, az utóbbiak igen.

Tehát két ellentétes nézet állt szemközt. Egyik Sahli s néhány sebész nézete, a másikat legtöbb klinikus és orvos vallja. Kérdés, melyik nézet helyesebb?

E kérdés eldöntéséhez járultak Sonnenburg több mint 130 esetnél tett észleletei. Ő utal arra, hogy alkalma volt a perityphlitis könnyű eseteit is megfigyelni. Számos műtét segítette ebben. Ez észleletei alapján ő, a sebész, inkább a belgyógyászok nézetéhez csatlakozik Sahlival ellentétben, a ki inkább a sebészek nézetének híve.

A müncheni belgyógyászati congressuson kijelenté, hogy az anatomiai leletnek megfelelőleg klinikailag is különbséget kell tenni az appendicitis simplex catarrhalis és az appendicitis suppurativa perforativa közt, bár nem tagadható, hogy átmeneti alakok is vannak. Mindkét fajta perityphlitis okozhat recidivát. A legtöbb kedvezően lefolyó perityphlitis okát is a féregnyúlvány egyszerű lobja képezi és gyakoribb előfordulásuk, mint a genyeseké. Csak igen könnyű esetekben marad a bántalom a nyákhártyán localizálva, hosszabb tartamnál ráterjedhet a savós hártyára is.

A factorok, melyek az appendix hurutos lobját elősegítik, szerinte az appendix hossza és vastagsága közti aránytalanság, helyzetváltozás, megtöretése a mesenterium rövidsége miatt (váladék torlódás), a nyákhártya izgatása, beszáradt bélsár, idegen test stb. stb. által. Újabb, a lobos nyákhártyára ható ártalmak az appendixben genyedéshez vezethetnek (empyema proc. vermiform). Ily empyema további lefolyása a bennék infectiositásától függ. A genyes perforativ appendicitis — melyet valószínűleg bacteriumok idéznek elő — mindig egyszerű catarrhalis appendicitis következménye.

Az appendicitis simplex is diagnostizálható s ezeknél az exspectativ therapia diadalokat arat.

Sonnenburg adatai ezek szerint megdöntik Sahli geny-elméletét. Sahli azonban ragaszkodik elméletéhez s a hurutos és genyes gyuladás közti megkülönböztetést nem tartja lényegesnek. A különbség szerinte csak fokozati. Az újabb kórtani elvek alapján azonban nem tartható lehetségesnek, hogy az egyszerű hurutos appendicitis genyessé lesz.

Ma már az ismertetett kérdés annyira jutott, hogy a belgyógyászok és sebészek ellentétes álláspontja közti kiegyenlítés — a betegek javára — legalább a főtételekben megtörtént s főkép a kezelési módra nézve már teljes az egyértelműség.

4. **Wimmer Julián** dr. **egy czombcsonttörésnél alkalmazott járókötést** mutat be.

A bemutatott betegnél a törés a czombcsont felső harmadának alsó részében van, ferde irányú. A törvégek eltolódása által szenvedett rövidülés 3½ centimeternyi volt. Hogy a beteg a folytonos fekvést elkerülje, határozta el egy a járást is lehetővé tevő kötés készítését. A rövidülés kiegyenlítése czéljából a láb nyújtatott. A kötés készítésénél a végtag fix-pontjai: hátul, a czombtőben a tub. ossis ischii táján lévő bevájulat, a térd alatti rész és a boka. A kötés készítése után két órával a beteg már járt.

Az előadáshoz szólva *Papp Oszkár* dr. megemliti, hogy ilynemű kötést már készített az Ellbogen-féle távirósodronyból.

1897. május hó 15-dikén tartott évi közgyülés.

1. Elnök **Konrád Márk** dr. constatálván az alapszabályok értelmében az ülés határozatképességét, a XXIX-dik közgyülést megnyitottnak nyilvánítja. Egyletünk működésére visszapillantást vetve, megelégedéssel mondhatja, hogy az szerény működési körében az év folyamán is teljesítette kötelességét. Az egyleti élet körén kivül is egymás támogatása által iparkodtunk rendi érdekeinket megvédelmezni. Összetartásra és lelkesedésre int, s a siker nem maradhat el. Szervezkedésünk alapja nem önzés s nem ötletszerűen lépett fel, része az az általános mozgalomnak. Meleg köszönetet mondván az élvezett támogatásért, felhívja titkárt az évi beszámoló bemutatására.

Az élénk éljenzéssel fogadott elnöki megnyitó beszéd után *Berkovits Miklós* dr., titkár olvassa jelentését a „Bihar megyei Orvos-Gyógyszerészi és Természettudományi Egylet“ 1896/97. (XXIX.) évi működéséről, mely a következőleg hangzik:

Tisztelt közgyülés!

Évi munkásságunk pihenő napjához értünk, nyugvó pontunk e nap, melyet szokásaink, szabályaink rendeltek azzá, hogy számot vetve azzal, a mit elértünk, a jövőre nézve megállapíthassuk a további teendők okszerű sorozatát.

Nem ma állok először Önök előtt, ide vetítve egyleti életünk képét, híven az igazsághoz, nem hallgatva el semmit, a mi gáncsra szolgál, de nem véve el abból sem, a mi egyletünk létjogosultságát megállapítja.

Tíz éve immár, hogy az Önök egyhangú bizalmából e díszes hely betöltésére először meghivatám, ifjúi szívvel, lelkesüléssel az eszme iránt, mely az egyleti életben testet ölt, méltó elismeréssel a nagy elődök, mint *Bodor*, *Pollák*, *Kornstein* dr.-ok iránt, a kiknek nyomdokaiban haladni becsvágyamat sarkalta s ma a dekad beteltekor nem csökkentek illusióim, melyekkel az eszméhez ragaszkodtam és nem csalódtam tagtársaim munkakedvében, sem azoknak magas ethikai szinvonalában.

És lehetne-e másként, ha nem ez utóbbi körülményből megfejteni azt, hogy míg nálunk is a másnemű szakegyletek csak kérész éltűek vagy létezésük nyom nélkül való, sok másutt pedig az orvosi élet a mindennapi gyakorlat küzdelmeiben emészti fel magát: addig, a mi szakegyletünk évről évre növekszik, gyarapul s a komoly, czéltudatos munkálkodás gyümölcseit szavának súlyában, tekintélyének öregbedésében élvezi! 29 év működése méltó elégtétellel tölthet el bennünket. A szerény kezdetet a belterjes munkásság váltotta fel s ma városunk egy olyan orvosi gárda felett rendelkezik, mely számottevő tényező lenne egy jóval nagyobb emporiumban is.

Azok az eszmék, melyek eleinket egyletünk megalakításakor hevítették, nem hullottak meddő talajba. A tudomány absolut művelése mellett az orvosgyakorlati élet megészlelésre jutó jelenségeinek közlése, a természettudományi haladásnak folytonos éber figyelemmel való kisérése mellett, különösen a közegészségügynek népszerűsítése s ez által a nagy közönség fogékonyságának emelése: a feladatok első csoportja, melynek szolgálatába sorakoztatták városunk és megyénk orvosait s a természettudományok kedvelőit. A második csoportot a

kartársi élet viszonyainak részletezése, azoknak a testületi szellem dísze szerint való megállapítása képezé s képezi ma is, a midőn szerte a hazában, az orvosi rend kebelében egy sajátos forrongás jelei észlelhetők.

Feladataink első csoportja nem csupán tudományos vonatkozással bir. A természettudós álláspontjáról tekintve, a tudomány absolut becse mellett sem lehet önczél, mely előtt a felfejthetlennek látszó problemák tarka serege rajként repkedez, mely kielégítheti az egyént, szellemi erőinek kifejtésével az érvényesítés jól eső érzetével töltheti be a férfiú keblét, de gyakorlati haszon nélkül nem vág nyomot az emberiség életének göröngyös ösvényein. Az anyaföld termékeny talajából — jól tudom — nemcsak a szükségleti növényfajok fakadnak: onnan ered az illatozó rózsa, a dísznövények egész csapatja, melyek illatukkal, tetszetős külsejükkel a lét durvaságait enyhíteni, a munkában kifáradt lelket üdíteni alkalmasak. Ilyen növénye a gondolat világnak pl. a költészet, mely önmagában hordja absolut becsét, általában a szép literatura, mely gyakran ad irányt a gondolkodásnak, habár ép oly gyakran a divatos eszmékből szívja a maga életnedvét is. De előbbre vinni az emberiséget, a tökély, a fejlődés egy magasabb fokára állítani azt, ahhoz emezekénél több erő, a tudomány ereje szükséges. Nézzünk szerte a világtörténelemben: a görög s a római világ classikus mivelődése csak egy perczczel sem volt képes megakasztani az enyészetnek azt a munkáját, melynek áldozata lett a két hatalmas birodalom s a tudomány asketismusa híján a nemzetek erkölcsei hanyatlásnak indulnak. A tudománynak czélja az emberiség üdve, mindig erre való tekintettel szántja a tudós a foliánsainak lapjain a maga barázdáit, ezért keresi a philosoph az emberiség helyét a világegyetemben, ezért görnyed a természettudós a górcső talányai mellett, kutatva a myriadnyi apró szervezetek között, hogy ráakadjon titkos elleneinkre s fejlődésük s biologiai viszonyainak megészleléséből kovácsoljon ellenük fegyvert az emberiség üdvére!

Ne értessem félre: nem a közönséges utilitarismus szelleme nyer hangot ajkaimon. Nem annak a felfogásnak vagyok szószólója, mely a „carpe diem"-ben találja prototyp megnyilatkozását. A hasznosság elvét nem mercantil értelemben kívánom magyaráztatni, mely a napi szükségletek, az anyagi előnyök hajhászásában az ethikai alapról eltévelyegve, az erkölcsi elzüllés fertőjébe süllyed alá. De azt a hasznosságot értem, mely az emberiség erkölcsi és testi tökélyeinek fejlődését vallja irányelvéül s mely keresi az igazságot, nem csupán, mert igazság, hanem mert általa az emberiségnek tesz szolgálatot.

Igy gondolom én, m. t. közgyülés, feladataink említett csoportjának nem csupán tudományos vonatkozásait értetni. Igy válik e csoport mivelése socialis jelentőségűvé és igy manifestálódik eleinknek éles látása, a kik egyletünk munkássága határvonalait akként állapitották meg, hogy azokon be ül a társadalom mindig szem előtt tartandó igényei kielégítést nyerhessenek.

Egy gyúpontra volt szükség, melyben az egyes ereje meghatványozódjék s onnan intensiv erővel hasson kifelé a sugárkéve, melybe mindenik legjobb erejét, tudását, lelkesedése melegét olvasztotta be. Mit köszön egyletünknek társadalmunk, az a szűkebb keret, melyben élünk, s mely közvetlen szemlélője egyletünk tevékenységének, nem szükséges felsorolnom; a társadalom elismerésében, buzditásában látjuk mi jutalmunkat s az ösztönzést továbbra is folytatni a hasznossági értelemben vett tudományos működésünket.

Mert, t. közgyülés, épen az jellemzi a tudományok terén kifejtett munkálkodást, hogy ott pihenőt nem ismerünk. Egyik momentum már a másik pillanat szükségletét sem fedi s folytonos az igénylet, melynek kielégitése egy újabb igénynek szülőanyja. És az egyleti élet keretében ez a működés a maga tisztaságában, a tudomány kothurnusában jelenik meg, mely letörli magáról a mindennapiasság porszemeit, hogy tisztán áldozzon a tudomány csarnokában.

Feladataink második csoportja a kartársi élet viszonyaink rendezésében, a kartársi szellem fentartásában s a rendi érdekek védelmében érvényesül.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 1896. Közrebocsátja a szt. Rókus-közkórház igazgatósága. Budapest, 1897. Pesti könyvnyomda-részvénytársaság.

A székesfővárosi összes közkórházak viszonyait tárgyaló és egész működésüket feltüntető évkönyv az 1896. évről az imént hagyta el a sajtót. A megszokott gonddal összeállított munka beosztása nagyjában azonos az előző évekről kiadott évkönyvekével, vagyis statistikai, gazdászati és tudományos részre oszlik. Helyszüke nem engedi meg, hogy az első két rész tartalmát — hacsak rövid vonásokban is — ismertessük, noha nem egy érdekes adat található bennük. Csupán a tudományos részről emlékszünk meg röviden, mint a melynek hasonlóan az előzőkhöz, a jelen kötetben is tekintélyes szerep jutott. Összesen 16 dolgozatot találunk, melyeknek czímei a következők: *Pertik Ottó:* A szt. Rókus-kórházi prosecturában előfordult érdekesebb kórbonczolási esetek. *Angyán Béla:* Echinococcus hepatis ritkább esete. *Farkas László:* Tapasztalatok a húgycső-sebészet teréről. *Elischer Gyula:* Adatok a complicált hólyag-hüvely-sipolyok ismeretéhez. *Székács Béla:* Gutaütés esete 26 éves férfinél az ütér-rendszer hypoplasiájával s a bal szív túltengésével. *Böke Gyula:* A hallószerv bántalmainak befolyása a test egyensúlyban tartására és irányítására. *Morelli Károly:* A hortyokból önként levált ritka nagy rostos habarcz esete. *Chudovszky Mór:* Staphylomycosis esetei. *Hültl Hümér:* Pankreas-cysta mütett és gyógyult esete. *Rosenberger Alajos:* Peritonitis tuberculosa miatt sikeresen végzett laparotomia két esete. *Paunz Márk:* Laryngofissio útján eltávolított gégedaganat öt esete. *Hochhalt Károly:* Kisérletek a Klebs-féle antiphthisinnel. *Genersich Antal:* A szt. István-kórház prosecturájában végzett bonczolásokból néhány érdekesebb eset. *Herczel Manó:* Mikulicz-féle tömöszölés alkalmazásáról a hassebészetben. *Hajós Lajos:* Paralysis és psychikus degeneratio. *Décsi Károly:* Terjedő hüdéses elmezavar atypikus esete. Az értekezések ezen hosszú sorozata is bizonyítja, hogy a fővárosi közkórházak hivatásukat kellően felfogják, a mennyiben nem csupán a szenvedő emberiséget, hanem a tudományt is kivánják szolgálni.

II. Lapszemle.

Bőr- és bujakórtan.

Mikor házasodhatnak a syphilitikusok? *Finger* bécsi professor kimerítő tanulmányt közöl ezen nagy fontosságú és immár sok oldalról behatóan tárgyalt kérdésről. Bőven ismerteti az eddig megjelent dolgozatokat, melyek a kérdés tisztázását czélozták, majd ezeknek és saját magának nagyszámú tapasztalatai alapján megállapítja azokat a feltételeket, a melyek mellett az orvos megengedhetőnek tarthatja syphilitikus fertőzést kiállott egyének házasodását. Az első feltétel az, hogy a *betegség enyhe természetű, normalis lefolyású* legyen. Másodszor: hogy az *infectio időpontja és a házasságkötés között legalább öt esztendőnyi időköz legyen.* Kivánatosnak tartja harmadszor: hogy az *utolsó luetikus jelenségek és a házasságkötés ideje között teljes három év muljék el;* természetes, hogy ezen egész idő alatt az egyén egészségi állapota a legszigorubban ellenőrizendő. A negyedik és kiválóan fontos feltétel az, hogy a *fertőzést szenvedett egyén rendszeres, specifikus gyógyitásban részesült legyen.* A kezelés protrahált volta szükséges, az egyes kezelési cyklusok között ne tartsunk hosszú közöket és addig folytassuk a gyógyitást, a mig az utolsó syphilitikus jelenségek elmulta után egy esztendő minden gyanús symptoma nélkül telt el. Megkivánja a szerző ötödször azt is, hogy a megemlített feltételek betartása daczára, a valamikor syphilitikus fertőzést szenvedett egyén *közvetlenül házassága megkötése előtt még egy alapos higanycurát végezzen.* Végül szükségesnek tartja, hogy az orvos mindenkor figyelmeztesse a házasulandót, hogy mindezek daczára nincsen absolut biztosan kizárva baja kiújulásának lehetősége és ekkor házastársának esetleges fertőzése, syphilitikus gyermekek nemzése bekövetkezhetik. Kiválóan fontos, hogy úgy a kérdéses egyén, valamint feleségének és gyermekeinek gyanús jelenségek között való megbetegedésekor rögtön szakértő tanácsa vétessék igénybe. (Die Heilkunde, 1897. február.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Psoriasis** gyógyitására *Herxheimer* intravenosus arseninjectiókat ajánl; az első napon 1 milligramm arsenessavat fecskendez be a könyökhajlat venáinak egyikébe s azután naponként 1 milligrammal növeli az adagot 15 milligrammig, a mely dosison megmarad az efflorescentiák eltünéseig. A befecskendés helyét zinktapaszszal fedi be. A gyógyulás után egy ideig még belsőleg használtat arsent. *Lehmann* 10%-os salophen-kenőcsöt ajánl psoriasis ellen; ezen eljárásnak előnyt ad a salophen belső használata felett (1 gramm pro die), melyet *Crocke* ajánl. (Wiener mediz. Presse, 1897. 39. sz.)

TÁRCZA.

Réczey Imre tanár klinikai megnyitó előadása 1897-dik évi szeptember hó 22-dikén.

Uraim!

Midőn ma először látogatják meg a klinikumot, orvosi tanulmányaikban nevezetes fordulóponthoz jutottak. Az orvostudomány alapvető ágainak elsajátítása után elérkeztek azon tanulmányokhoz, hol eddig szerzett ismereteiknek az egyes concret betegségesetekre való alkalmazását fogják tanulni, *gyakorlatilag* alkalmazni azt, mit eddig *elméletileg* rendszerbe foglalva elsajátítottak. A tanteremből a betegágy mellé kerültek, hol az élő ember változatos és egyéni sajátosságaival befolyásolt bajai képezik tanulmányaik főtárgyát.

Hogy ezen tanulmányozásban annál sikeresebb lesz fáradozásuk, minél jobban ismerik az emberi szervezet szerkezetét, annak működése törvényeit, a betegségek által okozható zavarokat, azaz minél erősebbek boncztani, élettani, kórboncztani ismereteik, az bővebb bizonyításra nem szorul. De nem szabad feledniök klinikai tanulmányozásuk közben ép oly kevéssé, mint majdan künn a gyakorlati élet terén soha, hogy *élő emberrel* van dolguk, hogy *élő* ember képezi vizsgálódásuk tárgyát s ezzel az élő emberrel a saját maga módja szerint kell bánniok. Ne feledjék soha, hogy az élő ember nem kisérleti állat, nem chemiai próbacső, kit könnyelműen és büntetlenül ki szabad tennünk kétes értékü kisérleteknek, ki akarat nélkül átadta magát ténykedésüknek. Azon bizalom, mely a beteget Önökhöz hozza, viszont őszinte és csak a *beteg javát* czélozó tanácsokat követel, melyeket legjobb tudásuk és meggyőződésük szerint kell választaniok tanulmányaik és tapasztalataik tárházából, melyet addig, a míg lehet, serényen gazdagítani kell törekedniök, mert a kinek bőven van, az bőven adhat. Ne tegyenek betegeiken soha olyant, mit hasonló körülmények között magukon is tenni nem engednének! Ez lesz próbaköve tanácsuk őszinteségének, *lelkiismeretességüknek!* És ezen lelkiismeretesség legyen vezetőjük a beteggeli bánásmodorukban épúgy, mint eljárásuk megválasztásánál, indicatiójuk megállapításánál. Ez fogja megóvni Önöket attól, hogy betegeiken műtétet végezzenek ott, hol műtét nélkül is helyre állíthatják egészségét, ez fogja megóvni attól, hogy betegeiken műtétet végezzenek ott, hol a műtétnek semmi sikere sem lehet többé! De ez fogja kezükbe adni a kést akkor, midőn annak szükségességéről meg vannak győződve és legyőzhetetlen fegyverük lesz ez akkor a beteg ellenkezésével szemben.

Vegyék szemügyre mindig, hogy a beteg ember kedélye, sőt gondolkodása is nem lehet olyan, mint az egészségesé s azért legyenek betegeik irányában *türelmesek*. A szenvedő enyhülést talál panaszainak elsorolásában is és megnyugszik, ha ezeket a maga módja szerint előadhatja annak, kinek tudásától várja jövendő gyógyulását, talán életét is. Nem egyszer a betegnek talán hosszabb elbeszélésében értékes adatokat fognak lelni a betegség fejlődésére, talán felismerésére nézve is, mi tudomásukra nem jutott volna, ha a beteget nem hagyják „kibeszélni". Több hatalmat nyernek a beteg felett türelmes magaviseletükkel, mint nyers, száraz gorombasággal. Az orvosnak bizalmat kell keltenie betegében, nem pedig imponálnia minden áron. A kinek bizalmát megnyerték, a felett hatalmuk is van.

Az orvost — de főképen a sebészt — nagy felelősség terheli a beteggel szemben; hisz nem ritkán csekély mulasztásért vagy roszkor alkalmazott beavatkozásért a beteg életével fizet. Hányszor van a sebésznek a szó szoros értelmében kezében a beteg élete! Ezen felelősség tudata soha se aludjon ki abban, a ki *jó* orvos vagy sebész akar lenni; ébren legyen az mindig, akár nagy fontosságú kérdésben, akár csekély jelentőségü bajban ad az orvos tanácsot. Nyilt legyen mindig az, mit betegükkel tesznek és tartózkodjanak olyantól, mit nyiltan beismerni vonakodhatnának. Ez az orvosi *tisztesség* követelménye!

Legyenek azért betegeikkel szemben lelkiismeretesek, türelmesek és humanusak, tartsák magukat mindig az orvosi tisztesség határain belül és pályájukon sikert fognak aratni. Lehet, hogy lassabban haladnak talán, mint azok, kiknek az orvosi foglalkozás is csak *üzlet*, melyben egyik vesz, a másik ad s melynek főczélja a lehető legnagyobb nyereség! De ne kövessék ezek útját, mert még mindig megdönthetetlen igazság gyanánt írhatjuk zászlónkra a régi német közmondást: „*Ehrlich währt am längsten*".

Az orvosi foglalkozás kenyérkereset ép úgy mint más foglalkozás. Igaz! De lehetetlen elválasztani tőle azt, mi e hivatást tiszteltté kell hogy tegye, mi e hivatalt magasztossá teszi, *a humanistikus jelleget!* Az orvos a humanismus szolgálatában áll. Foszszuk meg az orvosi hivatást humanistikus jellegétől s alá fog sülyedni oda, hol önérdek szolgálatában áll, hol ép úgy a Mammon uralma alá jut, mint századunk végén sajnos sok minden más. Ettől pedig óvjon Isten!

* * *

Ha visszatekintünk az elmult század orvosi történetébe, már régen különválva találjuk a klinikai tanulmányokat belgyógyászatra (orvostanra) és sebészetre, mely állandóan megőrizte önállóságát s az orvostan hypothesisei és különféle systemái által érintetlenül maradt. A sebészet ténykedése felett nyomtalanul vonult el a solidarpathologia, nem változtatott azon a humoralpathologia sem, mert egyedül empirikus alapon fejlődött és fejlődése végczélját a gyakorlatban — a technikában — kereste a jelen század első évtizedéig. Ez oka annak, hogy a jelen század első évtizedeiben még a sebészet az orvosi tudomány többi ágaihoz viszonyítva igen csekély tekintélyben volt, az orvostannal foglalkozók által kicsinyelve, majdnem megvetve.

A jelen század első évtizedei felszabadították a sebészetet alárendelt helyzetéből. Az orvosi tudománynak akkor ébredő új ágai, a kórbonczlan, az auscultatio és percussio tana, a pathophysiologia, pathochemia, a microskopiai boncztan, utóbb a cellularpathologia átalakító befolyása alól a sebészet sem menekülhetett. A sebészeti kórtan új alapot nyert, átalakult s a természettudományoknak új — kisérleti — iránya által ösztönöztetve, eddigi empirikus iránya mellett tudományos tekintetben is oly gyors fejlődésnek indult, hogy már ezelőtt 70 évvel *Boyer*, Franczia-ország legkiválóbb sebészeinek egyike a sebészetet oly fejlettnek találta, hogy azt a tökély legnagyobb fokán állónak nyilvánította.

És mégis mennyit haladt azóta a sebészet! Az utolsó negyedszázad egész sebészeti gondolkodásunkat és cselekvésünket alapjában áváltoztatta. Egy *új* sebészet keletkezett, mely egészen elütő az elmult idők sebészetétől, melyet még félszázaddal ezelőtt a legmerészebb képzelet sem hitt lehetségesnek.

S ezen nagy átalakulásnak mily egyszerüek az okai. Három nagy eszme megvalósítása fejlesztette sebészetünket a mai tökélyre:

a fájdalmatlan műtét,
a vértelen műtét és
a jó lefolyás biztosítása.

A *Charles Jackson* ajánlotta aetherbódítással, melyet először 1846. október 14-dikén *Warren*, három hóval később Londonban *Liston* használt a műtét alatti fájdalom csillapítására, a fájdalmatlan műtét eszméje valósult s mióta 1847. november 11-dikén *Simpson* a megbizhatóbb chloroformot használta e czélra, a sebészek köztulajdonává vált.

Esmarch ismert eljárásával a *vértelen műtét* eszméje valósult, melyet már évtizedekkel előbb edző-szerek, galvanocaustika, leszorító eljárások (écrasement), érnyomók stb. által törekedett a sebészet — bár megbizhatatlan módokon — elérni.

Végre *Lister* antiseptikus sebgyógyitásmódjával a *jó lefolyás biztosításának* kivánalma teljesült.

Egyetlen egy, de megdönthetetlen tapasztalat okozta a sebgyógyitásmódnak ezen átváltozását. Azon tapasztalat, hogy mindazon zavarok, melyek a sebeket és velük a műtettek és sebzettek életét fenyegetik, a szervezetben lefolyó sajátos szétesési folyamatok következményei, miket kivülről a beteg szervezetbe jutott káros anyagok (parányi alsórendü szervezetek) közvetítenek. Ezen ténynek első megállapítója egyetemünk halhatatlan nevü szülészettanára *Semmelweis* volt, ki azt innen hirdette országnak, világnak s ki tanainak alaposságát, sajnos, halála körülményeivel is bizonyította. *Semmelweis* tanát csak 2 évtizeddel később karolta fel a sebészet *Lister* kezdeményezésére.

Igy lett a sebgyógyitás a sebészet legfontosabb kérdésévé századunk utolsó negyedében s a sebgyógyitás átalakulása magá-

val ragadta a mütősebészetet, az egész sebészeti gyakorlatot. Az új sebgyógyítással a sebészeti működés felszabadult a véletlen befolyása alól s ezen ismeretekkel az exact tudományok rangjára lőn emelve. Az új tanok a mütősebészetnek gyors és nagy lendületet adtak, a javalatok teljesen átalakultak, a technika fejlödött és nagy számú új mütét merült fel. Lázas mozgalom indult meg a sebészek között új és mind merészebb mütétek kigondolására s mintha az új sebészet által a mütétek minden veszedelmességüket elvesztették volna, mindenre vállalkozott a sebészet s nem is mehetett jó sebész számába az, ki új mütétet vagy legalább is új antiseptikus szert nem ajánlott. Ezen az új korszak kábító hatása által menthető túlzás azonban lassankint kezd már józanabb és higadtabb gondolkozásnak helyet adni s néhány merész mütét lassan, rövid élet után kezd feledésbe menni. Sőt a reactio is felütötte már fejét s egyre sürübben ajánltatnak oly gyógyításmódok, melyek a mütétet elkerülhetővé teszik, hogy többet ne említsünk: az echinococcustömlöknek, álképleteknek befecskendezésekkel való gyógyítása, a serotherapia a sebészetben, a prostatabajok electrolytikus kezelése, sőt legújabban a sérvek gyökeres gyógyítása chlorzink befecskendezéssel!

Elvitázhatatlan haszna azonban a sebészet ezen új térfoglalásának az, hogy mindinkább több és több tért hódít a belgyógyászat therapiájában — pl. az epehólyag, vesekövek, agybajok, bélbajoknál stb. — s ezzel még szorosabb érintkezésbe jutott a belgyógyászattal, melytől ma nehezebben különíthető el, mint valaha, beigazolva azt, mit a tudós *Susruta* — az orvostudomány legrégibb emlékében — az *Ayur Veda*-ban mond, hogy: „*a sebészet belgyógyászat nélkül olyan madár, melynek egyik szárnyát levágták*".

Ha ebből meggyőződtek arról, hogy a sebészet — mint a tudományos orvostan ága — a gyakorlati orvostan másik ágától — a belgyógyászattól — el nem különíthető, sőt azzal egy egészet kell hogy képezzen, akkor azon meggyőződésre jutottak, hogy a sebésznek jó belgyógyásznak kell lennie ép úgy, mint a belgyógyásznak a therapia megszabásánál ismernie kell azt, hogy mit képes tenni a sebészet a concret betegség ellen és mit nem.

A gyakorlati sebészet elsajátítására a már említett elötanulmányokon kivül józan, elfogulatlan észlelés és tapasztalat lesznek szükségesek s ezt a klinikum és kórház szorgalmas látogatásával gyüjthetik. Itt tárja fel a természet elöttünk azon tüneményeket, melyek megfigyelése és szakszerü értelmezése által sebészeti ismereteinket megalkothatjuk s a klinikumon tett tapasztalás és észlelés biztosabban avat be bennünket a szükséges ismeretekbe, mint az iróasztal mellett végezett tanulás. Gyakorlati sebészetet azért könyvből tanulni nem lehet, arra csak a betegágy, az élet közvetetlensége taníthat bennünket. Ezért a betegágy, az esetek gondolkodó megfigyelése lesz azon könyv, melyből tanulnunk kell s a mütétek és kötések modorának minél tökéletesebb elsajátítása azon eszköz, melylyel a tanultakat concret esetben alkalmazhatjuk.

Igy sikeresen fogják kihasználni azon rövid időt, mely tanulmányidejük alatt a sebészet elsajátítására rendelkezésükre áll és ha a sebészet magasztos hivatását megértve, a sebészeti észlelés és gondolkozás módjait sikerül megismerniök, sebészeti pályájukon helyt fognak állhatni!

Heti szemle.

Budapest, 1897. október 14-dikén.

A budapesti kir. orvosegyesület október 14-én tartotta LX-dik évforduló nagygyülését Réczey Imre elnöklése alatt. Az *elnöki* lendületes megnyitó után, mely rövid visszatekintést nyujtott az egyesület multjára és nagy vonásokban vázolta az egyesületi működés főbb irányait és kilátásba helyezte, hogy ez év folyamán tudományunk egyes nagyobb kérdései felett egybefoglaló előadások fognak rendeztetni, következett *Imrédy Béla* I. titkár jelentése a választmánynak a jutalom- és pályadijak odaitélése tárgyában hozott határozatairól. Ezek szerint a „Balassa-jutalomdij" *Bókay Árpád* „*Gyakorlatilag fontosabb mérgezések*" czimü művének, mely a belgyógyászat kézikönyve II. kötetében 1895-ben jelent meg, adatik ki; továbbá ugyancsak egy „Balassa-pályadij"-ra történt nyilt pályázat utján *Temesváry Rezső* „*A szoptatás élet-, kór- és gyógytana*" czimü munka-terve fogadtatott el mint kidolgozandó pályamunka; a „Mészáros-Károly díj" ezer forintos jutalmát az 1893-dik évi junius 1-jétől 1897-dik évi május 31-diki időközben megjelent legjobb boncztani, élettani és kisérleti kórtani munkák közül *Thanhoffer Lajos* „*Újabb adatok a haránteikos izomrostok idegvégződéséhez*" és *Jendrassik Ernő* „*A zsigerek beidegzése*" czimü dolgozatai nyerték el és közöttük az alapító engedelmével a pályadij egyenlő mértékben closztatott.

Ezután következett a pályázati hirdetések felolvasása a „Balassa-jutalomdijra", továbbá a „Balassa-pályadijra" és a „Mészáros Károly-jutalomdijra", melyeknek szövegét jövő számunkban közöljük. Az ülés utolsó pontja volt *Goldzieher Vilmos* tanár „Megemlékezése *Dudits Endre* (1533—1587) pécsi püspökről. Egy lap az orvostudomány történetéből", mely széles látókörrel szépen kidolgozott felolvasást szintén közölni fogjuk.

* * *

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1897. évi augusztus hóban. A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyitva a mult havihoz képest nem változott; a halálozás alig számba vehető emelkedést mutat. Lényegesen apadt azonban e hóban a hevenyfertőző kórok száma (255 esettel). Élveszületett e hóban 1895, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 94 egyén levonásával 1067; igy a születések 828-al multák felül a halálozásokat. Augusztus hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6484 fekvő és 9499 járóbeteg, vagyis 1095-tel több mint az elmult hónapban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 447 fekvő és 1440 járóbeteg, összesen 1587, kórházba küldetett 46 egyén. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás volt e hóban 15, csökkenés 17. Beteg volt e hóban összesen 19, meggyógyult 12, gyógykezeltetik 0, meghalt 7. Halálokok voltak: aszkór 2, gyomor-bélhurut 5 esetben. Hullaszállításra engedély adatott 12 esetben. Beoltatott 639 fiú, 571 leány, összesen 1210, újraoltatott 393 fiu, 127 leány, összesen 520. Ebmarás előfordult 4, veszettségre gyanús 2, macskamarás 1 esetben. A köztisztaság a csatornázatlan és kövezetlen utczák kivételével kielégitő volt. A bacteriologiai vizsgálatok száma 621-re emelkedett. A vízvizsgálatokon kivül diphtheria vizsgálat 36, bélsárvizsgálat 2, genyvizsgálat 2 s táplálék vizsgálat 1 esetben, összesen elintéztetett 140 ügydarab. A székes fővárosi vegyészeti és tápszervizsgáló intézet által 345 esetben tétetett vizsgálat, még pedig: vízvezetéki víz 113 esetben, kútvíz 22, ásványvíz 5, tej és tejfel 120, vaj 10, iró 1, olaj 3, paprika —, egyéb füszerek 0, kávé 0, liszt 5, czukor 0, ugorka és káposzta 18, gaseus 0, málnaszörp 0, savanyúvíz 0, sodavíz 1, ón 2, kénsav 0, kaucsuk 3, gyógyszer 30, jeg 1 vélemény 3 esetben adatott. Orvosrendői boncolás végeztetett 74 orvostörvényszéki 31 esetben. Öngyilkosság 27 esetben fordult elő, még pedig: lövés 11, akasztás 6, mérgezés 4, egyéb módon 6 esetben. A Dunából 12 hulla fogatott ki. Az állat-egész-égügy nem volt kedvezőtlen, a mennyiben járványosan egy fertőző betegség sem lépett fel. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Barsi Jenő*, *Csillag Jakab*, *Inselt Áron*, *Kétli László*, *Klár Manó*, *Moskovitz Albert*, *Ország Sándor*, *Reisz Oktávián*, *Rózsa Zsigmond* egyetemes orvostudorok és 9 szülésznő. A tiszti főorvosi hivatalba beérkezett 1388, elintéztetett 1362 hivatalos ügydarab.

* * *

Figyelmeztetés a magyar orvosi könyvkiadó társulat tisztelt tagjaihoz.

A társulat 1897. évi illetménye, ú. m. a „*Belgyógyászat Kézikönyve*" *IV-dik kötete* és *Kuthy Dezső* dr.: a „*Tüdővész sanatoriumi gyógyitása*" czimü müve teljesen elkészültek és jelenleg bekötésük van folyamatban.

Úgyszintén elkészült a trásulat *1898. évi illetményének egyik része*, t. i. *Moravcsik E. Ernő* dr., egyetemi tanár: „*Gyakorlati Elmekórtan*" czimü munkája is.

Van szerencsém ezt a m. orv. könyvkiadó társulat t. tagjai szives tudomására hozni és azokat tisztelettel felkérni, hogy az *1897-diki illetményt f. hó végéig beküldeni szivesked-jenek;* megjegyzendő, hogy *Moravcsik dr. munkája* azon t. tagoknak, kik *az 1898. évi tagdíjat is beküldik*, egyúttal szintén megküldetni fog. November hó elején *8 frt utánvéttel* szétküldjük az *1897. évi illetményt*. Azon tagokat pedig, kik Moravcsik tnr. munkáját is már most megküldetni óhajtják, felkérjük, hogy ezt a titkársággal f. hó végéig tudatni szivesked-jenek, mely esetben nekik *mind a három mü 16 frt* utánvéttel meg fog küldetni.

Budapest, 1897. október 14-dikén.

Koller Gyula dr.,
első titkár.

Vegyesek.

Budapest, 1897. október 15-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. szeptember 26-tól 1897. október 2-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 439 gyermek, elhalt 233 személy, a születések tehát 206 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok

voltak: croup 3, roncsoló toroklob 3, hökhurut 3, kanyaró —, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 9, agykérlob 15, agyvérömleny 2, rángások 3, szervi szívbaj 10, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 14, tüdőgümő és sorvadás 39, bélhurut és béllob 40, carcinomata et neoplasmata alia 15, méhrák 6, Bright-kór és veselob 15, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 11, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 1919 beteg, szaporodás 635, csökkenés 655, maradt e hét végén ápolás alatt 1899. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. október 1-jétől október 8-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 12 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 29 (meghalt —), vörhenyben 13 (meghalt 1), kanyaróban 3 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 16 (meghalt 6), trachomában 13, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 19 (meghalt 2), orbánczban 20 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak** *1897. szeptember 21-dikén*: *Walheim Béla*, Budapest, Pest m., f. a. Korányi tnr.; *Heim Pál András*, Budapest, Pest m., f. a. Fodor tnr.; *Péteri Takács Zoltán*, Ormező, Zemplén m., f. a. Schulek tnr.; *Nagy Albert*, Kecskemét, Pest m., f. a. Thanhoffer tnr.; *tordai Tordai Árpád János*, Budapest, Pest m., f. a. Tauffer tnr.; *Selye Hugó*, Pruszka, Trencsén m., f. a. Plósz tnr.; *Wein Dezső Antal*, Budapest, Pest m., f. a. Ajtai tnr.; *Keinitz Izidor*, Szolnok, J.-N.-K. Szolnok m., f. a. Hőgyes tnr.; *Polereczky Endre Jenő*, Fger, Heves m., f. a. Kétly tnr.; *Csiky János*, Új-Egyháza, Szeben m., f. a. Bókay tnr.; *Szabó József Imre*, Budapest, Pest m., f. a. Klug tnr.; *Gonsory Béla*, Nagyvárad, Bihar m., f. a. Thanhoffer tnr.; *Frigyesi József*, Kis-Várda, Szabolcs m., f. a. Laufenauer tnr.; *Zimmermann Károly*, Budapest, Pest m., f. a. Pertik tnr.; *Gaál Sándor*, Varannó, Zemplén m., f. a. Kézmárszky tnr.; *Bálint Rezső*, Budapest, Pest m., f. a. Réczey tnr.; *Löwenstein Rezső*, Rába-Hidvég, Vas m., f. a. Genersich tnr.; *Bród Miksa*, Zala-Szt.-Gró, Zala m., f. a. Korányi tnr.; *John Miksa*, Bécs, Alsó-Ausztria, f. a. Fodor tnr.; *Molnár Dezső*, Mokrin, Torontál m., f. a. Schulek tnr.; *Jungmann Mór Rezső*, Salgó-Tarján, Nógrád m., f. a. Thanhoffer tnr.; *Schulhof Vilmos*, Budapest, Pest m., f. a. Kézmárszky tnr.; *Karai Gusztáv*, Mező-Berény, Békés m., f. a. Tauffer tnr. — *1897. szeptember hó 25-dikén*: *Sziráky Gyula*, Szeged, Csongrád m., f. a. Plósz tnr.; *Mandl Géza*, Budapest, Pest m., f. a. Ajtai tnr.; *Bleier Gusztáv*, Mező-Túr, J.-N.-K.-Szolnok m., f. a. Hőgyes tnr.; *Mustó Sándor*, Derecske, Bihar m., f. a. Kétly tnr.; *Hofmann Oszkár*, Szolnok, J.-N.-K. Szolnok m., f. a. Bókay tnr.; *Cziráky József*, Kis-Hegyes, B.-Bodrog m., f. a. Thanhoffer tnr.; *Grünfeld Ármin*, Budapest, Pest m., f. a. Laufenauer tnr.; *Guhr A. Mihály*, Nagy-Szalók, Szepes m., f. a. Klug tnr.; *Deutsch Vilmos*, Sövényháza, Győr m., f. a. Réczey tnr.; *Zakariás József*, Erzsébetváros, K.-Kükülő m., f. a. Genersich tnr.; *Pakoss Gyula*, Kisucza-Újhely, Trencsén m., f. a. Pertik tnr.; *Farkas Géza*, Budapest, Pest m., f. a. Korányi tnr.; *Paczauer Felix*, Szerencs, Zemplén m., f. a. Fodor tnr.; *Somlyó Nándor*, Bujánháza, Szatmár m., f. a. Schulek tnr.; *Schádl Bálint*, Gajdobra, B.-Bodrog m., f. a. Kézmárszky tnr.; *Ganz Simon*, Krompach, Szepes m., f. a. Tauffer tnr.; *Stumpf Lajos*, Nagyszombat, Pozsony m., f. a. Plósz tnr.; *Fülöpp Ignácz Ernő*, Nagy-Tapolcsány, Nyitra m., f. a. Ajtai tnr.; *Luria Géza*, Lepsény, Veszprém m., f. a. Hőgyes tnr.; *Belopotoczky György*, Szarvas, Békés m., f. a. Kétly tnr.; *Moskovics Jakab Jenő*, Osztró, Ung m., f. a. Bókay tnr. — *1897. október 2-dikán*: *Arany Zsigmond*, Eperjes, Sáros m., f. a. Mihalkovics tnr.; *Wallner Antal*, Fél, Pozsony m., f. a. Mihalkovics tnr.; *Posgay Lajos*, Eger, Heves m., f. a. Mihalkovics tnr.; *Hartl Alajos*, Budapest, Pest m., f. a. Laufenauer tnr.

— **Réczey Imre** dr. egyetemi tanárt a belügyminister az országos közegészségügyi tanács tagjává nevezte ki.

— **Martiny Kálmán** dr. a budapesti egyetemi II. sebklinika tanársegéde a trencséni vármegyei kórház igazgatójává neveztetett ki.

— **Szigeti Henrik** dr.-t a vallás- és közoktatásügyi minister a Temesvárott létesítendő állami gymnasiumhoz iskola-orvossá és egészségtan-tanárrá nevezte ki.

— **Hajnal István** dr.-nak, Békés vármegye tisztelotbeli tiszti főorvosának a király a közügyek terén szerzett érdemei elismeréséül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

— **Az egyetemi szülészeti poliklinikum** segélyét szeptember hónapban 135 (93 műtétes) esetben vették igénybe. Gyermekágyasok látogatása 170 volt. Az esetek évi folyó száma 1307.

△ **Az országos orvosi segélyegylet felhivása.** Felhivom mindazokat, kik a budapesti orvosi kör által alapitott országos orvosi segélyegylet által a jövő év elején kiosztandó segélyösszegre igényt tartanak, szíveskedjenek szegénységi bizonyitványnyal, továbbá hatósági orvostól kiállitott vagy ellenjegyzett, a keresetképtelenséget igazoló tanusitványnyal ellátott kérvényeiket f. évi deczember hó 15-dikéig hozzám küldeni. A folyamodók közül a három legérdemesebb *Mészáros Károly* dr. úr alapitványának kamataiból egyenként 160 frt segélyben részesül. A többiek, a mennyiben segélyre jogosultak, az egyesület vagyonából kapnak kisebb-nagyobb segélyt. *Papp Sámuel* dr. országgyülési képviselő, elnök, Kerepesi-út 8. szám.

△ **A budapesti általános poliklinikán** augusztus hó folyamán 1951 beteg fordult meg és 7751 rendelést kapott; a laboratoriumban 13 vizsgálat történt.

— **A bécsi egyetem orvosi karán** az 1896/97. tanév II. felében 1238 rendes, 289 rendkivüli és 427 frekventans orvostanhallgató közül magyarországi illetőségű volt 50 rendes, 11 rendkivüli és 7 frekventans hallgató.

† **Elhúnyt**: *Pirkler Jenő* dr. budapesti gyakorló orvos folyó hó 7-dikén 49 éves korában. *Horváth József* dr., Érsekújvár város tiszti orvosa, 74 éves korában.

○ **A budapesti Császárfürdőben** 1897. január 1-jétől szeptember 30-dikáig 1050 személy lakott és 322,689 személy fürdött.

— **The Gresham** életbiztositó társaság Londonban. E társulat 48. évi jelentése, mely az 1896. évi deczember 31-dikén befejezett üzletévről szól és a részvényesek 1897. évi április 27-dikén tartott rendes közgyülés elé terjesztett, rendelkezésünkre állván, következő főpontjait közöljük: Az 1896. évben 8354 kötvény 80.577,950 korona tőkeösszegről lett kiállitva. A díjbevételek, levonva a visszbiztositásért fizetett összeget, 22.823,521 korona 56 fillérre rúgtak, mely összegben a 3.444,322 korona 19 fillért tevő első évi díjak bennfoglaltatnak. A kamatszámla mérlege a lefolyt üzleti évben 4.560,655 korona 21 fillért tett ki és a társaság jövedelmét a díjbevételekkel együtt 27.384,186 korona 77 fillérre emelte. A társaság az elmult évben 10.164,913 korona 2 fillért utalványozott oly követelések alapján, melyek életbiztositási kötvényekből eredtek. — Lejárt kiházasitási és vegyes biztositásokra 2.522,808 korona 96 fillért, visszavásárlásokra 1.349,912 korona 19 fillért fizetett ki a társaság az elmult évben. A biztositási és járadékalapok a lefolyt üzleti évben 10.249,931 korona 56 fillérrel gyarapodtak. Az aktivák főösszege 1896. deczember 31-dikén 157.805,340 korona 21 fillérre rúgtak. Tőkebefektetések: 490,778 korona 85 fillér angol és irországi állami papirokban, 389,524 korona 90 fillér indiai és gyarmati kormányok értékeiben, 29.169,911 korona 15 fillér idegen államok értékpapirjaiban, 7.810,090 korona 21 fillér vasúti részvények, elsőbbségek és garantáltak, 60.417,658 korona 13 fillér vasúti és egyéb kölcsönkötvényekben, 17.411,131 korona 36 fillér a társaság ingatlanaiban (ezek között vannak a társaság budapesti és bécsi házai), 8.378,138 korona 12 fillér jelzálogokban és 33.738,107 korona 48 fillér különböző értékekben.

— Eulenburg **„Realencyklopädie der gesammten Heilkunde“** II. kiadás (27 kötet, vászonkötésben s egészen új példány) 270 frt helyett 60 frtért eladó. Czim: VI., Szondy-utcza 79., I. 29.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest**, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (városligeti fasor, 9. szám) Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső** (november 1-jétől lakik: VII., Erzsébet-körút 58).

Szt.-Lukács-fürdő téli és nyári **gyógyhely.** **Nagy kénes iszapfürdő**; iszapborogatás, douche-massage, kő- és kádfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Lakás és teljes ellátás hetenként 25 frt. (közepes ár). Prospektust küld az igazgatóság **Budapesten.**

Abbazia **Dr. Szigeti Márton** Október-Április Abbazia Május-Szeptember Gleichenbergben.

CSÁSZÁRFÜRDŐ **BUDAPESTEN.** Elsőrangú kénes hévvizű gyógyfürdő **páratlan gőzfürdővel**, legmodernebb **iszapfürdőkkel**, pompás **ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel**, 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés. *Prospektusok kivánatra ingyen és bérmentve.* 11

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai 42 **ORVOSI LABORATORIUM** **Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.** Foglalkozik *vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum* valamint *bakteriologikus vizsgálatokkal.* **Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.**

Negyvenegyedik évfolyam. 43. szám. *Budapest, 1897. október 24.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. Rókus-kórház II-dik sebészi osztályáról. (Főorvos Navratil Imre egyet. ny. r. tanár.)

A keztyűs kézzel való operálásról.

Közli *Hültl Hümér* dr.

A midőn 1897. év májusában Zoege v. Manteuffel czikkét „Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis“ (Centralbl. f. Chir. 20.) olvastuk, melyben a „kifőzött kezekkel“ való operálás mellett emel szót, azonnal beláttuk, hogy az ott mondottak valóban helyes és követendő elveken alapulnak és mindjárt éreztük is, hogy érvényesülésük ellen tisztán a „technikai kérdés“ fog akadályokat gördíteni. Alig hittük, hogy oly számos subtilis fogást, mint a minőt a sebészetben mindennap tenni kell, az esetlen gummi-keztyűben végezni lehessen. A dologgal tehát nem kisérleteztünk, hanem a tetszetős eszme (melyet mellesleg megjegyezve H. Robb[1] 1894-ben vetett fel először) mindig szemünk előtt lebegett. Mert a mostani extravulnaer thermo-antisepsis aerában absolut biztossággal birjuk csirátlanítani műszereinket, kötőszereinket, törlőinket, de nem birjuk azt tenni a beteg bőrével, kezeinkkel, a sebbel érintkező levegővel, melyek a hő hatásának ki nem tehetők. E három dologban kell az infectio forrását keresnünk. Bizonyos értelemben divatba jött manap a levegő általi sebinfectiót tagadni vagy legalább is kicsinyleni. Nemcsak teljes biztonsággal constatálhatjuk a Rókusban, hogy kórházi zsufoltság esetén és télen a sebek rosszabbul gyógyulnak és a fertőzésnek nagyobb az esélye, mint mikor nyáron, nyitott ablak mellett kevesebb beteg fekszik; hanem azt is észlelhettük, hogy a műtőteremben kitett gelatin-lemezen már pár percznyi expositio után, egy csomó mindenféle microorganismus colonia indult virágzásnak. A midőn a műtőbe besütő napsugárban ezer és ezer fényes, csillogó apró szemcsét látunk táncolni, a midőn a kitett üveglap egy óra alatt a leszálló portól homályos lett, csak abban nem voltunk biztosak, hogy mennyi e porból az élő organismus s mennyi ezen organismusból a pathogen, de abban józan észszel nem lehetett a száz éves Rókus-kórházban kételkednünk, hogy a repülő por egy valóságos flora képviselője. Rigorosus tisztogatás és szellőztetés a mi viszonyaink mellett nem segített és nem is fog soha sem radicalisan segíteni operatióink ezen hibaforrásán és a vér bactericid tulajdonságára bizva a noxák elpusztitását, a kérdést egyelőre megoldatlanul kellett hagynunk és benne kellett bekövetkezett infectio esetén, a midőn más eredetet nem tudtunk mondani, az okot találni.

Nem tudtunk más okot mondani addig, mig a legutolsó évek alaposan megingatták hitünket „csirátlanná tett“ kezeink s a desinficiált operatiós terület bőrének bacteriummentes voltában. Elégséges utalnunk Lauenstein[2] és Samter[3] igen gondos tanulmányon és kifogástalan kisérleteken alapuló czikkeire: mindketten bizonyítják, hogy a bőrt valóban csiramentessé tenni nem lehet. A priori gondolható már ebből, hogy ez még kevésbbé sikerül fertőző anyagokkal sokszor impregnált kezünkkel, melynek ezer ráncza, millió izzadtság mirigye, köröm alja, repedése a microbáknak mind megannyi melegágya szerepel, honnan mechanikus úton egyáltalán nem távolíthatók el.

A kéz desinficiálásának kérdése nincsen még megoldva. Az „Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung“-ban Schimmelbusch ismertetve a Bergmann klinikán szokásos kézmosást, ezeket mondja: „Hat der Arzt in gründlicher Weise die wesentlich mechanischen Reinigungsprozeduren vollzogen, so kann er mit Gewissheit auf ihren Erfolg rechnen“, alább azonban azon tanácsot adja, hogy bonczolat vagy septikus műtét után lehetőség szerint ne operáljunk. Azért van ezen tanács, mert már Schimmelbusch érzi, hogy a Fürbringer-féle kézmosás nem pusztitja le biztosan a kézhez tapadt csirákat. Szép, de kivihetetlen gondolatnak tartja Schimmelbusch azon több oldalról tett ajánlatot, hogy a műtevő orvos kezét egy pastával vonja be, mely különösen a körömágyat és alját töltené ki. Kocher műtéttanának harmadik kiadásában igy nyilatkozik: „Unter allen Umständen ist festzustellen, das die Desinfection der Hände nicht die vollkommene, Sicherheit der Sterilisirung gewährt, wie die Präparation der Instrumente, so werden wir gut thun jede noch so sorgfältig angelegte Operationswunde zu Ende der Opration als eine möglicher Weise oberflächlich und leicht inficirte anzusehen.“ Ennek folytán minden műtét végén a sebet 1‰-es sublimattal kimossa. Érdekes egyébiránt l. c. 22. lap ezen sora: „Auch wäre es nicht ausgeschlossen desinficirte Tuchhandschuhe anzuziehen, namentlich bei Anlegen der Ligaturen.“ Fontosnak tartja, hogy a műtő kerüljön minden érintkezést inficiált sebekkel, az által, hogy ezek ellátását a septikus segédre bizza. (Nagyforgalmú osztályokon lehetetlen, hogy a műtő kezeit sohase fertőzze.)

Mindezeknél precisebben bizonyítják azonban Kümmel, Fürbringer,[4] Sänger, Reinicke,[5] Ahlfeld,[6] W. Poten[7] és Perthes[8] cultura-kisérletei, hogy a megmosott, aether vagy alcohol és sublimattal desinficiált kéz nem mindig csirátlan. Ily ismert előzmények után jelent meg Mikulicz[9] czikke: „Ueber Versuche, die „aseptische“ Wundbehandlung zu einer wirklich keimfreien Methode zu vervollkommnen“, melynek idevonatkozó része rövid foglalatban ez: Az aseptikus chirurgia nem ad mindig aseptikus eredményeket. Ezt nemcsak Mikulicz, hanem Bergmann, König, Hoffa, Lorenz és Kocher is beismerik. A hibaforrást Mikulicz első sorban azon körülménynek tudja be, hogy a kezet nem lehet biztosan desinficiálni. Klinikáján Gottstein dr. által megvizsgáltatván a műtevés czéljából „aseptikussá“ megmosott kezeket, azt találta, hogy csak az „aseptikus műtőszolga“ kezei voltak mindig csiramentesek, a többi személyzetnél az eredmény személyek és napok szerint igen változó volt. Kételyen felül állott, hogy az illetők valamit elmulasztottak volna, daczára, hogy ezen pontban a controll lehetetlen. Egyáltalán nem mondható meg a műtét előtt, kinek keze csirátlan s kié nem az. A bizonytalanság ezen érzete késztette Mikuliczot arra, hogy f. év február óta gőzben desinficiált czérnakeztyűkben operáljon. Az eredmények kitünőek lettek. Az azelőtt oly gyakori fonalgenyedések teljesen eltüntek, minden varrt seb per primam egyesült. Küstner is Mikulicz ajánlatára keztyűben végzi laparotomiáit és az újítással minden tekintetben meg van elégedve.

Ezen fejtegetések hatása alatt engedte meg mélyen tisztelt főnököm, Navratil tanár úr a próbákat a keztyűben való operálással, egyúttal elrendelvén a kisérletek consequens keresztülvitelét. *Megtartván tehát mindazon intézkedéseket,**

* A „házi szabályok“ VI. pontja igy hangzik: A műtő és segédei kezeiket gondosan tisztítsák meg minden beavatkozás előtt. Hogy a mosás mennyi ideig tartson, nem precisirozható, az orvosi lelkiismeretesség legyen az irányadó. Általában a következő elvek mérvadók a kéz aseptikussá tételénél: Azon orvos, ki phlegmone, tályogok, orbánczczal vagy hullákkal erősen szenyezte kezeit, aznap ú. n. tiszta sebhez lehetőség szerint ne nyuljon. Legczélszerübb a kezet meleg vízben kali-szappan és kefével erősen megdörzsölni, lemosni, azután a körmök aljából minden látható szennyet kipiszkálni, mindaddig, míg az ujjcsúcshoz leszorított körüm kifogástalan tisztának nem látszik. Erre következik újolagos mosás szappan és kefével, majd legalább egy perczen át zsírtalanítás alcohollal és egy perczen át erélyes kefélés 1‰-es sublimat-oldattal. A kézmosás körül még túlzások sem itélendők el. A megtisztított kézre gondosan ügyelni kell, nehogy nem aseptikus tárgyakkal érintkezésbe jöjjön.

melyek osztályunkon az aseptikus állapot teremtését irányozzák, kettős czél lebegett szemeink előtt: 1. Impermeabilis keztyűkkel meggátolni, hogy kezünket ne fertőzzük; 2. elérni azt, hogy kezeinkkel az operatiós sebekbe ne vigyünk semmiféle ártalmas hatányt.

Ad 1. Itt értjük mindazon beavatkozásokat, midőn beteg sebekkel, fertőzött anyagokkal kell dolgoznunk. Nyilvánvaló, hogy biztosságot csakis teljesen impermeabilis anyagból készült keztyű adhat. Ilyen a chemikusok által használt gummikeztyű. A szokásos kézmosás után nem túlságosan szűk és hő által desinficiált keztyűt húzva végeztük a szükséges manipulatiókat. Előnye ezen gummikeztyűknek az, hogy a kifőzést 2%-os soda-oldatban a műszerekkel kifogástalanul tűrik, szappan és kefével könnyen tisztithatók, tartósak és a mi fő: teljesen áthatlanok lévén, biztosan meggátolják, hogy kezünkhez fertőző anyag jusson. Ezzel szemben azonban oly nagy hátrányok állnak, hogy használatukat feletle megnehezitik. Igy első sorban esetlenek, úgy hogy finomabb beavatkozásokra teljesen alkalmatlanok, tapintani bennük jóformán nem lehet. Phlegmone incisióra, tályognyitásra azonban, valamint kötözésre egészen használhatók s 1897. május közepe óta e czélra alkalmaztatnak. Hátrányul kell még vennünk azon felette kellemetlen érzést, melyet az impermeabilis anyagba burkolt erősen izzadó kéz okoz. Ha tágan ülnek, akkor a kézen lötyögnek, ha szűkek, igen nehezen húzhatók fel s nyomásuk folytán a bőr valósággal megtüzesedik, az embernek egész türelmére szüksége van, hogy ilyenkor az alkalmatlan jószágot le ne lökje. Az osztályon működő egyik segédorvos egyáltalán nem képes velük megbarátkozni, őket okolván a karján fellépő pustulákért. Azonban megjegyezzük, hogy az illető doktor úr azelőtt is furunculusokkal szenvedett, de míg azelőtt sokszor nem vehetett részt a műtétben, most ezen kipróbált erőt a keztyűk folytán nem kell többé nélkülöznünk. Hasznosak lehetnek a keztyűk, ha a műtő keze sérült. Bizonyos, hogy előbb-utóbb más valami impermeabilis anyagból készült és pontosan felillőkkel kell őket pótolni. Wölfler[10] ép ezért pályázatot tüzött ki műtő keztyűre. Vajjon az Angliából, Párisból, New-Yorkból, Berlinből beérkezett ajánlatok közül kiválasztott, gummival bevont selyem tricotkeztyű, melyet a berlini Mangold czég liferált, s melyekkel W. igen meg van elégedve, teljesen megfelelők-e? nem tudom. Wölfler őket csak septikus műtéteknél használja és 3%-os carbolglycerinben tartja. Trendelenburg klinikájáról Perthes[11] közli, hogy nem boldogultak a gummikeztyűvel. Könyökig érő selyemkeztyűben dolgoznak.

Ad 2. Aseptikus operatióknál óhajtjuk ugyan, hogy a keztyű lehetőleg impermeabilis legyen, de nem ezt tekintjük használhatósága kriteriuma gyanánt. Mint Mikulicz fentebb közölt czikkéből látható s a mint azt eddig általán rendületlen hittel tartottuk, a Fürbringer módszere szerint megmosott kéz többnyire és nagyjában csiramentes, különösen akkor, ha vaskos fertőzéstől (pl. gummikeztyűk által) megvédhettük. Mai tudásunk szerint azonban ezen mentesség nem tart sokáig: a bőr redőiben a mirigyek mélyében ülő bakteriumok egy hosszabb műtét fogásai alatt bizonyos értelemben a felszinre massáltatnak. A keztyű feladata csak az, hogy meggátolja a bőr repedésekből, izzadság mirigyekből előjött bakteriumoknak direct a sebbe való bedörzsölését tapintó ujjaink által. Ezt valamely szövettel is megtehetjük, mert a kéz és a seb közötti közvetlen érintkezést ez is megszakítja s a kéz nem izzad annyira, hogy a bőrre kikerült mikrobák az izzadság által belemosatnának a keztyű szövetébe s igy a műtéti területbe. Ezeknél s a műtétek subtilisabb mechanismusánál fogva az esetlen gummikeztyű alkalmazása feleslegesnek, sőt lehetetlennek mutatkozik.

Vastagabb czérna-, pamut-, szarvasbőr-keztyűk megpróbálása után a Mikulicz által ajánlott „finom inas keztyű“ czim alatt találtuk meg azt, a mi legczélszerübbnek látszik. Ezen keztyűk minden szövöttárú-kereskedésben kaphatók. (Pl. Altmann I. Gyula, Kerepesi-út 13.; fehér szövött czérna keztyű név alatt tuczatja 2 frt 20 kr.) Előnyük, hogy a desinficiálást minden alakban eltűrik és igy a műszerekkel együtt főzhetők ki, a forróvizből kivéve 1‰ sublimatban mosatnak ki a bennük levő sodától. Könnyen és hamar felhúzhatók, tricotszövetszerűek lévén, a kézre pontosan felillenek, vékonyságuknál fogva a tapintásban nem gátolnak, és nem akadályozzák kezünket a szükséges műveletek kivitelében. Mi mindnyájan, kik velük most dolgozunk, az első percztől fogva kellemeseknek találtuk s négy hó alatt megszokva őket, ha egyszer fel nem húzzuk, hiányukat érezzük. Előnyükül irandó még fel, hogy hozzájuk az igen finom fonalak csomózásnál nem tapadnak úgy, mint a véres kézhez, hogy a szöveteket keztyűs kézzel oly pompásan meg lehet fogni, mint azt különben csak horgas csipővel vagy kampóval lehetett tenni. Csakis akkor alkalmatlanok, ha hasüregben a belek közt kell tapintani, a keztyűs kéz semmit sem csúszik, a belek a szövethez erősen tapadnak. Itt azonban előny, ha pl. belet kell resecálni s fertőztetnének contentumtól, hamar le lehet őket húzni s ujjal felcserélni. Végre még felemlitjük, hogy igen jól moshatók és tisztithatók. Ha netalán genynyel mocskoltattak volna, olcsóságuk miatt nagyobb kár nélkül eldobhatók, ha csak véresek, úgy 2%-os acidum tartaricum-oldatban kimossuk, azután 1 órán át kifőzzük őket, s ekkor szárítva későbbi használatig, a midőn újból a Lautenschläger sterilizátorban a műszerekkel kifőzetnek, eltehetők.

Mikulicz ugyanezen minőségű czérna keztyűit áramló gőzben a kötőszerekkel sterilizálja, a mi tulajdonképen az általunk használt kifőzéssel egészen egyre megy. Mi csak azért főzzük őket, mert ezt practikusabbnak találjuk, kényelmesebbnek, egyszerübbnek látjuk, ha a műszerekkel főzhetjük ki magunknak minden beavatkozás előtt a keztyűinket, mint hogyha egész napi készletünket reggel kellene csirátlanitanunk. Hogy azután a forró sodából sublimatban mossuk ki őket s igy a sebbe esetlegesen valamicske desinficiens jut, az nem okozott nekünk sohasem fejfájást, mert az a piczi sublimat sem nem árt, sem nem használ és mert nem elvek szerint akarunk gyógyitani, forcirozva, hogy mindent meleggel desinficiáljunk, hanem csak azt akarjuk, hogy atoxikus antisepsisünk következtében betegeink valóban gyógyuljanak.

Majdnem feleslegesnek tartottuk külön felemliteni, hogy a műtétnél minden functionarius (műtő, segédek, instrumentarius, fej- és nyakműtétnél az altató, a törlőket nyujtó irgalmas testvér) fehér keztyűs kézzel vesz részt.

Wölfler folyó év áprilise óta aseptikus műtéteit bőr katonakeztyűben végzi. Minden használat után a keztyű felforralt sós vizben kimosatván, 3%-os carbolglycerinben lesz eltéve. Ha valami finomat akar tapintani, levágja a keztyű mutatóujját s erre az ujjra condomot húz fel.

Manteuffel, Perthes, Mikulicz és Wölfler mind igen dicsérik eredményeiket,* melyeket a keztyűk következtében értek el. Nekünk rövidnek látszik a lefolyt idő arra, hogy definitiv itéletet mondhassunk, mégis már most közölhetjük azon impressiónkat, hogy az eredmények a szt. Rókus-kórház Navratil-féle osztályán javultak az előző időkkel szemben. Mert bár a kisérletezés ideje alatt kellett megérnünk, hogy egy erős szervezetű fiú az operatiónak áldozatul essék, mégis ha alábbi kimutatást szemléljük, legalább is nem lehetünk elégedetlenek. Úgy hiszszük, hogy a septikus operatióknál felhúzott gummikeztyűknek köszönhető első sorban tiszta műtéteink aseptikus lefolyása. Nagyforgalmú osztályokon, vegyes anyagnál, kis személyzet mellett (nálunk ninesenek külön „septikus“ assistensek) a gummikeztyű által adott védelemben véljük látni a sebbetegségek prophylaxisát. Ajánlhatjuk a velük való kisérletezést! Különösen: talán lehetne őket az első segélyben is használni. A mentőőrség tagjai 3%-os carbolban tartott keztyűket vinnének ki az esethez s a baleset szinhelyén húznák fel őket akkor, ha kezüket sérülés ellátásánál meg nem moshatják. Nem lenne ugyan kifogástalan ezen eljárás, de jobb ez is mint semmi. Hasonlót tehetnének talán a párbajorvosok is, kiknek sokszor elhagyott vizszegény

* Ludvik a közkórházi orvostársulat 97. X/13-diki gyülésén szintén a keztyű használatának tudja be fényes eredményeit.

helyen (erdőtisztás) kell mély jelentőségű beavatkozásokat tenniök.

Ezen soraink értelme szerint a keztyű kérdését egyáltalán nem tekintjük még megoldottnak. Csak azt constatáljuk, hogy a keztyűben való operálás lehetséges és hogy ha majd kívánalmainknak megfelelő keztyűs kézzel nyúlunk, segítendők, embertársunkhoz, akkor működésünk egy nagy lépéssel közeledett ahhoz, a mit az atyamester így mondott: „πρῶτον μὴ βλαπτεῖν“. Kívánalmaink pedig ugyanazok, melyeket Wölfler formulázott: a jó műtőkeztyűk vízhatlanok, de e mellett nyúlékonyak és simulékonyak legyenek. Ne legyenek szakadékonyak, ne szorítsák a bőrt és jól lehessen őket desinficiálni.

(Folytatása következik).

Kimutatás az Elischer főorvos vezetése alatt álló szt. Rókus-kórházi szülő- és nőbeteg-osztály 1896. évi működéséről.

Közli: *Szabó Sándor* dr. alorvos.

(Folytatás.)

Áttérek abortusaink közlésére, melyeket azért választottam külön a rendes szülésektől, mert itt is distinguálni óhajtok azon esetek között, melyek gyanus tünet nélkül kerültek osztályunkra s azok között, melyeknél a művi beavatkozást, ha be nem is bizonyíthattuk, de legalább gyaníthattuk. Milyen ijesztő kép tárul elénk, látva ezen esetek sűrű ismétlődését.

Emlékezetembe jut egy bába, ki a hónapok folyamán 8 áldozatát szállította be hozzánk a legnagyobb cynismussal, köztük saját nővérét, ki meg is halt osztályunkon súlyos sepsis tünetei között. Egy esetben sem volt külső beavatkozásnak nyoma is észlelhető és betegeink kikérdezése sem vezetett positiv eredményre. A 9-dik (vagy talán 100-dik) esetnél, mely már ez idén február havában került hozzánk s ugyanezen bába műve volt, végre rajta vesztett; a szegény leány halálos ágyán bevallotta a vizsgáló biró előtt, hogy ez a bába 20 forintért hajtotta el magzatát. Elég kis ár egy emberéletért.

Az elmult esztendőben osztályunkon 202 abortus ápoltatott. Ezek közül láztalan lefolyású gyermekágya volt 169-nek (83·66%), lázas volt 33 eset (16·44%). Ezen 33 lázas eset közül magas lázzal jött be osztályunkra 30 nő (90·90%). Osztályunkon lett lázas 3 nő (9·1%). Meghalt 5 nő (2·47%). A kezelésben, a mennyire helyi viszonyaink engedik, lehetőleg várakozó álláspontra helyezkedtünk. Első sorban nyugalom, nagy vérzés esetén hüvelytamponade és ha a vérzés ezek daczára sem szünetelt, a méh kiürítése, kikaparása, külön készített nagy curettekkel. Ezen eljárással — gondosan végezve — jó eredményeket értünk el; alig volt esetünk, hogy osztályunkon abortussal kezelt nő, haemorrhagikus endometritissel került volna vissza hozzánk. Minden esetben, hol a conservativ eljárással eredményt várhattunk, azt követtük. A 202 eset közül beavatkozás (abortus befejezés, tamponade, curettage) történt 59 esetben (29·20%). Ezek közül 28 csik a lázas és 31 a láztalan esetekre. Tehát 169 láztalan esetben csak 31-szer avatkoztunk be (18·34%). Lázas eseteinkben többször hosszú, hetekig tartó méhmelletti izzadmányok és tályogok tették próbára a beteg s az orvos türelmét. Öt halálesetünk volt. Röviden közlöm az esetek kórrajzait:

1. *H. Eugenia* (3993. f. sz.) V. P. Február hó 11-dikén 4 hónapos magzatot szült. Lepény nem távozott. Kezelő orvosa próbálta kihozni, de a köldökzsinór, melynél fogva vongálta, leszakadt. Utóbb nyilvános rendelésről hívtak orvosokat, a kik manualis lepény leválasztást végeztek. 16-dikán rázóhideg, állandó magas láz, 19-dikén újra rázóhideg. 21-dikén d. u. keresi fel osztályunkat. Hőmérsék: 39·8—132, este 40·2°. Azóta állandó 39·0° feletti temperatura. Rázóhideg nem volt többé. Exitus február 24-dikén d. u. Diagnosis: *Residua placentae; endometritis sept.* subsequ. *septico-pyaemia.*

2. *K. Katalin* (5616 f. sz.) II. P. Márczius hó 25-dikén jött osztályunkra s előadja, hogy havibaja 6 hétig elmaradt volt, 3 hét óta 2—3 naponként vérzett, hasát fájlalja, mely puffadt, igen érzékeny; felvételkor alig vérzik. Genitaliákon nagyobb elváltozás nem észlelhető. A nő hőmérséke 39·2—40·4° között váltakozott és márczius 30-dikán elhalt. Sectióról jegyzőkönyvet nem kaptunk.

3. *H. Jánosné* (9052. f. sz.) május 29-dikén jött osztályunkra. Anamnestikus adatok hiányzanak. Méh a köldök alatt 2 ujjnyira; méhből erős vérzés. Tamponade. Hőmérsék 38·7—96. Másnap hőmérsék 39·6. Curettage, igen sok bűzös placentaris czafat távozik, nagyobb darabok is. Erős vérzés miatt tamponade. 31-dikén újból erősen vérzik. Tamponade. Hőmérsék 39·4—124. Junius 1-én nem vérzik, tampon eltávolítása, méhüregöblítés. Azóta hőmérsék 38·6—40·2 között variál. Exitus junius hó 10-dikén. Diagnosis: *Septikaemia.*

4. *L. Margit* (9840. f. sz.) junius 13-dikán kereste fel az osztályt. Utolsó tisztulás márczius 15-dikén, ma éjjel kezdett vérezni, állítólag padról leesett. Méhszáj átjárható, belőle pete részletek lógnak ki. Hátsó hüvelyben sárgás lepedék. A nyákhártya duzzadt vörös. Hőmérsék bejövetelkor 39·2—124. Másnap: has puffadt, érzékeny, gyakori hányás. Hőmérsék egészen 40·4°-ig. Diagnosis: *Endometritis diphtheritica, peritonitis fibrinoso-purulenta acuta.*

5. *Cz. Erzsébet* (11,767. f. sz.) julius 21-dikén jött be osztályunkra. Állítólag 16-dikán vetélt, azóta vérzik. Méhszáj körül helyenként lepedékes berepedések. Hőmérsék 38·7—92. Has puffadt, fájdalmas; gyakori hányás. Exitus julius 22-dikén. Diagnosis: *Endometritis puerperalis diphtheritica.*

Milyen élénken illustrál ezen kevés példa is. Hát a többi, mely nem lesz megfigyelve?

A szt. Rókus-kórházi szülő-osztályon a lefolyt évben tehát összesen 1459 gyermekágyas nő ápoltatott. Nagy szám, melylyel kevés tanintézet rendelkezik. Tanulságos anyag a gyakorlatba készülő fiatal orvosoknak, kik okulva a tapasztaltakon kezdhetik meg orvosi működésüket.

Nőgyógyászat.

Nyilvános rendelésünkön a lefolyt évben 1747 új beteg jelentkezett. Az anyag a lehető legváltozatosabb és a gynaecologia minden esetét felöleli. Ezen ambulans anyagból választottuk ki osztályunkra az érdemesebb és kórházi ápolást igénylő betegeket, az esetek zömét pedig további járó kezelésre rendeltük be. A legnagyobb contingenst természetesen a gonorrhoea s ennek szövődményei és a méh helyzetváltozásai adják. Kezelésünk ezen esetekben a következő: Az urethralis gonorrhoeát, melyet az esetek túlnyomó részében klinice és csak kivételes, kétes esetekben a górcső segélyével állapítunk meg (ha ugyan sikerül), kizárólagosan argentum nitricummal kezeljük. E czélra egy Pravaz-fecskendőt használunk — tű nélkül — melylyel 1, 2, 3%-os pokolkő-oldatot injiciálunk az urethrába, mérsékes nyomással és bizonyos ideig várakozva a fecskendő visszahúzásával. Otthon a nő naponta kétszer hüvelyöblítést végez zinc. sulf., alumen 5%-os oldatával. Eredményeink ezen kezelés mellett oly kielégítők, hogy nem látjuk szükségét akár a módszeren, mely egyszerűsége által nyilvános rendelésre igen alkalmas, akár pedig a gyógyszeren változtatni. Ha a gonorrhoea az endometriumba felterjedt vagy már az adnexákat is megtámadta, akkor természetesen gyógyulásról szó sem lehet többé. Az inficiált endometriumot, ha az acut lob stadiumán túl van, Playfair-sondára alkalmazott 10%-os chlorzinc-oldattal edzzük ugyan 6—8 naponként és sikerül is időlegesen az erős fluort csökkenteni, esetleg megszüntetni, de a szövetek mélyébe hatolt gonococcust ezzel kiirtani természetesen lehetetlen. Annál bátorítóbbak az adnex-tumoroknál s a következményükképen jelentkező menstruationalis zavar- és fájdalomnál a Thure Brandt-massageval elért eredményeink. A massaget alkalmazzuk minden esetben — még pyosalpinx jelenléte sem képez contraindicatiót, csak nagyobb óvatosságra int — és mondhatom, mint tüneti kezelést igen jó eredménynyel. A betegre és orvosra egyaránt fárasztó eljárás, kellő türelemmel és kitartással mindkét részről, végre is meghozza a javulást az esetek igen nagy számában. Ha a massage-zsal nem is sikerül a gonococcusokat kiirtanunk, de az adnex-tumort rögzítő adhaesiókat tágítjuk, megoldjuk s ez által a beteg szenvedése rövidebb-hosszabb időre vagy teljesen megszünik vagy lényegesen kisebbedik. Az eredmények oly kézzel foghatók, hogy még az egészségére rászorult szegény munkásnő is ez igen hosszadalmas, fárasztó gyógymódot választja, a gyors gyógyulással kecsegtető műtéttel szemben. Mint már említém, pyosalpinx esetén is massálunk óvatosan és rossz következményét:

*

rupturát vagy a geny kinyomulását a hasüregbe, egyetlen egy esetben sem tapasztaltuk.

A méh idült lobja esetén jó eredménynyel végeztük a massaget, támogatva ezen kezelést 40° C. hőmérsékű hüvely-irrigatiókkal és kemény, duzzadt portio esetén 4-ed naponként végzett vérelvonással. Támogatjuk ezen kezelést ichthyolzsír tamponok adagolásával, melyeknek fájdalom-csillapító hatását elvitatni nem lehet.

A metritis haemorrhagicánál, endometritis catarrhalisnál és egyéb nem-gonorrhoikus eredetü endometritiseknél jó sikerrel használtuk bejáró betegeinknél az endometrium edzését jodtincturával, 10%-os chlorzinc-oldattal és 1—2%-os arg. nitr.-oldattal, akár Braun féle fecskendővel, akár pedig Playfair-sondával 6—8-ad naponként applicálva. Ha a baj ezen kezelésre nem gyógyult, végre a curettementhez kellett fordulnunk, melyet azonban egyetlen egy esetben sem végeztünk ambulanter.

A méh melletti idült lobok és izzadmányokat szintén massage-zsal gyógyitottuk, otthon sósfürdő és szükség esetén forró hüvelyöblítések igénybevétele mellett. Eredményeink kielégitők voltak.

Hogy végre a méh helyzetváltozásainak gyógyitására hasonlóképen a Thure-Brandt massaget alkalmaztuk, az előbbiek után talán felesleges megemlitenem. Ezen gyógymóddal oly kielégitők az eredményeink, mint mindenütt, hol szakértelemmel végzik, hogy valóban érthetetlennek kellene tartanom tanulmányutam idejében tuczat számra látott és százszámra emliteni hallott operativ correcturáját a méh helyzetváltozásainak, ha nem volnának oly átlátszóan érthetők az operateurök motivumai. Az osztályunkon végzett ilynemü műtéti beavatkozások részben azon esetekben történtek, melyek a conservativ kezeléssel daczoltak, részben pedig kisérletek voltak. Anyagunk a ritkábban előforduló eseteket is szép számmal tartalmazza, úgy hogy az ú. n. kis gynaecologia minden kezelését és apróbb beavatkozását végezni alkalmunk volt.

Ha mindamellett a bejáró betegeinknél elért gyógyeredményekről positiv adatok és számok alapján beszámolni nem tudok, ez az ambulans anyag folytonos fluctuálásán és feljegyzéseink hiányos voltán mulik. A kis számú orvosi személyzet képtelen a bejáró betegek gyógyfolyamatairól pontos feljegyzéseket eszközölni s ha meg is tennék, a hol kimaradó, hol ismét rendelésünkön megjelenő betegek ezt maguk megnehezitik.

Az elmaradt beteget gyógyultnak tekinteni nem szabad, mert különösen a hosszú kezelésben elesüggedt nőbeteg szereti cserélni kezelő orvosát, a mihez a helybeli számos ambulatorium miatt bőven nyilik alkalma.

Hogy eredményeink kielégitők, azt részben a teljesen gyógyult vagy lényegesen javult betegek nagy száma, részben pedig évről évre szaporodó ambulans anyagunk bizonyitja.

Osztályunkon a lefolyt évben 439 nőbeteget ápoltunk. Ezek között volt: méh deviatio 13; méh- és hüvelyelőesések 22; méh és függelékeinek lobos bántalmai 311; méhenkivüli terhesség 8; méhrák 29; méhrostdag 17; petefészek daganat 10; hólyag és húgycső baj 12; különfélék 15.

Méh deviatiója.

A lefolyt évben 13 nő lett felvéve osztályunkra retroflectált méhhel. A kezelés itt — mint ambulans anyagunknál is — massageból állott, 1 esetben Elischer tanár egy ez idén közölt műtéti módját kisérlette meg. A műtét lényege röviden abból áll, hogy a hüvely megnyitása után a kigördített méh mellső részéből harántul egy lebenyt készitünk ki, ennek széleit egymással egyesitjük, végre a megnyitott hüvelyt zárjuk. Nem bocsátkozom e helyütt a műtét pontos leirásába — mely különben is közölve lett már — s csak röviden megjegyzem, hogy ezen és még egynéhány más, ily módon megoperált esetünknél az eredmény *eddigelé* kielégitő. Egyik eset most már 9 hónapos s a nő azóta gravida lett. Végeredményekről szólani természetesen még igen korai volna.

Méh és hüvely előesése.

Osztályunkon 22 esetet volt alkalmunk kezelni. Operatió nélkül távozott — részben gyürüvel — 7 nő, operálva lett 15. Ezek közül 13 esetben a typikus *colporrhaphia anteriort, posteriort és perineoplasticát* végeztük szükség szerint és változó végeredménynyel. Két esetben Elischer tanár a kitágult hüvely *circularis resectiójával* kisérlette a prolabált méhet magasabbra rögziteni és visszatartani, de az eredmény nem felelt meg a várakozásnak.

A méh és függelékeinek lobos bántalmai.

Kórházi betegeink oroszlánrészét az ezen rovatba tartozók képezik, ú. m. 311 eset. Gyógykezelése az esetek legnagyobb részének oly egyforma, hogy külön megemlitést nem érdemel.

Operativ beavatkozás a következő esetekben történt:

Sz. Jánosné (8525. f. sz.) május 18-dikán került osztályunkra. Hőmérsék 39·4—124. Három hét előtt hirtelen fájdalom s láz lépett fel. Vizsgálatnál az urethrából geny nyomható, a portio vag. magasan a symphisis alatt van, a méhtest, mely úgy látszik retroflectált, tisztán ki nem tapintható. Parametriumok át nem tapinthatók. Fluctuáló tumor domborítja elő a hátsó hüvelyboltozatot. Hőmérsék 38·6—40° között variál. Május 25-dikén narcosisban *kolpotomia posterior* végeztetett. Megnyitásnál sok tiszta savó ürül ki. Ekkor kiderül, hogy az üregben egy eltokolt, dúdoros elődomborodó rész tapintható, melyből — megnyitása után — büzös, genyes-sajtos bennék ürül ki. Műtét után a lázak nem csökkentek, állandóan 39° felett, végre junius 5-dikén hirtelen exitus. Diagnosis: *Pelveoperitonitis purulenta.*

Pyosalpinxnál 6 esetben avatkoztunk be.

Egy esetben laparatomia útján távolitottuk el a tumort, 5-ször pedig a hátsó hüvelyen át sikerült azt részben kiirtani, részben pedig csak kiüriteni; minden esetben gyógyulást értünk el.

M. Borbála (13,820. f. sz.) 32 éves. O. P. Augusztus 25-dikén vétette fel magát. Hat hó óta veszi észre, hogy daganata van a hasában. Diagnosis: *Gonorrhoea; tum. adnex. lat. utr.* Szeptember 5-dikén laparatomia Trendelenburg-fekvésben. Nehezen sikerül az adhaerens tumorok kifejtése. A jobboldali körülbelül 1½ férfiökölnyi, miglen a baloldali, mely erősen a méh széléhez van nőve, körülbelül gyermekfejnyi. Reconvalescentiában többnyire lázas, maximum: 38·5. Az alsó sebzúgban genyedés egy szúrcsatornából. Szeptember 29-dikén teljesen jó közérzettel hagyta el az osztályt. Azóta nehézségei nem voltak.

19,488/95. 3041., 9308., 14,858., 16,313. f. sz. eseteink mindegyikében, mint említém, a hátsó hüvelyboltozat megnyitásával sikerült a kóros tubát eltávolitanunk vagy azt megnyitnunk és resecálnunk. Eseteink, egynek kivételével, lázt lanul folytak le, gyógyulásra vezettek és beszédes szószólói a hüvelyen át végzendő műtéti módnak. Ha erős összenövések, topographiai vagy egyéb viszonyok nem képeznek ellenjavallatot a kolpotomiára, akkor határozottan előnyben részesitendő a coeliotomiával szemben, mely épen a genytartalmú tumorok eseteiben fokozott veszélynek teszi ki a beteget, miglen a természetes drainaget nyujtó, könnyű beavatkozásnak (legalább a laparatomiával szemben az) mondható kolpotomia, az esetek jó megválasztása mellett majdnem biztos eredménynyel kecsegtet.

(Folytatása következik.)

Közlemény Purjesz Zsigmond dr., ny. r. egyet. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Kórodai észleletek a Widal-féle serodiagnosis értékéről.

Jancsó Miklós dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédektől.

(Folytatás.)

Mikroskopos észleleteink tehát egészben véve meglehetős összhangzásban állanak a makroskopiai vizsgálatok eredményével.

E függőcsepp-vizsgálatok is kétségtelenül mutatják azt, hogy vannak nem typhusos serumok, melyek 1:10 higitásban, bár nem azonnal és kifejezett reactiót, de 2—6 óra lefolyása alatt elég határozott csomóképzést, a bacillusok mozgásának renyhülését, sőt megszüntét idézik elő, másrészt meg egyes

typhus-serumok ugyanily higitásban nem hoznak létre kifejezettebb reactiót, mint amazok.

Ennek következtében vagy a higitás fokát kell lényegesebben magasabbra, 40-, sőt 50-szeresre[1] kiterjeszteni, hogy nem-typhusos serumaink felismerhető reactiót még hosszabb idő (20—24 óra) mulván se adjanak vagy pedig az időt, mely alatt a reactio kifejlődését bevárjuk, kell a Widal által ajánlott időnél jóval rövidebbre szabnunk.

Észleleteinket nem tartjuk elegendőknek ahhoz, hogy azok alapján, akár higitás, akár az időtartam tekintetében határozott értékeket állapitsunk meg; csupán egy fontos eredményt kell kiemelnünk s ez a következő:

A melyik serum a culturával 1:10 arányban keverve azonnal és jól kifejezetten adta a függőcsepp-reactiót, az az eprouvetta-kisérletnél a culturát mindig 80-on felüli higitásban is még felderítette. Ezt azért tartjuk gyakorlatilag fontosnak, mivel a függőcsepp-vizsgálat aránylag könnyen és gyorsan megejthető lévén, positiv reactio esetén legalább annyi tájékozást nyujthat, hogy a vizsgált serum titrálásánál 80-on felüli higitásban is fogunk reactiót kapni. Ha azonban a függőcsepp-vizsgálat (1:10) azonnal reactiót nem ad, akkor ebből annyit következtethetünk, hogy a titrálásnál a reactio felső határát vagy a 80-as higitásnál vagy csak kevéssel e felett fogjuk találni.

***

Azon összehasonlitó vizsgálataink, melyek alkalmával az előbb emlitett 3 különböző származású typhus-cultura függőcsepp reactióját typhusos és nem-typhusos vérsavókkal higitásokkal párhuzamosan figyeltük meg: azt mutatták, hogy lényeges különbség a 3-féle cultura között mikroskopos vizsgálatnál sem észlelhető s igy Kolle fent emlitett nézetét megerősiteni nem tudjuk.

IV.

Eme szélesebb körben követett eljárási módokon kivül még két más eljárásra vonatkozó kisérleteket is végeztünk.

Egyike ezeknek a vizsgálati módoknak abban áll, hogy a megszúrt ujjhegyből kibuggyanó vérből azonnal függőcseppet készitünk, fiatal typhus-culturával elegyitvén azt össze s igy nézzük, hogy vajjon a fentebb részletezett mikroskopos reactio létre jön e?

Előnye ez eljárásnak a gyors és könnyű kivitel mellett az, hogy egyetlen kis csepp vér is elegendő annak eszközléséhez; némileg hátrányára van az, hogy a mikroskopos megfigyelésnél a sok vérsejt kissé zavarólag hat, a mi azonban teljességgel nem akadályozza a reactio felismerését.

A másik eljárás igen előnyös a reactio gyakorlati alkalmazása tekintetében. Ez abban áll, hogy a vizsgálandó egyéntől 1—2 csepp vért tiszta tárgylemezre veszünk s bevárjuk, mig az ott beszárad.

Az ily száradt vér — kellő signaturával ellátva — könnyen raktározható, elküldhető akár levélben is. A reactiót úgy ejtjük meg, hogy a beszáradt vérhez egy csepp physiol. konyhasó-oldatot vagy steril bouillont adva, azzal jól felkeverjük s azután fiatal typhus culturával függőcseppben vizsgáljuk. A sós viz vagy bouillon mintegy extrahálja a vérből annak vizben oldható alkatrészét s ezek között azokat, melyekhez a vér agglutináló hatása van kötve.

Ez eljárási mód előnye az előbbivel szemben még az is, hogy a függőcsepp vizsgálatánál a vörös vérsejtek nem hatnak zavarólag, mint a nativ vérrel való reactiónál.

Mindkét eljárásnak lényeges hátránya az, hogy a reactio quantitativ viszonyai jóformán még megközelitőleg sem itélhetők meg. Az erre irányuló törekvések: mint pl. az, hogy a vér meghatározott űrtartalmú kis pipettába vétessék stb., már nehézkessé, complicálttá teszik az eljárást, a nélkül, hogy pontosabb eredményt biztositanának.

Mi, hogy némi tájékozást nyerjünk, a quantitativ viszonyokról összehasonlitó észleleteket tettünk: párhuzamosan megfigyeltük t. i. a vérsavó hatásképességét az eprouvettában s ugyanazon vérvétel alkalmával félretett beszáradt vérét függőcseppben. A függőcsepp készitésénél arra ügyeltünk, hogy mindig egyenlő mennyiségű phys. konyhasó-oldattal keverjük fel a száraz vért s a függőcseppet állandóan ugyanazon kacsokkal (egy nagyobb kacs a cultura, egy kisebb kacs a véres sósviz számára) készitettük, ez által vélvén elérni azt, hogy a különböző esetekben megközelitőleg egyenlő quantumokkal dolgozzunk.

Hasonló összehasonlitó észleleteket végeztünk a friss, nem beszárított vérrel is.

A függőcsepp-reactiónál kevésbbé voltunk tekintettel a bacillusok mozgásának megszüntére, mint a csomóképződésre; utóbbira fordittuk figyelmünket a reactio megitélésében azért, mert gyakran akadtunk oly nem-typhusos vérre, melynek behatása alatt a bacillusok mozgása megszünt, alakjuk majdnem a felismerhetlenségig elváltozott ugyan, de agglutinált csomók nem mutatkoztak; viszont azonban tagadhatatlan, hogy ha gyöngébb agglutináló hatású vér hozzáadására órák mulva csomók képződtek is, igen sok bacillus még élénk mozgást mutatott.

Természetesen egyik esetben sem beszélhetünk jól kifejezett reactióról.

***

Ha friss vérrel körülbelül 8—10-szeres higitásban végzett függőcsepp-vizsgálatainkat egyidejűleg eszközölt eprouvetta-észleletekkel hasonlitjuk össze, a következő eredményt kapjuk:

A mely vér hozzáadására a függőcseppben azonnal vagy pár percz egész fél óra lefolyása alatt teljesen kifejlődött a reactio, úgy hogy nagy agglutinált csomók léptek fel s a bacillusok mozgása úgyszólván egészen megszünt: az ilyen vér savója körülbelül 100-szoros és ezenfelüli higitásban még adta a makroskopikus reactiót.

Oly vér, melynek hozzáadására mindjárt kezdetben a bacillusok mozgása renyhébb lett s kisebb számú csomók is felléptek, azonban a reactio teljes kifejlődése körülbelül 2 órai időt igényelt: az ilyen vér savója a makroskopikus reactiót kevesebb, mint 100-szoros higitásban adta.

A mely vér pedig a függőcseppben csak két óránál hosszabb idő alatt idézett elő reactiót vagy pedig egyáltalán nem mutatott agglutináló hatást: az ilyen vér savója makroskopikus reactiót csupán 60-szorosnál kisebb higitásban képes előidézni.

Ugyanilyen összehasonlitó vizsgálatokat végeztünk száraz vérrel és vérsavó higitásokkal.

E kisérleteknél érdekünkben állott tudni azt, hogy a szárított vér meddig tartja meg agglutináló képességét? E czélból három oly vérből készitünk szárított praeparatumot, melyek közül a makroskopikus reactiót az egyik igen magas (3000-en felüli), a másik kisebb, a harmadik csak igen alacsony higitásban (40) adta.

E készitmények agglutináló hatása két hónap lefolyása után is ugyanolyan volt, mint kezdetben, azaz az egyik azonnal, a másik két órán belül adott kifejezett reactiót, a harmadik pedig csak 6—8 óra lefolyása alatt idézett elő kifejezetlen agglutinatiót.[1]

Ez összehasonlitó észleletekből kitünt, hogy a függőcsepp-vizsgálatoknál a reactio intensitása létrejöttének gyorsasága mindig bizonyos arányosságot mutat a makroskopikus reactióval, a mint erről már emlitést tettünk. Ugyanez tünt ki azon összehasonlitó észleleteinknél, melyeket úgy végeztünk, hogy száraz és élő vérrel készitett függőcseppeket egyidejűleg

[1] Stern és Fraenkel nem typhusos serumokkal *állandóan* negativ eredményt csak 50-szeres higitás mellett észleltek.

[1] Ilyenemű összehasonlitó vizsgálatainknál a száraz vérkészitményt többnyire a makroskopikus reactióra szánt vérrel egyidejűleg vettük, a függőcsepp-vizsgálatot pedig szintén a makroskopikus reactióra szolgáló culturákkal egyidejűleg készült culturával ejtettük meg. Miután a makroskopikus reactióhoz való készületek (a vérsavó kiválása, a higitások elkészitése stb.) egy, sokszor két napot vett igénybe: azért e száraz készitmények csak 1—2 nap mulva lettek megvizsgálva; ezért volt szükséges meggyőződnünk arról, hogy a száraz vér hosszú időn át megtartja agglutinálóképességét.

vizsgáltunk; a reactio mindkét függőcseppben körülbelül egyenlő intensitásban, egyenlő idő alatt fejlődött ki.

***

Mindeme vizsgálatokat összesen 75 typhus-betegnél és körülbelül 135 részben typhusra gyanus, részben nem typhusban szenvedő egyénnél végeztük.

A betegek egy része a kórodán feküdt, más részük az ambulantián jelentkezett, mások ismét a városban mint magánbetegek kezeltettek, sőt néhány esetben vidékről beküldött száraz vért is volt alkalmunk megvizsgálni. A kórodán fekvő typhus-betegek legtöbbjénél a betegség lefolyása alatt többször — minden 3—6-dik napon — ismételtük a vérvizsgálatot.

A 75 typhus-betegtől összesen mintegy 320 izben eszközöltünk vérvételt s 135 egyéb esetben pedig körülbelül 140-szer vettünk vért.

Mindemez eseteink közül az élő vagy szárított vér a függőcsepp-reactiót azonnal vagy 2 órán belül jól kifejezetten csak azokban az esetekben adta, a melyekben a kórtünetek s a lefolyás a typhus mellett szólottak.

Ellenben bebizonyult eseteinkben az, hogy több óra eltelte után a reactio, bár az esetek többségében nem oly tökéletesen, de némely esetben igen szépen kifejlődött nem-typhusos vér hatása alatt is, úgy hogy az ily készítmények a typhusos vérrel előállított, azonnal reagáló készítményektől a mikroskop alatt nem voltak megkülönböztethetők, sem a csomók nagyságára s számára, sem a bacillusok mozgásának megszüntére nézve.

Ilyen hosszabb idő alatt kifejlődő teljes reactiót észleltünk egy tuberculosis miliarisban szenvedő betegnél, kinek hőmérséke a vérvétel idején 40·2° C. volt; azután egy peritoneitis tuberculosában szenvedőnél, kinek vérsavója makroskopikus vizsgálatnál a typhus culturát még 40-szeres higításban felderítette.[1]

Egészben véve tehát függőcseppel tett észleleteinkből az tünt ki, hogy csak az azonnal, 2 óra alatt jól kifejezetten fellépő reactio volt olyannak tekinthető, mely a legmagasabb valószínűséggel typhusra engedett következtetni, s melynek megfelelőleg a vizsgált vér savója a makroskopikus reactiót 80-on felüli higításban még adta; ellenben a hosszabb idő mulván akár teljesen, akár kifejezetlenül jelentkező reactio a diagnosis megállapitásában nem bizonyult értékesíthetőnek, de adott esetben ez felhasználható a lefolyás közben előforduló ingadozások (a reactio intensitásában) megfigyelésére.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

M. Tud. Akademia.

(III. osztály ülése 1897. évi október 18-dikán.)

Elnök: **Than Károly**; titkár: **König Gyula.**

Orvosi érdekű tárgy volt a következő:

Ónodi A. dr. egyetemi rk. tanár „**a hangképző központok kórtanáról**“ tartotta székfoglalóját. Vizsgálatai alapján fejtegeti a hangképző központok élettani viszonyait, az idevonatkozó vizsgálatokat és ellentétes észleleteket. A kéregközponton kivül felveszi egy subcerebralis központ létezését, mely megmagyarázza a hangképzés megmaradását, daczára annak, hogy a kéregközpontok az egyik vagy mindkét oldalon kiirtatnak, hogy a nagy agydúczok szétroncsoltatnak és az egész agyvelő eltávolíttatik; megfejtve találjuk a hangképzés megszünését, ha a bolygó ideg területe felett lesz átmetszve a nyultvelő, megértjük, hogy a perforált újszülöttek hangot adni tudnak, hogy a torzszülött, hacsak a bolygó ideg területében van meg a nyultveleje, nem tud hangot adni, viszont megvan a hangképzése, ha a nyultvelő az ikertelepig van kifejlődve.

Részletesen fejtegeti a klinikai észleléseket, melyeknek két csoportja kórtanilag nem érvényesithető, az egyik csoportba tartoznak azon esetek, melyeknél csak gégetükrészeti lelet van és hiányzik a kórbonczlani vizsgálat, a másik csoportban azon esetek vannak, melyeknél a gégetükrészeti észlelet hiányában csupán kórbonczlani leletek vannak feljegyezve. A harmadik csoportba tartozó eseteknél a klinikai észleletet a gégetükrészeti lelet és a kórbonczlani vizsgálat egészíti ki. Ezen esetek száma azonban igen csekély és egyesek hiányosak is bizonyos tekintetben. Ezen esetek beható elemzése folytán kimutatja, hogy embernél a hangképző központ megjelölése a kéregben még megközelitőleg sem lehetséges, hogy az állatkisérleti eredmények nem hozhatók összhangzásba a klinikai észleletekkel és kórtani magyarázatokra még nem alkalmasok. A számbavehető klinikai esetekből ez idő szerint az agy megbetegedéseivel fellépő hangszalaghüdések kórtani törvényeit megállapitani nem lehet.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(LX. évforduló nagygyülés 1897. október 14-dikén.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Grósz Emil** II. titkár.

Elnök: T. Közgyülés! Örömmel köszöntöm a t. egyesület nagy számmal egybegyült tagjait a mai ülésen, mely több mint három havi szünet után egyesületi tevékenységünk újra megkezdését jelenti. A hosszú szünet alatt erőben gyarapodva, újult munkakedvvel foghatunk feladataink teljesítéséhez, a gyakorlati orvostudományok szakszerű fejlesztéséhez, melyben egyesületünk igen tisztelt tagjai kezdet óta lankadhatlanoknak bizonyultak. Kisérje további működésünket a mult időkéhez hasonló siker!

Hatvanadik évfordulóját üli ma egyesületünk amaz emlékezetes ülésnek, melyen *tizenhat* kartárs egyesületünket megalkotta azon korszakban, midőn a természettudományok s velük együtt az orvostudomány is régi empirikus irányával szakitva, exact buvárlati irányt vettek, megalkotta azon általánosan érzett szükséglet nyomása alatt, hogy a gyakorlattal foglalkozó orvosok, kik látszólag távol állottak a tanodától, az új tanok forrásától, kiknek az új tanok elsajátitására kellő idő és alkalom nem állott rendelkezésükre, ezen reformmozgalomban részt vehessenek, egymással érintkezve, így társaikkal tartott eszmecsere által saját tudásuk hiányait pótolhassák, az új eszmék, új nézetek fejlesztésére alkalmat találhassanak. Egyesületünk alakulásának egyik főczélja tehát *önművelés* közvetitése volt s a tudomány rohamos fejlődésének szemmeltarthatásából folyt a társulás szükségessége.

Ha egy félszázadot meghaladó kor előtt azon 36 orvos, ki egyesületünk első közgyülésén mint tag jelen volt, az orvostudományok rohamos fejlődésére tekintettel a társulás, az eszmecsere által óhajtotta folytonos tovaművelődését elérni, mennyivel szükségesebb az *ma*, hol tudományunk fejlődése nem rohamos, de mondhatjuk *lázas* gyorsasággal halad és hol egyesületünk tagjainak száma a félezeret meghaladja.

És ezen főczélhoz, melyet már egyesületünk legelső alapszabályai tűztek elénk — nyugodtan mondhatjuk, *mindig hű* maradt egyesületünk.

Mi sem bizonyítja hangosabban egyesületünk első megalkotóinak a kartársak valódi szükségletével egybehangzó s a közóhajban gyökerező előrelátását és helyes tapintatát, mint az, hogy egyesületünk hat évtized lezajlása után *ma is* lényegében ugyanazon szervezettel, ugyanazon czélokkal, ugyanazon eszközökkel működik, mint megalakulása legelső korszakában. Szervezetének ezen állandósága, mely annak már legifjabb korában bizonyos demokratikus jelleget adott, főczéljainak teljesítésére irányított mindig komoly törekvése legerősebb alapkövei voltak egyesületünknek a multban és legbiztosabb zálogai egyesületünk továbbfejlődésének a jövő időkben. A mint egy félszázadon túlterjedő idő alatt komoly munkásságával az orvostudományoknak hazánk határain belül s azokon túl is fejlesztésében egyesületünk elismerésre méltó munkát teljesített, úgy fogja teljesíteni e munkáját ernyedetlenül a jövő évtizedekben is. Azon fáradozás, azon munkakedv, melyet egyesületünk tagjai az orvostudomány — főleg a *gyakorlati* orvostudomány — művelése körül tapasztalataik közlése, a felmerült kérdések szakszerű megvitatása, szakszerű eszmecsere által eddig kifejtettek, meggyőződésünk szerint, de a lefolyt, közel két emberöltőt kitevő évtizedek hangos tanusága szerint is, lankadni nem fog s nyugodtan nézhetünk e tekintetben egyesületünk jövője felé.

Mintha egyesületünk egyenesen meghazudtolni akarná azon örök-törvényt, hogy a haladó korral az életerők csökkennek, magas kora daczára egyre ifjudik. Csak alig két éve, hogy — tudományos munkásságának tömeges felszaporodásán könnyítendő — szakosztályokat állított, melyek — számra ez idő szerint három — serényen fáradoznak a gyakorlati szakmák egyes ágainak fejlesztésén s csakhamar kedveltté lettek tagtársaink körében az által, hogy a szoros, szakszerű eszmecserének, a nézetek tisztázásához nélkülözhetetlen vitatkozásoknak kellő teret nyitottak. Bár úgy látszik, hogy a szakosztályok szervezése által bizonyos szakmák körébe tartozó közlések és bemutatások az egyesület közös teréről leszoríttattak vagy elvonattak, ebben veszteséget az egyesület még sem szenvedett. Nem szenvedett pedig azért, mert egyrészt az egyesület ama tagjai, kik ezen szakmákkal szakszerűen foglalkoznak, a szakosztályokban szakmájuk művelésére s önokulásukra *bőrebb* teret találnak, mint a milyent az egyesület tágkeretű működése nyujthatott, másrészt azért, mert a szakosztályok szervezete szerint ezek a felmerülő fontosabb kérdések megvitatását, általánosabb érdekű megállapodásaikat az egyesület összességével közlik, mint arra már elnökileg külön is felkérettek s mint e tekintetben a szakosztályok igéretét birjuk. Nem kételkedhetünk, hogy szavuknak helyt is fognak állani.

[1] Megemlitjük még, hogy összehasonlitottuk a függőcsepp-reactio útján a rendelkezésünkre álló 3-féle (Král, Bokis, Dáma) culturát is s mint ez irányú makroskopikus vizsgálatainknál, melyeket már emlitettünk, úgy itt sem találtuk azok között feltünőbb különbséget.

Mi sem természetesebb mint az, hogy az egyesületi munkásságnak azon iránya mellett, mely főleg a gyakorló orvosokat érdeklő kérdések szőbahozatalát tartotta szem előtt, az egyesületi előadások az idők folyamában odafejlődtek, hogy concret betegség esetekből kiindulva közölték a tagtársakkal tapasztalataikat, nézeteiket s mindegyre elszaporodtak a betegbemutatások a szoros értelemben vett tudományos előadások rovására. Igy van ez jól olyan egyesületben, mely első sorban a gyakorló orvosokat foglalja magában s ezek szükségleteit tartozik első sorban tekintetbe venni. Igaz! De nem oldaná meg egyesületünk az orvostudomány művelése körül kitűzött feladatát akkor, ha ezen irány leszoritaná a tudományos és általánosabb érdekű előadásokat, melyeknek értéke elvitázhatatlan. Ezen meggyőződés vezetett bennünket akkor, midőn törekedtünk tagtársaink közül többet megnyerni azon eszmének, hogy egyesületünk tudományos ülésein koronként olyan *egybefoglaló előadások* tartassanak, melyek egy-egy fontosabb napi kérdéssel, egy-egy fontosabb therapeutikus kérdéssel különösen és részletesen foglalkozzanak s igy könnyen hozzáférhetővé tegyék ezen kérdésre vonatkozó ismereteinket az egyesület tagjai számára. Örömmel jelenthetjük, hogy ilyen összefoglaló előadások tartására több tagtársunk már is szivesen vállalkozott. Buzditsa ezek példája a többit.

Igy fog egyesületünk új lendülettel czéljai elérésére mindinkább fokozódó tevékenységgel törekedni s be fogja tölteni azon helyet, mely azt nemcsak mint a hazai orvosegyesületek *nesztorát*, hanem mint a hazai orvosok közel *egy tizedrészét* egyesítő társulatot az orvostudományok művelése terén joggal, de egyszersmind kötelességszerűen is megilleti. Isten adja, hogy úgy legyen! Ezzel van szerencsém a budapesti kir. orvosegyesületnek LX. évforduló nagygyülését megnyitni.

Imrédy Béla I. titkár felolvassa a következő jelentéseket.

1. „Jelentés a budapesti kir. orvosegyesületi *Balassa-jutalomdij* odaitélése tárgyában.“

A bizottság egyhangú megállapodással jutalmazásra *Bókay Árpád* „*Gyakorlatilag fontosabb mérgezések*“ czimü művét, mely a Belgyógyászat kézikönyve II. kötetében 1895-ben jelent meg, ajánlotta, a mit az igazgató tanács helybenhagyott.

2. „Jelentés a budapesti kir. orvosegyesületi *Balassa-pályadij* odaitélése tárgyában.“

A *Klug* tanár elnöklete alatt kiküldött bizottság jelentése a következő:

Ranschburg Pálnak „Az öntudat pathologiája“ czimü pályamunkája a benyujtott tervezet szerint tárgyát igen kimeritően szándékozik kidolgozni. Azonban a bizottság ezen pályaművet részletesen nem birálhatta meg, mert a pályázó a Balassa-dijszabályzat 8. §-ában előirt részletesen és véglegesen kidolgozott fejezetet munkatervezetéhez nem csatolta, csak utólagos beküldését igérte meg. A pályázó a tőle nyert értesülés szerint a részletesen kidolgozott fejezetet azért nem küldte be, mert időközben a tek. orvoskari tanártestület őt bizta meg a Gárdos-féle pályakérdés kidolgozásával. Ezért a bizottság javasolja, hogy az igazgaté-tanács „Az öntudat pathologiája“ czimü munkatervezetet ezúttal tekintetbe ne vegye.

A *Temesváry Rezső* által választott tárgynak, t. i. a szoptatás élet-, kór- és gyógytanának monographikus feldolgozása kétségtelenül hálás feladat s miután hasonló munka eddig a világirodalomban nincsen, a budapesti kir. orvosegyesület helyesen cselekednék, ha ily munka létesülését az erkölcsi támogatás mellett anyagi támogatással elősegíti. A benyujtott tervezet a kitűzött tárgyat teljesen felöleli s a kidolgozott fejezet, valamint *Temesváry Rezső* eddigi munkálatai, melyek a szoptatás élet-, kór- és gyógytanára vonatkoznak, arról tanuskodnak, hogy pályázó kitűzött feladatát sikeresen fogja megoldani.

A mi a benyujtott, kidolgozott fejezetet illeti, az gondos kidolgozása mellett különösen becsessé válik az által, hogy szerző következtetéseit nemcsak irodalmi adatokból, hanem nagyszámú önálló vizsgálataiból vonja le.

A kiküldött bizottság ajánlja, hogy a tek. igazgató-tanács a Balassa-pályadijat *Temesváry Rezsőnek* itélje oda és őt „*A szoptatás élet-, kór- és gyógytana*“ egész munkatervezetének kidolgozásával bizza meg. Az ajánlatot az igazgató-tanács elfogadta.

A pályázó kidolgozott munkatervezetét legkésőbb 1899. augusztus 31-dikéig tartozik a választmányhoz benyujtani. A kész munkát *Klug Nándor* elnöklete alatt *Bókay János*, *Elischer Gyula*, *Imrédy Béla*, *Korányi Sándor* és *Laufenauer Károly* tagokból álló bizottság fogja a szabályzat értelmében megbirálni és ezen bizottság jelentése alapján az igazgató-tanács fog a felett határozni, hogy a pályadij a pályázónak kiadható-e.

3. „Jelentés a budapesti kir. orvosegyesület által kezelt *Mészáros-jutalomdij* odaitélése tárgyában.“ A budapesti kir. orvosegyesület 1895. évi október hó 14-dikén tartott nagygyülésén a Mészáros Károly-díjalapból 1000 azaz egyezer forintos jutalomdijat tűzött ki a boncz-, szövet- és fejlődéstan, élettan, kórboncztan és kisérleti kórtan körébe vágó, önálló dolgozatok alapján szerkesztett tudományos becsü, oly legjobb értekezésre vagy általános érdekü, hézagpótló monographiára, avagy kézikönyvre, mely 1893. évi junius hó 1-től 1897. évi május 31 dikéig magyar nyelven nyomtatásban megjelent. A kiküldött bizottság jelentése alapján az igazgató-tanács *Thanhoffer Lajos* „Újabb adatok a harántcsikos izomrostok idegvégződéséhez. 9 táblával. Budapest, 1893.“ és *Jendrássik Ernő*: „A zsigerek beidegzése. Magyar Orvosi Archivum 1896“ czimü munkáinak az egyenlő két félre osztott Mészáros-jutalomdij kiadatását határozta el.

Következett ezután a pályázatok hirdetése: I. *Pályázati hirdetés*: A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló *Balassa-díjalapból* 300 frt, azaz háromszáz forint *pályadíjat* tűz ki magyar nyelven irott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1898. május 31-dikéig az egyesület titkári hivatalához a szerző nevének feltüntetésével benyujtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1898. október 14-diki nagygyülésen fog megbizatni azzal, hogy munkáját két éven belül elkészitse és az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka maga díjra érdemesnek találtatik, ez esetben az 1900. október 14-diki nagygyülésen fog a pályadíj kiadatni.

II. Pályázati hirdetés: A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló *Balassa-díjalapból* 400 frt, azaz négyszáz forint *jutalomdíjat* tűz ki magyar nyelven irt és önálló dolgozatok alapján készült, a gyakorlati szakmákba vágó legjobb orvosi értekezésnek vagy könyvnek a megjutalmazására, mely 1897. junius 1-jétől 1899. május 31-dikéig nyomtatásban megjelent. A jutalmazásra pályázó munkák 1899. május hó 31-dikéig a budapesti kir. orvosegyesület titkári hivatalához küldendők be; tekintetbe veendő azonban e téren nyomtatásban megjelent minden egyéb munka is. A jutalomdíj az 1899. október 14-dikén tartandó nagygyülésen adatik ki.

III. Pályázati hirdetés: A budapesti kir. orvosegyesület a kezelése alatt álló „*Mészáros Károly dr. alapítványa*“ *kamataiból* 1000, azaz egyezer forintnyi Mészáros Károly dr. *jutalomdíjat* tűz ki a közegészségtan, bakteriologia és törvényszéki orvostan körébe tartozó, önálló dolgozatok alapján szerkesztett tudományos becsű oly legjobb értekezésre avagy általános érdekü, hézagpótló monographiára, avagy kézikönyvre, mely 1895. évi junius 1-jétől 1899. május 31-dikéig magyar nyelven nyomtatásban megjelent. A jutalmazásra pályázó munkák 1899. évi május 31-dikéig a budapesti kir. orvosegyesület titkári hivatalához küldendők be; tekintetbe veendő azonban minden e téren nyomtatásban megjelent egyéb munka is. A jutalmazott munka kihirdetése az 1899. évi október hó 14-dikén tartandó évforduló nagygyülésen történik és a jutalomdíj a szerzőnek azonnal kiadatik.

Elnök jelenti ezután, hogy Mészáros Károly alapító tag azon okból, hogy az alapító értékpapirok ma már csak 4%-ot hoznak, s igy a kamatok két év alatt nem tennének ki ezer forintot, az alapítvány összegét emelte, sőt az ezer forintból már most is hiányzó összeget sajátjából fedezte, a miért az egyesület nevében az alapitónak köszönetet mond.

Következik ezután *Goldzieher Vilmos* dr. „Emlékbeszéde *Dudits Endre* (1533—1587.) pécsi püspök fölött; egy lap az orvostudomány történetéből.“ (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet.

(Vége.)

Az orvosi foglalkozás lényegét manapság hibásan fogják fel. Hangok emelkednek, melyek nemcsak a természettudományok csődjét hirdetik, hanem egyúttal nyiltan kürtölik világgá, hogy az orvosi mesterség csak annyira tudomány, a mennyire a vasúti kalauzság physika. A Brunetière paralytikus eszméinek legfényesebb czáfolatát az az elszigeteltség adja, mely nem lesz vala osztályrésze, ha az igazságnak csak egy atomját is hordaná magában; ez utóbbi felett pedig, mely egy röpke lélek felületes szellemeskedése, bizvást napirendre térhetünk épen mi, a kik a tudományt nem a metaphyisika szemüvegén keresztül nézzük s annak eredményeit nem egyedül a siker serpenyőjén mérlegeljük. Pedig mily a haladás a dyskrasiák tanától a parasiták kórelméletéig! Mit fejlődött a belgyógyászati diagnostika, a sebészeti technika! A mit az ipar, a technika egyik oldalon rombolót teremt, a Shrapnell-lövegek, a melinit alakjában, az emberiség démonjainak, a nemzetiségi öldöklési vágynak szolgálatában, mennyire megenyhiti más oldalról az orvosi tudomány az ő samaritanus munkájával, képességeinek szintje nem is remélt fejlődésével! Az epidemiák elvesztek öldöklő jellegüket, számtani feladványokká váltak, melyeknek megfejtésében, a járványok elháritása és elfojtásában a modern orvoslástan diadalait üli. Az emberi élet, ténykedés minden vonatkozásaiban megleli összekötő szálait az orvosi foglalkozással. Ipartelepek az emberi egészség ezer meg ezer veszélyeit rejtik magukban; az anyagi előnyök mellett ott ólálkodik a háttérben a lassú, de biztos pusztulás veszedelme pl. a foglalkozási betegségek alakjában s az orvosi ténykedés az altruismus szinte szent magaslatára emelkedve e veszedelmek megelőzésén fáradozik. Talán soha sem állt olyan eszményi tisztaságában a medica mint manapság, s mégis a rend, mely e foglalkozásnak jogosult mivelője, tekintélyében veszendőnek indul. És nemcsak az orvosi rend materialis helyzete az, mely feltünő rosszabbodást mutat, hanem — a mi azzal sok okból összefügg — az erkölcsi tartalom is fogyóban. Mi oka ennek a decadentiának, mely nemcsak nálunk, de az egész orvosi világban észlelhető, annak fejtegetése messze túlhaladná a rendelkezésemre álló időt. Egyletünk régtől érzi a viszonyok nyomása alatt kifejlődött eme nagy jelentőségü symptomát s nem egyszer képezte megfontolása, sőt actiója tárgyát a mód s az eszköz, melylyel azon segíteni lehetne.

Részletes jelentésemből alább ki fog tünni, hogy egyletünk e tekintetben sem riadt vissza a végső consequentiák levonásától, mert az volt meggyőződése s az ma is, hogy csak az egyenes út, a szánalmas compromissumok félretolása az egyedül czélra vezető.

A közös törekvések, melyek sohasem nélkülözik az idealismust, gyüjtenek össze bennünket egyletünk helyiségében, a hol egymás értékét felismerve s megbecsülve, az emberi gyarlóságokat megbocsátva s corrigálva, oly szellem honosul meg, melynek kibékítő harmoniája kiséri ténykedéseinket a gyakorlati s a társadalmi életben is. Hivatásunknak szeretettel teljes, erkölcsi felsőbbségével kapcsolatos humanus mivelése, egymás jogainak tiszteletben tartása, a kartársi érintkezés nemessége új lendületet lesz képes adni a hanyatlásnak indult tekintélynek s ha fognak is akadni egyének, a kik az orvosi foglalkozást *csak* üzletnek tekintik, s a kik előtt rendi érdekek, humanismus üres jelszavak, azokat az elszigeteltségben fogja érni az erkölcsi halál, mely lesujtóbb minden földi büntetés szigorúságánál.

Ebben az értelemben kell, hogy folytassa egyletünk továbbra is tevékenységét. Az alapot megvetették a 29 év munkásai, csak értsük meg az indokok lélektani finomságát, mely az erre irányult mozgalmakban megnyilatkozik s értsük s értessük meg mindenkivel, hogy akkor, a mikor az orvosi rend az anyagi s erkölcsi romlások veszélyei ellen küzd, akkor a társadalom általános érdekeit is védi s épen ennek a javára folytatja a harczot. Bizunk az igazságos ügy diadalában. Utat fog törni magának a meggyőződés, hogy ez a rend nem középkori kiváltságok, méltatlan anyagi előnyök után vágyódik, de annak magasztos hivatása humanus teljesítésében szüksége van a legteljesebb szabadságra, mely a mindenoldalú függetlenségen épül.

A megpróbáltatások nehéz idejében tartsunk össze mindannyian, a selejtes elemekkel ki a templomokból, a hol a kufároknak helyük nem lehet s az orvosi élet tisztaságának védelmével szolgáljuk legjobban ügyünket.

Egyleti életünk a feladatok eme két csoportjának mivelésével nemcsak hű marad nem dicstelen multjához, de egyúttal legjobban biztosítja a jövő sikereit, fennállásának létjogát. Nincs kétség, hogy a kifejtett programm még intensivebb mivelése egyletünk socialis súlyának emelkedésével kapcsolatosan fog járni, s mi, az orvosi élet napszámosai, erőink teljes odaadásával igyekezzünk az orvosi socialis problemák megoldását elősegíteni.

Tisztelt közgyülés!

Egyletünk a lefolyt 1896/97-dik évben 12 szakülést (11 rendes, 1 rendkivüli), 1 közgyülést és 6 választmányi ülést tartott. Üléseinken 17 előadó 33 előadással szerepel s az előadók névsorát bátor vagyok a következőkben közölni:

1. *Berkovits Miklós* dr.: *a)* Közegészségügyi reformok. Előadás.
b) Mi a diphtheria-bacillus gyakorlati értéke? Előadás.
c) A vakbélkörüli lob tanának mai állásáról. Előadás.
2. *Bodor Károly* dr.: *a)* Pinus montanus-fürdők.
b) Az autointoxicatio tana. Előadás.
c) Sclerosis multiplex esete. Betegbemutatás.
3. *Edelmann Menyhért* dr.: *a)* Otitis externa diffusa esete.
b) Pilocarpinnal gyógyult gége-croup.
c) Az érvágásról. Előadás.
d) Arczorbáncz esete lágyszájpad hüdéssel.
e) Kérődzés esete. (Merycismus.)
f) Bárzsingrák esete.
g) Bradycardia tüdőlob után.
4. *Ertler Mór* dr.: *a)* Rövid közlemény az airolról.
b) Az angina lacunaris és a csúz viszonyáról.
5. *Goldstein Sándor* dr.: A pajzsmirigy-therapia kifejlődése és mai állása.
6. *Grósz Albert* dr.: *a)* A szt. László-fürdő multja és jelene.
b) Az államorvostan fontosságáról. Előadás.
7. *Grósz Menyhért* dr.: A fertőző betegségek és hydrotherapia.
8. *Heringh Sándor* gyógyszerész: Emlékbeszéd Liszka László felett.
9. *Hoványi Ferencz* dr.: Havi jelentések Nagyvárad város egészségügyi viszonyairól.
10. *Konrád Márk* dr.: *a)* Emlékbeszéd Berkovits Zsigmond dr. felett.
b) Fürtös üszög esete.
c) Méhrepedés esete.
d) Lipoma a nagy szeméremajkon.
e) Művi abortus előidézésére szolgáló műszer.
11. *Kornstein Lajos* dr.: A Röntgen-sugarak szerepe az orvosi diagnosticában.
12. *Révész Vilmos* dr.: A gyermekkorban szerzett aphasia két esete. Előadás.
13. *Péchy Károly* dr. (Bihar): A kuruzslásról.
14. *Popovics György* dr.: Havi jelentések Biharmegye egészségügyi viszonyairól.
15. *Sternthal Sándor* gyógyszerész: Emlékbeszéd Ember Emánuel felett.
16. *Ullmann Béla* dr.: Diabetes insipidus esete egy 7 éves gyermeknél.
17. *Wimmer Julián* dr.: Járó-gypskötés.

Az előadások legtöbbje igen tanulságos s magas szinvonalon álló eszmecserére adott alkalmat s különösen ki kell emelnem, hogy az ú. n. referáló, egyes actualisabb kérdés lényegét, mai állását ismertető előadások aránylag tekintélyes számmal szerepeltek az ülések napirendjén. A megyei és városi t. főorvos urak is minden szakülésünkön készségesen ismertették a megfelelő törvényhatóság egészségügyi viszonyait, mely szivességükért e helyen is kötelességemnek tartom köszönetünknek kifejezést adni.

Ez idei vidéki szakülésünket *Czeglédy Sándor* úr, a *Szt. László-Fürdő* főbérlője s a természettudományi szakosztály tagja szives meghivása következtében a Szt. László-Fürdőben tartottuk meg s örömmel mérítettünk meggyőződést e kies fürdőhely, értékes gyógytényező kiváló fejlődéséről. Megyénk valódi gyógykincset bir e helyben, melynek prosperálását mindenikünk szívesen előmozdítja. Az ott élvezett igazi magyaros vendégszeretetről külön megemlékeznem szinte felesleges, mert ez t. tagtársunknál magától értetődik.

Egyleti életünk lefolyt évében első helyen a rendi kérdések domináltak. Nem is lehet másként, mikor napról napra nehezebb az orvosi megélhetés, a midőn mindenki érzi, hogy a rendi viszonyok dülőpontra jutottak s a válság szerencsés elintézése attól függ, hogy az orvosi rend jól felfogott érdekei mellett ne csak platonice foglaljon állást, de végre álljon a küzdők sorába, nyilt sisakkal, jogainak tudatában. Egyletünk a betegsegélyző pénztárak intézménye által teremtett helyzetnek veszélyeit kellő időben felismerte. Bármily jogosnak ismerje is el a socialis reformokat, melyeket egyébiránt a mi törvényhozásunk csak részben oldott meg, bármily kevéssé is zárkózzék el annak jogosultsága, sőt társadalmi szüksége elől, hogy a szegényebb néposztály részére a gyógysegély minél szélesebb mértékben hozzáférhető legyen: ép oly nyomatékkal kellett elfoglalnia azt az álláspontot, hogy a reformokat csakis az orvosi rend jogos igényeinek tekintetbe vételével kell s lehet egyedül sikerrel keresztül vinni. A kérdésnek ma már egész irodalma van, az orvosok nem csupán materialis boldogulásukat védik, de erkölcsi okok vezetik őket a harczban, mert a betegsegélyző pénztári intézmény az orvosokra lealázó helyzeteket teremt s egyenesen az a veszedelem fenyeget, hogy a rend tekintélye komoly megpróbáltatásoknak néz elébe. Az irodalmi harcz csak meddő maradt, intézkedtek róluk, nélkülünk s utoljára nem volt egyéb hátra, mint az orvostársadalmi tiltakozás s a szövetkezés erejével minden vonalon kifejtendő renitentia. *Grósz Albert* dr. tagtársunk, a helybeli orvosi karnak érdemekben megőszült nestora volt az, a ki a millenáris congressusról szóló referatumom kapcsán végre kifejezést adott a mindnyájunk kebelében élő meggyőződésnek s indítványba hozta, hogy az egylet egy külön bizottságot küldjön ki a teendők megállapítása s az actio megindítása végett. A bizottság úgy gondolta, hogy a kérdés megoldását kizárólag az orvosi rend keretében kell megkisérteni s ennek eredményeként megalakult a nagyváradi orvosi szövetkezet. Kartársaink, a helyzet magaslatán, nemcsak azt documentálták, hogy a rendi érdekeket mindenkor összeegyeztetik a humanismus legszélesebben értelmezett követelményeivel, hanem egyúttal a kartársi szellem s összetartozás olyan példáját nyujtották, a minőre Nagyvárad város orvosai mindenha büszkék lehetnek. A szövetkezet, mely *Hoványi Ferencz* dr. városi főorvos vezérlete alatt alakult meg s azóta *Konrád Márk* dr. bölcs elnöklése mellett minden vonalon utánzásra méltó eredményeket vívott ki, ma mint önálló testület féltékenyen őrködik az orvosi jogok érintetlensége felett. Nem kis része van az eredményben a szövetkezet jegyzőjének, *Grósz Menyhért* dr. tagtársunknak, a kinek fáradhatlan tevékenysége az ügynek kiváló szolgálatokat tett. A szövetkezet működését nem alterálja s az eredményt nem teszi kétessé az a körülmény, hogy az orvosi solidaritáson kivülről rés üttetett. Habent sua fata libelli: áll ez minden jó ügyre is. Minden jó ügynek meg vannak a maga ellenségei, de a végső diadal mégsem ezeké, hanem az ügyé, melynek igazságában rejlik a győzelmes erő.

Az orvosi kamarák kérdésében is alkalma volt egyletünknek nyilatkoznia. A kérdés a mult év szeptember havában Budapesten tartott millenáris orvosügyi congressuson lett felvetve, a melyben egyletünk is küldöttségileg vett részt. Az orvosügyi szakosztály, melyben e kérdés egyik referenseképen nekem volt szerencsém közreműködhetni, a kötelező kamarák ellen nyilatkozott, ugyanazon álláspontot foglalva el, melynek egyletünk is régtől előharczosa s miután az országos orvosi szövetkezés szükségét kimondta, egy végrehajtó bizottságot is küldött ki, belevonva egyletünk igen t. elnökét s csekélységemet is a czélból, hogy az országos orvosi szövetség alapszabálytervezetét megállapítván, azt az ez év folyamán a fővárosban tartandó congressusnak terjeszszék elő. Javában folytak a végrehajtó bizottság tanácskozásai, midőn a parlamenti budget-vita rendjén a belügyminister azt a kijelentést tette, hogy az orvosi kamarákat illetőleg egy törvényjavaslat tervezete fekszik asztalán s mielőtt a kérdésben állást foglalna, a javaslatot kellőképen publicálni fogja. Rövid akarok lenni: egyletünk a kötelező kamarák rendszerének ellene lévén, ezen véleményének a miniszterhez intézett indokolt felterjesztésben kifejezést is adott, egyben pedig kimutatta, hogy a javaslat olyan hézagos, annyi ellenmondásokat magában foglaló, hogy annak keresztülvitele szinte beláthatatlan zavarokat fogna okozni. A javaslat főkép a közegészségügyi közigazgatás igényeit tartotta szem előtt, az orvosrendi érdekek istápolását csak másodsorban tűzte ki feladatául s végre megajándékozna bennünket egy fegyelmi hatósággal, melyre az orvosi rend semmiképen sem szolgált rá. Azok, a kik a fegyelem korlátai közé akarják az orvosi foglalkozást beszorítani, teljesen félreismerik e foglalkozásnak lényegét s nem csodálom, ha nemcsak egyletünk, de — bátran állíthatom — az ország orvosainak többsége visszautasította e javaslatot. Egyletünk az országos congressus álláspontját vallja magáénak: csak az önkéntes tömörülés, a legteljesebb autonomiával vezetbet czélra s ép ezért örömmel üdvözli az országos orvosi szövetség megalakítását czélzó mozgalmat. Álláspontunk részletes fejtegetésével ez alkalommal nem fogom igénybe venni a t. közgyülés figyelmét, le van az fektetve feliratunkban, mely két szakülésünk beható tárgyalásainak szüredéke s kellőkép publicálva lett.

Egyesületünk tagsorozata ez évben súlyos veszteségeket szenvedett. Két kiváló tagunk, az egyletnek az alapítás óta tagjai, halt el,

névszerint *Ember Emánuel* gyógyszerész és *Kiss Ferencz* dr. Bihar vármegye nyugalmazott tiszti főorvosa. *Ember Emánuel* tagtársunk emlékét a mai ünnepélyes ülésben *Sternthal Sándor* gyógyszerész úr fogja felelevenïteni. Benne a gyógyszerészi kar egy képzett, ügybuzgó tagját, a társadalom pedig egy minden jóért s szépért lelkesülő tagját vesztette el. *Kiss Ferencz* dr. halála meg éppen milyen érezhető veszteség egyletünkre nézve. Az ő patriarchalis alakját sohasem nélkülöztük egyetlen szakülésünkön sem s ő volt az, a ki a vidéki szakülések intézményét lankadatlan kitartásával a mai népszerűségére fejlesztette. A magyar orvos eme prototypusa, a ki — miként *Bodor* dr. tagtársunk gyászbeszédében oly találóan kifejtette — a nemzeti geniusnak oly harmonikus megtestesülése volt, csak nagy idők után lesz pótolható s egyletünk, mely a nemes elhunytnak oly sokat köszön, még soká fogja érezni azt az űrt, melyet eme tisztelt tagtársunk kidőltével hátrahagyott. Emlékezetének szenteljük a juliusi ülést, a midőn méltó utódja, *Popovits György* dr. úr fogja emlékbeszédében az elhunyt egyéniségének kimerítő rajzát nyujtani.

Tagsági viszonyaink egyebekben így alakultak: összes tagjaink száma 86, ezek közt helybeli orvos 40, vidéki orvos 25, helybeli gyógyszerész 6, a természettudományi szakosztály helybeli tagja 13, vidéki tagja 2. Ennek kapcsán azt a reményemet fejezem ki, hogy az orvosi szövetség megalakítása egyidejűleg impulsust fog adni a megyében élő kartársainknak is a nagyobb számmal való belépésre, mert meggyőződésem, hogy a szövetség mellett egyletünk missiója éppen nem szünik, sőt még annál erőteljesebben fog kidomborodni, minél inkább át megy az orvosi köztudatba az a meggyőződés, hogy a miként azt jelentésem első részében tárgyaltam, rendünk tudományos szinvonalának emelése egyúttal a rendi ethikának alapvető feltétele.

Tisztelt közgyülés!

Jelentésemből kiderült, miszerint egyletünk a maga viszonyaihoz s eszközeihez mérten minden irányban buzgón igyekezett feladatainak megvalósításában. Eredményeit ám itéljék meg mások, nyugodtan bocsátjuk azokat a közvélemény itélőszéke elé, mert él bennünk a tudat, hogy erőink legjavával igyekeztünk szolgálni azokat a czélokat, melyeket helyeseknek, üdvösöknek ismertünk fel. Az egyesülés erejével sok nemes, igaz ügyet segítettünk diadalra, de egyúttal jól tudjuk, hogy a teendők egész sora vár még megoldásra. Nekem az a meggyőződésem, hogy tagtársaink buzgalma, érdeklődése a jövőben sem fog csökkenni s ezt a mindnyájunk által nagyratartott intézményt, egyletünket, még hatályosabban fogjuk fejleszteni. Ez intézmény keretében érvényesíthetjük legnemesebb törekvéseinket, ez az a hely, mely az ellentéteket kisimítja, mely biztos támpontot nyujt a közjóra irányzott minden mozgalmaknak, ez a mi orvosi közéletünk anyaföldje, melyből miként Antaeus mindannyiszor új erőt merítünk az orvosi gyakorlat fáradalmai közepette.

Midőn jelentésemet bezárom, köszönetet mondok a működésemben tapasztalt őszinte, collegialis támogatásért s tisztelettel kérem a mélyen tisztelt közgyülést, hogy jelentésemet tudomásul venni szíveskedjék."

A helyesléssel fogadott titkári jelentés után *Bodor Károly* dr. üdvözli a titkárt, e tisztségnek 10 éves betöltése alkalmából s indítványozza, hogy a titkár működése feletti elismerés a jegyzőkönyvbe igtattassék.

Mihez a közgyülés egyhangúlag hozzájárul.

4. A választmány jelentése a pénztár, a könyvtárosoké a könyvtár állapotáról tudomásul vétetik s előbbinek kapcsán *Nyiry György* pénztárosnak a felmentvény az egylet köszönete mellett megadatik.

5. Ezután elnök *Konrád Márk* dr., úgy a maga, valamint tisztársai nevében is mandátumát mély köszönete kifejezése mellett a közgyülés rendelkezésére bocsátja s felkéri a közgyülést a tisztviselői kar, valamint a választmány megalakítására, a választás vezetésére korelnökül *Grósz Albert* dr.-t, korjegyzőül *Fisch Áron* dr.-t kérvén fel.

Mielőtt az új választások megejtetnének, a közgyülés *Grósz Menyhért* dr. indítványára a lelépő tisztikarnak működése feletti elismeréseként jegyzőkönyvileg mond köszönetet.

Grósz Albert dr. elfoglalván a korelnöki széket, indítványozza, hogy szavazás mellőzésével egyhangúlag a régi tisztviselők választassanak meg. Mit a közgyülés acclamatióval fogadván, megválasztottaknak jelenti ki közfelkiáltással: elnökül *Konrád Márk* dr.-t, alelnökül *Horányi Ferencz* dr.-t, titkárul *Berkovits Miklós* dr.-t, jegyzőül *Edelmann Menyhért* dr.-t, pénztárosul *Nyiry György* gyógyszerészt, könyvtárosokul *Grósz Albert* és *Kécsz Vilmos* dr.-okat. A választmány tagjaiul egyhangúlag megválasztatnak: *Bodor Károly*, *Dőri Ferencz*, *Kornstein Lajos*, *Kutiak Ágost*, *Bartha János* dr.-ok, póttagul *Popovits György* dr.

Ezután újonnan megválasztott elnök *Konrád Márk* dr. elfoglalván az elnöki helyet, mély köszönetet mond megválasztott tisztársai nevében is a közgyülés által újból megnyilatkozásra jutott bizalomért, s azt akként fog igyekezni meghálálni, hogy úgy mint eddig, ezentúl is az egylet érdekeinek szolgálatába állítandja minden erejét. A korelnök s jegyzőnek pedig a közgyülés köszönetét tolmácsolja.

7. Következik a napirend utolsó tárgya: *Sternthal Sándor* emlékbeszéde néhai *Ember Emánuel* felett.

A tömören, a kegyelet s a baráti érzelem igazi hangján megírt emlékbeszéd *Bodor* dr. indítványára kinyomatni határoztatik s a közgyülés tagjai az elhunyt derék tagtárs emlékének tiszteletére helyeikről felemelkednek.

Ezzel a közgyülés napirendje ki lévén merítve, elnök az ülést berekeszti.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Penzoldt und Stintzing: Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. Jena, Verlag von G. Fischer.

Ezen nagy gyüjtőmunka második, részben változott kiadásban indul meg. Változott már a munka czíme is, a mennyiben — tekintettel a sok általános gyógytani fejezetre — a „speciellen" szó a munka czíméből kimaradt. De — a mennyire azt az eddig megjelent füzetekből kivehetni — a tudomány haladásának megfelelőleg és egyébként is elég sok változást, illetve javítást találunk az új kiadásban.

Már az első kiadás megjelenése alkalmával a kritika kivétel nélkül nagyon kedvezően nyilatkozott a munkáról, mint olyanról, mely főkép a gyakorló orvos szükségleteit tartja szem előtt s ennek megfelelően nemcsak azt tárgyalja egész részletességel, hogy „mit", hanem azt is, hogy „miként" kell tenni a gyógyítás szempontjából. A munka teljes, összefüggő átnézetét adja a belorvosi therapiának, úgyszintén felveszi tárgyalásai körébe a specialis disciplináknak (nőgyógyászat, sebészet, fülgyógyászat stb.) azon részeit is, melyeknek ismeretére belső betegségek gyógyításánál minduntalan szükségünk lehet. A munkának úgyszólván páratlan jósága hozta magával, hogy már egy félévvel az első kiadás elkészülte után új kiadásról kellett gondoskodni: oly eredmény, mely még a német orvosi irodalomban is ritkítja párját ily nagy gyüjtőmunkánál.

A mü jóságának bizonyítására különben elég lesz, ha a munkatársak sorából néhány nevet ide iktatunk: Ziemssen, Jürgensen, Mering, Strümpell, Liebermeister, Leube, Bäumler, Rumpf, Lenhartz, Leichtenstern, Madelung, Sonnenburg, Riedel, Schede, Angerer, Binswanger, Edinger, Ziehen, Binz, Husemann stb.

Az új kiadás 20 füzetben fog megjelenni, melyek 7 kötetet képeznek. Egy füzet ára 4 márka 50 fillér (2 forint 70 krajczár).

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Klinikai tapasztalatok a xeroformról.** *Fasano A.*, nápolyi tanár számos kisérletét közli, melyeket a *xeroformmal* bélbajoknál tett, s melyek ezt mint *bélantisepticumot* tüntetik elő, kivált *hagymáz*, *enteritis* és gastrointestinalis antointoxicatiónál. Ezen esetekben hatásosabbnak bizonyult az eddig használt szereknél, mint pl. salol, naphthol, bismuth. salicyl. stb. A napi adag 4—7 gm. 3—6 napon át, a szert vagy gummi-emulsióban vagy ostyában (0,5 xeroform) 2—3 óránként lehet adni. *Diabetes* és *uraemia* 3 esetében is adta Fasano tanár a xeroformot, hol acetonaemiát mutattak avizsgálat és a klinikai tények; erős xeroformadagoknál a comatosus állapot gyorsan megszünt. A szerző *bél-* és *gégetuberculosis* eseteiben is alkalmazta a nevezett szert, az előbbi esetekben hosszú használat után egyes betegek lényegesen javultak. A gégetuberculosisnál utóbb befúvások alkalmaztattak xeroformporral s itt várakozáson felül jól hatott s a legsúlyosabb tüneteket enyhítette. Több hónapig tartó kezelésnél gyógyultak a fekélyek és a beszürődés is. *Orbáncz* gyorsan gyógyult 20%-os xeroform-kenőcs alkalmazására, valamint igen előnyösnek mutatkozott annak használata gyermekeknél, kik erősen nedvező *eczemában* (*impetigo* stb.) szenvedtek. Fasano tanár a xeroformot tehát igen értékes *adstringens* és *siccativnak*, valamint helyi *anaestheticumnak* (a jodoformnál jobbnak) nyilatkoztatja ki. (Archivio internaz. di medica e chirurgica, 1897. augusztus 8.)

2. **Tüdővészesek láza ellen** *Renzi* nápolyi tanár szerint legjobb a thymol, mint a melynek nincsen semmiféle deprimáló hatása és az emésztést még javítja is, a helyett, hogy rontaná, mint a legtöbb lázellenes szer. Rendelésmódja a következő: Rp. Thymoli pulver. 10·0. Div. in dos. Nr. 40. Első napon 4 por veendő be, azután naponként egy porral több a láz megszüntéig. Minden por bevétele után egy pohár vizet kell inni. A láz megszüntetésére átlag 6—7 gramm thymol szükségeltetik. (Sem. méd. 1897. 44. sz.)

TÁRCZA.

† Heidenhain.

(1834—1897.)

Az élet titkait kutatók sorában pusztít a halál. Rövid három év alatt *Helmholtz*, *Ludwig*, *Du Bois Reymond* dőltek ki s ma már a tanítványokra került a sor; *Heidenhain*-ban ezek között is a legjelesebbek egyikét vesztette el a physiologia.

Heidenhain Rudolf 1834. január 29-dikén született, mint Poroszország egyik orvoscsaládjának tagja. Königsbergában, Halléban és Berlinben tanult, az idősbb Volkmann és Du Bois Reymond tanítványa volt. 1854-ben nyert orvosi oklevelet és 1859-ben már a boroszlói egyetem élet- és szövettani tanszékére hivták meg, melyen mind haláláig, mely hosszas szenvedés után október 14-dikén következett be, működött. Működésköre a physiologiának számos ágára kiterjedt. Habilitationalis dolgozata „Disquisitiones criticae et experimentales de quantitate sanguinis in mammalium corpore exstantis. Halii, 1857" volt, melyben a vérmennyiség meghatározását tárgyalja Welckernek *Heidenhain* által módositott eljárása szerint. Ezt követték dolgozatok, melyek az izmok munka- és hőfejlesztését illették, valamint a zsírfelszívódásra is kiterjedtek. Majd „Studien des physiol. Instituts zu Breslau" czím alatt tette közzé az 1861—1868-ig intézetében készült dolgozatokat. Ezek között vannak *Heidenhain* részéről, az ideg- és izomélettanra s az epeelválasztásra vonatkozó dolgozatok. A „Studien" negyedik, utolsó, füzetében találjuk azokat a czikkeket, melyek *Heidenhain* nevét kiválóan ismertté tették, a midőn a nyálmirigyeken kimutatta az azokon, a működéssel járólag, észlelhető változásokat. Ezentúl *Heidenhain* dolgozatait, a vivisectióról és az állati magnetismusról irott külön megjelent közleményein kivül, a Max Schultze-féle Archiv für mikroskop. Anatomie és a Pflüger-féle Archiv f. d ges. Physiologie-ban tette közzé. A nyálmirigyeken kivül a többi, emésztő nedveket szolgáltató mirigyeket is vizsgálat alá vette és az e tekintetben elért kiváló eredményeket még külön is leírta a Hermann-féle Handbuch der Physiologie V. kötetének első részében. *Heidenhain* e vizsgálataival mint első mutatta ki azt, hogy az élettüneményekkel górcsövileg felismerhető változások járnak a sejtekben s a kik ma e változásokat kutatják, *Heidenhain* követői csak. Az ő észletetei bizonyíttották be minden kétséget kizárólag, hogy az anyagforgalom a sejtekben foly le.

Az utóbbi években a felszívódás és nyirokképzés tanulmányozásával foglalkozott s e tekintetben igen nevezetes közlemények jelentek meg tőle; halálos betegsége azonban megzavarta tanulmányai folytatásában és a fáradhatatlan buvárt a korai sirba döntötte, mély fájdalmára kiválóan mindazoknak, a kik hozzá közel állottak és benne nemcsak a jeles tudóst, hanem a rokonszenves, megnyerő modorú munkatársat is szerették.

—*g*.

Úti levelek Olaszországból.

Pisa, 1897. szeptember 15.

Itália az egyetemek száma tekintetében túltesz Németországon, de a minőségük jóval alantabbi. Mindamellett van néhány egyeteme, melyek dicséretre méltó kivétel alá esnek. Ilyen egyebek között a pisai is, melynek székhelyét a többi olasz városoktól előtő tisztasága és az Arno melletti kies fekvése, valamint a toszkánai közeli hegységek miatt, jogosan Olaszország Heidelbergének lehet nevezni. Az orvosi kar intézeteinek nagy része egy közös, egyemeletes épületben van elhelyezve, melynek alapja 1874-ben lett megvetve a város bőkezüségének következtében. Mély tisztelettel kell eltelni egy 40,000 lakosú város iránt, mely erejéhez képest ily nagy áldozatra képes. A mi tízszerte nagyobb és vagyonosabb Budapestünk eddig a pisainál tízszerte kisebb és szerényebb áldozatot sem hozott a tudománynak.

A mi a pisai orvoskari intézetek elhelyezését a legtöbb más városétól megkülönbözteti, az a nagy térszabadság. Az épület csak egyemeletes és nincs beékelve magas házak közé; világosság és levegő minden oldalról hozzáférnek, s az épülethez tartozó tág nyári, sőt téli kert is van csatolva, melyben a tanulók a tanórák közben üdülhetnek. Ezen közös, orvoskari épületnek egyik oldalát a leiró anatomiai intézet foglalja el, melynek beosztására még Duranti Pietro tanár adta meg a tervet a 70-es években, de csak a mostani igazgató, Romiti alatt fejezték azt be, a ki Németországban nyerte anatomiai kiképezését (1873-ban együtt dolgoztunk Strassburgban Waldeyer oldalán). A tanterem arányai és berendezése mintaszerüek, magassága ugyan túlságosnak látszik, de erre itt a meleg olasz klima miatt van szükség. Az előadó-asztal mögött hosszú félivalakú demonstráló-asztal van, erre állítják fel a mikroskopi és egyéb készítményeket. A tér ezen hosszú asztal körül oly bőséges, hogy 80—100 hallgató könnyen keringhet körüle. Jelenleg 120 körül van a leiró anatomiát hallgató első évesek száma, tehát e kis helyen nem sokkal kevesebb, mint a mi népes budapesti egyetemünkön. Az említett félivalakú asztal mögött a hátfal hasonló ivezetű, s ezen szobafalmekkoraságú fehér márványlap van a falba illesztve, melybe a Pisában működött anatomiai professorok nevei vannak sorozatrendben bevésve. A nagynevü Andrea Vesalio nyitja meg a díszes sort, a ki 1542—1544-ig működött Pisában, azonkivül a jelesebbek közül ott találjuk Lorenzo Bellinit 1703-ban, Paolo Mascagnit 1800-ban, Filippo Civininit 1835—1842-ig, Pacinit 1844—1846-ig stb., a legutolsók Pietro Duranti 1851—1885-ig és Guiglelmo Romiti 1886-tól kezdve.

Ezen dicsöitő márványlap felett s a többi falakon is körös-körül az említett tanárok mellszobrai díszítik a termet.

A tudomány bajnokainak ily megbecsülése okvetetlenül buzditólag hat a tanulóságra, s a régi idők dicsőségéből az utódokra is kihat valamennyi, ha ezek a körülményekben megtalálják az ambitióra a rúgót. De az idők változtak, Itália nem viszi többé a tudományban a hegemoniát! Vajjon azon örökérvényü világtörvényben kell-e ennek okát keresnünk, mely szerint minden emberi fejlődés csak bizonyos fokig emelkedhetik, azontúl pedig hanyatlás áll be? Lehet, hogy így van, de emelkedés és hanyatlás között meg van a megállapodás korszaka, arra pedig szabály nincs, hogy az meddig tartson s kétségtelen, hogy Olaszországban a hanyatlás idejekorán állott be. Midőn Itália még sok államra volt felosztva, kisebbekre és nagyobbakra, azoknak fejedelmei nemes ambitiótól buzdítva iparkodtak a művészet és tudomány bajnokai közül a legjelesebbeket megnyerni, s vonzó eszközül felhasználták részint a tudomány és művészet eszközeinek gazdagabb nyujtását, részint előnyösebb anyagi ellátást. E miatt a jelesebb művészeket és tudósokat majd az egyik, majd a másik fejedelem udvarán vagy országának egyetemén találjuk; vándoroltak azok úgy, mint manap Németország egyetemein a kitünőbb erők. Ama szép napok örök dicsőséget vésték Itália történetébe, de Olaszország államainak közös királyságba olvasztásával leteltek; még a képfaragó s festőművészetben sem áll mai nap Olaszország az első helyen, még kevésbbé a tudományban. Ha ennek rugóit keressük, önkénytelenül arra a gondolatra kell jönnünk, hogy a verseny hiányának is meg van benne a maga része, habár más okok is közreműködhetnek. Olaszország számos állami egyetemén a tanárok mind egyformán vannak javadalmazva, a főszakmák képviselői úgy, mint a mellékszakmáké, kis egyetemeken a néhány hallgató oktatásáért és gyakorlati kiképezéseért a vezető csakúgy van jutalmazva, mint a kinek gondozására a látogatott egyetemeken százak vannak bízva. Hol van itt a rugó, a mely az utóbbiakat nagyobb munkabirásra serkentse? Hogy erre az idealizmus, az ambitio egymagában nem elégséges, legalább nem elég a legnagyobb számra, habár lehetnek egyes dicséretes kivételek, arra bizonyitóbb példa nem kell, mint Olaszország. A tudomány és művészet hegemoniája a derült olasz ég alól felvándorolt először Németalföldre, azután Franeziaország és Brittanniába, újabban pedig Németország viszi a vezérszerepet, mert megtalálta a helyes módját annak, hogy a tudományért és művészetért nem elég a lelkesedés, hanem ahhoz anyagi áldozatok is kellenek s a jobb erőknek megbecsülése mind elismerésben az állam részéről, mind pedig anyagi javadalmazásban.

Olaszországban az egyetemi tanulás egészen díjtalan, csak a magántanárok szedhetnek igen alacsony tandíjat. Ezen rend-

szernek káros hatása eléggé mutatkozott eddig is, s lehetetlen, hogy a jövőben ne legyen még nagyobb a visszaesés. Olaszországnak számos egyeteme van már most is, melyeknek tanárairól az irodalomban semmit sem hallunk, s e miatt amaz egyetemek létezése is ismeretlen előttünk. Hallott-e valaha valaki valamit a camerinói, pármai, catániai, messinai, siennai stb. egyetemekről? Az anatomiában legalább ismeretlen nagyságok azok. Vajjon mivel töltik ama kis városokban a tanárok idejüket, az mindenki előtt érthetetlen, a ki tudománynyal foglalkozik. Ott csak tanítanak, de hogyan, azt el lehet képzelni az olyanokról, a kik szakmájuk irodalmi művelésével nem foglalkoznak. Vannak ugyan egyes dicséretes kivételek is, pl. az anatomiában és szövettanban Todaro Rómában, Golgi Páviában, Romiti Pisában, Giacomini Turinban stb., de ezek csak kivételek, s mint a hogy egy fecske nem hozza meg a tavaszt, s néhány fa nem tesz erdőt, úgy a kivételek sem hatnak ki az általános műveltségre. Ápolás és buzdítás híján a tudomány sínylik úgy, mint az utas az árnyéktalan úton; már pedig a tudomány művelésére dús lombú erdőre van szükség, hogy annak árnyékában a tudományt művelők mindent megtaláljanak, mit a szellem művelésén kivül a test megkiván, s ennek arányban kell lenni azon követelésekkel, a mennyit a művelők erejétől követelünk. Hibázik a szülő, a ki a csecsemőnek annyit ad, mint a serdülőnek, s a satnyának annyit, mint az izmosnak, az egyiket úgy ruházza, mint a másikat; majd megjön az idő, midőn gyermekeiben sínyli meg oktalan gondozását.

Olaszországban az előadások november elején kezdődnek s tartanak juniusig, e szerint 5 hónapra terjed a szünidő. Boldog professorok, mennyit dolgozhatnának 5 hónap alatt! Hogy a meleg klima őket ebben akadályozná, az csak részben mondható, mert most szeptemberben felső Olaszországban nem találtam nagyobb meleget, mint nálunk; azonkivül a hegyes vidékek és a tengermellék még nyáron is megadják az irodalmi összeállításra szükséges dolgozási képességet. Itt a tanév nincs két részre felosztva, hanem csak egyszeri beiratkozás van, s az előadások novembertől május végéig egyhuzamban folynak. Ezen rendszer nem lehet sem a tanárra, de még kevésbbé a tanulóra előnyös, mert ha az előadások lelkiismeretesen betartatnak, akkor mindkettőnek ki kell merülni; azonban valóbbszinü, hogy minden alkalom felhasználtatik a kisebb szünetekre, az efféle kurta megszakítások pedig a fegyelmet lazítják és a szakmát megcsonkítják. Terjedelmes és alapvető szakmákat kevesebb idő, mint 8 hónap alatt, még alapvonalaiban sem lehet befejezni, s még igy is szorgalmasan utána kell látni a tanárnak, ha hivatását komolyan veszi.

Pisában és az olasz egyetemeken egyáltalán az anatomiai gyakorlatok 3 éven egymásután kötelezők. A tanulást Romiti tanár helyesen úgy rendezte be, hogy a gyakorlatokra hármas csoportokat irt ki, s ezeket a 3 korévből állítja össze, hogy igy a jártasabb a kezdőt vezesse és oktassa. Rendszeres szövettani gyakorlatokat egyhuzamban itt nem végeznek, hanem alkalmilag dolgozzák azt, a mi az előadások folyamán előfordul, azt is csak a felső évesek, ellenben az első évesek amazokat csak nézik. A szövettan tanítását Pisában Pacini hozta be, a ki 1844—1846-ig, tehát a histologia csecsemőkorában volt itt az anatomia tanára; tudvalévőleg ő volt az, a ki még deákkorában Pisában felfedezte a már Vatertől leírt, de előtte ismeretlen tapintó testecskéket.

Az anatomiai muzeum Pisában gazdag, a mi nem is lehet máskép ott, a hol a makroskopi anatomia oly kitünőségei működtek, mint R. Colombo, Mascagni, Civinini stb. A muzeumi térbőség mindenütt meglepő, úgy hogy hosszú időkre előrelátólag gondoskodva van helyről a szaporodásra. Az intézet átalánya évi 3000 lira, a mi itt aránylag azért nagyobb összeg mint másutt, mert a hullákat az anatomia a kórházakból egészen díjtalanul kapja, s igy a 3000 lira egyedül a személyzet tudományos dolgozatainak fedezésére használható fel. A tanulók Pisában olcsón élnek, 15—20 liráért már jó szobát kapnak; szabadságuk az olasz egyetemeken egyáltalán nagy, s ez az oka annak, hogy minduntalan előfordulnak összekoczczanások a rendőrséggel, mint arra tavaly is politikai tüntetések miatt ok volt. A rendőröknek az egyetemi épületbe nem szabad belépni, s olyan alkalmakkor a tanulók ott keresnek menedéket. Ilyenkor más nem segit, mint az egyetemi előadásoknak berekesztése, mint az tavaly is történt.

Különös bonczoló-asztalokat láttam itten, melyeket még Duranti tanár készíttetett. Az asztallap a közepén vasoszlopon nyugszik, s e felé eséssel van ellátva; ezen lap felett mintegy 2" magasságban bádogfedél van, s ezen krajczármekkoraságú lyukak vannak, hogy rajtuk a folyadékok az asztallapra folyjanak, onnan pedig az üres vaslábba. Az utóbbi alant aspirátorral van ellátva, hogy a folyadékok azonnal eltávolittassanak. Azonban a mostani tanár ezen készüléket nem használja, mert czélszerütlennek találta. A szolgák által ellátandó tisztogatás többet ér, mint az efféle elméleti okoskodáson alapuló mesterkélés, csak szolga álljon elég rendelkezésre.

Habár Pisában az anatomiai intézetben nem láttam olyat, a miről tudomásom nem volt, nem bántam meg, hogy utamban itt megálltam. Eltekintve a bizarr ferde toronytól és a dom belsejének nagyszerüségétől, az Olaszországon átutazónak érdemes Pisában egy napot tölteni már csak azért is, hogy a baptisterium echojának csodálatos harmoniájában gyönyörködjék, a melyhez fogható nincs több Olaszországban.

***

Firenzében tartózkodásom alatt megnéztem a Galeria Ufficiban a híres medici Venus szobrát, hogy azt anatomiai szempontból szemügyre vegyem. Ezen életnagyságú szobor a Tribunának nevezett nyolczszögü teremben van felállítva, a görög művészet egyéb elsőrendü szobraival és Rafael, Corregio, Tizian stb. remek alkotásaival együtt. A Venus talpazatán olvasható görög felirásból itélve, azt az atheni Kleomeros faragta; a szobrot Tivoliban találták Hadrian császár villájában s onnan Firenzébe hozták. Sokszor megbirálták már e művet s a legtöbben lelkesednek érette, persze a férfiak, mert hiába, Venus istenasszonyt mainap is csakúgy tisztelik, mint az ó-korban. A ki azonban a milói Venust is látta Párisban a Louvreben s az idomok harmoniás helyességét, nem pedig az idealizált érzéki kihivást tartja a képfaragó művészet legfőbb czéljának, az okvetetlenül nem a firenzei, hanem a párisi, illetőleg ú. n. milói Venusnak fogja az elsőséget odaitélni. Ezen minden testrész a legszebb harmoniában van, minden, nemcsak emberileg képzelhető legtökéletesebb szépségü, hanem anatomiailag is helyes és arányos. Nem képzelhető ugyan, hogy ily szépséghalmaz egy és ugyanazon egyénre legyen pazarolva, de bizonyos, hogy különféle egyéneken szétosztva előfordulnak s ezeknek egybefoglalása abban nem mondható természetellenesnek, meggondolva azt, hogy jelen lehetnek azok egy egyénben is összpontosítva, a miről az, a kinek alkalma van ilyet látni, még akkor sem szól, ha képfaragó-művész, még kevésbbé pedig a laikus. A milói Venuson anatomiailag kifogásolni valót nem tudtam felfedezni, de ugyanazt firenzei társnőjéről nem tudnám mondani. A fej kicsinysége nem áll arányban az altest és medencze szélességével; a törzshöz s egész termethez képest a lábszárak hosszúak s a lábikra modellozása hibás, mert a lábikraizom húsos része kelleténél magasabban végződik; az Achilles-in melletti bemélyedések hiányzanak, az alkar mintázása is kifogásolható, a hosszú és karcsú ujjak pedig túlságosan idealizáltak. Mindamellett ezen hiányok ellenében a firenzei Venuson oly sok szép részlet van, hogy azok ellenében az anatomiai fogyatékoktól eltekinthetünk. Nevezetesen remek a has és hát, valamint a far modellozása s gyönyörüek a lábak, valamint az emlők, bár az utóbbiak ily fejlettségü has és medenczével biró érett nőhöz képest idealizáltak. Megengedem, hogy a firenzei Venus érzéki hatása az egész testtartás kecsessége és koketteriája miatt a milóinál nagyobb, de hogy anatomiai tökéletesség és aesthetikai szépség tekintetében azzal nem versenyezhet, arról meg vagyok győződve. Az anatom persze más szemmel és mértékkel birál, mint a laikus, különösen ha Venus szoborról van szó.

A Tribunában felállított többi antik szobor jobban kielégitette várakozásomat, mint az elhíresztelt Venus, melyről azt mondják, hogy egymaga megérdemli a Firenzébe való utazást. Ezt a dicséretet inkább a két birkozónak és Praxiteles vésőjének tulajdonított tánczoló faunnak itélném oda, ezeken anatomiai birálattal sem lehet kifogásolni valót felfedezni. Lehet, hogy a közvélemény is ezeknek itélné oda a pálmát akkor, ha női alakokat ábrázolnának! Bámulat és mély tisztelet fogja el a nézőt a görög képfaragó-művészet ezen remekei előtt s önkéntelenül felmerül

bennünk a gondolat, honnan vették régi mesterek a müérzéket ilyeneknek alkotására s mily éles szemmel tudták az emberi testidomok helyes arányait ellesni, hogy hasonlókat azóta emberi kéz nem tudott teremteni. Ennek okát nem lehet másban keresni, mint abban, hogy a földön minden csak bizonyos fokig tökéletesíthető s a tökéletesség tetőfoka után hanyatlásnak kell beállnia. A képfaragó-művészet aranykora Athen hatalmas virágzásának korára esett, a festőművészeté a XV—XVI. századra, a költészeté a mult század végére s a jelennek elejére, azután jött a megállapodás s ezt felváltotta a hanyatlás. Ebbe bele kell nyugodni, csak arra van hatalmunk, hogy a hanyatlás idejét minél továbbra halaszszuk. Mainap a művészek nagy része megélhetési okokból dolgozik, ha valamelyiknek tehetsége van, nagyobbak az igényei és gyorsan dolgozik, hogy sokat szerezzen. Tökéletes művek alkotásánál ily indokoknak távol kell maradniok, minthogy pedig ez nem vág össze a mai kor igényeivel, ennek tulajdonítandó a sok selejtes munka. A görög képfaragók kiválóbbjai évekig dolgoztak remekműveiken s ahhoz gondos előtanulmányokat tettek; nem a díjazásra, hanem a nép ítéletére pályáztak; azért hagytak az utókorra oly alkotásokat, a minőkhöz hasonlók azóta napvilágot nem láttak. *Mihalkovics.*

Vegyesek.

Budapest, 1897. október 22-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. október 3-tól 1897. október 9-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 442 gyermek, elhalt 206 személy, a születések tehát 236 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 4, hökhurut 3, kanyaró —, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 8, agyvérömleny 7, rángások 6, szervi szívbaj 14, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 23, tüdőgümő és sorvadás 30, bélhurut és béllob 45, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák —, Bright-kór és veselob 3, angolkór —, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 6, aggkór 6, erőszakos haláleset 11. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 1899 beteg, szaporodás 658, csökkenés 622, maradt e hét végén ápolás alatt 1935. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. október 8-dikától október 15-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 11 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 31 (meghalt —), vörhenyben 19 (meghalt 1), kanyaróban 12 (meghalt —), roncsoló torokloblban és torokgyíkban 24 (meghalt 2), trachomában 14, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 14 (meghalt 1), orbánczban 27 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 2 (meghalt 1).

— **Alkalmaztatások az egyetem orvosi karán.** Az orvoskari intézetek és klinikák mellett a következők nyertek alkalmazást: *Élettani intézet: Heim Pál* díjtalan gyakornok. *Demonstratorok:* Fizetéssel (50 frt): *Balogh Zsigmond* és *Müller Marczel* V. é. o. h. Díjazatlanul: *Kugel Mór, Konrád Jenő, Lichtmann Viktor, Ziffer Hugó* o. h. *II. sz. kórboncztani és kórszövettani intézet:* Díjazott gyakornok: *Verebély Tibor* szigorló orvos. Díjazatlan gyakornokok: *Zimmermann Károly* dr., *Rhorer László* szigorló orvos. *II. sz. boncztani intézet:* 1-sö tanársegéd (hely.) *György Gábor* szigorló orvos. 2-dik tanársegéd (hely.) *Lévy Lajos* szigorló orvos. Díjazott gyakornok: *Tóth Zsigmond* V. é. o. h. Díjazatlan gyakornokok: *Horváth Ferencz* V. é. o. h., *Löbl Vilmos* V. é. o. h. és *Genersich Antal* V. é. o. h. Díjazott demonstratorok: *Brezovszky Nándor* II. é. o. h., *Derencsay Rezső* II. é. o. h., *Hartmann Lajos* II. é. o. h., és *Plesch János* III. é. o. h. Díjazatlan demonstratorok: *Friedmann Márk* II. é. o. h., *Politzer Simon* II. é. o. h., *Várady László* II. é. o. h. *Gyógyszertani intézet:* I. tanársegéd-helyettes: *Fenyvessi Béla* dr. II. tanársegéd-helyettes: *Csiky János* dr. Díjtalan gyakornokok: *Thaly Guidó, Massanek Gábor, Elischer Gyula* V. é. o. h. *Elme- és idegkórtani intézet:* Díjazatlan gyakornokok: *Moór Emil, Lukács Hugó, Apt Ferencz, Hudowernig Károly* szigorló orvosok. *II. sz. szülő- és nőgyógyászati klinika:* 1-sö tanársegéd *Tóth István* dr. (meghosszab.). Poliklinikai tanársegéd: *Neumann Szigfried* dr. Díjazott gyakornokok: *Szili Sándor* dr., *Tassy József* dr. Díjazatlan gyakornokok: *Schwarcz Hugó* dr. és *Pauer Károly* dr. Díjazatlan új gyakornokok: *Kelen József Lengyel Endre, Frigyesi József, Adler Oszkár, Gerő Leó* és *Öhler László* dr.-ok. *II. sz. belklinika:* I. tanársegéd: *Dieballa Géza* dr. II. tanársegéd: *Kétly László* dr., Díjazott gyakornok: *Wenhardt János* dr. Díjazatlan gyakornok: *Halka Lajos* dr., *Jellinek Adolf* dr. *II. sz. sebklinika* (Réczey tnr.) Ösztöndíj. műtőnövendék: *Simon Gyula* dr. Díjazatlan műtőnövendék: *Dapsy Viktor* dr. *I. sz. belklinika:* Díjazatlan gyakornok: *Pollatsek Elemér* dr. Díjazott gyakornokok: *Benedict Henrik, Kovács József* dr.-ok. *I. sz. kórboncztani és kórszövettani intézet:* Díjazott gyakornok: *Trebits Gyula* dr. (meghosszabb.). II. tanársegéd: *Feldmann Ignácz* dr. Díjazatlan gyakornokok: *Reichenfeld Zoltán, Tauszk Kornél, Vrchovszky Károly* szigorló orvosok. *I. sz. szülő- és nőgyógyászati klinika:* Díjazott gyakornokok: *Nádory Béla, Nodroviczky Győző* dr.-ok. Díjazatlan gyakornokok: *Wenczel Tivadar, Lovrich József, Kortsák Antal* dr.-ok. *Bőrkórtani tanszék:* Díjazott gyakornok: *Deutsch Arthur* dr. Díjazatlan gyakornok: *Tausz Béla* dr. *I. sz. boncztani tanszék:* II. tanársegéd: *Gonsory Béla* dr. Díjazott gyakornok: *Guszmann József* V. é. o. h. Díjazatlan gyakornok: *Skrilecz Mihály* V. é. o. h. Díjazott demonstratorok: *Veress Andor, Manges Dezső, Bihari Jenő, Frim Arthur.* Díjazatlan demonstratorok: *Szili Jenő, Szily Pál, Liszer Jenő, Szendef Ida* o. h. *Általános kór- és gyógytani intézet:* Díjazatlan gyakornok: *Sidlauer Jenő* szigorló orvos. *Közegészségtani intézet:* Díjazatlan gyakornok: *Stenczel Sándor* szigorló orvos. *Szemklinika:* Díjazott gyakornok: *Leitner Vilmos* dr. Díjazatlan gyakornokok: *Prohászka László, Belopotoczki György, John Miksa, Selye Hugó* dr.-ok.

△ **A törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság.** Az igazságügyminister a törvényszéki orvos-vizsgáló bizottság tagjaivá *Czárán István* kir. itélőtáblai birói czímmel és jelleggel felruházott budapesti büntető kir. törvényszéki birót, *Felletár Emil* dr. orsz. birósági vegyészt, *Genersich Antal* dr. budapesti tud. egyetemi ny. r. tanárt és az igazságügyi orvosi tanács tagját, *Katona Béla* dr. budapesti kir. főügyészi helyettest, *Kenyeres Balázs* dr. kolozsvári egyetemi ny. r. tanárt, *Kézmárszky Tivadar* dr. budapesti tud. egyetemi ny. r. tanárt, *Kozma Gyula* dr. kolozsvári kir. főügyészt, *Lechner Károly* dr. kolozsvári egyetemi ny. r. tanárt, *Morarcsik Ernő Emil* dr. budapesti tud. egyetemi ny. rk. tanárt s az igazságügyi orvosi tanács tagját, *Preisz Hugó* dr. állatorvosi akademiai tanárt és az igazságügyi orvosi tanács tagját, *Réczey Imre* dr. budapesti tud. egyetemi ny. r. tanárt és az igazságügyi orvosi tanács tagját, *Szabó Dénes* dr. kolozsvári egyetemi ny. r. tanárt, *Salgó Jakab* dr. egyetemi magántanárt, állami tébolydai főorvost és az igazságügyi orvosi tanács tagját, *Szász Béla* kir. itélőtáblai birói czímmel és jelleggel felruházott kolozsvári kir. törvényszéki birót, *Szőcs Ákos* kolozsvári kir. itélőtáblai birót, végre *Traiber Vincze* dr.-t, az igazságügyministeriumba szolgálattétel végett behivott budapesti kir. törvényszéki birót három év tartamára nevezte ki.

△ **Az internationális lepra-conferenciát** folyó hó 11—16-dikáig tartották meg *Berlinben.* A több napon át folytatott tanácskozások eredménye az, hogy az értekezlet a lepra körelőidézőjéül elfogadta a *Hansen-Neisser*-féle lepra-bacillust és a lepra-járványok elterjedésének leküzdésére legalkalmasabbnak ismerte el az isolátiót.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Szt.-Lukács-fürdő téli és nyári **gyógyhely.** **Nagy kénes iszapfürdő**; iszapborogatás, douche-massage, kő- és kádfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Lakás és teljes ellátás hetenként 25 frt. (közepes ár). Prospektust küld az igazgatóság **Budapesten.**

HIRDETÉSEK.

TANNOFORM.

Formaldehyd és Galluscsersavból készült sürüsödési termény hintőpor, 10%-os szappan és 10%-os kenőcs alakjában rendkivül hatásos

hyperidrosis, bromidrosis, felfekvés, aranyér, bőrbajok, alszárfekélyek, intertrigo stb. ellen.

Belsőleg jó hatású mint **adstringens** heveny és idült **bélhurutoknál** 1—2 grammos naponkénti adagokban szállitja:

MERCK E., Darmstadt.

A TANNOFORM hatásáról tanuskodó közlemények rendelkezésre állanak.

GYÓGYMECHANIKAI INTÉZET

(Dr. Zander rendszere szerint).

TESTEGYENÉSZET, SVÉD GYMNASTIKA, MASSAGE.

Budapest, VIII. ker., Muzeum-körút 2. sz. a.

(Nemzeti színház bérháza, I. emelet.) 43

Rendelő orvosok: **Dr. REICH MIKLÓS, Dr. SÜMEGI JÓZSEF.**

Negyvenegyedik évfolyam. 44. szám. *Budapest, 1897. október 31.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti „Stefánia"-gyermekkórházból.

Adatok a gyermekkor tuberculosisához.

Közli *Torday Ferencz* dr., kórházi segédorvos.

Számadatokkal igazolt tapasztalati tények alapján tudjuk, hogy a tuberculosis fellépési, elterjedési, gyógyulási és halálozási viszonyai különbözők egyrészről országok, vidékek, városok szerint, másrészt a megbetegedett egyének kora és egyéb viszonyai szerint. Bókay János tanár, a „Stefánia"-gyermekkórház igazgató főorvosa megbizott azzal, hogy a kórház 10 évi beteganyagát feldolgozzam oly czélzattal, hogy a gyermekkor tuberculosisát érintő kérdések minél többjére való tekintettel csoportositsám az anyagot, hogy kitünjék, miképen állanak nálunk ezen viszonyok: vannak-e különbségek a mi kórházunk beteganyaga által szolgáltatott adatok és a más kórházakból közlöttek között. A budapesti „Stefánia"-gyermekkórházban 1886—1895. években ambulanter és kórházilag kezelt betegek és azok hullái, illetve az azokról feljegyzett adatok szolgáltak számomra anyagul.

Midőn azon kérdésre akarunk választ adni, hogy mily viszonyban vannak a tuberculotikus megbetegedések a másnemü megbetegedésekhez, leküzdhetlen nehézségekbe ütközünk; mert valamely beteg tuberculotikus volta az élőben gyakran biztossággal meg nem állapitható. Kórházi élő beteg-anyagunkból azokat vettem a tuberculotikusok közé, kiknek bántalma minden esetben, vagy az esetek legnagyobb számában a *Koch*-féle tuberculosis bacillus által idéztetik elő. Feltétlenül tuberculotikusak tehát azon gyermekek, kik évkönyveinkben: meningitis basilaris tuberculosa, phthisis pulmonum, peritonitis tuberculosa, lupus, coxitis, spondylitis, caries, tuberculosis diagnosissal vezettettek; az orchitis-, illetőleg az epididymitis-esetek is ide számithatók, mert a kórokozó momentumok közül a gonorrhoea végkép elesik, a traumának is minimalis szerep jut, a lues pedig nem szokott a gyermekkorban a herékben elváltozásokat előidézni.

A bakteriologikus kutatások alapján valószinünek látszik, hogy a tuberculosis és a scrophulosis egy pathogenesissel birnak; hogy a kórboncztanilag és klinice különböző két bántalom ugyanazon kórokozó momentum, a *Koch* tuberculosis-bacillusa által idéztetik elő. De kórboncztanilag a scrophula egy hyperplastikus lymphoma a normalis szövetek jelentékeny túltengésével, mig a tuberculumokat a kórbonczoknok heteroplastikus lymphomának mondják, mert a kötőszövetből lymphatikus elemekből álló képződmény fejlődik. Klinice scrophulosis alatt a nyirokmirigyek, különösen a nyaki és állalatti mirigyek azon jelentékeny és időközönként változó hyperplasiáját értik, melynél a kórtokozó tuberculosis-bacillus bevándorlása helyén a köztakarón, a külbőrön vagy a nyálkahártyákon jelentéktelen, illetve nem arányban levő elváltozásokat idézett elő. Az egyéni dispositióban kell lenni az okának annak, hogy ugyanazon kórokozó hatány egyik egyénnél főkép jelentékeny localis elváltozásokat, roncsoló folyamatokat, egyes szervek functióinak akadályozását, illetve beszüntetését és ezzel egyes szerveknek vagy az egész szervezetnek elhalását, azaz tuberculosist, a másiknál scrophulosist, azaz dyskrasiát, a szövetek könnyü vulnerabilitását idézi elő. Ennek következtében az egyénnél egyidejüleg vagy successive többszörösen gyuladások lépnek fel a különböző szövetekben, melyek csekély gyógyulási hajlammal birnak, a szomszédos és távolabbi nyirokmirigyek hyperplasiája által kisértetnek és végeredményükben sokszor sajtos szétesésre és abscedálásra vezetnek (*Langerhaus, Baginsky, Henoch*). Ezen dispositio vagy szerzett vagy veleszületett, mint azt *Birch-Hirschfeld* tartja, daczára, hogy az affectiók olykor későn lépnek fel, minek oka, hogy a latens betegségnek még egy külső impulsusra van szüksége a kitöréshez. Nemcsak klinice és kórboncztanilag, de prognostice is különbözik a tuberculosis a scrophulosistól olyannyira, hogy számtalan, gyermekkorában scrophulotikus egyénnél később tuberculotikus jelenségek nem fejlődnek.

De miután tuberculotikus gyermekeknek azokat vettem, kiknek bántalma kizárólag vagy a legtöbb esetben a tuberculosis bacillusa által idéztetik elő, pathogenetikus alapon a scrophulosist és annak jellegzetes tüneteit, az idült mirigyduzzanatokat és lymphomákat is a tuberculotikus bántalmak közé soroztam, tekintettel lévén azonban azon körülményre, hogy a mirigyduzzanatok lokalis környéki irritatio és heveny-fertőző bántalmak által is előidéztethetnek.

A gyermekkori izületi bántalmaknak legcsekélyebb része acut és ezek vagy traumatikus vagy infectiosus eredetüek. A hevenyfertőző kórok közül a scarlatina után leggyakoribb az arthritis, a többieknél ritka, bár szintén észlelhető. A gonorrhoikus arthritisek blennorrhoea neonatorum-mal függhetnek össze. Miután a gyermekkori arthritisek legnagyobb része idült és ezeknél aetiologikus momentumként főkép a tuberculosis szerepel, ezért a gyermekkor tuberculotikus bántalmai közé az arthitiseket is bevettem, a következtetések levonásánál azonban az előbb elmondottakra tekintettel voltam. A kyphosisok, scoliosisok a gyermekkorban az első három évben legtöbbször rhachitikus eredetüek; az azután fejlődők legtöbbször spondylitis-szel függnek össze, bár a scoliosisnak congenitalis, traumatikus, heges, habitualis és statikus fajai is megkülönböztettetnek, mire adataink összeállitásánál hasonlóképen figyelemmel voltunk.

Az otitis media igen gyakran scrophulotikus, illetve tuberculotikus gyermekeknél lép fel; a fülgyógyászati szakmunkák hangsúlyozzák azonban, hogy a középfül genyes, tuberculotikus lobja hasonlit az otitis media catarrhalis exsudativához vagy az otitis media suppurativa chronicához, melyekkel azonban nem azonos. Az otitis media létrejöttére a hajlamot inkább anatomiai alapon, mint a dyscrasiával magyarázzák. A kórokozó momentumok között a hevenyfertőző kórokuak is nagy szerep jut.

A felsorolt bántalmakban szenvedő gyermekek adnák körülbelül az összes tuberculotikusokat, csak a nyirokmirigyduzzanatok és lymphomáknál, valamint az otitis mediánál kell jelentékenyebb levonásokat eszközölnünk. A többi differentia kiegyenlitődik az által, hogy nagyszámú tuberculotikus gyermek valamely heveny megbetegedéssel mutattatik be és akkor ezen diagnosissal szerepel évkönyveinkben.

Kórházunk ambulantiáján 1886—1895. évig megfordult 143,339 beteg gyermek közül ez alapon *8—9·14%* tekinthető tuberculotikusnak. *Demme* 36,148 beteg gyermek közül *5·6%*-nál, *Herz* 4000 1—14 éves beteg közül *8%*-nál, *Cnopf* sen. *11·47%*-nál talált tuberculosist; *Biedert* adatai szerint 8332 tuberculosus betegnek *6·4%*-a esik a gyermekkorba. Ezen adatok közti különbségek részben a beteganyagban lelik magyarázatukat. Kórházunk ambulans betegforgalmának 63%-át teszik ki a 0—3 év közti gyermekek, míg más kórházakban, kivált ott, hol lelenczházak is vannak, mások e viszonyok. Továbbá differentiát ad azon körülmény, hogy a tuberculosis élőben való diagnostizálása tág határok között mozog. A nembeli különbségek csekélyek, csak tized százalékokban állanak beteganyagunkban. *Barthez* és *Sanné* statistikája és *Papavoine* szerint a leányok aránylag nagyobb számmal tuberculotikusak, kivált az idősebb gyermekkorban.

Kor szerint az élő anyagban a tuberculosis leggyakoribb volt nálunk a *3—7 év* között: 36%-a az eseteknek, az összes e korú ambulansoknak 14%-a; utána következnek az 1—3 éves gyermekek, azután a 7—14 évesek és legvégül az 1 éven aluli csecsemők, kik közül 3% lenne tuberculotikus, az összes tuberculotikusokhoz viszonyítva 11%. A diagnosis nehézségei folytán az ezen korbeli adatok birnak természetszerűleg a legcsekélyebb értékkel. *Biedert* szerint az eloszlás kor szerint a következő: 0—1 évig 6·8%, 1—5 évig 48%, 5—10 évig 27%, 10 éven túl 18%. *Demme* szerint legnagyobb számú a megbetegedés 2—4 év között, azután jön az 5—10 év, míg *Herz* szerint a 2—4 év után gyakoriságra az 1—2 év és csak ezután a 4—6 év következnék. *Cnopf* adatai értelmében kor szerint a tuberculosis gyakorisága így sorakozik: 1. 1—2 év, 2. 5—12 év, 3. 2—4 év és 4. 0—1 év. *Barthez* és *Sanné* úgy találták, hogy a tuberculotikus gyermekek a nem-tuberculotikusokhoz úgy aránylanak 1—2 évig, mint 47:79, 3—5 évig mint 107:70, 6—10 évig mint 107:37, 11—15 évig mint 53:25. *Papavoine* arányszámai hasonlók.

Évkönyveinkben az egy éven aluli kor nincs részletezve s így erre vonatkozólag adatokat nem szolgáltathatok. *Demme* 5 gyermeknél, kik 9 nap és 5 hét között voltak, kiterjedt miliartuberculosist, részint elsajtosodott mirigyekkel, részint cavernákkal észlelt; *Parrot* kiterjedt tuberculosist talált egy 18 napos gyermeknél, *Herz* 2 hetesnél; hasonlóképen *Sabourand*. *Lannelongue* pedig csont- és izületekben talált tuberculosist 25 esetben, részint születés után, részint az első hetekben. *Cnopf* 298 tuberculosus betege közül 20 esik az első fél életévre, a második félévre pedig 28. *Froebelius* szerint az első életévben ritka betegség a tuberculosis, aránylag leggyakoribb a 2—4 hó között.

Az egyes tuberculotikus megbetegedések közül legnagyobb számúak — 18% — azon esetek, hol a tünetek oly kifejezettek, hogy a betegek a tuberculosis vagy scrophulosis gyüjtődiagnosis neve alatt vezettethettek. Kor szerint itt a felosztás annyiban változik, hogy az egy éven aluli tuberculosus gyermekek nagyobb számánál, azaz 9%-nál volt a kórisme megállapitható.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház II-dik sebészi osztályáról. (Főorvos Navratil Imre egyet. ny. r. tanár.)

A keztyűs kézzel való operálásról.

Közli *Hültl Hümér* dr.

(Vége.)

Kimutatás a szt. Rókus-kórház Navratil-féle osztályának műtőtermében, fekvőbetegeken 1897-dik évi május 26-dikától szeptember 30-dikáig végzett műtétekről.

I. Oly műtétek, melyeknél a sebnek per primam egyesülése volt intendálva.

Kelet	Diagnosis	Operatio	per primam	fonaltályog	genyedés
Máj. 26	Morbus Basedowi	Resectio n sympath.	1	—	—
„ 28	Carc. labii inf.	Excisio	1	—	—
„ 31	Hernia libera	Bassini	1	—	—
Jun. 2	Fibromyoma uteri	Laparotomia	1	—	—
„ 3	Defectus nasi	Plastica	1	—	—
„ 4	Sarcoma testiculi	Castratio	1	—	—
„ 9	Epilepsia	Resectio n. sympath.	1	—	—
„ 11	Impressio cranii	Trepanatio	1	—	—
„ 14	Lymphoma	Kiirtás	1	—	—
„ 18	Genu valgum	Mac Ewen	1	—	—
„ 18	Volvulus	Laparotomia	—	1	—
„ 19	Peritonitis tuberculosa	Laparotomia	1	—	—
„ 20	Vuln. punctum	Laparotomia[1]	—	—	—
„ 20	Varicocele	Exstirpatio	1	—	—
„ 21	Lipoma	Exstirpatio	1	—	—
„ 21	Corpus alienum	Eltávolítás	1	—	—
„ 21	Necros. tibiae	Evidement	1	—	—
„ 25	Fibroma mammae	Excisio	1	—	—
„ 25	Gonitis tuberculosa	Amputatio[2]	—	—	—
„ 29	Hernia incarcerata	Herniotomia	1	—	—
„ 29	Hernia incarcerata	Herniotomia	1	—	—
Jul. 2	Carcinoma labii inf.	Excisio	1	—	—
„ 5	Contractura genu	Amputatio	1	—	—
„ 7	Morbus Basedowi	Resectio n. sympath.	1	—	—
„ 9	Hernia incarcerata	Herniotomia	1	—	—
„ 12	Hernia libera	Bassini	1	—	—
„ 12	Volvulus	Laparotomia[3]	1	—	—
„ 13	Carcinoma ventr.	Gastroenterostom.[4]	—	—	—
„ 13	Lipoma nat.	Excisio	—	—	1
„ 19	Lipoma	Excisio	1	—	—
„ 19	Carc. faciei	Excisio	1	—	—
„ 20	Epilepsia	Resectio n. sympath.	1	—	—
„ 20	Incarceratio interna	Laparotomia	—	1	—
„ 21	Carcinoma lab. inf.	Excisio	1	—	—
„ 28	Hernia incarcerata	Herniotomia	1	—	—
„ 28	Epilepsia	Resectio n. sympath.	1	—	—
Aug. 2	Hernia libera	Bassini	1	—	—
„ 3	Chondroma	Exstirpatio	1	—	—
„ 4	Fistula stercoralis	Laparotomia	1	—	—
„ 6	Cysta ovarii	Laparotomia	1	—	—
„ 7	Epilepsia	Resectio n. sympath.	1	—	—
„ 7	Neuralgia n. infraorb.	Resectio	1	—	—
„ 10	Lymphoma colli	Exstirpatio	1	—	—
„ 11	Abscess. frigid.	Excoch. sutura	1	—	—
„ 14	Hernia libera	Bassini	1	—	—
„ 14	Hernia libera	Bassini	—	1	—
„ 16	Ganglion	Exstirpatio	1	—	—
„ 16	Pes equinus	Tenotomia	1	—	—
„ 18	Hernia libera	Bassini	1	—	—
„ 21	Meningokele	Ablatio	1	—	—
„ 25	Carc. linguae	Resect. mandibulae	1	—	—
Szept. 4	Carc. ventriculi	Gastroenterostomia	1	—	—
„ 4	Hernia incarcerata	Herniotomia	1	—	—
„ 9	Hernia libera	Bassini	1	—	—
„ 10	Hernia libera	Bassini	1	—	—
„ 10	Genu valgum	Mac Ewen	1	—	—
„ 12	Angioma	Excisio	1	—	—
„ 13	Fibroma mammae	Exstirpatio	1	—	—
„ 18	Defectus nasi	Plastica	1	—	—
„ 21	Carc. pylori	Gastroenterostomia	1	—	—
„ 22	Carc. ventriculi	Gastroenterostomia	1	—	—
„ 23	Conus amput.	Reamputatio	1	—	—
„ 23	Volvulus	Laparotomia	—	1	—
„ 24	Volvulus	Laparotomia[5]	—	—	—
„ 27	Cc. pylori	Gastroenterostomia	1	—	—
„ 29	Cystoma ovarii	Laparotomia	1	—	—
„ 29	Incarceratio interna	Laparotomia			
	Peritonitis	Resectio intestini	1	—	—

II. Oly műtétek, melyeknél az aseptikus lefolyás volt intendálva. (Az ejtett sebek vagy egyáltalán nem, vagy csak részben egyesittettek. Üregük jodoformos gaze-zal lett kitöltve. Oly műtétek, melyeknél a per primam egyesülés tulajdonképen lehetetlen).

[1] Közvetlenül a műtét után halál; [2] bevérzés a csonkba, műtét után 1 nappal exhaustio folytán halál; [3] seb a fonalak eltávolítása után szétvált, de újolag varratokkal egyesittetvén, per primam gyógyult; [4] műtét napján halál; [5] közvetlenül a műtét után halál.

Esetek száma	Diagnosis	Műtét	Resectio nélkül	Lobos reactio
3	1 absc. cerebri, 2 impressio cranii	Trepanatio	3	—
8	Stenosis laryngis	Tracheotomia	8	—
4	Struma	Excisio strumae	4	—
5	Lymphoma colli	Excochleatio	4	1
1	Necrosis mandibulae	Resectio	1	—
1	Polypus fibrosus nasi	Temporaer orrresec.	—	1[1]
11	Álképlet	Excisio	10	1
1	Szájpadhiány	Uranoplastica	—	1[2]
6	Conquassatio extremitatis	Amputatio	6	—
11	Caries (costae, cubiti, femoris, pedis, abscessus frigidus etc.)	Evidement, resectio	10	1[3]
1	Fractura male sanata	Osteotomia	1	—
5	Hernia incarcerata	Herniotomia	4	1
5	Hydrokele	Volkmann	5	—
2	Nodus haemorrhoid.	Paquelin	2	—
1	Hydrops ascites	Punctio	1	—
1	Tumor testiculi	Castratio	1	—
2	Calculus vesicae	Sectio alta	2	—
1	Strictura recti	Resectio Kraske	1	—

III. Fertőzött betegen gummikeztyűben végzett operatiók. Ugyanazon műtőteremben operáltattak, hol az aseptikus műtétek. Esetek száma 34. (Diagnosisok: gangraenás sérvek, abscessus, phlegmone, gangraena pedis, necrosis, mastitis, periostitis, carbunculus, angina Ludovici, fistula ani, perichondritis laryngis, empyema thoracis, abscessus paranephriticus).

IV. Vértelen műtétek. Esetek száma 89. (Diagnosisok: luxatio, fractura, arthritis; therapia: repositio, gipsz-kötés, organtin-kötés, brisement forcé).

Irodalom: [1] H. Robb: Centralblatt f. Chir. 1895, 741. old. [2] C. Lauenstein: Untersuchung über die Möglichkeit die Haut des zu operirenden Kranken zu desinficiren, Arch. f. klin. Chir. 53 k. [3] Samter: Die Prüfung der Hautdesinfection nach der antiseptischen Methode. Arch. f. klin. Chir. 53. k. [4] Fürbringer und Freyhan: Deutsche med. Wochensch. 1897, 6. sz., [5] Arch. f. Gynäcologie, [6] Deutsche med. Wochenschr. 1895, 51. sz. és 1897, 8. sz. [7] Poten: Chir. Asepsis der Hände, Karger, Berlin 1897. [8] Löhlein: „Veit's Handbuch der Gynäcol. 1897. [9] Centralbl. f. Chir. 1897, 26. sz. és Deutsche med. Wochenschrift 1897, 26. sz. [10] Ueber Operations-Handschuhe, Beiträge zur klin. Chir. 19. k. első füzet. [11] Operations-Handschuhe, Centralblatt f. Chir. 1897, 26. sz.

Kimutatás az Elischer főorvos vezetése alatt álló szt. Rókus-kórházi szülő- és nőbeteg-osztály 1896. évi működéséről.

Közli: *Szabó Sándor* dr. alorvos.

(Vége.)

Méhenkivüli terhesség.

Nyolcz eset került osztályunkra a lefolyt évben.

Négy esetben, melyek a terhesség *első* felében voltak, minden beavatkozástól tartózkodtunk és absolut nyugalommal, jeges borogatásokkal sikerült a fenyegető tüneteket elmulasztanunk. A betegek 3—4 hétig tartózkodtak osztályunkon és lényegesen kisebbedett tumorral távoztak. Ezen esetek közül az egyik oly ijesztő tünetekkel került hozzánk, melyek a gyors beavatkozást javallani látszottak. Elkészültünk a laparotomiára, de mindamellett várakozó álláspontot foglaltunk el és mint az alább leírandó eset mutatja, helyesen.

Z. Ilka (10,917. f. sz.) 26 éves. II. P. Julius hó 4-dikén d. e. 11 órakor jött osztályunkra. Utolsó tisztulás április hó 23-dikán. Előadja, hogy tegnap hirtelen rosszul lett, elájult, görcsöket kapott hasában. Ma ismét elájult, fájdalmas görcsei vannak. Bejövetelkor újólag elájult. Gyenge, elnyomható pulsus, anaemikus külem, szederjes ajkak. Hőmérsék 37·6. A homályosan kitapintható, megnagyobbodott uterustól jobbra egy, a köldök magasságáig terjedő, igen érzékeny, tisztán körül nem járható, elastikus tumor foglal helyet. Douglas mérsékesen ledomborított. D. u. 2 órakor pulsus nem tapintható; 2 aether-camphor-injectio. D. u. 3 órakor pulsus kissé javult. Utóbb ismét egy injectio. Azóta a közérzet lassanként javult. Julius 8-dikán éjjel apró kis decidualis hártyák távoztak a méhből. Három izben volt 38·3-ig terjedő hőemelkedése és julius 18-dikán, ellenkezésünk daczára, elhagyta az osztályt. A tumor ekkor körülbelül gyermekfejnyi, teljesen mozgatható s az uterus mellső felszinével látszik összefüggni. Augusztus hó 5-dikén ismét felvétette magát, előadja, hogy tiz nap óta igen gyakran hány. A tumor lényegesen kisebb, köldök alatt 3 ujjnyira terjed. Baloldalt egy kis diónyi elastikus tumor van. A hányás ellen aludttejet kapott, mire ez csakhamar megszünt. Augusztus 15-dikén jó étvágygyal és elég jó közérzettel hagyta el a kórházat. A tumor akkor köldök alatt 4—5 ujjnyira tapintható.

[1] A felhasított orr sebe hatodnapra per primam tapadt. Eddig a beteg láztalan, majd meningitis tünetek és halál. Sectio: purulens meningitis. [2] Részben szétvált. [3] Egy könyök-resectiónál 40°-os láz, gyógyulás.

Eseteink közül 3-nál, kik a terhesség 2-dik felében voltak, a hátsó hüvelyboltozat megnyitásával távolitottuk el a megrepedt tubákat. A reconvalescentia nem volt láztalan, bár a hőmérsék 39° fölé nem emelkedett, az üregek jól telődtek s a betegek 18—32 napi kórházi tartózkodás után jó közérzettel távoztak.

Egy esetben laparotomia vált szükségessé. Az eset a következő:

K. Ferenczné (18,303. f. sz.) 39 éves. IV. P. 1895. év november 13-dikán vétette fel magát. Utolsó P. 6 év előtt. Első szülés után egy egész évig vérzett, bár nem nagy fokban. Utóbb vérzése magától elmaradt. Különben szülései és gyermekágyai rendesek voltak. Utolsó tisztulás 1895. márczius hó 24-dikén. Akkor erősen hányni kezdett. A szt. István-kórházban 6 hétig per anum táplálták, mire állapota javult. Magzatmozgásokat 1895. julius 14-dikén érzett először. Ugyanez év november elején újból hányni kezdett, osztályunkra jött, hol savanyú tej és sodavíz adagolása mellett állapota annyiban javult, hogy körülbelül deczember közepe óta a kinzó hányások csak reggelenként jelentkeznek. A hányás ezen csökkenésével egyidejűleg a gyermekmozgások megszüntek. Jól táplálkozik s hízik. A has kerülete kisebbedik. 1896. január közepén csekély vérzése volt, kis fájással, de mindkettő csakhamar megszünt. A méhszáj zárt, méhfundus 1 ujjal a symphisis felett. A magzat a méh üregében szabadon harántul fekszik a méh felett, főtömegével jobbra. A Douglasban kisebb részek tapinthatók.

Február 14-dikén laparotomia: A hasüreg megnyitása után kiderül, hogy a cseplesz egy nagy sima felületű tumorhoz tapad, mely a hasban harántul fekszik s számos erős odanövéssel rögzitett mindenfelé. Az odanövések feloldása után sikerül a nagyobb tumort, t. i. a magzatot burkaitól megszabadítani s ekkor kiderül, hogy ez egy a Douglasba terjedő kisebb tumorral függ össze. A tumorok kifejtése az adnexák eltávolitása után; cseplesz resecáltatik nagy területben, hasvarrat 4 etageban. Ritkább esete oly tubaris terhességnek, hol a tuba megrepedése után a magzat a hasüregben tovább nő és teljesen ki lesz hordva. A reconvalescentia első 7 napjában láztalan, azután 38·7-ig terjedő lázak kiséretében a seb felső zugában tályog képződött, mely igen lassan gyógyult. A nő meghízva, teljesen gyógyultan hagyta el osztályunkat április 7-dikén.

Méhrák.

Ambulantiánkon a lefolyt évben 97 nő jelentkezett a méhrák oly előrehaladt stadiumában, mely minden beavatkozást kizárt. Osztályunkon 29 rákos beteget ápoltunk. Ezek közül, mint utólag kitünt, minden beavatkozásra alkalmatlan volt 8, radicalis műtétre alkalmatlan volt 12, radicalisan operálva lett 7.

A radicalis beavatkozásra alkalmatlan esetekben (12) excochleatiót végeztünk narcosisban s utána erélyes paquelinezést.

Radicalis műtétet 7-szer végeztünk és pedig a hüvelyen keresztül totalis méhkiirtást 6 esetben (3798., 4181., 11,328., 12,055., 17,381., 18,134. f. sz.), 1 meghalt sepsisben (3798.); 1 esetben a hasüreg megnyitásával (14,618.). Ezen utóbbi eset részben téves klinikai diagnosis folytán végeztetett laparotomia útján.

M. Henrikné 55 éves O. P. október 8-dikán jött osztályunkra. Előadja, hogy 2 év óta daganat nő hasában. A has teriméjében megnagyobbodott. A vagina szűk, urethrában kis polypus, portio vaginalis magasan a symphisis alatt. Méhtest ki nem tapintható. A hasban, inkább jobboldalt, nagy emberfejnyi, helyenként egyenetlen felszinű, solid, mérsékesen mozgatható tumor tapintható, mely körülbelül a köldök táján egy kis területében fluctuál; a Douglasban ökölnyi, elastikus tumor tapintható, mely a felső daganattal együtt nem mozog. Diagnosis: *Fibromyoma cysticum*. Október 12-dikén laparotomizáltuk a beteget. A hasfal megnyitása után előtünik a megnagyobbodott méh, mindkét oldalt erősen kitágult tubákkal és zsugorodott ovariumokkal. Az adnexák lekötése s a tumor peritoneumának nagy terjedelemben való leválasztása után a tumort a cervixben amputáltuk s a Douglasban foglalt másik kisebb tumort is kiemeltük. A megnyitott méhüreg paquelenozása. A csonkot peritoneummal fedtük. Hasvarrat 4 etagéban. A

*

reconvalescentiában fonalgenyedés. A nő 27 nap mulva gyógyultan távozott.

Szövettani diagnosis: *Adenocarcinoma uteri*, az uterus falában ülő s részben elmeszesedett *fibromák* kiterjedt hyalin degeneratiót mutatnak.

A vaginalis exstirpatiót tisztán ligaturával végezzük, a hátramaradt nyilást szűkítjük és jodoformgazedraint vezetünk be a hasüregbe.

Méhrostdag.

Osztályunkon 17 esetben volt képviselve. Öt közülök (6767., 6854., 10,720., 13,252., 15,016. f. sz.) részint a klimaxhoz közel levő kor, részint pedig a tumor kis terjedelme miatt operálva nem lett. Két esetben (6854. és 13,525.) jó eredménynyel *curettaget* végeztünk, különben pedig ergotinkészítmény adagolásával iparkodtunk a vérzés ellen hatni.

Polypus fibrosus eseteink között 6-szor fordult elő (11,384., 12,666., 12,743., 13,078., 13,478., 14,986. f. sz.). Ezen esetekben galambtojásnyi, egészen almamekkoraságú megszületett fibromyomákkal volt dolgunk, melyek lecsavarása vagy ollóval való lecsapása nehézséget egy esetben sem okozott.

Myomotomiát 6 esetben végeztünk (3451., 6686., 8029., 12,181., 14,213., 16,084. f. sz.).

1. *P. Mihályné* (3451. f. sz.) O. P. 33 éves nőnél márczius 3-dikán végeztük a laparotomiát. Egy gyermekfejnyi tumort távolítottunk el — az adnexák előzetes lekötése után — egy ékszerű kimetszéssel a cervixben. Cervix összevarrása. Hasvarrat. A nő márczius 29-dikén gyógyulva távozott osztályunkról.

2. *F. Lajosnénál* (6686. f. sz.) IV. P. erős vérzés s fájdalmak miatt április 17-dikén laparotomiával távolitottunk el egy emberfejnyi myomát jobboldali nagy hydrosalpinx-szal. Adnexák eltávolítása, méh amputatiója a cervixben, összevarrása. Has-zárás. Teljesen láztalan reconvalescentia.

3. *L. Julianna* (8029. f. sz.) I. P. nagyfokú vérzés s fájdalmak miatt junius 3-dikán operáltatott. A baloldali adnexáknak erős adhaesiókból való kihámozása után a nagy férfifejnyi tumort amputáltuk. Ekkor kiderül, hogy a méhüreget egy szétesö, puha tumor tölti ki, mely a cervixbe beterjed. Ennélfogva *totalis exstirpatiót* végeztünk a hasüreg felől. Drainage. A beteg junius 8-dikán sepsis tünetei között meghalt.

4. *F. Emília* (12,181. f. sz.) 49 éves I. P. nagyfokú vérzés, fájdalom és állandó vizeletcsurgással jelentkezett osztályunkon. Széke rendetlen, napokig tartó obstipatiót hasmenés vált fel. Beteg igen elgyengült. A hólyag rendkivül kitágult, a tumor által felfelé vongáltatik. A Douglasban elastikus tumor tapintható. Az operatiót augusztus 19-dikén végeztük. A műtét nehéznek bizonyult a számos adhaesiók miatt. A megvastagodott tubák és a tumor is több helyen a béllel szorosan összenőttek, kivált a jobb tuba egy a Douglast kitöltő, teljesen adhaesiókkal körülvett tumorral függ össze szorosan. A tumor kiemelése csak a számos adhaesiók tompa megoldása után sikerül, miközben egy helyütt a bél beszakadt. Sero-serosus varratok. A méh amputatiója után a csonk ellátása; a Douglas megnyitása után drainage. A teljesen kimerült beteg 5 aether-injectiót kapott. Műtét után 17 órával meghalt.

5. *B. Gézáné* (14,213. f. sz.) 37 éves O. P. évek óta fennálló nyomás, vérzés és utóbbi időben jelentkező fájdalmak miatt jött osztályunkra. Szeptember hó 14-dikén lett laparotomizálva. A gyermekfejnyi tumor amputálása után a megnyitott méhüreg paquelinozása s a csonk bevarrása következik. Hasvarrat 3 etageban. Teljesen zavartalan reconvalescentia.

6. *Cz. Katalin* (16,084. f. sz.) O. P. négy év óta észleli hasában a tumor fokozatos nagyobbodását. Október 10-dikén operáltatott. Két gyermekfejnyi subserosus myoma enucleálása után: *Castratio.* Hasvarrat 3 etageban. Zavartalan reconvalescentia után november hó 5-dikén távozott a kórházból.

Hat myoma operatiónk közül 4 gyógyult, 2 pedig meghalt. 8029. f. sz. elhalt esetünknél totalis exstirpatiót kellett végeznünk; oly súlyos beavatkozás, mely sehol sem nyujt kedvező prognosist; 12,181. f. sz. elhalt esetünknél pedig a számos makacs összenövések folytán a műtét igen hosszúra nyult s igy talán a teljesen kimerült beteg kisfokú resistentiája is okozható részben a kimenetelért.

Petefészek daganatok.

Tiz ilyen álképlet lett osztályunkra felvéve. Ezek közül egy (5545. f. sz.) a műtétbe nem egyezett bele. Operálva lett 9. Ezek közül *jóindulatú cysta* volt 5 (2016., 13,417., 14,119., 19,771., 19,798. f. sz.); meggyógyult mind az 5; a 14,119. f. sz. zsirdús hasfalú nő hosszú reconvalescentiával, makacs hasfali genyedés után. *Dermoid cysta* 1 esetben volt (2707. f. sz.), meggyógyult. *Rosszindulatú tumor* volt 3 és pedig: *Papillomás tömlő:* 1 (11,896. f. sz.), zavartalanul gyógyult. *Sarcoma ovarii:* 1 (7484. f. sz.), a beteg 4-ed napra meghalt. *Adenocarcinoma ovarii:* 1 (4502. f. sz.), a tumor mindkét oldalra terjed. A beteg 3-ad napra meghalt. Kilencz műtétre esik 2 haláleset, mindkettő rosszindulatú tumorok eltávolitása után sepsis által. Laparotomiáinknál varróanyagul selymet s a hasvarratokhoz silkwormot használunk; mindkettőt kifőzés után sublimat-alkoholban tartjuk. Ezen eljárással sem sikerül a fonalmenti genyedéseket teljesen eliminálni. A hasüreg kitisztitására sterilizált vizben ázó és használat előtt jól kiszorított tupfereket alkalmazunk.

Hólyag- és húgycső-bajok.

12 beteg kereste fel osztályunkat a hólyag, hüvely, méhnyak és húgycső combinált fistuláival. Kettő (9416., 14,093. f. sz.) nem engedte magát operálni, az esetek közül 5-nél (1755., 4959., 7398., 18,227., 19,045. f. sz.) javulást értünk el, néha csak többszörös műtét után és 5 esetben gyógyulva távoztak betegeink.

1. *Sch. Mária* (8527. f. sz.). A cervix felső részén egy a hólyagba érő teljesen behúzódott fistula. A hegek feloldása után a sipolyt felfrissitjük és selyem csomós varratokkal zárjuk. Teljes gyógyulás.

2. *Cs. Józsefnének* (11,382. f. sz.) a hólyagnyakon volt fillérnyi sipolya. A fistula szélei puhák. Két izben operáltuk; második műtét után kis gombostűfejnyi sipoly marad, mely edzésre záródott.

3. *N. Albertné* (13,012. f. sz.) urethro-vaginalis, ujjnyi fistulával jött be. Narcosisban felfrissitjük az engedékeny széleket és catgut- és selyemvarratokkal egyesítjük. Prima gyógyulás.

4. *S. Jánosnénak* (13,334. f. sz.) nagy húszfillérnyi hólyag-hüvely sipolya volt. Narcosisban a szakadékony sipolyszéleket szélesen felfrissítve, haránt irányban zárjuk. A seb lassan bár, de teljesen záródott.

5. *N. Emma* (16,054. f. sz.) esete különösen érdekes. Előadja, hogy gyermeke nem volt, havibaja sem volt soha. Testén kiütést tagad. Hét év előtt állitólag méhgyuladása volt, akkor 4 hónapig feküdt; ujjával daganatot tapintott akkor szeméremtestében, mely elcinte igen fájdalmas volt; utóbb a fájdalmak megszüntek s azóta csurog a vizelete, de magától is tud vizelni. A genitaliák kivül eczematosusak, mirigyek nincsenek, luest kimutatni nem lehet. 2 cm.-re az urethralis nyilástól egy heges, sarjadzó, borsónyi sipoly, mely a hüvelybe szolgál. A kissé conikus portio vaginalison méhszáj nem látszik; méh rendes nagyságú, retroflectált, parametriumok resistensek, át nem tapinthatók. A heges sipolyszélek felfrissítése, alávájása után egyesítés ezüstvarratokkal. Teljes gyógyulás.

Azonkivül volt még osztályunkon húgycsőpolypus (17,868. f. sz.), prolapsus (13,754. f. sz.) és stenosisa a húgycsőnek külső nyomás folytán (16,020. f. sz.).

Különfélék.

A nagy ajkak heveny sérülése *haematoma* képződéssel 3 esetben fordult elő; *2 cystát* exstirpáltunk a nagy ajkakból és egyet a vaginából. A jobb nagy ajkból egy körülbelül koronamekkoraságú *carcinomát* exstirpáltunk cocain érzéstelenitéssel (10,780. f. sz.). Szülési akadályt képezett a 3716. f. sz. esetben egy, a czomboktól kiinduló s a vulvát harántul szükitő igen kemény hegesedés, mely égés után keletkezett. A vajúdó nő nagy fájdalmakkal kereste fel osztályunkat, hol a hegeket körülbelül 4 cm. hosszú kétoldali incisiókkal kellett megoldani, mire a szülés és a gyermekágy zavartalanul lefolyt.

Érdekes a 11,588. f. sz. eset: *Sz. Györgyné* d. u. 5 óra tájban állitólag egy létráról leesett; vérezni kezdett. A mentők d. u. 8½ órakor hozták be. A nőn az acut anaemia súlyos tünetei észlelhetők. Vizsgálva kiderül, hogy a VIII-dik hónapban terhes, az 1 ujjnyi méhszájon keresztül koponya tapintható, magzati szivhangok nem hallhatók. Mérsékes vérzés. A vérrel telt vagina kiüritése után kiderül, hogy a bal kis ajk felső részén az urethra magasságában egy körülbelül 2 fillérnyi repesztett seb tátong, mely 1½ cm.-re a mélybe terjed, lefelé pedig körülbelül 3 cm.-re halad felületesebben. A sebnek mély varratokkal való tárása után a vérzés azonnal megszünik. Az anaemia súlyos tünetei ellen mindent elkövetünk: hypodermoklysis, enteroklysis, autotransfusio, aether-injectiók alkalmazása daczára a pulsus rosszabbodik és éjfélkor beállott az exitus.

Atresia hymenalist 1 esetben észleltünk (15,864. f. sz.) 14 éves leánynál, ki 4 hó óta havonként visszatérő erős fájdalmakról panaszkodott. A hymen kifelé domborodott, mögötte fluctuatio észlelhető (Haematokolpos). A hymen megnyitása után mintegy ¾ liter kátrányszerű vér ürült ki. Két esetben (1437., 17,643. f. sz.) láttunk erősebb vérzést defloratio után,

sőt egyik esetben (17,643. f. sz.) szükséges volt a mély berepedéseket körülölteni.

Két esetben végeztünk próbalaparotomiát (3036., 17,043. f. sz.); mindkét esetben carcinosissal volt dolgunk. Az első eset műtét után 26 napra gyógyult hassebbel távozott a kórházból, a második pedig műtét után 20 órával meghalt. Végül 2 esetről számolok be, melyek téves diagnosis folytán lettek osztályunkon operálva.

1. *Cz. Mari* (7274. f. sz.) körülbelül 1½ emberfejnyi hastumorral jött osztályunkra, a tumort körülbelül 2 év óta veszi észre. A daganat helyenként puha, másutt ismét solid consistentiájú. Az április 4-dikén megejtett laparotomiánál kiderül, hogy egy baloldali, valószínűleg tuberculotikus alapú pyonephrosissal van dolgunk, mely a kiemelési kísérletnél beszakadt, úgy hogy geny ömlött a hasüregbe. A tumor tökéletlen kiirtása után hasvarrat. A beteg május 2-dikán meghalt. Diagnosis: *Peritonitis, pyelitis caseosa dextra c. nephritide caseosa; tubercul. pulm. disseminata.*

2. *K. Teréz* (13,652. f. sz.) esete más helyen bővebben lett ismertetve s bemutatva, így tehát csak röviden említem meg. A köldököt 5 ujjnyira meghaladó dúdoros nagy tumort körülbelül 3 év óta veszi észre. A szeptember 22-dikén megejtett laparotomiánál kiderül, hogy a méh és függelékei épek. A nagy tumort részben férfiökölnyi elmeszesedett részletek, a közéjük nőtt jobb vese s a szorosan rátapadt lehágó remese képezik. A vese kiirtása után könnyebben sikerül a kis medenczét kitöltő s extraperitonealisan elhelyezett tumorhoz férni, mely legnagyobb részben kihámoztatott, visszamaradt tokja pedig összeöltetik. Hasfalvarrat. A hasseb primára egyesült; a beteg naponkénti vizeletmennyisége 900—1050 gm. között variált, vizeletben kevés fehérnye volt látható. A beteg rosszul táplálkozott. Október 28-dikától kezdve a vizelet mennyisége megcsappant, naponta 500—600 gm. A hasban a középvonaltól jobbra a medenczе faláig, felfelé pedig a köldök magasságáig terjedő kemény, mozgatható, nem érzékeny tumor tapintható. A beteg inanitio tünetei között november 11-dikén, tehát műtét után majdnem két hónappal, meghalt. Diagnosis: *A retroperitonealis mirigyek csontosodó vagy meszesedő sarcomája. A bal vese mérsékelt compensatorius túltengése. Subacut léptumor. Máj nagyfokú vérszegénysége. A myocardium nagyfokú degeneratiója. Tüdővizenyő.*

Közlemény Purjesz Zsigmond dr., ny. r. egyet. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Kórodai észleletek a Widal-féle serodiagnosis értékéről.

Jancsó Miklós dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédektől.

(Folytatás.)

Casuistica.

A fent ismertetett vizsgálati módszereket alkalmaztuk:

I. A klinikán fekvő betegeinknél az egész kórlefolyás alatt ismételten; nevezetesen a könnyebb, gyorsan megejthető függőcsepp-vizsgálatokat minden 3—4 napon végeztük, míg a körülményesebb: a reactio felső határának megállapításával egybekötött makroskopikus reactiókat esetenkint különböző időközökben, 4—8 naponkint, ismételtük; egyes esetekben csupán 1—2 ily meghatározást, másokban többet is eszközöltünk.

II. Felhasználtuk az ambulantián előforduló typhus és typhusra gyanus eseteket; továbbá a városban, sőt nehányszor a vidéken előfordult betegedési esetekből származó vért is volt alkalmunk a kérdés iránt érdeklődő t. collegáink szivességéből megvizsgálni.

III. A gyermekgyógyászati ambulantián előfordult typhus és typhusra gyanus eseteknél szintén eszközöltünk vérvizsgálatokat.

A II. és III. alatti esetekben azokon természetesen csak függőcsepp-vizsgálatokat végezhettünk.

***

Városunkban, valamint a közelfekvő falvakban az idén meglehetős nagy számban észleltettek typhus-esetek; s ezeknél a lefolyás általában véve sokkal súlyosabb volt, mint a megelőző években észlelt eseteknél, a mit bizonyít az a tény, hogy az idén, úgy a városban, mint a klinikán a typhusnak nemcsak absolut, hanem percentualis halálozása is a mult évekhez képest jelentékenyen nagyobb volt.

I.

A klinikán benfekvő betegek közül 34-nél végeztünk kiterjedtebb vizsgálatokat. Ez eseteket három csoportba osztva ismertetjük.

A) csoport.[1]

Ide soroljuk a lethalis kimenetelű eseteket, melyekben tehát a typhus-diagnosist maga a sectio igazolta absolut biztossággal. Ilyen esetünk volt 9 s pedig a következő, röviden vázolt lefolyással:

1. Kiss Mihály. Betegsége hatodik napján súlyos typhus abdominalisnak kifejezett tüneteivel hozatott a kórodára s itt a betegség 15-dik napján bélátfúródás tünetei között elhalt. Sectiónál találtatott: „Typhus abd. in stad. necrosis et ulcerationis, perforatio ulcer. intest. ilei cum peritonitide sept. acuta. Lymphadenitis suppurat. mesenter. Pneumonia hypostat. lobi inf. pulm. dextri stb."

Függőcsepp-vizsgálat:

A száraz vér az egész lefolyás alatt mindig azonnal, jól kifejezetten adta a reactiót.

Makroskopikus vizsgálat:

A betegség kilenczedik napján vett vér savójával 50-szeres higításnál víztiszta, a reactio felső határa a 150-es higításnál.

2. Dáma Péter. Betegsége 14-dik napján súlyos typhus tüneteivel vétetett fel s a 20-dik napon a szívműködés folytonos rosszabbodása mellett elhalt. Sectiónál: Typhus abdom. in stad. partim infiltrat., partim ulcerat. glandular. aggregat. intest. ilei; ulcera typhosa pharyng. et laryng. stb.

Függőcseppel: Az egész lefolyás alatt mindig azonnal, jól kifejezett reactio.

Higítással: 14-dik nap: Víztiszta 40-nél, felső határ 80-nál.
„ 19 „ „ : „ 80-nál „ „ 200-nál.

A halál beállta után 6 órával a vena cruralisból vett vér savójával felső határ 80-nál.

3. Zách Juliska. Körülbelül egy hónappal a kórodára való felvétele előtt mintegy két hétig tartó magas lázzal (40·0°) járó betegséget állott ki, mely után jobban lett s pár napon át már fenn is tudott járni; 7 nappal ezelőtt azonban hirtelen ismét rosszul lett, heves hastáji fájdalmak lepték meg, azóta gyakran csuklik, hányási ingerei vannak, de hányása nem volt.

Felvétel napján a gracilis alkatú fiatal nő igen súlyos beteg benyomását teszi. Hőmérséke 38·5° C.; arczon körülirt pir; subsultus tendinum. Mellkas lapos, keskeny; jobb supraclav. árok felett a kopogtatási hang kissé tompult; tüdők fölött mindenütt érdes sejtes légzés, számos száraz, középnagy szörtyzörej hallható. Pulsus 136 perczenként, kicsi, puha. Nyelv erősen bevont, tapadós; beteg étvágytalan. Has nagyfokú meteorismust mutat, a has bőrén számos roseola látható. Lép nem tapintható, tompulata a 8—11. bordáknál. Széke e napon egyszer formált. Vizeletben — légenysavval aláöntésnél — majdnem 1 cm.-nyi fehérje gyűrű, de a vizelet üledékében csak uratok s nehány cylindroid találhatók.

Következő napokon a hőmenet folytonos lépcsőzetes emelkedést mutat; a beteg elesettsége mind nagyobb lesz; a halványság, cyanosis fokozódik; beteg éjjelenkint delirál, napközben is néha, többnyire azonban soporosus. Ajkak fuliginosusak. A meteorismus időközben apad, a roseolák eltünnek, széke naponta 1—2-szer, híg, barna, maga alá bocsátja.

A halál a felvételtől számítva a negyedik napon, a szívgyengülés tünetei (pulsus 150, nagy cyanosis) mellett következik be. E nap a beteg párszor még kifejezetten czitromsárga köpetet ürített.

Sectiónál: Typhus abdom. in stad. necrosis et ulcerat. incip. Pneumonia fibrinosa lob. sup., atelectasia hypostat. lob. inf. pulm. dextr. Nephritis parenchym. haemorrhagic. Peritoneit. incipiens.

Függőcseppel: Felvétel napján úgy a nativ, mint a szárított vér 4—6 óra alatt is csak igen kifejezetlenül ad reactiót.

Felvétel utáni harmadik napon a száraz vér kifejezetten adja ugyan a reactiót, de csak 6 óra alatt.

Higítással: Halál után 8 órával a vena cruralisból vett vér savójával a reactio felső határa csak 40.

4. Bokis László. Betegsége kilenczedik napján jött a kórodára azzal a panaszszal, hogy étvágytalan, lázas, gyenge, pár napon át székrekedése volt, de egy hét óta napjában 2—3-szor híg széke van. Hőmérsék 38·8° C.; beteg kismérvű elesettséget mutat. Légzés érdes sejtes. Nyelv duzzadt, erősen bevont. Has meteoristikus. Lép nem tapintható, tompulata a hetedik bordától a bordaívig terjed. Széke kétszer, híg. Vizeletben fehérje nincs.

Bejövetele utáni harmadik napon függőcseppel a vér még több óra lefolyása alatt sem ad reactiót. Tíz kacsnyi vér 1 cem. 24 órás culturát 3 és 14 óra mulva sem derít fel.

Betegsége 12-dik napján a felhastájon roseolák lépnek fel; meteorismus fokozódik, széke naponta 2—3, borsólészerű.

13-dik napon bélvérzés lép fel. E napon:

Függőcseppel: Kifejezett reactio még 12 óra lefolyása alatt sem jelentkezik. Apró csomók láthatók ugyan, de sok bacillus még élénken mozog.

[1] L. egyszersmind a II-dik táblázatot.

Higítással: A reactio felső határa még a tizet sem éri el.

16-dik napon: Függőcseppel: Apró agglutinált csomók azonnal jelentkeznek ugyan, de számos bacillus megtartja élénk mozgását.

Higítással: a felső határ most sem éri el a tizes higítást.

E közben a hőmérsék 38·5—39·5° C. között ingadozik; a helyi s általános tünetek egy közép súlyos typhus kórképének felelnek meg. De már a 18-dik naptól kezdve az általános tünetek mellett a diffus hörghurut fokozódik, beteg cyanotikus lesz, köhögni alig tud gyengesége miatt.

Függőcseppel: A reactio mind kifejezetebb lesz, úgy hogy a 23-dik napon s ettől kezdve mindvégig azonnal, jól kifejezett reactio észlelhető.

Higítással: A 24-dik napon a reactió felső határa már a 160-as higításnál, 27-dik napon pedig a 200-asnál fekszik.

A typhosus tünetek súlyosbodásához csatlakoznak a hiányos légcsere, s hiányos szívműködés tünetei; beteg soporosus lesz, gyakran erős verejték üt ki rajta, cyanosis fokozódik, végtagok hűvösek, pulsus kicsi, puha.

31-dik napon a délutáni visitnél az alhas igen fájdalmasnak mutatkozik, úgy hogy már érintésére is az öntudatlan beteg feljajdul.

A halál e nap éjjelén következett be.

Sectiónál: Typh. abd. in stad. cicatricat.; ulcera typhosa intest. ilei; ulcus perforans ejusdem; peritonit. acut. diff. ichorosa; pneumonia lobular. dextra.

A vena cruralisból a halál beállta után 6 óra mulva vett vér savójával a reactio felső határa a 600-as higítást is meghaladja.

E két eset arra mutat, hogy vannak kétségtelen typhus-esetek, melyeknél, mint a 3-dik esetünkben, a reactio a halál bekövetkeztéig sem mutatható ki, ismét olyanok, melyeknél, mint a 4-dik esetben, a reactio nagyon későre jelentkezik.

Ez észleleteinkkel nem állunk egyedül: Blumenthal, Stadelmann s mások oly esetekről tesznek említést, melyekben a sectio igazolta a diagnosist s a vér az egész lefolyás alatt nem mutatta a reactiót.

5. Kosszuk József. Egy heti rosszullét után 38·9° C. hőmérsék és súlyos typhusos tünetek mellett hozatott a kórodára.

Beteg delirál, éjjel igen nyugtalan, folyton ki akar ágyából ugrani. Nyelve erősen bevont, száraz, kiöltve remeg. A has meteoristikus, bőrén számos roseola; ileocoecalis korgás; lép belégzéskor kitapintható, tompulata a 8. b. f. sz.-nél kezdődik. Széket maga alá bocsátja; a szék borsóleszerű; vizeletben 3 mm. fehérjegyűrű, üledékében nehány hyalin-, sőt szemcsés henger is.

Hőmérséke pár napon át nagyobb reggeli remissiókat mutat, de azután lépcsőzetesen emelkedik, majd állandóan magasan marad, csekély reggeli alábbhagyásokkal egész betegsége 18-dik napjáig, ettől kezdve pedig lytikusan leszáll, úgy hogy a hőgörbe egészen typikus ívet ir le. E közben a typhosus állapot súlyosbodása mellett a 12-dik naptól kezdve a bőrön lépnek fel sajátszerű eltérések: eleintén a fartájon, azután az alsó végtagokon, majd az egész testen szétszórtan krajczárnyi, tallérnyi területeken a bőrön erős lobos beszűrődés által feltünő szederjes foltok jelennek meg, melyeknek közepén köles — mogyorónyi, részint sárgás-fehér, részint barnás-kékes-fekete hólyagok támadnak. Ezek 1—2 nap alatt felnyilnak, s belőlük véres geny űrül, a hólyag visszamaradó fala beszáradva leválik; a kereszttájon fejlődő pár ily hólyag körül tallérnyi igen mélyre ható decubitusok fejlődnek a bőrön. A következő napokon mindig 2—3 új ilyen pustulaszerű kiütés jelentkezik a test különböző pontjain.

A 23-dik napon, midőn már a stadium amphibolikumnak megfelelő nagyobb hőingadozások beállottak, a vizeletben egyszerre nagy mennyiségű vér jelenik meg, az üledékben számos vérsejt, vesehám s hengerek láthatók. A vizelet a beteg hátra levő napjaiban mindvégig véres marad.

A typhosus állapot fokozódása (száraz nyelv, nagyfokú kábultság, beteg a széket, vizeletet maga alá bocsátja), az általános erőhanyatlás tünetei között a 27-dik napon bekövetkezett a halál.

Függőcseppel: Minden vizsgálat alkalmával azonnal teljes reactiót kaptunk.

Higítással: A betegség 15-dik napján vett vér seruma még 500-as higításban is felderitette a culturát.

Diagnosisunk a typikus hőgörbe, eleinte talált roseolák, borsóleszerű szék miatt meglehetős határozottsággal typhusra volt tehető, de a bőrön észlelt eltérések, az ezek után fellépő nephritis haemorrhagica, a typhosus állapot súlyosbodása akkor, midőn a hőmenet szerint annak enyhülése lett volna várható: mindezek a typhushoz csatlakozó pyaemiának gyanuját keltették, bár teljes határozottsággal a pyaemia egyéb localis tüneteinek hiánya miatt nem itélhettünk.

A sectionál: Typh. abd. in stad. cicatricat. ilei, coli ascendent. et descendent.; intumesc. lien. et glandular. meseraic., suppuratione affectar. Abscessus et pustulae cutis. Peribronchitis, laryngis cum necrosi cartilagin. arytaenoid. sin. stb.

A vesében levő kis abscessusok, valamint az elgenyedt retroperitonealis nyirkmirigyek genyének górcsői vizsgálatánál azonban Buday tanár arra a meglepő eredményre jutott, hogy azokban csupán rövid, úgy alakra, mint csoportosulásra nézve a typhus-bacillusokkal megegyező bacillusok vannak, genycoccusok ezekben nem, csupán a bőrön levő pustulákban voltak kimutathatók. Bár a talált typhus-bacillushoz egészen hasonló bacillusok kiválasztása a culturákban nem is sikerült, mégis valószinűnek kell tartanunk, hogy ama ritka esetek egyikével volt dolgunk, melyekben maguk a typhus-bacillusok — a szervezetet elárasztván — apró genygóczokat idéztek elő.

6. Kovács József. Betegsége 7-dik napjától kezdve volt észlelésünk alatt; középsúlyos typhust állott ki typikus klinikai tünetekkel. A 21-dik napon a keresztcsonton, valamint a jobb lapoczka belső széle mellett fejlődött tályogok felnyittattak, mégis ezekből kiinduló lag pyaemia lépett fel, mely a 36-dik napon a beteg halálát okozta.

Sajnos, hogy e végső időszakban a beteg vérét nem vizsgálhattuk.

Függőcseppel: A reactio mindig azonnal, teljesen kifejlődik.

Higítással: A betegség 7-dik napján 160, 15-dik napján pedig 180.

Sectiónál: Typhus abd. in stad. cicatr.; endocarditis ulcerosa acuta, pyaemia stb.

7. Schwartz Róza. Syphilis papulosával vétetett fel a bőrgyógyászati kórodára s typhust itt kapta; ez aránylag enyhén, bár egészen typikus módon folyt le, de a bántalom lezajlása után, körülbelül a 27-dik naptól kezdve, mielőtt még a hőmérsék normalissá lett volna, betegnél florid tuberculosis fejlődött, mely néhány hét alatt a beteg halálát okozta.

Sectiónál: Typh. abd. in stad. cicatricat. Pneumonia caseosa tot. pulm. sin. et part. lobi super. dextr. Cavern. numerosae pulm. sin. Ulcera lenticul. tuberc. et tuberc. miliaris intest. ilei. Enteritis follicull. ulcerosa intest. crassi.

A Widal-reactio ez esetben a következő magatartást mutatta:

Negyedik nap. Függő cseppel: 15 óra alatt sem jelentkezik reactio. 12-dik nap: órák mulva is csak kifejezetlen reactio mutatkozik. 16 dik nap. Függőcsepp: 5 óra alatt csak kifejezetlen reactio.

Higítással: csak 20.

22-dik nap Függőcseppel: 12 óra alatt is csak kifejezetlen reactio. Ellenben 27-dik nap (épen, midőn a reggeli hőmérsék már 37·0° C.-ig süllyedt). Függőcseppel: 5 óra alatt kifejezett agglutinatio látható. Higítással már 90.

44-dik napon pedig (midőn már a bal tüdő beszűrődése, a nagy remissiókat mutató hőmenet, a köpetben Koch-féle bacillusok a tuberculosis jelenlétét kétségtelenné tették):

Függőcseppel: azonnal kifejezett reactio. Higítással: 180.

8. Modis Lajosné. Betegsége 16-dik napján hozatott be igen súlyos typhosus állapotban s a következő 3 napon át naponta 2—3-szor meglehetős bő mennyiségű, majdnem tiszta vérből álló székletéte volt. E közben a különben is igen megviselt beteg ereje szemlátomást hanyatlott s a 21-dik napon az általános elgyengülés tünetei között bekövetkezett a halál.

Függőcseppel: azonnal, jól kifejezett reactio. Higítással nem vizsgáltatott.

Sectiónál: Typh. abd. in stad. ulcerat. stb.

9. Szász József. Betegsége 10-dik napján súlyos typhosus állapotban hozatott a kórodára s itt majdnem folytonosan delirálva, a typhus abdominalisnak minden tünetével (roseolák, meteorismus, léptumor, hasmenés, diffus hörghurut, magas, csekély alábbhagyásokat mutató hőmérsék stb.) feküdt betegsége 25-dik napjáig, a midőn (bár nem hirtelen fejlődő) peritoneitis tünetei: rendetlen, 1—1 nap igen magasra felhágó (40° C.), másnap ismét alacsonyabb niveaun maradó (37·5—38° C.) hőmenet, a meteorismus nagymérvű fokozódása (mi mellett azonban, a májtompulat mindvégig ki volt mutatható), a has nagy érzékenysége, hastáji fájdalmak, majd hányás, csuklás mutatkoztak, melyek közepette a beteg rohamosan gyengült s a 32-dik napon az általános elgyengülés tünetei között bekövetkezett a halál.

Függőcseppel: minden vizsgálat alkalmával azonnal jól kifejezett reactio. Higítással nem volt vizsgálva.

Sectiónál: Typhus abd. in stad. ulcerat., ulcus typhos. fere perforans intest. ilei; peritoneitis acuta fibrinoso-purulenta eodem exiens, intumesc. lienis stb.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIX. rendes ülés 1897. október 23-dikán.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Myopia excessiva sikeresen operált esete.

Goldzieher Vilmos: A 29 éves kisasszony, a mióta csak emlékszik, mindig rövidlátó és pedig olyan nagy fokban, hogy munkaképtelen volt. Évek óta segítséget keresett a szakembereknél, a kik neki szemüvegeket rendeltek és tanácsolták, hogy lehetőleg kímélje a szemeit. De a szemüvegek vagy túlerősek vagy túlgyengék voltak és a látószerve legkisebb igénybe vétele olyan fárasztó volt, hogy a különben is ingerlékeny egyén idegbajos lett. F. é. májusban bemutatóhoz került a következő lelettel: Az egyén nagy fokban vérszegény, annyira kidülledő szemtekékkel, hogy az első pillanatban morbus Basedowi-ra lehetne gondolni. Ez a betegség azonban nem áll fenn, nem valódi exophthalmusról van szó, hanem nagy mértékben meghosszabbodott és ovoid szemtekékről, melyek óriási növekedésük folytán az orbitában helyet nem találtak és kifelé léptek. A *jobb szemen* talált egy legalább 20 D.-ás myopiát, a távolpont ugyanis körülbelül 5 cm.-nyire fekszik, $V = {}^{6}/_{60}$; a bal szemen a myopia még erősebb volt, üvegekkel alig corrigálható, az olvasás csakis a szemhez való maximalis közelítés

mellett lehetséges, úgy hogy a myopia pontosabb meghatározásáról lemondott. A szemtükri vizsgálat ép mellső közegek mellett üvegtestczafatokat, egy nagy staphyloma posticumot, továbbá chorioretinitist és kiterjedt vérzéseket a hátulsó polus körül mutatott. Felvette a beteget a szt. János-kórházba operatio végett. F. hó junius 20-dikán csinálta a rosszabb bal szemen az első discissiót, mely minthogy erősebb lencsepuffadás nem következett be, négy nap mulva a kivánt eredménynyel ismételtetett, úgy hogy már junius 29-dikén a vonalas hályogkivonás következett. Julius 26-dikán történt az utolsó discissio, úgy hogy a beteg julius végén már gyógyulva távozott. Ezen idő óta a beteg állapota folytonosan javult, úgy hogy ma a következő lelet constatálható:

Az operált szem teljesen reactionélküli, a pupilla fekete, kerekded, az üvegtest tiszta; a szemfenék egy fokkal kedvezőbb képet mutat, mint azelőtt, mivel a szemfenéki vérzések nagy részben eltüntek. A látópróbák azon meglepő eredményt adják, hogy a beteg corrigáló üveg nélkül $^1/_{12}$ látélességgel bir (V = $^5/_{60}$), hogy képes szabad szemmel az utcza túlsó oldalán czímtáblákat és kisebb tárgyakat látni, a mire az operatio előtt a legerősebb üveggel képes nem volt. A mi azonban igen érdekes, képes 25 cm.-nyi távolságban jó világitás mellett közönséges ujságnyomást olvasni, a mi annyit jelent, hogy a betegnek a lencse eltávolitása után még egy körülbelül 4 D.-ás myopiája maradt. A távollátás corrigáló üveg nélkül csak azért olyan jó, mert a beteg azt a művészetet, mely a nagyfokú myopiásoké, kitünően birja, ez a művészet pedig a szóródási körök lehetőleg legjobb kihasználása. Ezen művészet nélkül ilyen egyének teljesen gyámoltalanok volnának, a miről mindenki meggyőződhetik, a ki emmetrop létére pl. egy 20 D.-ás convexüveget szeme elé tesz.

Annak oka, hogy a beteg látóélessége sokkal jobban nem corrigálható, részben a szemfenéki elváltozásokban rejlik, részben abban, hogy igen tetemes és nem egészen rendes astigmatismus inversus van jelen. Az astigmatismus = 4·0; a corneát ophthalmometerrel mértem és találtam, hogy az egyik főmeridián 7·90, a másik 8·65 mm. radiussal bir. Cyl. — 4·0 (axis függélyes) a látást $^5/_{30}$-ra javitja.

A felsorolt adatokból kiszámitható, hogy a bulbus átmérője körülbelül 36 mm., mig a rendes (emmetrop) bulbus axisa = 24 mm., továbbá, hogy az operatio előtt fennállott myopia 23 D.-ra rúgott.

Csak két pontra akar még észrevételt tenni. Mi a szemfenéki choroiditikus elváltozásokat illeti, azok nem képeznek tapasztalatai szerint contraindicatiót. Ellenben azt találta, hogy a szemfenék állapota feltünően javult, a mi valószinűleg a gyógyulási lefolyás alatt a betegre reákényszerített functionalis nyugalom következménye. Az operativ eljárásra nézve hangsúlyozza, hogy a mély lencsebehasítás híve, mely eseteiben sohasem vezetett rossz következményekre, hanem igen tetemesen gyorsította a lefolyást. A keskeny Graefe-féle kést, melyet sokan discissióra ajánlanak, nem fogja többé használni, mert a cornealis sebből rendesen üvegtesti vagy capsularis foszlány tódul ki, a mi rossz következményekre vezethet.

Szili Adolf: Már tavaly volt alkalma jelezni azon álláspontot, melyet a nagyfokú myopia operálását illetőleg elfoglal. Azon, benső meggyőződésén alapuló nézete, melyet akkor kifejtett, bizonyos ellentétben volt azon esettel, melyet akkor bemutatott s melynél fényes eredményt ért el. Daczára annak, hogy időközben az általa operált esetek és szép eredmények száma gyarapodott, aggályai nem csökkentek, nem is csökkenhettek, mert nem vonatkoznak az operatio kivitelére, mely egyszerű és könnyű, sem pedig a közvetlen eredményre, mely ugyszólván biztos, hanem vonatkoznak az eset jövendő sorsára. Az operatio nem gyógyitja a rövidlátó szem kóros állapotát, hanem csupán fénytörési értékét változtatja meg, tehát nem egyéb, mint az optikai correctiónak egy másik neme, mely jobban javitja a látóképességet, mint a concavüveg, de nem biztos, hogy nincs-e károsabb következménye, mint a concavüveggel való correctiónak.

Nem tudja elképzelni, hogy a lencse kiüszöbölése közömbös dolog volna olyan szemre nézve, melyben a kóros folyamat, mely a tengely meghosszabbodását okozza, nincsen még minden bizonynyal befejezve, s melynek hártyái kórosan vongáltatván, ritkultak, fogyatékosak.

Szóló már akkor hangsúlyozta, hogy addig, mig ezen aggályai fennállanak, csak akkor operálja a szemet, ha a beteg kivánja s akkor is csak az egyiket, mert fél, hogy azt a fényes eredményt, melyet mindig el lehet érni, a beteg drágán fogja megfizetni; most már szólónak is van ez iránt szomorú tapasztalata:

Ugyanazon fiúnál, a kit e helyütt bemutatott, s a kit 1½ hónap előtt a szünidei kursistáknak demonstrált, a kinél 15·0 D M. volt $^6/_{36}$ V.-sal, s a kit az operatio 2·0 D.-ás túllátóvá tett $^6/_{15}$ V.-sal, ma az operált szemen ablatio retinae van s majdnem teljesen vak. A fiú ugyanis elesett, homlokát ütötte meg, szemét nem sértette meg: iskolába járt, a sérülés után harmadnapra kékesen látott, kilenczednapra hozták szólóhoz, mikor a látása már rohamosan csökkent; megvizsgálva, üvegtest homályokat, a látóhártya felső részének leválását constatálta. 10 nap óta fekszik a kórházban; tény, hogy a fej megrázódása alkalmával az operált szem volt a locus minoris resistentiae.

Id. Siklóssy Gyula: 1894. januárjában mutatta be az első, ilyen czélból operált beteget, szóló legelőször végzett nálunk nagyfokú myopiánál lencseeltávolitást.

A mi magát a műtétet illeti, szóló a Rosas-tűt használja a discissióra s nem megy mélyen a lencsébe, mert bármilyen fiatal is az egyén, nem tudjuk mekkora lesz a reactio, már pedig annál kellemesebb operálni, minél kisebb a reactio.

Goldzieher Vilmos: Az operatiót nem tartja olyan könnyűnek, mint Szili, maga a műtét, mint ilyen, könnyű, azonban a kezelés az orvosra a legnehezebb feladatot rójja, miután igen pontos észlelés szükséges s protestálnia kell azon külföldi nézet ellen, hogy a műtét ambulatorice is végezhető.

A mi a szem jövendő sorsát illeti, *Szili* aggodalmait az előttünk fekvő külföldi tapasztalatok nem igazolják; igen mérvadó és tapasztalt klinikusok mint *Sattler*, *Hippel*, *Schweiger*, a kiknek esetei talán százakra rúgnak, csak vajmi keveset említenek reczehártyaleválásról; egyes esetek előfordulnak, de ezek nem a műtét terhére irandók, hanem a szemben fennálló kóros folyamatok miatt úgy is felléptek volna, úgy hogy az e miatti aggodalmak feleslegesek.

A mit *Szili* felhozott, hogy az operatio nem gyógyitja, csak corrigálja a myopiát, ez szóval való játék, a sebész sem hoz létre a műtéttel ad integrum restitutiót, hanem a bajt javítja és a beteg állapotán segít; a hol a műtéttel oly állandó correctiót hozunk létre, minőt üveggel létrehozni nem lehet: ez már javulás.

A *Szili* szerencsétlen esete sajnálatos, de a retina-leválás ott sem az operatio, hanem a trauma következménye; az ellenkezőjét bizonyitani nem lehet, szóló meg van győződve, hogy ha Szili ezen esetet publicálja, a közvélemény az ablatio rectinae-t traumás eredésűnek fogja tartani.

Hólyag-kitüremlés (ektopia vesicae) gyökeres műtéte.

Herczel Manó: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük. A műtét lényege az volt, hogy a hólyag kiirtása után az uretereket a bélbe varrta.)

Verebély László: A műtét eredményének dicséretére nem talál elég kifejezést, oly meglepően szép és tökéletesnek kell azt deklarálnia, de azért bizonyos tekintetben következményeiben problematikusnak meri nyilvánitani, mert ki tudja, vajjon a vizeletnek állandó bevezetése a bélbe nem fog-e olyan kellemetlenséget előidézni — eltekintve az infectiótól —, mely az eredeti bajjal felér.

Szóló Thiersch-féle eljárással operált eddig 10 év óta s daczára annak, hogy a műtét sikerült, a hólyag kitüremlése, a ruhával való érintkezése megszünt, egy idő mulva a has belűri nyomása azon a részen, melyet teljesen elzárni nem sikerült, a hólyagot újra előrenyomta, vagyis meggyőződött róla, hogy a Thiersch féle eljárás nem vezet czélhoz.

Alapi Henrik: A *Mikulicz* által műtett eset, mely bemutató figyelmét elkerülte, igen rövid idővel a műtét után meghalt. Utal arra a veszélyre, melynek az ektopiás egyének műtét nélkül és operatio daczára is mindig ki vannak téve. Hogy mily soká kell az operált egyént megfigyelni, mielőtt végérvényes itéletet mondhatnánk az eredményt illetőleg, utal *Trendelenburg* — a ki nem két, hanem hat esetben végezte az általa ajánlott műtétet — egy esetére, melyben a fiú pár héttel a sikerült operatio után már 10 perczig tudta vizeletét tartani s később midőn a *Mikulicz* klinikájára került hajszálnyi húgyeső sipolya miatt, teljes continentia fejlődött nála ki: a hólyag sphinctere visszanyerte teljes működésképességét. Azonban a fiú pár évvel később újból megjelent a klinikán cystitissel, pyelonephrosissal, óriási kinokkal, vagyis ezen gyógyult esetnél is bekövetkezett utólag a felszálló fertőzés. Egészen ugyanez történt *Mikulicz*-nak egy másik, a saját, *Schlange* után módositott eljárása szerint operáltjával; egy harmadiknál már a befejező mozzanatokat is el kellett hagyni az időközben fellépett heveny vesemedenczelob miatt.

A bemutatott esetben fellépett polyuria és fehérjevizelés nem épen biztató; a *Maydl* esetei sincsenek még elég idő óta észlelve.

Makara Lajos: Bemutató azon kijelentésére vonatkozólag, hogy esete az irodalomban a hasonló módon végzett műtétekből a kilenczedik, figyelmezteti őt szóló a „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie“ folyó évi kötetében J. Mathestől megjelent dolgozatra, mely Eiselsberg két idevágó esetének közlése kapcsán 14 esetet állit össze, e szerint tehát a bemutatott eset a 15. lesz az irodalomban.

Ezen közleményben olvashatjuk, hogy a leghosszabb megfigyelési idő 15 hónap volt, mi elég rövid idő arra, hogy azon kérdést, vajjon a műtét folytán az ascendens nephritis veszélye mily nagy, eldöntetlenül hagyjuk. *Mikulicz*-nak *Alapi* által is említett esetében 4 hónap mulva következett be a halál veselob folytán. Eiselsberg egyik esetében, mely felnőtt férfira vonatkozik, megerőltető testimunka után, úgyszintén a vesék gyakori tapogatására ismételten mutatkoztak vesetáji fájdalmak és hőemelkedés, a mi mutatja, hogy a legcsekélyebb zavara a vizelet lefolyásának képes a vesékben izgalmakat okozni.

A bemutatott esetben is a polyuria és albuminuria gyanus, hogy nem nephritis következménye e?

A mi a műtét functionalis eredményét illeti, az messze fölötte áll egyéb eljárással elért sikereknek, mert nemcsak a fájdalmakat, a folytonos vizeletcsurgást szüntette meg a kellemetlen következményekkel együtt, de az eddigi észlelések szerint 2—6 óráig terjedő vizelettartást eredményezett.

Minden esetre a beteg maga is ezen műtétmódot választaná, még a veselob esetleges risikója árán is, ha elsorolnánk előtte a régi műtéti eljárások eredményeit ezen eljárás sikerével szemben.

Herczel Manó: A mi *Verebélyi* aggályait illeti, hogy a vizelet a bélben oly nehézségeket okozhat, hogy a beteg élete veszélyeztetik, ma már nem jogosultak, mert az irodalomban sok oly eset van, melyekben abnormis communicatio áll fenn az ureter, hólyag és belek között évek hosszú sora óta veszedelem nélkül; vannak ilyen operált esetek 2—3 évesek, igy a Makara által emlitett esetben az első publicatio a műtét után 15 hónappal történt s bizonyitják ezen esetek, hogy a

betegek bizonyos ideig minden utóbaj nélkül élni képesek. Hiszen az abbeli aggályokat, hogy a bact. coli communenak az uretereken át a vesemedenczébe tovaterjedése által septikus folyamatok léphetnek fel, szóló is hangsúlyozta s a bemutatott kis betegnél fellépett polyuriát és albuminuriát illetőleg sokáig habozott, hogy nem az abnormis communicatio okozta nephritikus folyamatnak tudható-e be: de az eset javulása, alig van fehérje a megszűrt vizeletben, a vesealakelemek teljes hiánya, továbbá, mert geny sohasem volt, nem jogosította fel arra, hogy a polyuriát nephritisnek tudja be, mely septikus alapon keletkezett volna, hanem valószinűleg a chronikus lefolyása pneumonia következménye volt.

Ezen, valamint számtalan más eset is azt bizonyítja, hogy a bélen át ömlő tiszta vizelet nem okoz nehézségeket, a praxis azt mutatja, hogy a végbél használható recipiensül.

A *Verebélyi* által említett Thiersch-féle eljárás rendkivül hosszadalmas, a legjobb esetben is 3—4 műtétet igényel s vele nem érünk el mást, mint hogy a hólyag kifekélyesedő nyákhártyáját bőrrel fedjük, de continentiát nem ad; az előadó által végzett műtéttel össze sem hasonlítható; ugyanez mondható a többi műtétekről, melyeket Alapi említett: megszüntetik a kifekélyesedést s a vizeletcsurgást lejebb helyezik, de sem Thiersch, sem Trendelenburg, sem Mikulicz egy esetben sem érték el a főczélt: a continentiát.

Még egy fontos körülményt hangsúlyoz, hogy t. i. az ilyen betegeknél korán kell végezni a műtétet, mert leginkább az első életévekben pusztulnak el az ilyen betegek; az urethro-pyelitis, pyelonephritis akkor is fennállanak, ha nem operáljuk a beteget, mert a vizelet bomlik, minek kőképződés, urethritis, genyes pyelitis a következménye, a mikor már nem szabad operálni; a mielőbbi operálást hangsúlyozza *Ewald* és *Maydl* is, miáltal az eredmények kedvezőbbek lesznek.

Alapi Henrik: Felszólalása folyamán egy esetet említett, melynél a *Trendelenburg* műtéte után teljes continentia állott be. Ezzel szemben a bemutató határozottan tagadja, hogy más, mint a Maydl operatiója után, egyetlen egy esetben is continentiát sikerült volna elérni. Minthogy ez különös színben tüntetné fel igazmondását, ha megjegyzés nélkül hagyná: kénytelen szóló a forrást megnevezni. E nyáron jelent meg egy közlemény a boroszlói sebészi klinikáról, egy segéd tollából, kinek neve nem jut eszébe. E közleményben hosszasan van leirva az eset, mely egy fiúra vonatkozik, ki Trendelenburg által operálva, később *Mikulicz* klinikáján feküdt több izben és kinél fekvő helyzetben 4 órai, álló helyzetben 3 órai — tehát teljes — continentiát észleltek.

A „Little-féle betegség" egy typusos esete.

Grósz Gyula: A hároméves gyermeknél kórelőzmény gyanánt csak annyi ismeretes, hogy néhány héttel korán született. Első gyermek, a ki állitólag 6 hónapos koráig teljesen egészséges volt s jól fejlődött. Csak 6 hónapos korában vették észre nála a fürdetés alkalmával, hogy tagjai merevek.

A gyermek intelligentiája korának nem megfelelő. Magaviselete idiotikus, ok nélkül sir és nevet. Beszélni nem tud, csak a „ja" szót ejti ki elég tisztán; a hozzá intézett egyszerű kérdéseket megérteni látszik, de reájuk nem felel. Környezetét ismeri.

Koponyája nem egészen symmetrikus. A bal homloktájék s falitájék elülső része kissé belapult, mig a faldudor erősen ki van fejlődve mindkét oldalt; a koponya hátul a protuberantia occipitalis felett lapos. A dudor alatt levő koponyarész erősen kidomborodik.

Szempillái jól mozognak, pupillák szabályosak, egyenlőek, fényre s accomodatióra jól reagálnak. Szemmozgatók szabadok.

Facialis arczi ágaiban működési zavar nincsen, az arczkifejezés idiotikus benyomást tesz.

Nyaka feltünően rövid, nyakizmokban tonus fokozódás van, mely mozgáskor még növekszik. A fej tartása nem normalis, időnként, különösen lefektetéskor spastikus jellegű.

Felső végtagjait a gyermek többnyire a könyökben behajlitott helyzetben tartja, passiv mozgatásnál mérsékelt spasmus áll elő, a mely majd hajlitásnál, majd feszitésnél erősebb.

Kezeit a kéztőizületben behajlitva tartja; az ujjakban néha határozottan az athetosishoz hasonló mozgások észlelhetők.

Felülni nem tud, ha felültetik, visszaesik.

Alsó végtagjait már fekvéskor is adducálva tartja, de főleg, ha lábai csüngenek, mikor is keresztbe állanak. Az alsó végtagok azonkivül befelé vannak rotálva, úgy hogy a sarkak ki- és hátrafelé tekintenek; a lábak equino-varus állásban vannak.

Az alsó végtagokban is passiv mozgatáskor erős spasmus áll elő.

Úgy a térdreflex, mint az Achilles-ínreflexek fokozottak.

Vizeletét s székét maga alá bocsátja.

A gyermek eléggé jól fejlett; szervi elváltozások nincsenek.

A tűszurásokat eléggé jól érzi.

Jendrássik Ernő: Csak egy-két szóval akar az esethez szólni, a mennyiben a betegség ritkasága által válik érdekessé és az előadó nem részletezte az esetet.

A Little-féle betegség fogalmával csakis a pyramis-pályára vonatkozó tüneteket foglaljuk össze. Korán szülött gyermekeknél marad vissza a kifejlődés és ezért a betegek rosszul járnak. Különböző fokai vannak, néha a felső végtagok szabadok, máskor ezek is részt vesznek a bántalomban. A szerzők úgy fogják fel, hogy a pyramis-pályák nincsenek kifejlődve és extrauterin nem fejlődnek ki. E felfogás nem illik erre az esetre, mert az egész agyvelő fejlődése hiányos és igy nemcsak a pyramis-pályák hiányos fejlődéséről van szó. Állást foglalt szóló ez ellen, mert a korán szülött gyermek is szépen fejlődhetik és nem lehet megkülönböztetni attól, a melyik rendes időben jött a világra. *Little* maga nem foglalta össze még a tüneteket és ma már nem azt nevezzük Little-betegségnek, a mit *Little* irt le. Az ő nevéről a fejletlen gyermeknél fellépő bajt nevezzük, a mikor a pyramis-pályák nem fejlődnek ki utólagosan. Itt pedig veleszületett idiotaság van jelen.

Berend Miklós: Régebb idő óta figyelemmel kiséri a spastikus paraplegiákat, melyek nem ritkák. Először is majdnem minden idiota gyermeknél megvannak a fokozott reflexek. A Little-féle megbetegedés, mely kora, nehéz protrahált szülések alapján fejlődik, 1000 esetre 1 esik, tehát évente 8—10 esetet észlelünk. De több azon betegek száma, a kik congenital intrauterin spasmusban szenvednek, ezek száma a Stefánia-gyermekkórházban évenként 30—35 és ezeknek egy része idiota.

Grósz Gyula: A beteget mint a *Little* leirásának megfelelő typusos esetet mutatta be. Természetes, hogy azóta már sokan foglalkoztak a betegséggel és nem irják egészen úgy le, mint *Little*. Szóló nem akart előadást tartani a Little-féle betegségről, csak az esetet kivánta bemutatni, melynél a *Freud* könyvében leirt minden tünet megvan. Az aetiologiából egy tünet szól a Little-féle betegség mellett és ez az, hogy az anyja említi, mikép a beteg néhány héttel korán született.

Az irodalomban a cerebral diplegiákról közölt bonczolási eredmények különbözők, igy találtak porencephaliát, agenesiát, atrophiát stb. Szóló maga is mutatott be cerebralis diplegiát, melynél a pyramis pályák agenesiája volt jelen.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Kuthy Dezső: A tüdővész szanatóriumi gyógyítása. A higiénés-diétás terápia tekintettel a szegénysorsú tüdővészesek ügyére. Budapest, 1897. A M. T. Akadémia segélyével kiadta a magyar orvosi könyvkiadó-társulat.

A szegény tüdővészesek ügyével végre nálunk is kezdenek behatóbban foglalkozni. Egyik jele ennek az előttünk fekvő, 300 lapra terjedő kötet is, melyben szerző a külföldi tanulmányútján tett bőséges tapasztalatok és az idevágó irodalmi adatok felhasználásával tanulságos képét adja a tüdővész ellen eddig ismert leghatásosabb gyógyító eljárásnak, a sanatoriumban való kezelésnek és ezzel kapcsolatban behatóan foglalkozik a szegénysorsú tüdővészesek számára való gyógyintézetek ügyével is, mint a mely egyike korunk legfontosabb közegészségi és legégetőbb társadalmi kérdéseinek.

A munka két részre oszlik. Az első rész helyesen összeválogatott statistikai adatok közlésével indul meg a tüdővész pusztításairól, terjedéséről; nagyon megszivlelendők ezen adatok, méltók arra, hogy úgyszólván mindenki ismerje őket. Az ideiktatott két térkép egyike a járványos fertőző betegségek okozta halandóságot az összes halálozáshoz viszonyítva tünteti fel, a másik pedig a tüdővészes halandóságot. Mily sötét ez utóbbi az előbbihez képest. További fejezetekben rövid átnézetét kapjuk a tüdővész orvosszeres kezelésének és serumtherapiájának napjainkig, úgyszintén azon fontos és ma már egész határozottsággal igenlőleg megválaszolható kérdés állásának, hogy gyógyítható-e a tüdővész? Megemlékezvén még a tüdővészes helyzetéről a kórházban és üdülőhelyeken, úgyszintén a gyógyklimás helyek szerepéről a tüdővész orvoslásában: áttér a dolog tulajdonképeni érdemére, a hygienés-diaetás gyógyítómódnak és a tüdővészesek számára való sanatoriumoknak — mint a hol a hygienés-diaetás therapia legjobban vihető keresztül — általános leirására. Messzire vezetne, ha csak czimeit is fel akarnánk sorolni az idetartozó alfejezeteknek s igy megelégszünk annak kijelentésével, hogy a szükséges tudnivalókat a legkisebb részletekre kiterjedő gondossággal és lehetőleg biráló megjegyzések kiséretében ismerteti szerző. Az ezután következő fejezetek a sanatoriumi gyógyítás eredményeivel és azon minden esetre nagy fontosságú és ennek megfelelően kellő gonddal tárgyalt kérdésekkel foglalkoznak, hogy a sanatoriumok mennyiben lehetnek a tüdővész elleni védekezés és a tüdővész-gyógytan továbbfejlesztésének iskolái. Részemről azt a körülményt, hogy a sanatoriumban a tüdővészes beteg megtanulva a köpettel, mint a fertőzés tovaterjedésének legfőbb tényezőjével, elbánást, úgyszintén az észszerű életmódot: a sanatoriumból távoztával terjesztője lesz a tanultaknak — értékére nézve talán még fölébe helyezném a sanatoriumban nyerhető gyógyulási eredményeknek. Szerző ezután még a sanatoriumok ellenzőinek érveléseit czáfolja meg és áttér a jómódú tüdővészes-

sek számára külföldön létező sanatoriumok tüzetes leírására, részint személyes tapasztalatai, részint pedig megbizható, jobbára a sanatoriumok vezetőitől szerzett értesülések alapján. Véleményem szerint egyik-másik intézet leírása elmaradhatott volna, a mennyiben nem tisztán tüdővészesek sanatoriumai lévén — más betegségben szenvedőket is befogadván falaik közé —, nem érdemlik meg a díszes társaságban a helyet. Hazánkban a szó szoros értelmében vett tüdővészes sanatorium nem létezik; mindazonáltal szerző mint némileg idetartozókat felemlíti a marillavölgyi és az új-tátrafüredi sanatoriumot, mint a hol — legalább nyáron — észszerű sanatoriumi kezelésben részesülnek a tüdővészesek.

A könyv második része a szegénysorsú tüdővészesekkel foglalkozik, a jó ügyhöz méltó lelkesedéssel tárgyalva a számukra nálunk felállítandó sanatoriumok szükségességét, apróra leírva azok építésének, berendezésének és fentartásának költségeit és azon kérdést, hogy kik alkossák meg és tartsák fenn azokat. Ezután utánzandó példa gyanánt megemlékezik az idegen nemzetek mozgalmáról a szegénysorsú tüdővészesek ügyében és behatóan megismerteti a külföldön ma már elég nagy számmal létező sanatoriumokat szegény tüdővészesek számára. Az utolsó fejezet a szegénysorsú tüdővészesek ügyének állásával Magyarországon ismertet meg, melyből megtudjuk, hogy az első lépések már megtörténtek, a mennyiben a szegény tüdővészesek számára való gyógyintézetek megteremtését czélzó „Szanatorium-Egyesület“ előkészítő bizottsága már megalakult és munkásságát meg is kezdte, a magyar kormány pedig a főváros közelében 300 ágyas kórházat készül felállítani súlyos tüdővészes betegek számára. Tényleg ez utóbbiak épen úgy megérdemlik a róluk való gondoskodást, mint a betegség kezdeti szakában levő tüdővészesek, a kik számára a tulajdonképeni sanatoriumok állíttatnak. Másrészt pedig a gyógyulás még előrehaladott esetekben sincsen kizárva, a mint azt bőséges tapasztalatok igazolják, a kizárólagosan súlyos tüdővészes betegek számára épült kórház pedig helyére, berendezésére, vezetésére nézve minden esetre sokkal inkább meg fog felelni a tüdővész-gyógyítás igényeinek, mint a közkórház, melyről találóan mondja *Grancher*, hogy onnan számüzve kellene lenni úgy a kezdődő, mint a már tovaterjedt tüdővésznek, mert észszerű kezelésük a közkórházban teljesen lehetetlen.

A függelékben *Chyzer Kornél* és *Niedermann Gyula* jelentéséből a belügyministerhez az elmebetegügy, az iszákosok menedékhelyei és a tüdővész ellen való védekezés ügyében tett külföldi tanulmányútjokról közöl szerző részletet, mint a mely mutatja, hogy a szegénysorsú tüdővészesek ügye nálunk az állam részéről is nemsokára a sikeres megoldás medrébe fog jutni.

Az idetartozó terjedelmes irodalom felsorolásával záródik a könyv, melyet szerző gonddal és — a mi szintén nagy érdeme — nagy elevenséggel állított össze. A kellemes, vonzó, a közvetlenség benyomását keltő eleven előadásmód annyira sajátja a könyvnek, hogy magam is, a ki pedig sokat foglalkozván a tüdővészes sanatoriumok kérdésével, újat a munkában alig találhattam, sajnáltam, a mikor az ügyszólván egyhuzamban végigolvasott könyv végére értem.

Találkozik azonban a munkában — egy-két vastagabb sajtó- illetve inkább tollhibától eltekintve — mégis némi kifogásolni való. Mint ilyent első sorban azt említeném, hogy a nem egészen szegény tüdővészesekről való gondoskodás megbeszélése elmaradt, noha szerény véleményem szerint nem csekély fontosságú. Találunk azután egyes állításokat, meghatározásokat, melyek nem állhatnak meg, így például a következők: „A tüdővész serumtherapiájának első kisérletére maga Koch vállalkozott“ (nem áll, mert Koch vizsgálatai épenséggel nem állanak összefüggésben a serumtherapiával). A tüdővész sanatoriumi gyógyításának lényegét szerző következőképen határozza meg: „Mindennek az elkövetése arra, hogy a beteg szervezetet erőben gyarapítsuk, *régi* ellenállását *fertőző kórokkal szemben* visszaadjuk neki“ (a tüdővészest bizonyára meg lehet gyógyítani, a nélkül, hogy *régi* ellenállását *fertőző kórokkal* szemben vissza kellene neki adni!). Arra a kérdésre, hogy mi a tuberculosis láza, szerző így felel: „azon pyrogén anyagoktól előidézett hőszabályozásbeli zavar, melyek a tüdő fekélyesedő folyamatai útján kerülnek a szervezetbe“ (minden esetre legalább is hiányos meghatározás). Szerző azon állítása, hogy a jómódúak sanatoriumaiban az eredmények többnyire aránylag jobbak, szintén nem fogadható el, mert nagyon sok észlelet épen az ellenkezőt bizonyítja és valószinű is, hogy a nagyon rossz egészségi viszonyok között élt szegény beteg nagyon jó viszonyok közé jutva a sanatoriumban, az eredmény nála jobb lesz, legalább is ideiglenesen, a sanatoriumban tartózkodása alatt. Szerző kifogásolja a hohenhonnefi intézetben a falak moshatóságának hiányát, a melyet a természetes szellőzés biztosítása végett nem alkalmaztak; ezt szerző nem tartja elég oknak — és ebben igaza is van —, de akkor mért ajánlja egy másik helyen az építkezésnél a téglát a természetes szellőzés biztosítására. Walther nordrachi intézetének étlapját következőképen írja le: „Reggelire vajas kenyér, közepes dosis hús, ½ liter tej; ebédre két húsétel és dessert, 1—2 pohár bor vagy sör és ½ liter tej; vacsorára két húsétel, italok és tea.“ Daczára ennek azt mondja, hogy a hússal Walther nem bánik nagyon bőven .... a zsírokra és szénhydratokra fekteti a fősúlyt. Köpés után a száj letörlésére itatós papirból készült zsebkendőket ajánl szerző, a miben nem értenék vele egyet, mert az itatós papiron át ugyancsak juthat fertőző anyag a kezekre; talán czélszerübbek volnának fenti czélra egyik oldalán impermeabilis anyaggal bevont vékony, úgynevezett „selyempapir“-ból készült papirszeletek.

A könyv nyelvezete általában jó magyaros, a müszavak magyaros írásának jogosultsága fölött (például: ftizis, metódus, racionálos, humános) azonban lehetne vitatkozni; de ha igaza volna is ebben szerzőnek, akkor is megkövetelhetnénk a következetességet (például következő szavakat találunk a könyvben: rationális, phthiseotherapia, pyogén, pyrogén, higienicus, therapeuticus, hydrotherapiás). Általában az idegen szavakat nagyon szereti használni olyankor is, a mikor elég jó magyar kifejezések állanak rendelkezésre; az abuzus, racionálos, nutritio, quantitativ, kanalizácio, hyperaemia, temperatura, faktor, séjour, stadium, etablissement, organizmus, szimptoma, metódus, direkt, esszenciálos, victuáliák stb. szavaknak nem szabadna magyar könyvben előfordulni.

Mindezek azonban nem oly nagy hibák, melyek a könyv értékét tetemesen csökkenthetnék és inkább csak azért említettük fel őket, hogy egy esetleges új kiadásban elkerülhetők legyenek. És csakugyan óhajtandó is, hogy nemsokára új kiadás közrebocsátása váljék lehetővé, mert csak akkor juthatna hozzá minden magyar orvos. Kivánatos volna ugyanis, hogy a munkát kartársaink mindegyike elolvassa és tartalmán okulva, szerző lelkes szavaitól felbuzdulva apostolává váljék a benne fejtegetett ügynek. Hazánk szegénysorsú tüdővészesein akkor minden esetre már a közel jövőben jórészt segítve lenne!

A teljesség kedveért még csak azt jegyezzük meg, hogy a csinos kiállítású könyvben 48, részben szerző saját fényképfelvétele után készült, nagyobbára sikerült rajz teszi érthetőbbé a szöveget és hogy a munkához *Korányi Frigyes* tanár írt melleghangú előszót, *Léon-Petit* pedig *franczia* nyelven bevezetőt.

Székely Ágoston dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Anaemia perniciosa** egy esetét írja le *Bramwell*, melyben arsen nagy adagaira gyors javulás állott be. A vörös vérsejtek száma köbmillimeterenként 810,000-ről 4.010,000-re emelkedett 7 hét alatt, a haemoglobin-tartalom pedig 20%-ról 88%-ra. Eleinte 20 csepp Fowler-oldatot kapott a beteg naponként, majd növeltetett az adag (15 nap alatt) 60 cseppig pro die és csak akkor szállíttatott le 40 cseppre, a mikor herpes-eruptio jelentkezett a homlokon. (Lancet, 1897. julius 24.)

2. **Periuterin exsudatumok és pelveoperitonitisek** esetében jó eredménynyel használja *Maldarescu* a jodolt. Acut esetekben eleinte 0·4 grammot ad pro die és 3 nap mulva felemelkedik 0·6, később pedig 1·0 grammig. A rendelésmód következő: Rp. Jodoli 3·0; Pulv. et extr. liquir. qu. s. ut fiant pil. Nr. 30. Reggel és este 2—3 labdacsot bevenni. Az exsudatumok rendesen már néhány nap mulva felszivódnak; utána még czélszerü néhány napig tovább használni a jodolt és pedig 0·6 grammot pro die. Menstruatio vagy terhesség nem ellenjavalják a jodol használatát. (Wiener mediz. Presse. 1897. 40. szám).

TÁRCZA.

A stomatologiai ügyek újabb fejlődéséről.[1]

Tisztelt közgyülés! Úgy a magam, mint tisztviselőtársaim nevében fogadják legszebb köszönetünket a bizalomért, melyet belénk helyeztek.

Ez ünnepélyes pillanatban, midőn t. kartársaim bizalma országos egyesületünk bölcsője mellé állít, szeretnék látnoki ihlettel nagy jövőt jósolni; szeretném látni ma még csecsemő szövetkezetünk miként erősödik férfiúvá, a kinek szíve telve van kartársi szeretettel, a kinek lelke az ideált áhítozza, a kinek ambitiója a haladás, az előretörekvés a tökéletesedés felé; nem vagyok látnok, de van egy erős meggyőződésem és ez a remény, a remény abban, hogy egyesületünk sorsa, jövője olyan lesz, mint a milyennek kitüztük, mert bizom az Égben, hogy áldását fogja árasztani oly kezdeményezésre, mely annyi jó szív s annyi lelkesedés közepett született meg.

Mint mindegyikünk tudja, egyesületünk czélja kettős. Mindkét czél tulajdonképen kari érdek; ezen kari érdekek természetszerüleg kétfélék: belsők és külsők. *A belső kari érdekek a szakképzettség megszerzése, birása és ennek fentartása;* a másik benső érdekünk az *esprit de corps*. Külső érdekeink már ridegebb színben tünnek fel. Külső érdekeink: *törvényes jogok védelme; törvényes igények érvényesítése, végül reformok* kezdeményezése.

A mi illeti belső érdekeink elsejét, a *szakképzettséget*, erre nézve mondhatjuk, hogy azon niveau, a melyet mi honunkban elfoglalunk jóval fölötte áll azon színvonalnak, a melyet más országok elfoglalnak. Maga az orvosi nevelés, az orvosi disciplina magában véve elégséges arra, hogy azt jelezze. De a mi illeti tulajdonképeni szakoktatásunkat, e tekintetben szintén mondhatjuk, hogy eléggé elfoglalunk olyan álláspontot, a mely mellett szégyenkezni nem szükséges; azonban ezzel távolról sincs értve az, hogy szakoktatásunk terén ne lenne még sok tenni való. Közoktatási kormányzatunk ólomlábakon jár és így várakozásra vagyunk utalva. Nem lehet azonban mondani, hogy bizonyos jóakarat ne volna a tanügyi hatóságokban, névleg az orvosi facultásokban; és ha még csak azon stadiumban vagyunk is, miszerint *csupán irányt mutatni vagyunk képesek*, még ez a csekély is munkakörünk ügyét szolgálni van hivatva: értem a budapesti fogászati klinikát. Mennyire vannak ott a *berendezések* a kivánalmaknak megfelelőleg megadva, erről jobb hallgatni.

A mi illeti *szakirodalmunk* haladását, erre nézve nem adhatok kritikailag megvilágított kimerítő képet a végből, hogy mintegy vázolnám azon álláspontot, a melyet a szakma ez idő szerint elfoglal. Különben is annyira szakképzettek kartársaim, hogy e téren eléggé tájékozva vannak. Azonban mégis indokolva lesz körvonalaikban, vagyis rubrikázás alakjában rámutatni egyes jelenségekre, a melyek tanuságát adják annak, hogy szakmánk folyton halad, *irodalmi jelenségekre, a melyek több-kevesebb tekintetben lépéseket representálnak előre;* visszaesés szerencsére nem mutatkozott sem a tudományos irodalom, sem a gyakorlat terén. Feltünő folytonos haladás constatálható a szakirodalom terén, mihelyt sorba veszszük a szak egyes ágait. Irodalmi revue-nkben (1896–1897. augusztusig) a következő szerzőkkel találkozunk: Az *anatomia, embryologia, odontographia* terén Roese, Tomes, Cryer, W. E. Walker, R. Hertwig, L. Coulliaux, Grevers, Preiswerck, Fillebrown. — *A physiologia, histologia, chemiában:* Constant, Tomes, L. Paul. — *A pathologiában:* I. v. Metnitz, Schmid, Bödecker, A. R. v. Dobrzyniecki, Paterson, Greve, Koerner, J. Witzel, Harvalik, Washbourn-Goadbey, K. W. Goadbey, Wedelstaedt, D. E. Caush, Hugenschmidt. — *A klinikai pathologia, therapia* és *pharmakologia* terén: Tomes, Miller, Black, Port, Naegeli-Ackerblom, Hattyasy, Hugenschmidt, Broomlie, Wald, Weil, Hille, Greve, Frankl-Hochwart, Árkövy. — *A szájsebészetben:* C. W. Brophy, E. Talbot, Heath Fowler-Ottolengui, L. Grünwald, Ibbotson-Gordon, Cryer, Claude, Martin. — *A physikai kutatások* terén: G. V. Black, Ch. Tomes, Morton. — *Az odontotechnika, mechanikai inventiók stb.* között: E. H. Angle, Ballowitz, Custer, Jung und Müller, Hahl, Jung, Vajna, Cunningham. — *A szaktanügy, időszaki sajtó, jurisdictio, statistika* körében: Roese, Förberg, Cunningham, O. Arnold, A. H. Thomson, H. Koerner; The Stomatologist „Magyar Fogászati Szemle". *Az egyesületi mozgalmak* közül kevésről van tudomásunk, így: Truman javaslatai „Dental organisations", „Academy of Stomatology", Stomatologikus szakosztály a budapesti kir. orvosegyesületben, „Stomatologusok orsz. egyesülete" Magyarországban. — A ritka történelmi dolgozatok közül említést érdemel I. C. Douglas és I. Seligmann.

A klinikai pathologiát illetőleg legkevesebb producáltatott az utóbbi időben, nem véve ide a casuistikát is, noha az nem értéktelen; de oly dolgokat, melyek előbbre vitték a tudományt, aránylag nem sokat lehet jelezni. Ellenben nagy fontosságú vizsgálatok ejtettek meg a fogak szilárd állományának és az amalgamok physikai tulajdonságának felderítése irányában. Szintúgy jelezhetők nagyon értékes dolgozatok az odontographia és statistika terén.

A physikai vizsgálódások között nagy port vert föl *Morton* kataphoresise, a melynek hivatása az orvosi hatóanyagokat oly módon vinni be a szövetek közé, mint eddig nem volt lehetséges. A mechanikai inventio terén nem constatálható megállás, és ez előre látható volt, mert seholsem haladhat ezen szakma inkább, mint a mechanika terén, minthogy munkásai olyanok, kik kivül állanak a gyakorlaton, kik sok időt szánhatnak rá, hogy tökéletesítsék azon mechanikai eszközöket, a melyeket azután a stomatologiai gyakorlat rendelkezésére bocsátanak — és ez lucrativ tevékenység —, ennélfogva constatálni lehet, hogy müszerek és apparátusok tekintetében nagy gyarapodás észlelhető.

Végül még egy szomorú kötelességet kell teljesítenünk, midőn a stomatologia két nagy halottjáról, *James A. Salter*-ről és *E. Magitot*-ról megemlékezünk. Mit jelent elvesztésük, azt e két név nagyjelentőségü és illetve termékenységü irodalmi munkássága fennen hirdeti. Megbecsülendő hasznos iratai, illetve fordításaival említendő még e gyászrovatban *Ludwig Hollaender* (Halle) is. Emlékük velünk marad.

És most az *esprit de corps*-ra térhetek át.

Az, a mi a *közszellem* a társadalomban általános értelemben, ugyanaz az esprit de corps szükebb körre alkalmazottan. Társadalom közszellem iránti érzék nélkül, egyesület testületi szellem nélkül, nonsens.

Mindaddig, a míg valamely foglalkozáson nagy- vagy bizonyos számu egyének vannak és mindaddig, míg egy összekötő kapocs nem egyesíti őket czéltudatosan bizonyos irányban, mindaddig úgyszólván vad állapot existál, mert oly értelemben, mint a hogy hozzá vagyunk szokva, socialis követelményeinknek megfelelő viszonyok nem jöhetnek létre. Kellett tehát ily összekötő kapcsot létrehozni és a kartársaknak helyes felfogása és jó indulata létrehozta ezen egyesület képében a lehetőségét annak, hogy létrejöhessen egyáltalában szakmánkon belül és számára az esprit de corps. Az egyesület kebelébe való felvétel az első lépés, hogy ezen czélt ipso facto constatálni lehessen és meg vagyok győződve, hogy épen olyan komolysággal és állhatatossággal lesznek, kik azt fentartani fogják. Hiszen az esprit de corps tulajdonképen mindnyájunknak összesen mint egyenként valóságos nyereséget jelent; testvériség, collegialitás egymás iránt, hogy tisztán legyen tartva a viszony, mely egyiket a másikhoz és valamennyit együvé köti; hisz ez idealis dolog! Mindegyik meg fogja találni ebben kielégítését, azon satisfactiót, melyet csak az a szép öntudat ad meg, melynél fogva tudjuk, hogy a mit teszünk, azt nem csak magunknak teszszük, hanem teszszük a közért, de egymás iránt is és az a mit egymás iránt teszünk, épen olyan jól eshetik, mint a mily jól esik tenni önmagunknak jót. Ha így fogjuk fel a dolgot, akkor számüzve lesznek azon surlódások, irigységek, azon nem szép törekvések, a melyek egymásnak elnyomására lehettek irányítva. Felismerte ezen esprit de corps létrehozásának szükségét az orvosi kar hazánkban; követte e szellem sugallatát a budapesti orvosok szövetkezete és az orvosok országos szövetkezése; mind a kettő épen ez évben alakult meg. Mind a kettőnek az esprit de corps volt a vezéreszméje és mindaz, a mit tenni szándékol, e körül forog, mert eltekintve egyebektől, még

[1] *Árkövy József* dr. tanár elnöki megnyitója a stomatologusok orsz. egyesületének 1897. szeptember 17-dikén tartott közgyülésén.

akkor is, a midőn arról van szó, hogy sujtson — megrovás, kizárás által —, oly irányban jár el, hogy szenytől mentessé tegye a testületet.

A mi egyesületünknek *külső érdekeit* illeti, e téren talán kevesebb megnyugvással constatálhatjuk azon tényeket, melyeket szerencsém lesz felsorolni.

Az 1876. évi VI. t. cz. 6. §-a, a melynek alapján a stomatologia gyakorlata szabályoztatik, valamint azon rendeletek, a melyek 1871—73. és 85. években kiadattak, nem juttatták eléggé tiszta világításba sem a hatóságok, sem a közönség előtt azon helyzetet, melyet ezen szakma elfoglal és minek kell azt tekinteniök. Legújabban 1896. juliusában a vallás- és közoktatásügyi minister az igazságügyminister meghallgatása után egy elvi jelentőségű rendeletet küldött az egyetemi tanácshoz, melynek tartalma ismeretes és a mely annyiban javít a helyzeten, a mennyiben a nostrificatiónak elejét veszi, másrészt a szakma egy részének pedig, névleg a foghúzás műtéttanának a sebészeti szigorlat thesisei közé való felvételét rendelte el. Ez csak haladást jelent és reményleni engedi azt, hogy lesz nap, midőn a stomatologia egész terjedelmében több méltánylásban fog részesíttetni, mint ez ma történik.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1897. október 28.

Az igazságügyi orvosi tanács elnökévé ő Felsége folyó hó 20-dikán kelt legfelsőbb elhatározásával *Korányi Frigyes* dr. budapesti tudomány-egyetemi nyilvános rendes tanárt és a főrendiház tagját nevezte ki, és ugyanezen alkalommal őt az országos közegészségi tanács elnökségétől fölmentvén, az orvosi tudományok művelése, különösen pedig az országos közegészségi tanács ügyeinek érdekében kifejtett tevékenységének elismeréseül a Szent István-rend lovag-keresztjével tüntette ki

E hármas királyi intézkedés mindenike kétségen kivül figyelemre méltó eseménye orvosi ügyeink modern fejlődéstörténetének.

A királyi figyelem — mely az utóbbi időben oly sok irányban nyilatkozott meg Magyarország modern culturalis törekvéseinek elismerésében — tisztelt és szeretett nestorunk e magas kitüntetésével körébe vonta a hazai orvostudományos törekvések méltatását is.

Midőn pedig a legfelsőbb királyi elhatározás az országos közegészségi tanács elnökét az annak érdekében kifejtett tevékenységének elismerése mellett menti fel és egyszersmind kinevezi az igazságügyi orvosi tanács elnökévé, bizonyságot tesz egyfelől arról, hogy a hazai közegészségügy előmozdítására szolgáló törvényes intézmény eddigi működése az ország koronás királyának megelégedését és jövőbeli sikeres működésének állandóságában vetett bizalmát vívta ki, másfelől arról, hogy a hazai igazságszolgáltatás ama másik törvényalkotta intézményének hasonló szinvonalra való emelését óhajtja.

Mind a három királyi intézkedés — azt hisszük, biztosan állithatjuk — az illető szakkörök és a nagy közönség osztatlan megelégedésével találkozik és nekünk nincs egyéb kivánni valónk hátra, mint az, hogy tisztelt és szeretett nestorunknak a közügyek érdekében elvállalt áldozatteljes működését ez újabb tevékenysége körében is az eddigi culturalis kezdeményezéseiben mindenütt tapasztalt sikerek kövessék!

* * *

A magyar orvosi könyvkiadó társulat kiadásában újabban következő munkák jelentek meg:

1. *A Belgyógyászat Kézikönyve.* Szerkesztik *Bókay Árpád* dr., *Kétly Károly* dr. és *Korányi Frigyes* dr. tanárok. *Negyedik kötet. A vérkeringési és légzőszervek betegségei.* A szöveg közt számos ábrával, egy táblázattal és két színes képpel. A M. T. Akadémia segélyezésével kiadta a m. orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1897. 1042 l. és XIX. A társulati kiadványok LXXVI. kötete.

2. *A tüdővész sanatoriumi gyógyítása.* Irta *Kuthy Dezső* dr. Előszóval ellátta *Korányi Frigyes* dr. Bevezetőt irt hozzá *E. P. Léon-Petit* dr. 48 rajzzal és 2 térképpel. Budapest, 1897. A M. T. Akadémia segélyezésével kiadta a magyar orvosi könyvkiadó társulat. IX és 299 l. A társulat kiadványainak LXXVII. kötete.

3. *Gyakorlati Elmekórtan.* Irta *Moravcsik Emil Ernő* dr., egyetemi tanár. A M. T. Akadémia segélyezésével kiadta tagjai számára a magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1898. 542. l. A társulat kiadványainak LXXVIII. kötete.

A két előbb felsorolt munka a magyar orvosi könyvkiadó társulat *1897-dik évi illetményét képezi.* November első hetében megküldetik mindazon tagoknak, kik a f. évi tagdíjat addig befizették.

November 10-dikén túl a tagdíj utánvételével fog megküldetni azon tagoknak, kik azt *utánvéttel szokták kézhez kapni.*

Moravcsik műve már az 1898-dik év illetményéhez tartozik, miért is ennek jelenlegi megküldése csakis az 1898 diki tagdíj előleges beküldése után vagy kivánatra az 1898-diki évdíj utánvéte mellett eszközölhető.

Vegyesek.

Budapest, 1897. október 29-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. október 10-től 1897. október 16-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 377 gyermek, elhalt 214 személy, a születések tehát 163 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 5, hökhurut 2, kanyaró —, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 7, agykérlob 6, agyvérömleny 9, rángások 7, szervi szívbaj 20, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 31, tüdőgümő és sorvadás 33, bélhurut és béllob 25, carcinomata et neoplasmata alia 6, méhrák 3, Bright-kór és veselob 10, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 4, aggkór 6, erőszakos haláleset 6. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 1935 beteg, szaporodás 682, csökkenés 691, maradt e hét végén ápolás alatt 1926. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. október 15-dikétől október 22-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 12 (meghalt 3), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 37 (meghalt —), vörhenyben 24 (meghalt 1), kanyaróban 14 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 21 (meghalt 8), trachomában 13, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 13 (meghalt 1), orbánczban 20 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 2 (meghalt —).

△ **Niedermann Gyula** dr. az igazságügyi orvosi tanács alelnökének a király a ministeri tanácsosi czímet adományozta.

— **Kelen István** dr. svéd gyógygymnastika, massage- és testegyenészeti intézetét Andrássy-út 51. szám alól november 1-jétől kezdve *V., Váczi-körút 16. sz.* alá helyezi át.

△ **A torontálvármegyei orvosok nyugdíj-egyesületének** a szervező bizottság által mathematikailag megállapított díjtételei és feltételei a következők:

A nyugdíj-egyletbe felvehető minden az 50-dik életévet túl nem haladott megyei orvosegyesületi rendes tag. A nyugdíj magasságát ki-ki szabadon választhatja 400 és 1200 frt között és azt esetleg felemelheti vagy leszállíthatja. A nyugdíjképesség a 10-dik befizetési év után áll be, midőn is a 10 év eltelte után a választott nyugdíj 40%-a fog munkaképtelenség esetén a tagnak bekövetkezendő haláláig járni. Minden további befizetési év után a nyugdíj 2%-kal növekszik és 65 éves korában minden tag orvosi bizonyítvány nélkül nyugdíjazható. A tíz év előtt munkaképtelenné vált tag a választmány külön határozata alapján az esetben nyugdíjazható, ha munkaképtelensége a szolgálat teljesítése közben támadt baj folytán állott elő. A tíz év előtt elhalt tag után, a fenti pont kivételével, hátrahagyottjai a befizetett összeget kamat nélkül visszakaphatják.

Az özvegyi nyugdíj a nyugdíjra jogosult tag elhalálozása esetén a nyugdíj 50%-át teszi ki, míg nevelési pótlék fejében minden gyermek évi 120 frtot kap, de a nyugdíj és nevelési pótlék együtt a tag nyugdíjának $^3/_4$-ét túl nem haladhatja, ép úgy nem haladhatja túl a $^3/_4$-et a teljesen árván maradt gyermekek összes nevelési járuléka sem.

A vármegye területéről elköltöző tag a közgyülésen még részletesebben megállapitandó feltételek mellett továbbra is fentarthatja nyugdíj-igényét, ellenesetben befizetéseit visszakaphatja.

A tagdíjak havonként esedékesek, beiratási díj fejében a választott nyugdíjösszeg $^1/_2$%-a fizetendő az első év folyamán.

A befizetett díjak solid pénzintézetnél kamatozás végett helyeztetnek el, a melyekkel való tárgyalások már megindultak.

Díjtételek:

1. Minden 35 éven alul levő tag az általa választott nyugdíj $7^1/_2$%-át tartozik évente fizetni.

2. A 35 éven túl levő tag a következő táblázat szerint eszközli befizetéseit:

A tag kora	Ha a tag neje fiatalabb		
	1—5 évvel	6—11 évvel	10—15 évvel
	az évi tagsági díj a választott nyugdíjösszeg		
36—38	$11^3/_4$%	$12^3/_4$%	$13^1/_2$%
39—41	$12^1/_4$%	$13^1/_2$%	$14^1/_2$%
42—44	$12^3/_4$%	14%	$15^1/_2$%
45—50	13%	$14^1/_2$%	16%

Pl.: Ha a tag 34 éves és 600 frtnyi nyugdíjat óhajt, úgy egy és mindenkorra eszközlendő 30 frtnyi beiratáson kivül évente 45 frtot, vagyis havonta 3 frt 75 krt fizet és 10 év után 240 frt nyugdíjat kap, míg az özvegye 120 frt és gyermekeivel együtt 180 frtot. Ezen nyugdíj minden további befizetési év után 2%-kal növekedni fog. E tervezetet az egyesület folyó hó 19-dikén tartott közgyülése egyhangúlag elfogadta és annak a belügyministeriumhoz megerősítés végett felterjesztését elhatározta. Üdvözöljük a derék egyesületet e fontos ügyben utánozandó példaadásáért.

— **Weisz Ede** dr. fürdőorvosi gyakorlatát *Meran*-ban ismét elkezdette.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Fasor-szanatórium Vízgyógyintézete

Budapesten, a Herczel-féle szanatóriumban (városligeti fasor, 9. szám) Bejáró és benlakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső** (november 1-jétől lakik: VII., Erzsébet-körút 58).

Szt.-Lukács-fürdő

téli és nyári

gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő; iszapborogatás, douche-massage, kő- és kádfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Lakás és teljes ellátás hetenként 25 frt. (közepes ár). Prospektust küld az igazgatóság

Budapesten.

Reiniger, Gebbert & Schall

Gyár **BÉCS** Friedrichstr. 131c

Erlangen. IX., Universitätsstr. 12. **Berlin N.**

Az 1897. évi, ábrákkal ellátott legújabb katalogus tartalma:

Technologiai értekezés és árjegyzék

villamos orvosi készülékekről,

melyek galvanizálás, faradizálás, franklinisatióra, égetésre, endoskopiára, elektrolysisre, sinusoidalis voltaisatióra valamint

Röntgen-sugarakkal

való **fényképezésre** és **átvilágitásra** szolgálnak;

akkumulatorokról, villamos világitó-vezetékekhez

kapcsolható készülékekről és transformatorokról.

Elektromotórok sebészeti használatra, massage, punktura, ventilatio és egyéb czélokra

Katalogus és költségvetés ingyen és bérmentve.

Abt. *D)* Fogász-készitmények katalogusa.

Ichthyol

sikerrel alkalmaztatik:

női bajok és **sápkórnál, húgycső-takárnál, bőrbetegségeknél,** az **emésztő-** és **vérkeringési szervek bajainál, tüdővésznél, torok-** és **orrbántalmaknál,** valamint mindennemü **lobos** és **csúzos bántalmak** ellen, egyrészt **kisérletek** és **klinikai tapasztalatok** által bebizonyult **összehúzó, fájdalom-csillapító** és **antiparasitaer** tulajdonságai, másrészt a **felszivódást elősegitő** és az **anyagcserét fokozó** hatásánál fogva.

A szert klinikusok és orvosok nagy száma melegen ajánlja és az egyetemi valamint városi kórházakban állandóan használtatik.

Az **Ichthyolt** illető tudományos czikkeket vénymintákkal ingyen és bérmentve küldik szét az egyedüli gyártók

Ichthyol-társaság, Cordes Hermanni és társa,

Hamburgban.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (ú. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak 44

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.

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

Bőrszékipar és bútorbőrsajtolás

Kendi A.

Budapest, IV., Károly-utcza 2., evang. iskola-épület.

Állandó nagy készletek **valódi bőrszékek** és karosszékekben az eddiginél **sokkal olcsóbb árban.** Vidékre is pontos kiszolgálás.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás. 44

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges.

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

Savanyúvíz-forrás

ELADÁS.

Magyarországnak legdúsabb szénsavas Natron-Lithion tartalmú savanyúvize.

Fennállása 16 év.

A m. kir. magas ministerium által a (styriai) **Radein** és a (csehországbeli) **Bilinivel egyenlő hatással biró gyógyvizzé** ismertetett el.

Az összes dunántúli vármegyékben, nemkülönben Olaszhonban, Styriában stb. el lévén terjesztve. Az olasz királyi udvarnál és Rómában a pápai palotában is kedvelt italt képez.

Sem reklámok, sem üzleti utazók ennek terjesztése czéljából eddig igénybe még nem vétettek és raktárak sem létesittettek, mivégből e viznek való terjesztése még tetemesen fokozható.

Az egy évi fogyasztás megközelít egy millió palaczkot. Naponkénti vizmennyiség 20,000—25,000 liter. Ezen telephez hozzátartozik két bekerittetlen forrás és egy vele határos parasztgazdaság. A birtokot áthasitja egy vastartalmú forrás. Az egész telep igen alkalmas egy Kneipp-gyógyintézet létesitésére. Mellette folyóvíz, folyóviz-fürdő életbeléptesitésére. Vasút- és távirdai állomás. Kiterjedt szekérúthálózat és gyönyörű szőlőhegyek. — A lakosság: magyar, szlovén és német ajkú.

A víznek vegytartalma (az értékesebb alkatrészei, összehasonlitva a Giesshübli forrás vizével):

Az offerált forrás		Giesshübli forrás
Szénsav	48·214	29·339
Szénsavas Natron	30·894	8·430
„ Lithion	0·342	0·065
Chlornatrium...	7·281	—·—

A vétel különösen orvosi testületeknek ajánlható.

Felvilágositásokkal szolgál: **Szepessy János, Ujpest, Virág-utcza 3. sz.,** hová irásbeli közlemények is intézendők.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 44. számához. 3—4. szám. Budapest, 1897. évi október 31.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: *Mark Jakab* dr.: Az atropin-conjunctivitisről. — *Schaffer Károly* dr.: Közlemény a fővárosi „Erzsébet“-szegényház idegbeteg-osztályának szövettani dolgozójából. Az emberi látóidegek kereszteződéséről. — *Leitner Vilmos* dr.: Az öröklött látóidegsorvadásról. — *Feuer N.* dr.: A trachoma a hadseregben. (Vége.) — Ifj. *Siklóssy Gyula* dr.: A hibás állású szemszőrök és a szemhéjbefordulás műtéteiről. (Vége.) — *Mergl Ödön* dr.: Az itrol alkalmazása szembetegeknél. — *Nenadovics Lázár* dr.: A trachomaügy a XII. nemzetközi orvosi congressuson. — *Leitner Vilmos* dr.: Klinikai közlések. I. Hysteriás amblyopia esete. II. Gyógyult sympathiás szemgyuladás esete. — *Béla Pál* dr.: Az orosz szemészeti intézetekről. — *Selye Hugó* dr.: A heidelbergi szemészeti társulat 26-dik gyülésének tárgyalásai. — Irodalmi szemle. — Vegyesek.

Az atropin-conjunctivitisről.

Mark Jakab dr., ez idő szerint Schulek Vilmos tanár budapesti egyetemi szemklinikájára vezényelt cs. és kir. ezredorvostól.

E dolgozat czélja, hogy az atropin-conjunctivitis lényegének tisztázásához klinikai észlelés, valamint állatkisérletek útján hozzájáruljon.

Mindenekelőtt az egyetemi szemklinikán atropin-conjunctivitisben megbetegedett egyéneket szorgos észlelés alá vettem s ezzel egyidejüleg a használt atropin-oldatokat vegyileg és bacterium-tartalmukra megvizsgáltam. A feladat sokkal nehezebbnek bizonyult, mint azt első pillanatra gondolni lehetett volna. Az anamnesist illetőleg sikerült megállapitani, hogy a baj az esetek túlnyomó számában olyanokon jelentkezett, a kik már felvételük előtt is hosszú ideig — hónapokig — atropin-oldatot használtak, csak kivételes volt az, hogy rövid időn át történt becsöppentések után is kitört. A kórkép mindig majdnem teljesen hasonló volt: fénykerülés, könyezés, a conjunctiva erős belöveltsége, szalonnás felszine, az áthajlási redőkben folliculusok képződése, bő nyákos váladék, a szemhéj bőrének eczemája. A klinikán ápoltakon erősebb fokú kórképet már azért sem észlelhettem, mert az atropin-csöppentéseket azonnal elhagytuk s szükség esetén más mydriaticummal: scopolamin-oldattal helyettesítettük. A bejáró betegek közül egy olyan eset is volt, a melyben az eczema az egész arczfélre kiterjedt. Azon atropin-oldatot azonban, a mely kétséget kizárólag a baj előidézésével lett volna vádolható, külső körülmények folytán nem sikerült kideritenem.

Az észlelt esetekből annyi kiderült, hogy 1. a klinikán egyetlen olyan follicularis kötőhártya-gyuladás sem fordult elő, a mely esetben atropin-oldatot nem csöppentettek be, tehát nem lehet arról szó, hogy az úgynevezett idiopathikus follicularis hurut esetei szaporitották a sorozatot; 2. ennek megfelelően a hurut az atropin-oldat csöppentésének elhagyása után pár nappal teljesen gyógyult; 3. a váladék nem bizonyult fertőzőnek, a mennyiben állati és emberi kötőhártyára átvive hasonló bajt előidézni nem sikerült. Az eseteket tovább észlelni már azért sem sikerült, mert a helyszűke miatt a mint állapotuk engedte, el kellett bocsátanunk.

A kérdés tisztázására tehát még más módokhoz is kellett folyamodnom és pedig: 1. az irodalmat átkutattam; 2. a szemklinika kórleirásait tanulmányoztam; 3. állatkisérleteket végeztem; 4. sőt egyes alkalmas esetekben ellenőrző kisérletet emberen is teljesitettem.

Mielőtt ezen eljárások eredményeiről beszámolok, legyen szabad néhány általános dolgot előre bocsátani. Az atropin, mint ismeretes, savakkal közömbös sókká egyesül. Ezek alkoholban és vizben könnyen oldódnak, aether-ben nem; nehezen jegeczesednek, ezeknek megvan a hajlamuk, hogy vizes oldatokká szétessenek. *Liebig* szerint az atropin képlete: $C_{17} H_{23} NO_3$, a kénsavas atropiné tehát: $(C_{17} H_{23} NO_3)_2 H_2 SO_4$. Az atropint az Atropa Belladonna gyökereiből gyárilag készitik s hangsúlyoznom kell, hogy ekkor alkoholt, oltott meszet, kénsavat, chloroformot, natrium lúgot, sőt más vegyi anyagokat is használnak. Az előállitás bonyolult és nagy pontosságot igényel. A kénsavas sót úgy nyerik, hogy az atropint vegysúly szerint hig kénsavban oldják, az oldatot besürítik és a nyert kénsavas atropint borszeszből kijegeczesitik. Még nem régen az igy nyert anyag tisztátalanul került a kereskedésbe, a mennyiben hyoscyaminnal s más alkaloidákkal volt fertőzve, de az utóbbi időben már sikerül vegyileg kifogástalan atropin-készitményeket előállitani.

Minthogy ismételve felmerült az a gyanú, hogy az atropin-conjunctivitist az anyag tisztátalansága okozza, mindenekelőtt arról kellett — bár igen fáradságos módon — meggyőződni, hogy a klinikán használt atropin kifogástalan-e. Első sorban az előállitáskor használt anyagok s ezek fertőzései jönnek szóba. A chloroform phosgent, a borszesz amyl-propyl-buthyl alkoholt tartalmazhatott volna, a kénsavas atropint pedig a kénsavas ólom és arsenoxyd fertőzheti.

A szemklinikánkon már évek óta a *borsavas atropint* használjuk, részben, hogy a fertőzéseket elkerüljük, részben, hogy olyan készitményt használjunk, mely szabad savat ne tartalmazzon. Tudjuk azonban, hogy a bórsavat boraxból (natrium biboracicum), légenysavval vagy sósavval állitják elő, de mindkét sav kénsavval lehet fertőzve, a miért is még további szárítás és 200°-ig való kihevítés szükséges. Ezért a bórsavas atropin is lehet Cu, Pb, Fe, $H_2 SO_4$, chloridokkal, mészszel, magnesiával és légenysavval fertőzve.

A klinikának szállító gyógyszertárból tehát 3 gramm atropinum sulfuricumot s 3 gramm atropinum boracicumot (Merck) szereztem be. Ezen aránylag nagy mennyiségeket a chemiai analysis általános szabályai szerint, a magyar gyógyszerkönyv követeléseinek megfelelően megvizsgáltam s a nélkül, hogy ezen fáradságos vizsgálatokat részletezném, konstatálhatom, hogy tisztátalanságnak nyomára sem akadtam, nevezetesen nem találtam idegen alcaloidokat, szabad kénsavat, idegen fémeket vagy azok sóit.

Minthogy azonban az atropint oldatban rendeljük, a legkülönbözőbb gyógyszertárakból szereztem oldatokat s ezeket is vegyileg tisztáknak találtam.

Nincs okom tehát kételkedni, hogy a klinikán használt atropin-oldat vegyileg mindenkor tiszta volt.

Mi az oka tehát az általa előidézett hurutnak? *Maga az atropin, mint olyan, vagy a benne fejlődő microorganismusok képezik a közvetlen forrást, vagy egyéni hajlamok is szerepelnek?*

Ismeretes, hogy az atropin-oldat könnyen bomlik, hiszen már pár nap mulva az oldat zavaros, pathogen és nem pathogen bacteriumok fejlődnek benne, sőt vegyi decompositio is mutatkozik. Hogy ez mikor következik be, azt pontosan állandó érvényességgel megállapitani nem lehet. Sok esetben a szoba hőmérsékletben tartott oldat a 4-ik héten már vegyileg is decomponálódott. A bacteriumos fertőzés ezt természetesen megelőzi. A 3 napig állott atropin-oldatból oltott tenyészanyagon 4 nap alatt kiterjedt culturák keletkeztek. Épen a bacteriologia haladása adott alkalmat arra, hogy sokan az atropin-oldat ezen microorganismus tartalmát vádolják a hurut előidézésével. Az eddig felmerült különböző nézeteket a következőkben ismertetem:

Graefe (Archiv für Ophthalmologie 10. II. 200) azon véleményben volt, hogy egy anyagnak hosszú ideig való alkal-

mazása a hatás összegeződése által a conjunctivában anatomikus elváltozásokat okoz s ez által a gyógyszerekkel szemben való érzékenység megváltozik. Erre legszembetünőbb példának épen a conjunctivának atropinnal való telitését tekinti, melynek bekövetkezése után minden további csepp heves gyuladást idéz elő. Ezen érzékenység hónapokig megmarad.

Vossius (tankönyvében) azt mondja, hogy egyeseknek *idiosyncrasiájuk* van az atropinnal szemben, de kiemeli, hogy a használt oldat rendesen romlott s a gyuladás teljesen olyan benyomást kelt, mintha infectiosus eredetű volna.

Kniess (tankönyvében) azt állitja, hogy mióta aseptikus oldatot használ, nem látott atropin-conjunctivitist. *Schweigger* szerint (l. tankönyvét) az egyéni hajlamnak nagy szerepe van, a nyákos-genyes váladék azonban ragályos volna. Ettől az alaktól megkülönbözteti a ritka atropin idiosyncrasiát.

Schmidt-Rimpler azt mondja, hogy a hurut, idiosyncrasia vagy túlzott használat vagy romlott oldat alkalmazása folytán jön létre.

Michel bevallja, hogy ma még bizonytalan, hogy a hurut egyéni hajlam folytán vagy microorganismusok közreműködésével jön-e létre. *Fuchs* is nyilt kérdésnek tekinti, hogy az inger vegyi természetű-e vagy élősdiek által feltételezett? Mint ezekből látszik, sokan gyanúsitják a bacteriumokat a hurut előidézésével.

Legmesszebb megy *Hirschberg*, ki kijelenti, hogy a gyuladást gombák okozzák, úgyszintén *Schweigger*, ki a váladékot fertőzőnek tartja. Pedig e nézetnek forrása pusztán subjectiv benyomás, melyet a bacteriologia nagy haladása csak erősbitett. Ehhez járul, hogy az atropin-conjunctivitis néha csoportosan keletkezik, hogy az oldatok tényleg gyorsan bomlanak s hogy az atropin a nyákhártyákat rendesen nem izgatja. De mindez még nem bizonyiték arra, hogy a hurut *kizárólagos* oka az élősdiekben van, hiszen egy zavaros, bomlott oldatról, melyben a csirok hemzsegnek, senki sem fogja azt állitani, hogy a microorganismusoknak nincs semmi szerepük sem, de azt hiszem, hogy *az atropin sem egészen ártatlan.*

Vossius ama kijelentése, hogy a hurut azt a benyomást kelti, hogy fertőző természetű, nem sokat bizonyit, *Schweigger* ama nézetét pedig, hogy a hurut ragályos, misem bizonyitja; a klinikán nem volt reá eset, hogy olyan beteg megkapta volna, ki maga is atropint nem használt. Még inkább ellene szólnak e felfogásnak a már emlitett kisérleteim, melyekkel sohasem sikerült a bajt átoltani.

Határozottan ellene szól a bacteriumos eredetnek azon körülmény, hogy steril, aseptikus oldat is előidézi a hurutot.

Ahlström 2 ilyen esetet közöl (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde XXXIII) s ezek alapján azt mondja, hogy individuális dispositiót kell felvenni. Erről magam is meggyőződtem a következő két esetben:

1. 1897 május 24-dikén T. M. nőbeteget jobboldali érett s baloldali utóhályoggal vettük fel a klinikára. Bal szemének hályogját 2 év előtt operálták s az atropin-oldat akkor is heves gyuladást okozott. Egyetlen csepp 2 év után az atropin-conjunctivitis typusos képét idézte elő; 1 hét alatt a conjunctiva újból normalis lett s ekkor kisérlet czéljából egy csepp főzéssel sterilizált s hozzá még sublimat-oldattal (1 : 5000) készült atropin-oldatot kapott. Az oldat steril voltáról tenyésztő anyagra való beoltás által meggyőződtem s a szemre Issekutz-féle hermetikus kötést alkalmaztam. A heves hurut már pár óra alatt kifejlődött s a kötést a beteg maga letépte. A váladékból bouillonra való oltás nem adott eredményt, mig az agar-agaron staphylococcus pyogenes aureus culturák fejlődtek (Nékám főorvos úr lelete). Ezen culturákból való oltás állatok conjunctiváján nem adott eredményt.

2. H. L. keratitis parenchymatosában szenvedő férfibeteget 1897. április 2-dikán vettük fel a szemklinikára. Előzetesen már évek előtt hónapokig s most újból 3 hó óta használ atropin-oldat becsöppentéseket. Néhány nap alatt atropin-conjunctivitis fejlődött ki s ez idő óta mydriaticumul scopolamin-oldatot kapott. Junius 9-dikén egy csepp gondosan sterilizált atropin-oldatot kapott s pár óra alatt a typikus hurut megjelent, mely négy napig tartott. A beteg másik szemébe az előbbi beteg szeméből előállitott s agar-agaron fejlődött culturából, kiizzitott platin-sodrony segélyével keveset beoltottam. S íme a jobb szemen is kifejlődött a bal szeméhez teljesen hasonló hurut, mely ugyancsak pár nap alatt gyógyult.

A mi az első esetet illeti, itt tényleg egyéni hajlamot kell feltételeznünk, mivel a beteg már évek előtt s most is egyetlen csepp atropintól heves gyuladást kapott. A második esetben ellenkezőleg hónapokig tartó atropin-oldat becsöppentések semmi káros hatással nem voltak. Ez esetben tehát csak *szerzett* érzékenységről lehet szó. Mindkét esetben azonban a baj előidézését az atropinnak magának kell tulajdonitanunk, mivel az oldatok sterilek voltak.

Ha most azt a kérdést vetem fel, hogyan kell magyarázni a 2-dik esetet, melyben az egyik szembe cseppentet steril atropin-oldat s a másikba juttatott bacterium-cultura hasonló gyuladást idézett elő: erre azt kell mondanom, hogy ez esetben *Graefe* értelmében valóságosan atropin-nal telitett conjunctivákkal volt dolgunk. Ezeknek a conjunctiváknak ereit s idegeit az atropin már beteggé tette.

Az atropin véleményem szerint a conjunctiva ereinek tonusát annyira alászállitotta, hogy ebben rejlik a gyuladás forrása, mely egy külső behatásra azonnal kitör. Az mindegy, hogy mi legyen az: bacterium-cultura vagy steril atropin!

Az is a bántalom fertőző jellege ellen szól, hogy a szem nemcsak nem szerez immunitást, hanem ellenkezőleg még érzékenyebbé lesz.

Teljesség kedvéért megemlitem, hogy az alapbántalom milyensége, a kor, a nem teljesen közömbös a hurut kitörésére. Ezt bizonyitja a következő összeállitás: 1896-ban a klinikán (csakis a felvett betegeket értve, eltekintve az ambulansoktól) 914 beteg közül 238 kapott atropin-oldatot, ezek közül 15 (6·2%) kapott atropin-conjunctivitist és pedig:

Sorszám	A körleirás száma	Kor	Nem	A betegség neme
1	96	67	férfi	Aphakia o. d., cataracta o. s.
2	137	61	nő	„ „ „ „ „ „
3	190	30	férfi	Pannus phlyctaenosus o. u.
4	234	79	„	Occlusio pupillae o. d.
5	240	58	„	Cataracta o. u.
6	268	64	„	Aphakia o. d, cataracta o. s.
7	431	29	nő	Iridocyclitis o. u.
8	283	17	férfi	Cataracta zonularis o. u.
9	297	81	„	Aphakia o. d., cataracta o. s.
10	472	28	„	Myopia majoris gradus
11	481	72	„	Cataracta o. u.
12	515	52	„	Iritis o. u.
13	585	16	„	Keratitis o. sin.
14	626	11	„	Keratitis parenchym. o. u.
15	837	54	„	Kerato iritis o. sin.

Meg kell még jegyeznem, hogy nyulakon hónapokon át alkalmazott 1% atropin becsöppentésekkel nem sikerült ugyan conjunctivitist előidézni, de az in substantia alkalmazott szer 8—12 nap alatt igen heves kötőhártya-gyuladást idézett elő. Hogy nem mint idegen test hatott, arról meggyőződhettem az által, hogy a másik szembe juttatott amylum solani indifferens maradt. Az igy gyuladttá tett conjunctiva áthajlási redőjét kimetszve egy esetben kifejezett folliculus képződést, másik esetben diffus apró sejtes infiltratiót találtam.

Hogy a klinikus észleléseket állatkisérletekkel és bacteriologikus vizsgálatokkal is kiegészithettem, azt *Bókay Árpád* tanár és segédjei: *Vámosy Zoltán dr.* és *Fenyvessi Béla dr.*, valamint *Nékám Lajos* főorvos úr szivességének köszönhetem.

Közlemény a fővárosi „Erzsébet"-szegényház idegbeteg-osztályának szövettani dolgozójából.

Az emberi látóidegek kereszteződéséről.

Közli: *Schaffer Károly* dr. egyetemi magántanár és szegényházi rendelő orvos.

Főleg *Gudden* állatkisérletes vizsgálatai óta általánosan elfogadott tételként szerepel a látóidegek félkereszteződése, noha tény, hogy nem hiányoztak búvárok, a kik a tökéletes kereszteződés mellett kardoskodtak. Utóbbiaknak nemrégen (1890) egyik kiváló híve *Michel*, würzburgi szemész, ki úgy emberi, valamint állati anyagon, úgy tisztán ép szövettanilag, valamint kórtani és kisérleti anyaggal dolgozva, a tökéletes kereszteződést hangoztatja. *Michel*-nek az elmult évben *Kölliker*-ben, ugyancsak würzburgi tanárban egy nagy tekintélyű támogatója akadt, kinek a szóban forgó kérdésről táplált nézetét legjobban saját szavai fejezik ki:[1] „*Ich lege das Hauptgewicht auf die anatomische Prüfung* und spreche mich aus diesem Grunde, wenn auch nicht mit voller Bestimmtheit, doch mit grösster Wahrscheinlichkeit, für die totale Kreuzung der centripetalen, in der Netzhaut entspringenden Opticusfasern auch beim Menschen, dem Hunde, der Katze und dem Kaninchen aus."

Oly elsőrangú szaktekintélynek, mint *Kölliker*-nek ily határozott állásfoglalása hatását nem tévesztette. *Kölliker* nyomában több búvár emelte fel szavát a Gudden-féle félkereszteződés javára, így *Jacobsohn*,[2] *Hüfler*[3], *Cramer*,[4] de első sorban *Bernheimer*,[5] ha eltekintek attól, hogy *Michel* nyomán is támadtak tiltakozók, mint pl. *Delbrück*.[6]

Jacobsohn egyoldali enucleatio után házi nyúlnál, tengeri malacznál, macskánál és majomnál Marchi osmio-bichromatos elegyével vizsgálta a chiasmában és a látóhuzamokban a friss elfajulást és kétségkivül constatálhatta a semidecussatiót a macskánál és majomnál, míg a házi nyúlnál és tengeri malacznál teljes kereszteződést talált. *Hüfler* igen tanulságos esetével kétségtelenné tette az embernél a semidecussatiót. Egy paralytikusnál mindkétoldali látóideg szabad szemmel teljes elfajulást mutatott, míg górcsövi metszeteken, melyek frontalis síkban eszközöltettek, a bal látóideg alsó és külső negyedében egy kis, ép rostokból álló, zárt köteg volt látható. A teljesen elfajult chiasmában és látóhuzamokban Weigert-Pál módszerével kényelmesen és biztosan követhette a fenmaradt kis rostnyalábot, melynek lefutása következőkép alakult. A nyalábnak középső részlete megmarad ugyanazon oldalon és a tractusba követhető. Az alsó ventralis részlet lapos ív alakjában azonnal áthajlik a túlsó oldalra, a hol a tractus külső oldalán helyezkedik el. Ezen közvetlen átjutása a keresztezett rostoknak azonban csakhamar befejeződik. Röviddel megelőzőleg azonban dorsalis rostok is jutnak át a túloldali tractusba, a honnét mindenek szerint a ganglion opticum basale-ba mennek, valamint hogy az agyalapi eresztékkel is szorosabb viszonyba jutnak.

A minthogy *Hüfler* az egy látóidegben fenmaradó kis nyalábra is a semidecussatiót kimutathatta, ugyanúgy sikerült *Cramer*-nek és *Bernheimer*-nek egyoldali teljes látóideg sorvadás esetében a félkereszteződést beigazolniok. Kiválóan tanulságos *Bernheimer* dolgozata, a mely nézetem szerint legtisztábban tárgyalja a semidecussatio szorosabb viszonyait. Nevezett szerző az emberi chiasmának velőfejlődési viszonyait emberi magzatokon tanulmányozván, arra az érdekes és a helyes megitélés szempontjából igen fontos felfedezésre jutott, hogy a látóideg keresztezett nyalábja a túloldali tractusnak ventralis síkjában fut le, míg a nem keresztezett köteg a hasonnevű tractus dorsalis felében helyezkedik el. Ezek szerint minden látóhuzamnak felső dorsalis felében a keresztezetlen, alsó ventralis felében a keresztezett látóidegnyaláb fut le. E viszonyokból könnyen érthető, hogy egy adott oly esetben, a hol egyoldali opticusatrophia forog fenn, csakis hiánytalan, sorozatos készítmények menthetnek meg a hibás itélettől; ugyanis a keresztezetlen nyaláb a tractus dorsalis felében levén meg, ha mi csakis a chiasma vastagságának közepéről származó metszetet vizsgálunk, úgy találunk keresztezett sorvadást, de hiába keresünk keresztezetlen atrophiát.

Bernheimer esete több évtizeden át fennálló egyoldali teljes sorvadása a jobb látóidegnek; teljesen ép bal látóideg. A chiasma alsó ventrális feléből készült metszetek teljesen ép bal látóideget, teljesen sorvadt jobb látóideget, nagy részben atrophiás bal keresztezett látóhuzamot és ép jobb látóhuzamot tüntetnek fel. Tehát a ventralis chiasma-metszetek csakis keresztezetten sorvadt rostokat demonstráltak, míg a felső dorsalis chiasmafélből származó metszetek a keresztezett bal látóhuzamban csak kevés sorvadt rostot tartalmaz, míg a jobboldali hasonnevű tractus nagyszámú atrophiás rostot tüntet fel. „Die Schnitte aus der *oberen* Chiasmahälfte aller anatomisch und pathologisch-anatomisch untersuchten Objecte, zeigen die Existenz ungekreuzter Sehnervenfasern beim Menschen und zwar in erheblicher Menge. Schätzungsweise kann man wohl sagen, dass sie mindestens ein Drittel aller, vielleicht auch mehr ausmachen und dass sie nicht in einem geschlossenen Bündel verlaufen." (*Bernheimer.*)

Fenti, csak épen a legújabb irodalmi adatokat tartalmazó áttekintés is eléggé bizonyítja, mily kevéssé tisztázott kérdés a látóidegek kereszteződése. Jogosultnak vélem tehát, ha a kérdés fejtegetéséhez egy saját esetemmel is hozzájárulok, mely nézetem szerint több figyelemreméltó vonással bir.

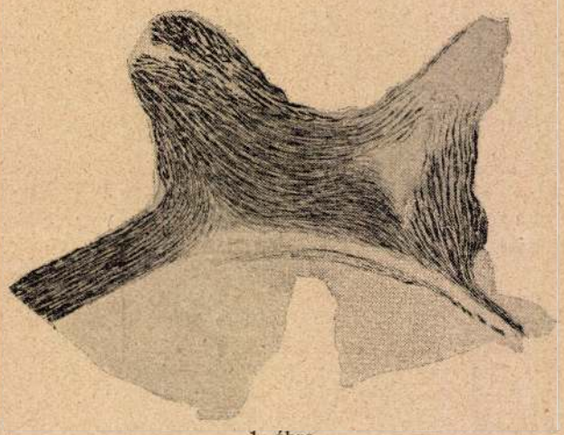
Az eset egy marasmusban szenvedő 56 éves nőre vonatkozik, a kinek egyoldali, jelesen baloldali maximalis szemsorvadása mintegy 26 éven át állott fenn; a phthisis bulbi traumás behatásra következett volt be. A bonczolásnál a bal látóideg teljesen szürkésen elfajultnak mutatkozott, melyből feltünően ütött el a teljesen ép jobb látóideg; szabad szemmel a keresztezett (jobb) tractusnak megkeskenyedése eléggé feltünő volt, míg a hasonnevű (bal) látóhuzam rendesnek mutatkozott. A Müller-folyadékban történő keményítés után e viszonyok ugyanigy tüntek fel; az atrophiát a celloidinban eszközölt beágyazás után a Weigert-féle sorozatos collodionage és Weigert haematoxylinos festése segélyével előállított vizszintes metszeteken tanulmányoztam. E mellett nem mulasztottam el a két látóidegből valamint a két tractusból származó frontalis metszeteket vizsgálat tárgyává tenni, vagyis az atrophiának a látópálya harántmetszetére eső kiterjedését megfigyelni. (L. 1. és 2., illetve 3. ábrát.) Leirásomat legczélszerübben a horizontalis metszeteken kezdem meg és az igy nyert képeket kiegészitem a frontalis metszetek képeivel.

Az 1. ábra az agyalaphoz közeleső, tehát a chiasma felső, dorsalis feléből származó vizszintes metszetet képvisel. Itt figyelmünket első sorban a nagy fokban sorvadt bal látóideg köti le, melynek csupán medialis szélén találunk egy igen satnya, nehány varicosus velőshüvelyű idegrostból álló nyalábocskát. A sorvadt látóidegnek a chiasmával való találkozása helyén ép rostokat látunk, melyek a chiasma elülső concav széléből ugyancsak concav ivek alakjában a sorvadt látóidegbe hatolnak és itt kéveszerüen bomlanak fel; egyes szálaik meggörbülve a sorvadt látóideg medialis feléből átkanyarodnak ennek lateralis széléhez illetve a chiasmának bal széléhez, a hol az idegrostok szélesebb sclerotikus csikok által elkülönitett keskenyebb pamatokba szedődve futnak a bal tractusba. Eme leirt rostok, melyek tehát a chiasma elülső széléből indulva ki, kacsszerű meggörbüléssel benyomulván a látóidegbe, a túloldali tractusba jutnak, kétségkivül a *Michel* által leirt és a *Kölliker* által is kiemelt „Schleifenbildung" czimű rostlefutásnak felelnek meg. E kacsképződésre nézve, épen saját vizsgálataim alapján, azt kell kiemelnem, hogy ez legkifejezettebben a chiasma vastagsága közepén történik meg,

[1] Handbuch der Gewebelehre des Menschen. II. kötet, 2. rész. 1896.
[2] Zur Frage der Sehnervenkreuzung. Neurolog. Centralbl. 1896.
[3] Ueber den Faserverlauf im Sehnerven des Menschen. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1895.
[4] Sec. Veränder. nach einseitiger Bulbusatrophie beim erwachs. Menschen. Neur. Centrbl. 1896.
[5] Die Sehnervenkreuzung beim Menschen. Wiener klin. Wochenschrift 1896.
[6] Zur Lehre von der Kreuzung der Nervenfasern im Chiasma nervor. opticor. Arch. f. Psych. XXI.

s miután a kacsrostoknak eredő része már a chiasmának dorsalis feléből indul ki, míg ívelt csúcsi részük a chiasmának (illetve a látóidegnek) egy mélyebben fekvő szintáján fekszik, azért is azt kell felvennünk, hogy a chiasma dorsalis kacsszerű rostjai a látóideghez érvén, itt lebuknak s így egy mélyebb niveauban képezvén a kacsot, újból felbuknak a chiasma szélén, a honnét átfutnak a tractusba. A leirt kacsképződés két szára által az adott esetben egy háromszögletű sclerotikus terület határoltatik körül (l. 1. ábra), mely képviseli a sorvadt látóidegnek a kacsképződés felett és részben közben elvonult folytatását. E háromszögletű terület csúcsi része a látóidegbe ékelődik, alapi része a chiasmán nyugszik; átfogói részéből sclerotikus csikok indulnak ki, a melyek kifelé concav ívek alakjában a bal tractusba törekszenek. A metszeten a bal tractus csupán egy gyenge idegrost-nyalábból állónak tünik fel, a minek oka a metszési síknak kissé ferde, tehát nem teljesen vízszintes volta. A készítményen teljesen ép jobb látóidegen kivül feltünik az egészségesnek látszó jobb tractusnak gyöki részén egy kis sclerotikus háromszögletű terület, melynek egyik oldalát a tractusba hajló, kifelé concav rostok, másik oldalát a chiasmának hátsó ívelt, kereszteződő rostjai, alapját az agyalapi szürke állomány képezi. De kiemelem, hogy a leirt terület ellentétben a túloldali nagyobb háromszögletű sclerotikus területtel nem teljesen rostnélküli, mert átszelik részben a jobb tractusba hajló, részben a jobb

1.



1. ábra.

látóidegből jövő hátsó ívelt, keresztezett rostok. Mikép a sorozatos készítmények egybevetése bizonyítja, úgy e jobboldali kisebb háromszögletű sclerotikus terület folytatása a sorvadt látóidegből származó túloldali, bal háromszögletű és teljesen sclerotikus területnek.

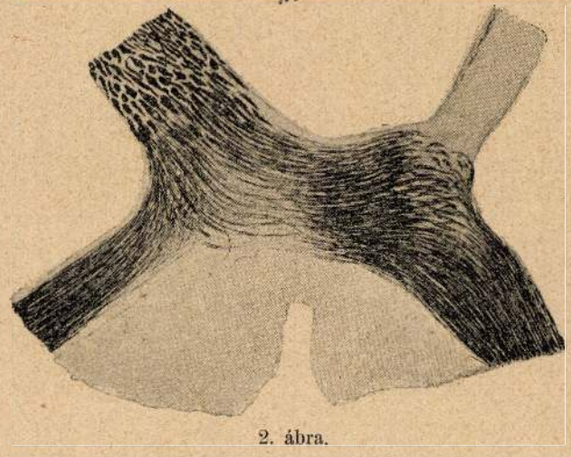
Lássuk már most a chiasma alsó, ventralis feléből származó metszetet. (L. 2. á.) Ez a teljesen sclerotikus bal látóideget (kivéve a már jelzett medialis satnya nyalábocskát), teljesen ép jobb látóideget, hatalmas, épnek látszó bal tractust és utóbbihoz viszonyítva tetemesen elvékonyult jobb tractust mutat. A figyelmes szemlélőnek azonnal fel fog ötleni, hogy az a teljesen sclerotikus háromszög, mely a dorsalis metszeten baloldalt és a chiasmának elülső széléhez közelebb volt, most a chiasmának jobb hátsó részében, az agyalapi szürke állománynyal közvetlenül határos részében fekszik. Ámde feltünik még az a körülmény is, hogy ez a sclerotikus háromszög velős rostokat jelentékeny számban tartalmaz; ezek egyrészben kifelé concav ívben, a chiasmából a jobb tractusban lefutó, másrészben a jobb látóidegből hátrafelé convex ívek alakjában haladó hátsó kereszteződő rostjai a jobb látóidegnek. Mint különösen érdekes körülmény emelendő ki, hogy e relativ rostszegény háromszög csúcsával a jobb tractusba ékelődik, a mennyiben egyenesen egy, a jobb tractus belső szélén elhelyezett keskeny, teljesen velőtlen sclerotikus csikba megy át. Ezek szerint a bal sorvadt látóideg a chiasma bal felében magasabban, dorsalisan feküdt, míg a chiasma jobb felében mélyebb rétegben, ventralisan foglal helyet; ez az elhelyezkedés arra vall, hogy a bal látóidegnek kereszteztett rostjai, miközben a túloldali tractushoz igyekszenek, fokozatosan lejebb szállnak a chiasmában. A leirást még azzal kell kiegészítenem, hogy a chiasma ventralis metszetein a sorvadt bal látóideg tövénél a kereszteződő elülső chiasmarostok határozott ritkulást mutatnak, a mennyiben eme egymással gyékényszerűen átfont rostok közt sclerotikus csikok tünnek fel. Ezek kétségkivül a bal sorvadt látóidegnek még kereszteződő rostjait képviselik. IIa a 2. ábrán a két tractus szélességét összehasonlítjuk, úgy a keresztezett kóros tractus határozottan $^1/_4$-del kisebbnek tünik fel.

Ha az eddigi leirást áttekintjük, úgy összegezve, a következők emelhetők ki:

1. Egy látóidegből kiinduló kereszteződő rostok kétfélék: *a) elülső x rostok*, melyek alatt a chiasma elülső szélén jelentkező kacsszerű rostok értendők és *b) hátulsó x rostok*, melyek mint a chiasma hátsó, az agyalapi szürke állománynyal határos részében csinosan hajlott ívek alakjában a túloldali tractusba átgörbülő rostok futnak le. E viszonyokat a 2. ábra kitünően mutatja; de ugyanebből kitünik az is, hogy az elülső x rostok a látóideg medialis, a hátsó x rostok a látóideg lateralis rostjaiból kerülnek ki.

2. Úgy az 1. mint a 2. ábra, tehát a chiasmának dorsalis és ventralis metszetei igen tisztán demonstrálják a látóidegnek kereszteződő rostjait és ennek megfelelően a bal

2.



2. ábra.

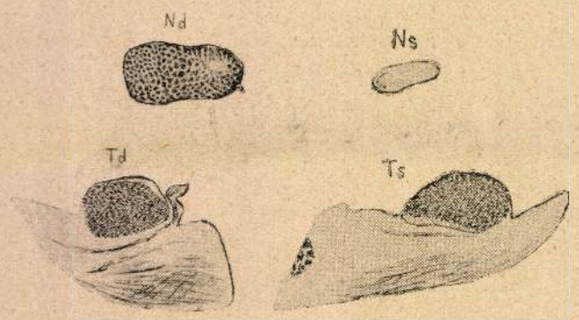
sorvadt látóideggel keresztezett jobb tractus határozott sorvadást is mutat. Nem oly kézzelfogható módon tudtuk a keresztezetlen rostokat feltüntetni; az 1. ábrán ugyan eléggé határozottan tünik fel, hogy a chiasma bal felében kifelé concav ívek alakjában sclerotikus csikok haladnak a sorvadt bal látóidegből a bal tractusba, ámde egy tömör sorvadásos csikot, a mely a nem keresztezett rostokat képviselné, vízszintes metszeteimen kimutatni nem tudtam. Kiemelem azonban e helyen, hogy a bal tractusnak erősebb lencsével megejtett összehasonlitása a jobb tractussal kétségtelenül ritkább rostozatot mutat; de a rostritkulás oly diffuse történt, hogy gyenge nagyítás mellett, a hogy a 2. ábra is készült, ez fel sem tünik. *Bernheimer* fent jelzett értekezésében egy igen sikerült chiasma-ábrát közöl, a melyben a sorvadt látóideggel hasonnevű tractus — minden esetre egy dorsalis metszeten — határozott rostritkulást mutatott. Eleinte abban a hiedelemben voltam, hogy készítményeimnek eme hiánya onnét származik, hogy metszési síkjok nem teljesen vízszintes, hanem kissé rézsútos (jobbról felülről bal- és lefelé hajló). Azt a kérdést, vajjon hogyan helyezkednek el a nem kereszteződő rostok, legkönnyebben frontalis metszetekben véltem eldönthetni. (L. 3. ábrát. Nd = n. opticus dexter; Ns = n. opt. sinister, medialis szélén nehány fenmaradó rosttal; Td = tractus opticus dexter, mely ventralis és medialis szélén egy vékony sclerotikus csikot mutat; Ts = tractus opt. sinister, mely sokkal nagyobb a túloldalinál és dorsalis szélén egy igen vékony, rost-

szegényebb réteget mutat.) Ezek a készítmények rendkivül tanulságosak és belőlük a következőket véltem kiolvashatni:

A keresztezett jobb tractust összehasonlítva a ballal, határozottan kisebbnek tünik fel. De ha a sorvadt látóideget az éphez hasonlítjuk és most a keresztezett jobb tractust ismét a sorvadt látóideghez viszonyítjuk, úgy már az első pillanatra határozott aránytalanság tünik fel. Ha áll a látóidegek teljes kereszteződése, a mint azt *Michel* és *Kölliker* állítják, úgy a keresztezett tractusnak 1. a ténylegesnél sokkal kisebbnek és 2. teljesen rostnélkülinek kellene lenni. Miután sem az egyik, sem a másik készítményeimen ez nem tapasztalható, azért is én a két tractusnak fentebbi ábrán pontosan feltüntetett nagysági viszonyait csakis a semidecussatióval tudnám magyarázni, mivel ezen az alapon a sorvadt rostok kétfelé oszolván meg, absolut rosthiány sem az egyik, sem a másik tractusban nem lesz található, valaminthogy a keresztezett tractus megkisebbedése sem kell, hogy egyenes arányban legyen a sorvadt látóideggel.

A 3. ábrának gondos szemlélése továbbá annak felismerésére is vezet, hogy a nem keresztezett rostok a hasonnevű tractusban egészen zárt, tömör köteget nem képeznek. Látható ugyan a bal tractus dorsalis szélén egy vékony csik, mely kissé világosabbnak tünik fel, mi rostritkulásnak az eredménye, de oly feltünőnek nem mondható mint a jobb tractus ventralis szélén levő sclerotikus csik, mely teljesen rostszegény. Minden esetre oly gyér a rostritkulás a bal tractus dorsalis szélén, hogy az a chiasma dorsalis feléből készült vizszintes metszeteken kellő tisztasággal nem tünhetik fel.

3.



3. ábra.

Esetem, mindent összegezve, engem az alábbi következtetésekre vezet.

1. *Bernheimer* ama tételéhez, hogy a keresztezett köteg a chiasma ventralis, keresztezetlen kötege a dorsalis rétegben van, készítményeim alapján teljesen hozzájárulok. Esetemben a vizszintes metszeteken világosan látható, hogy a keresztezett köteg csakis a keresztezett tractus ventralis metszetein tünik fel (l. 2. ábrát), míg a keresztezetlen köteg csupán a dorsalis metszeteken látható ama sclerotikus ivelt csikok képében, melyek a sorvadt opticusból a chiasma bal szélén — ép rostnyalábok közt — húzódnak a hasonnevű, bal látóhuzamban. A frontalis metszetek pedig tisztán mutatják, hogy a keresztezett köteg okozta rostkiesés a keresztezett tractus ventralis, a keresztezetlen kötegnek megfelelő rostritkulás a hasonnevű tractus dorsalis szélén lép fel.

2. Azon körülmény, hogy a keresztezett tractus kifejezetten sorvadt, míg a hasonnevű talán alig, mutatja, hogy a keresztezett nyalábok túlsúlyban vannak, míg a keresztezetlen kötegek a kisebbik részt képezik.

3. Fentebb kiemeltem, hogy a keresztezetlen rostokat egy elkülönült sclerotikus csik alakjában, mikép a keresztezett rostokat, felmutatni nem tudtam. Ebből csakis azt kell következtetnem, hogy a keresztezetlen rostok túlnyomó számban a hasonnevű tractusban egyenletesen szóródnak széjjel, mely nézetem *Bernheimer* felfogásával is egyező.

Esetemet a látóidegek félkereszteződésének bizonyitékai közé kell sorolnom. Nézetem szerint már egymagában véve az a körülmény, hogy a keresztezett tractusban rostok még nagy számmal vannak, kétségkivül igazolja a keresztezetlen rostok létezését. Hiszen, ha a chiasma teljes kereszteződésnek lenne szinhelye, úgy a sorvadt látóideggel ellentett látóhuzamnak absolute sklerotikusnak kellene lennie; a totalis decussatio híveinek semminemű okoskodása (*Michel*) a keresztezetlen tractusban levő rostokat érthetővé és elfogadhatóvá tenni nem képes. Miután tudjuk, hogy a retinából eredő centripetalis opticusrostok szakadatlan pályát képeznek a subcorticalis látódúczokig, azért is pathologiai postulatum, hogy egy látóidegnek teljes elfajulása, mely, mi több, évtizedeken át áll fenn, felterjedjen a subcorticalis opticusgóczokhoz — e törvény alól kivételt nem ismerünk.

Leirásomnak és taglalásaimnak végére érvén, szabadjon még befejezésül egy általános megjegyzést tennem az atrophiás módszer eredményeinek megitélése szempontjából.

Valamely idegpályának elfajulását, mint ismeretes, kétféle módon ú. m. positive és negative lehet kimutatni. Ha valamely, központjától elszakított pálya másodlagosan elfajul, úgy ez kezdetben a velőshüvely rögös szétesésében nyilvánul; ha idő folytán a myelinceppek felszivattak, úgy beáll a consecutiv kötőszövetes túltengés, mi egyenértékű az elfajult pálya teljes kiesésével, hiányával. A másodlagos elfajulás első szakaszát a *Marchi*-féle osmio-bichromatos módszerrel könnyen és biztosan lehet kimutatni, mert az osmium által feketitett myelinrögök szabatosan mutatják az elfajult pályát. Ez tehát az elfajult pályának *positiv* kimutatása. (A módszer ellen tett kifogások absolute nem helytállóak és úgy tapasztalat- mint kritikahiányon alapulnak.) Ha a szétesett velő felszivódott, hátramarad az üres kötszövethálózat, ez pedig *Weigert* haematoxylinos festésével mint világosbarna, velőtlen csik illetve szalag tünik fel (miután e festés a jelenlevő velőt sötétkékre, a kötőszövetet sárgásbarnára festi.) Ez tehát az elfajult pályának *negativ* kimutatása. De ismeretes, hogy a pálya elfajulása után a kötőszövet zsugorodik is és igy megeshetik, hogy azon esetben, ha az elfajult pálya nem képez egy tömör nyalábot, hanem egyéb pályarostok közé el van szórva, úgy zsugorodó sclerotikus csikok az egészséges rostnyalábok által eltakartatnak. Ez alapon könnyen érthető, hogy a keresztezetlen tractusban alig lehet sorvadást kimutatni, mert itt a nyalábok diffuse helyezkednek el, valaminthogy a keresztezett tractusban is az aránylag kisfokú atrophia csak azt bizonyitja mennyire képesek a meglevő egészséges rostok az atrophiát fedni.

E *tények* alapján úgy hiszem, mindenki előtt világosnak tünik fel ama kijelentésem, hogy a látóidegrostok félkereszteződését első sorban a positiv irányú *Marchi*-féle módszer van hivatva kimutatni; ehhez azonban — az *emberen* t. i. — oly feltételek szükségesek, melyek a körülményeknek igen ritka és véletlen összetalálkozásával valósulhatnak meg csupán. (Jelesen: egyoldali enucleatio vagy exenteratio, mely után intercurrenter 4—6 hét multán exitus. Csakis ily rövid időtartam után áll még fenn a heveny velőszétesés és csak ilyenkor alkalmazható még eredménynyel Marchi szép módszere.) E helyen a leghatározottabban ki kell jelentenem, hogy a tisztán *épszövettani* kimutatása a látóidegek kereszteződésének hiú törekvés; *Kölliker*-rel szemben ép azt kell kiemelnem, hogy a chiasma kúszált és töméntelen rostjai által nyújtott úttévesztő képeket még oly óvatos és lelkiismeretes górcsői elemzés sem lesz képes biztosan felderiteni. E nehéz kérdésben csakis a *pathohistologiai* módszer az egyedül czélravezető; egyébként *Kölliker* is csak „mit der grössten Wahrscheinlichkeit“ állitja a teljes kereszteződést. A tisztán anatomiai módszernek a chiasma kérdésében való tarthatatlanságát és csalóka voltát igen meggyőzően és szellemesen bizonyitotta be *Grützner*. E szerző ugyanis fonalakból készitett egy mesterséges chiasmát akképen, hogy a látóidegrostokat képviselő fonalak a chiasmában egy mélyebb szintájba bukván le, rövid lefutás után ismét felemelkedtek és folytatták útjokat az azonos tractusban. A minta természetesen keresztezett fonalakat is tartalmazott. Egy ilyen modellen át azután *Lenhossék M.* metszeteket készitvén, nyilvánvalóan kitünt, hogy a keresztezetlen rostok *egy* adott metszeten mint kereszteződő fonalak tünhetnek fel.

Az öröklött látóidegsorvadásról.

Irta: *Leitner Vilmos* dr. szemklinikai gyakornok.

Lebernek[1] az öröklött és veleszületett dispositio alapján fejlődő látóidegbajokról 1871-ben közzétett megfigyelései és alapvető munkája óta több idevágó észlelésről nyujt adatokat az irodalom. E kóralak első ismertetőjének éleslátását bizonyítja, hogy nézetei azóta az esetek legnagyobb részében megerősítést nyertek s csak egyes kérdések maradtak vitásak és maig is eldöntetlenek. E körülmény magyarázatául szolgálhat az, hogy oly betegségről van szó, mely hosszabb ideig tartó megfigyelést igényel, másrészt meg a beteg családjára vonatkozó s az öröklési viszonyokat illető adatok sem mindig könnyen, s főleg elégszer nem egész hitelességgel szerezhetők be. Akárhányszor megesik, hogy a beteget egyszer látjuk, de további sorsáról nincs módunk tudomást szerezni, máskor ismét az egyén társadalmi állása teszi kényessé a család tagjai felől való tudakolást. Ehhez járul, hogy e szembetegség fiatal egyéneket támad meg, kik látásuknak bár csak egy csekély töredékével is, de hosszú ideig elélhetnek, s így a baj boncztani lényegét alig van alkalmunk megismerni. S így a nézeteltérések egyengetését csak az észleletek szorgos feljegyzésétől várhatjuk. Minden újabb megfigyelés értékes lehet a bántalom mibenlétének elbirálásánál, s talán nem lesz hiábavaló, ha a budapesti egyetemi szemklinikán észlelt, valamint Grósz Emil magántanár úr szivességéből átengedett esetek ismertetésével az eddigi casuistikához hozzájárulok.

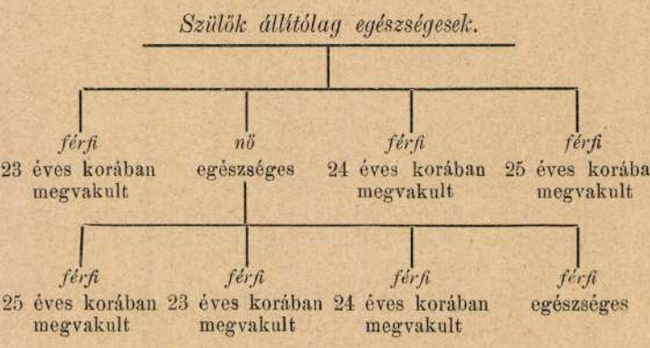
H. J. 25 éves földmíves azzal a panaszszal kereste fel klinikánkat, hogy látása mindkét szemén $^1/_2$ év előtt rohamosan megromlott s azóta bár lassan, de fokozatosan csökken; alkonyatkor betegsége óta, kevéssel jobb a látása mint világos nappal. Szembajának okát nem tudja; betegséget nem állott ki soha, csak olykor szenvedett fejfájásban. Keveset dohányoz, szeszes italokkal egyáltalán nem él.

A testileg jól fejlett egyénnél szervi elváltozások nem találhatók, alkati baj nincs jelen; a koponya rendes alaki viszonyokat mutat. Értelmes feleleteket ad.

A szem functionalis vizsgálatánál kitűnik, hogy mindkét szemén csak $^1/_2$ méterről olvassa az ujjakat; üveg a látását nem javítja. A színek közül csak a kéket ismeri fel, a többit szürkének mondja. Látótereiben rendes peripheriás kiterjedés mellett nagy, körülbelül 20°-ú, egészben haránt ovalis alakú absolut, centralis scotoma található. A szemtekéken külsőleg feltünő eltérés nem mutatkozik. Mindkét pupilla renyhén reagál, a bal pupilla kevéssel tágabb a jobbnál. Törőközegek tiszták. Mindkét papilla egyneműen szürkés-fehér, a lamina cribrosa likacsai nem láthatók; a vénák tágabbak, az arteriák szükültek; az ereket a retinán messze követhető fehér sáv kiséri. Az összes tünetek tehát a gyuladásból származó látóidegsorvadásnak typikus képét adják, olyant, minőt legtöbbször a toxikus (nicotin, ólom) alapon fejlődő vagy diabetes kiséretében támadó neuritis retrobulbaris végső szakában láthatunk.

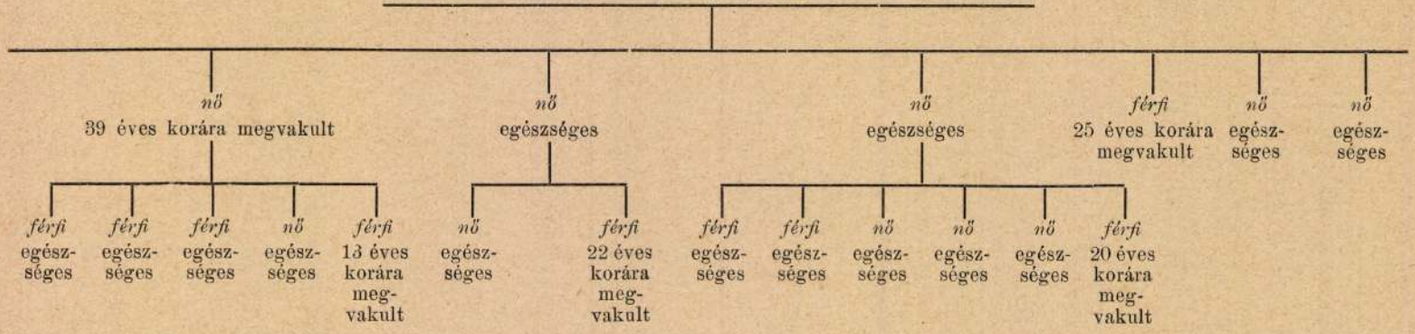
Jelen esetben azonban sem az egyik, sem a másik ok nem forgott fenn; intracranialis vagy spinalis megbetegedés tünetei is hiányoztak, a bántalom két oldalisága miatt pedig localis, orbitaüregbeli bántalomra sem merülhetett fel gyanú. Ily körülmények között öröklékeny, családi bajra kellett gondolnunk. Az ez irányban tett kérdéseinkre a beteg a következőket mondja el. Nagyszülei, úgyszintén szülei is jó látásúak voltak, azonban anyjának 3 fitestvére 23—25 éves korukban rövid idő alatt csaknem teljesen elvesztették látásukat. Az ő fivérei közül kettőt sorozásnál rosszlátás miatt a katonai szolgálatra alkalmatlannak találtak; ezek egyike 23 éves korára, a másik 24-ik évében már épp oly keveset látott, mint betegünk. Bátyja jól lát.

Ez adatokból kétségtelen, hogy a családban öröklés útján terjedő, veleszületett dispositio alapján fejlődő bántalommal van dolgunk A látóidegbaj, mint azt az alább adott családfa világosabban illustrálja, két generatióban mutatható ki:



A két generatióban összesen 6 egyén megbetegedése szerepel, s mind férfitagokra vonatkozik. Az első generatióban csak a nő menekült meg, 4 gyermeke közül azonban háromnál a betegség megjelent. Tehát a második generatio megbetegedéseit egy egészséges nő közvetitette.

Egészen hasonló tünetek között vesztették el látásukat azon egyének is, kiknek családfáját Grósz Emil m. tanár úr szivességéből a következőkben van szerencsém bemutathatni.



Az első generatio 6 tagja közül tehát 1 nő- és az 1 férfitestvér beteg, a második ivadéknál mind a 3 betegségi eset férfit illet, úgy hogy a 2 generatióban összesen előfordult 5 szembeteg egyén között csak egy nő szerepel. A második generatio megbetegedéseit itt is nők közvetítik.

A két családfában előforduló összes megbetegedéseket tekintve, azt találjuk, hogy a kimutatott *11 esetben* tizszer szerepel férfi s *csak egyszer nő*. Ez a tény megerősíti azt a régi tapasztalást, hogy a hereditaer látóidegbaj előszeretettel támadja meg a férfiakat, míg a nőket csak kivételesen. Ugyanazon szülők gyermekei közül tehát aránytalanul gyakrabban betegednek meg öröklött látóidegbajban a fiúk, mint a leányok. Kimutatásunkban a II. generatiók már csak fiú-megbetegedéseket tüntetnek fel s feltünő, hogy *az irodalom sem említ esetet, melyben a II. generatio tagjai közül leány is szenvedett volna e betegségben.*

S mégis azt látjuk, hogy a betegség csíráját a nő viszi tovább családról családra. E jelenség alighanem a socialis

[1] Arch. f. Ophth. 17. II. 1871.

viszonyokból magyarázható. A szóban forgó betegség következtében ugyanis a látás megromlása rendesen a 18—25-ik életév köré esik; a leány tehát férjhez mehet, ép szemekkel, mikor még a betegség első jelei sem nyilvánultak. De azért mint terhelt család gyermeke megadta a lehetőségét annak, hogy saját gyermekeinél, az ő szüleinek betegsége kifejlődjék; a férfi ellenben rendszerint előbb megvakul, semmint családalapításra gondolhatott volna. Igy lesz főkép a nő a betegség közvetitőjévé.

Teljesen tisztázatlan azonban az a kérdés, hogy miért oly kicsiny a nő dispositiója a neuritis retrobulb. hereditariára.

A bántalom megjelenése a pubertas korába szokott esni, ritkán ifjabb évekbe, s csak elvétve a 30-ik életéven túl. *Taylor*[1] a 6-ik, *Norris*[2] a 8-ik évet említi észleletei közt a legfiatalabb kornak; *Haskell*[3] 48 éves férfinál, *Somya*[4] pedig 34 éves nőnél is látta fejlődni e betegséget. Eseteink közt a 13-ik év a legalacsonyabb, a 39 éves nő pedig a legmagasabb kort képviseli. Úgy látszik, az előrehaladottabb, s a nemi functiók megszünésével összeeső korban való megbetegedés aránylag sokkal gyakoribb a nőknél, mint a férfiaknál.

A neuritis hereditaria, miként a toxicus neuritis is, a látóideg orbitalis részének gyuladásában s az idegelemeknek a papillán is kifejezésre jutó következményes sorvadásában áll. A különbséget a toxicus és hereditaer neuritis közt főkép a mérgező hatányok hiánya, valamint a kor képezik; a neurit retrobulb. toxica csakis idősebb egyéneknél fejlődik. E különbségek a kórisme felállítását többnyire igen könnyűvé teszik. Különben a két bántalom klinikus tünetei csaknem megegyeznek.

Az öröklött látóidegbajnál is a centralis látás fokonkint, bár elég gyorsan romlik; nyctalopia keletkezik, valamint színtévesztés, továbbá centralis relativ vagy absolut scotoma a különben eleinte ép kiterjedésü látóterek mellett. Később a látóterek peripheriás szükülete is bekövetkezik. A beteg mindent szürkének lát s csak a kék szin iránt szokott az érzékenység, mint esetünkben is, hosszabb ideig fenmaradni (*Alexander*,[5] *Keersmaecker*).[6] A szemfenék a bántalom kezdetén negativ leletet ad, utóbb a papilla belső határainak elmosódottsága s a külső félnek decoloratiója következik be a venák kisebb-nagyobb fokú tágulásával és az arteriák megszükülésével; néha fehér sávok is mutatkoznak az edények mentén (perivasculitis). Végül a látóidegfő a neuritisből származó teljes atrophia képét nyujtja, s a beteg látása a minimumra apadt le.

Az öröklött látóidegsorvadástól megtámadott családokban más ideges zavarok is, melyek eseteinkben hiányoztak, többször észleltettek. Igy említ *Habersohn*[7] epilepsiát, tébolyt, gerinczagyi bántalmakat, főleg ataxiát, *Brown*[8] pedig beszédzavart és ptosist. Ezen ideges tünetek összefüggése a látóideg megbetegedésével nem egészen világos. Valószinű, hogy az ideges degeneratio, a terheltség szerepel közös ok gyanánt, melynek következménye az egyik esetben a központi idegrendszer említett zavarai, a másikban a látóideg gyuladásos sorvadása, míg egy harmadik esetben mindkettőt együtt találjuk.

A bántalom kórjóslata mindig kedvezőtlen, mert az opticus gyuladásából fejlődő sorvadást feltartóztatni nem áll hatalmunkban. A centralis látás mindig elvész, s a legjobb esetben egy kevés excentrikus látás marad meg.

Gyógyszereinktől csak akkor remélhetünk valamit, ha az atrophia még nem teljes. Megkisérthetjük az inunctiókat, jodkaliumot, strichnin. nitr. subcutan injectiót, többnyire azonban sikertelenül.

[1] Ophthalm. Rew. 1892. Jahresb. 1892.
[2] Transact. of the american. ophth. soc. Boston 1885. Jahrb. 1885.
[3] Brit. med. Journ. II. Jahrb. 1888.
[4] Klin. Monatsbl. 1892.
[5] Klin. Monatsbl. 1874.
[6] Réceuil d'opth. 1882. Jahrb. 1883.
[7] Ophthalm. Rewiew 1886. Jahrb. 1887.
[8] Medic. Magazin 1892. I. Jahrb. 1892.

A trachoma a hadseregben.

Feuer N.-től

(Folytatás és vége.)

Természetes, hogy ezen trachoma-kaszárnyáknak csak egyszerű kaszárnya-berendezésük lenne és a hozzá szükséges orvosi apparatus is igen csekély volna.

Ezen memorandumban és 1889. évben megjelent (Braumüller & Sohn, Wien) „A trachoma az osztrák-magyar hadseregben“ czimű közleményemben azt ajánlottam, hogy mindazon trachomás hadkötelesek, a kiknél a kötőhártya még nem zsugorodott, a szarúhártyán tetemes homályok nincsenek, a pillaszőrök nem állanak rendetlenül, vagy végre, a kik nem szenvednek abban a súlyos *kocsonyás* trachomában, a mely a gyógykezelésnek annyira ellentáll, vagy csak nagy fokú kötőhártya-hegek hátrahagyásával gyógyul — ha ezen hadkötelesek különben alkalmasak a katonai szolgálatra — trachoma-kórházba küldessenek, a hol egyenruhába öltözve, katonailag foglalkoztassanak és úgyszólván mellékesen — minthogy ez utóbbi idejének legkisebb részét veszi csak igénybe — gyógykezelésben is részesüljenek.

Ezen trachoma-kaszárnyák ama csapattesteknek, melyek éppen kiegészitő kerületükben elterjedt trachoma miatt oly nehezen egészithetők ki, nemcsak tetemes számú újonczot szolgáltatnának, a kik eddig szembajuk által a katonai szolgálattól elvonattak, hanem ezen eljárás által a trachoma a hadkötelesek közt egyáltalában ritkábbá is válnék, mert a félre eső távoli trachoma-kaszárnyák vegyes lakóikkal valóságos rémei lennének a hadköteleseknek, a kik, hogy ha már csakugyan szolgálniok kell, ezt szivesebben az úgynevezett házi ezrednél, földieik közt teszik.

A trachoma-kaszárnyáktól való félelmet még esetleg azzal lehetne fokozni, hogy az ilyen hadköteleseket nem októberben, az általános bevonulás alkalmával, hanem azonnal a sorozás után, miután szembajuk katonai kórházban is igazoltatnék, küldenék a trachoma-kaszárnyákba. Ezen eljárás által azt lehetne elérni, hogy minden védköteles esetleges trachomáját még a sorozás előtt kezeltetné, de semmi esetre sem lenne oka ilyet szerezni, vagy szemeinek művi izgatásával a sorozóbizottságot félrevezetni.

A honvédelmi ministerium tényleg ez irányban tett is kicsiben kisérletet Felső-Magyarországon, a hol a trachoma szintén nagyobb mértékben elterjedt. A nyitrai barak-táborban 1892. márczius havától fogva, egészen folyó évi junius haváig 70 trachomás és 10 trachomagyanús honvédet vontak össze egy külön osztagba, a hol gyógykezelték, katonailag kiképezték s később a táborparancsnok még mezei munkára is alkalmazta, a mi azonban nem éppen szembetegeknek való foglalkozás. Ezen 70 trachomás újonczból 34 később századához vonult és mindegyik átlag 11 hónapig szolgált, a nélkül, hogy csak egynél is kiújulást észleltek volna; 18 régibb katonát, minthogy szolgálati idejük letelt, javultan haza bocsátottak, a mi, mellesleg legyen mondva, az ez irányban történt rendeletekkel ellenkezik; és végre 18 fiatalabb újoncz még folyó évi junius 30-án gyógykezelés alatt állott.

Tehát kórházi költség nélkül és a nélkül, hogy a szolgálati időből, illetőleg kiképeztetési időből csak valamit is veszitettek volna, 34 ember lett a szolgálat számára megmentve és bizonyára még nagyobb lesz az eredmény azon befolyás által, melyet ezen eljárás az otthon maradt trachomás fiatalságra gyakorol.

A budapesti 4. hadtest, a melyhez a délmagyarországi trachomaterület jó nagy része tartozik, a mely tehát a trachomakérdés iránt mindenkor élénk érdeklődést tanúsitott a trachomás hadkötelesek besorozásának eszméjét másként valósitotta meg. 1890. évi 9341. sz. a. parancsával elrendelte, hogy mindazon hadkötelesek, a kik tavaszi besorozásuktól őszi bevonulásukig trachomában megbetegedtek, bevonulásuk alkalmával katonai kórházba küldendők, feltéve, hogy teljes gyógyulásuk négy hónapon belül remélhető, és csak azok, kiknek gyógyulása a nevezett időn belül nem várható, a

vegyes felülvizsgáló bizottság elé állítandók. De már 1892. január 18-án a hadtestparancsnokság rendeletét oda módosította, hogy mindazon katonai szolgálatra alkalmas védkötelesek, a kiknek gyógyulása nevezett időn belül remélhető, rövidesen besorozandók és bevonulásuk alkalmával a katonai kórházakba küldendők. E szerint tehát még túltett a m. kir. honvédelmi ministerium és a belügyministerium átiratán, miután a könnyebb trachomás hadköteleseket azonnal besorozta, a mi különben a sorozási utasítás szabályaiba nem ütközik.

Kétségtelen, hogy ily módon tetemes eredmény érhető el, a mint ezt a két budapesti helyőrségi kórház tényleg be is bizonyította. Ha azonban szabad összehasonlitást tennem a helyőrségi kórházak és a trachoma-kaszárnyák előnyei között, már eltekintve a helyőrségi kórházak élelmezésének drágább voltától, első sorban ama fentemlített és a legjobb fekvésű és legjobban felszerelt budapesti 17. számú helyőrségi kórházban egy kitünő szakember, Hoor által is tett ama tapasztalatot kell figyelembe venni, hogy nem éppen kevés azon trachomások száma, a kik a kórházban a javulásnak csak egy bizonyos fokát érik el, de azután semmiképen előre nem haladnak, sőt rosszabbodnak. Ha a besorozott trachomásoknak egy relativ kis része a kórházakból mint nem gyógyult elbocsátatnék, az nem határozna, jólehet minden ilyen eset a rendszeren sebet ejt, de bizonyára még szomorubb volna, ha egyik vagy másik kórházi orvos a miatt, mert a trachoma végstadiuma a kórházi kezelés alatt többé nem javul, ezt már gyógyultnak tekintve, a csapathoz küldené, hol a csapatorvosnak a kórházi orvos véleményével szemben igen nehéz álláspontja van, vagy ha egy csakugyan gyorsan gyógyult eset, melynek ellenálló képessége a kórházban kipróbálható nem volt, a csapatnál visszaesnék. Midőn itt a trachomának a hadseregben való kiirtásáról tanácskozunk és első feltétel gyanánt azt állítjuk fel, hogy a csapathoz trachomást ne küldessék, ezen valóban veszélyes eshetőségeket semmi esetre sem hagyhattam említés nélkül, miután meggyőződésem, hogy ezen a trachoma-kaszárnyáknál teljesen kizárhatók. Ezek trachoma-kaszárnyák nemcsak a katonai kórház és az ambulatorikus kezelés előnyeit egyesitik magukban és már ennélfogva is sokkal nagyobb eredményt lesznek képesek felmutatni, mint a kórházak, t. i. az esetek gyorsabban és alaposabban fognak gyógyulni, mint ott, hanem a trachoma-kaszárnyák rendszerénél még minden ok is elesik, hogy a szembeteget kibocsássák teljes kigyógyulása előtt és mielőtt a szolgálatban ellenálló képességet kipróbálták volna. Ha ez már megtörtént, akkor bátran a csapathoz küldhető, mert az alaposan kigyógyított trachoma, az én gazdag tapasztalataim alapján, nem recidivál oly gyakran, mint azt tökéletlenül meggyógyult esetek megfigyelése alapján állítják.

Minden esetre azonban a 4. hadtest parancsnokságát illeti az érdem, hogy ezen a hadsereg kiegészítő képességére oly fontos kérdésben a tett mezejére lépett.

A m. kir. belügyministerium néhány hónappal ezelőtt, ajánlatom folytán, hivatkozva saját, valamint a honvédelmi ministerium 1885—1886-iki hasonló propositiójára, megkereste a hadügyministeriumot, hogy legalább a hadtestparancsnokságnál szokásos eljárást a többi magyarországi hadtestparancsnokságra nézve, vagy legalább az 5. és 7. hadtestparancsnokság területén is, a hol szintén sok a trachoma, kötelezővé tegye. A hadügyministerium azt válaszolta, hogy a többi hadtestparancsnokságoknak Magyarországon nincsenek olyan nagy helyőrségi kórházaik, mint a 4. hadtestparancsnokságnak és hogy a csapatkórházak, hiányos segédeszközeikkel nem alkalmasak nagyobb számú trachomás betegek befogadására. Annál indokoltabb volna tehát ott a trachoma-kaszárnyák létesítése.

Minden esetre az az elv fentartandó, hogy a trachomás hadkötelesek szükséges besorozása daczára sem kerüljön trachomás a csapathoz.

De ezzel még nem irtottuk ki a trachomát a hadseregből. Van itt — mondjuk kerekszámmal — 2000—3000 trachomás, a kik szolgálati idejük leteltével a csapatot elhagyva, ott csemetéket hagynak maguk után, úgy hogy némely csapattestnél a trachoma minden külső behurczolás nélkül is tovább állana fenn.

A hadügyi közigazgatás kénytelen lesz magát egyszer rászánni arra, hogy az anya-trachomákat a hadseregből kiirtsa, azaz hogy minden trachomás beteget az activ hadseregből kiküszöböljön és erre a legjobb eszköz megint csak a trachoma-kaszárnyák.

Több bizottságot, melyek mellé megbizható trachoma-diagnostát ad, azon czélból küldjön ki, hogy az egész állandó hadseregben szemvizsgálatot tartva, azokat jelöljék meg, kik a trachomatosus beszűrődést, a kötőhártyamegvastagodás, vagy a gyanus kötőhártya-lobnak csak legkisebb nyomát is mutatják.

A gyanus eseteket kórházban, vagy az esetek nagyobb számánál, külön szállásokban volnának elhelyezendők, mig bajuk természete felismerhető; a trachomások ellenben *trachoma-kaszárnyákban* elhelyezendők, a melyeket ezen átmeneti időre ideiglenesen szaporitani kell. Ezen trachoma-kaszárnyákban a trachomások minden tekintet nélkül szolgálati idejükre, addig tartassanak vissza, mig teljesen ki nem gyógyulnak. Csakis oly trachomások, a kiknek családja szintén trachomában szenved — a mi Magyarországon, a hol az egész országban a trachoma-szolgálat be van rendezve, az illetékes szolgabirói hivatal útján két-három hét alatt kipuhatolható — mihelyt bajuk annyira javult, hogy a környezet veszélyeztetése nélkül utazhatnak, elbocsáthatók.

Szabadkán 5 éven át az elképzelhető legnehezebb viszonyok közt bebizonyitottam, mint lehet minden csapatot, a melyből minden trachomás eltávolittatott és a melyhez új trachomást jutni nem engednek, trachoma mentesnek megtartani.

Minden esetre azonban, tekintettel a gyógyult esetek visszaesésére és egyiknél-másiknál a közneppel való érintkezés folytán beállható infectióra az egészséges legénység időszakonként megvizsgálandó és ezen szemvizsgálat minden csapatnál két hetenként, oly csapatnál pedig, a mely trachoma által ellepett vidékről származik, vagy a melyek ily vidéken állomásoznak, minden héten történjék.

Végre arra is kell szigoruan ügyelni, hogy oly vidéken, a trachoma endemice uralg, a legénységet a nép közt ne szállasolják be.

Végül van szerencsém a tisztelt szakosztálylyal közölni, hogy correferensem a nem régen a kolozsvári egyetemre tanárnak kinevezett Hoor Károly ezredorvos úr előadásának megtartásában gátolva, engem bizott meg azon kijelentéssel, hogy a 17. számú helyőrségi kórházban szerzett tapasztalatai alapján, hol ő a 4. hadtest területén besorozott trachomás újonczokat gyógykezelte, arra a meggyőződésre jutott, hogy ezen trachomásokat nem kórházakban, hanem trachoma-kaszárnyákban kellene gyógykezelni.

A hibás állású szemszőrök és a szemhéjbefordulás műtéteiről.

Ifj. Siklóssy Gyula dr., rendelő főorvostól az irgalmas-rendi kórház szemosztályán.

(Folytatás és vége.)

A mennyiben tehát az alsó szemhéj bőrének felső, a szemhéjszélhez legközelebb eső részlete az orbicularis erős hatása következtében begördül a szemrésbe, ezt a begördülést egyrészt lefelé irányuló húzással, másrészt pedig a bőrnek felülről lefelé irányuló megrövidítésével kell ellensúlyoznunk. Ezt elérhetjük egy a Celsusénál is kisebb beavatkozással, csakhogy ennek hatása is kisebb, bár ez is megfelel oly entropionoknál, melyeket ideiglenes orbicularis görcs okoz, a mely utóbbit pedig az épen e miatt fennálló szarúhártyai izgatottság tart fenn. Ez egy kis fonalas műtét, melyet Graefe ajánlott s utána Meyer. Kis haránt redőt hurkolunk át selyemmel a szemhéj széle alatt s egy másik hurkot a szemgödri szél magasságában alkalmazunk. A két hurkocskát oly közel köthetjük össze egymással, a mennyire azt a befordulás kivánja. Maradandó hatása e műtétnek nincs, ép úgy nincs, mint a

Gaillard-Arlt-féle varratnak vagy a Snellen-féle entropion-varratnak.[1] Az első ellen szól korunk minden vívmányával; ma már nem szabad arra számítanunk, hogy *genyedés* után bekövetkező hegesedés vonja be a szemhéj szélét. Snellen varrata igen complicált és nehézkes; nem is hajtható oly szemeken végre, melyeket az orbicularis görcs kötés alatt lepett meg. De ha ideiglenes hatásra számítva volt alkalmam azt Arlt-Gaillard-féle varratot alkalmazni, az jobb eredményt adott, ha a szemhéjszéltől (majdnem a középvonaltól) divergálva alkalmaztam azokat, olyan formán, mint az Czermák műtéttanában le van rajzolva. Ideiglenes hatásúnak bizonyultak az orbicularis izom gyengítését czélzó operálások is, e mellett igen megbizhatatlanok, a mennyiben, ha az orbicularist nem vágom át teljesen, az át nem vágott rostok rögzítik a két sebfelületet egymás mellett, úgy hogy a hegesedés rövid idő mulva újra bekövetkezik és az entropion újra fennáll.

Hasonlóképen nem végezném ily esetben a Bowmann-féle izom-varratot sem, mely abban áll, hogy egy horizontalis sebet készítünk a szemhéj széle alatt; feltárjuk az orbicularist, aláöltjük két-három fonállal, megszoritjuk a fonalakat. Az így közrefogott izomrészletek táplálkozáshiány miatt atrophizálnak. Ha tehát ideiglenes orbicularis görcsről van szó, mi majd elmulik, ha megszünik az ok, a mi fentartja, s így egy szükséges izmot sorvadásra birni nagy hiba volna. De végezhető ez a műtét oly esetben, mikor az alsó szemhéj entropionját nem porczelgörbülés, de nem is localis okból származó orbicularis görcs tartja fenn, hanem ennek az izomnak idiopathikus beidegzési elváltozása, mely hosszú időn keresztül teszi próbára a beteg és orvos türelmét, míg gyökeres beavatkozásra szánja rá magát az illető. Ilyen esetben meg lehet próbálni az orbicularis egy részletének kimetszését, mint azt Graefe ajánlotta. De sem az előbbeniről, sem az utóbbiról tapasztalatom nincsen; magam egyik műtétet sem végeztem, előttem sem végezte senki sem, sőt nem is láttam oly esetet, melyben ezt mások végezték volna, úgy hogy tartózkodom véleményt nyilvánitani.

Hátra vannak az entropion műtétek sorából azok az eljárások, melyek hegek vongálása vagy a pillaporcznak elhajlása következtében fennálló entropionnál ajánltatnak. Eredetileg e két alak egy és ugyanaz, mert a kötőhártya mélyében és a tarsusban (különösen annak kötőhártyai felszinén) beállott hegesedés tartja fenn a szemhéjbefordulást. Ez az organikus entropion, melyet ilyen szervi elváltozás okoz, sokkal gyakoribb a felső szemhéjon, mint az alsón. Ennek oka abban rejlik, hogy a felső tarsus sokkal szélesebb, mint az alsó, másrészt pedig abban, hogy az alsó szemhéj súlyával is küzd állandóan a befordulás ellen s így a mikor a hegesedés folyamatban van, állandó be- illetőleg kifelé törekedésével önkénytelenül is legfeljebb a helyes irányban hegesedik. Ugyanazon folyamat, mely a felső szemhéjon entropiont hoz létre, ektropiont okozhat az alsó szemhéjon, értem a trachomát, melynél a szemhéj a heveny és túltengéses állapotban eredeti nagyságánál és súlyánál jóval nagyobb. Így súlyánál fogva lefelé ereszkedik a felső szemhéj — tehát a szemrés felé, — de lefelé, illetőleg kifelé törekszik súlyánál fogva az alsó szemhéj is, a szemréstől el, attól lefelé. A hegesedés részben az átmeneti redőben, részben pedig az átmeneti redőtől a tarsus felé játszódik le és pedig ivalakban, melynek domborulata a felső szemhéjnál a külbőr felé, az alsó szemhéjnál a conjunctivalis felszin felé, tehát előre néz. Így görbül meg a tarsus a felső szemhéjon messziről is láthatólag olyanképen, hogy elölről hátra haladó sugara megrövidül, mellső felszine convexitásában nyer. De azért a szemhéj szélének valóságos befordulásáról, mint azt Czermák is tagadja műtéttanában, szó nem lehet. Mert bár megrövidül a tarsus, bár sugara kisebb lett és convexitása legnagyobb a pillaszélen, még sem állana be a befordulás, ha a pilla szélének normalisan ép éle el nem simulna, ha az orbicularis az él felé rostjaiban össze nem halmozódnék, ha tehát az átmeneti redő felől a hegesedés vongálása, kivülről pedig az orbicularis (*elcsúszott*, *eltolt*) működése, mint két erőcomponens, nem adnának oly eredőt, minek következtében a pillaszőrtelep, sőt a mellette levő bőrrészlet is a szemrésbe resp. a corneára kerül.

Ez utóbbi momentum kényszeriti a betegeket a műtétre, épen úgy, mint a trichiasisban szenvedőket. Innen van az, hogy az entropion ellenes és a trichiasis ellenes műtéteket együtt merem tárgyalni, bár alapjukban igen különböző állapotok javitását czélozzák.

Azok a műtétek, melyek által a szarúhártyát megkiméljük a befelé fordult (entropion okozta) vagy hibásan nőtt szemszőrök kaparásától, jelentékeny számban ajánltatnak. Így ajánlják az egész szemszőrtelep eltávolitását. Ez az eljárás Flarerről lesz elnevezve s kiterjedt alkalmazásnak örvend. Magam is igen sok esetben végeztem, sok esetet évek mulva láttam s mondhatom, hogy nagy ritkaságszámba megy,[1] ha a szemhéj szélén képződött heges él kaparja, sérti, bántja a szarúhártyát. Mert azt hiszem, a Flarer okozta torzitáson kivül ezért ajánlottak még annyi sok műtéti módot, a melyek nem sikerülése resp. czélra nem vezetése esetén a Flarert, mint *ultimum remediumot* mindig elő lehet venni. Érthető az a törekvés, melynek czélja a szemszőrök megtartása s a mely szépen jut kifejezésre az ismeretes Jaesche-Arlt, Spencer-Watson, Scimemi, Stellwag-féle műtéteknél. Mind a négy alakról van tapasztalatom és pedig jó is, rossz is. A leggyakoribb az, hogy a beteg nehány hónap vagy év mulva újolagos entropionnal jelentkezik. Ez áll különösen a Jaesche-Arlt-féle műtétről. Sokszor megesik az a Stellwag-féle műtétnél, ha az ajánlás szerint a lemetszett pillaszőrtelepet megfordítva illesztjük vissza helyére, (hogy a pillaszőrök felfelé irányuljanak,) hogy vagy közvetlenül a műtét után vagy nehány hónap mulva az így megmentett pillaszőröcskék kihullanak.[2] A Spencer-Watson-féle műtét egyike a leggenialisabbaknak, szép eredményt is ád, de mint minden olyan műtét, mely a *pillaszőrök alá* lebenykét illeszt be s a melyekből H. Truc és H. Villard tarsomarginoplastica név alatt *16 félét állít össze 16 szerzőtől* az Annales d'Oculistique 1896 október—deczemberi számaiban, szépség szempontjából nyereséget nem mutat fel. Legalább azokban az esetekben, melyeket én láthattam, a szemhéj széle fölé 2 mm.-rel eltolt pillaszőrök az arcz benyomását annyira megzavarták, hogy én a magam részéről jobbnak itéltem volna e benyomást, ha azok egyáltalán nincsenek is meg. S ilyen értelemben vett tarsomarginoplastica, melynél a Flarer szerint készitett bőrsebbe vékony bőrcsikot is tettem be (a halánték bőréből), elég szép eredményt is adott, de ez az eljárás sem volt alkalmazható elgörbült heges szemhéjnál.

A Scimemi által ajánlott eljárás nagyjából abban áll, hogy felszabadítjuk az intermarginalis vonalban a pillaszőrtelepet s a szemhéj bőrén, a szemhéj széllel párhuzamosan, attól 2·2 mm.-nyire egymás felett két épen olyan hosszú metszést végezünk, mint a mily hosszú a szemhéj maga. Az így nyert két bőrcsikot felfejtjük úgy, hogy az orr és a halánték felé összefüggésben maradjanak a bőrrel. Ezután pedig az alsó bőrcsikot a szemszőrteleppel átbujtatjuk a felette levő bőrcsik alatt s annak helyére illesztjük, megerősítve nehány varrattal. A pillaszőrök így „egy emelettel" magasabbra jönnek, a szemhéj szélébe pedig kis bőrcsik van helyezve. Az eljárást nehányszor csináltam magam is; több izben láttam olyan betegeken az eredményt, kiken nehány hónap vagy egy év előtt végeztek ily műtétet s a kik megújuló entropionjuk miatt kerestek újolagos segitséget.

[1] Congrès intern. d'ophthalm. Paris. 1863.

[1] Azt hiszem azonban, hogy ha úgy távolitanók el a szemhéj szélét egészében, mint azt Bartisch és Heister ajánlották, e kaparás nem volna elkerülhető.

[2] Körülbelül két év előtt volt alkalmam a Rókus-kórház szemosztályán részt venni egy érdekes kisérletben, mely sikertelensége mellett is említést érdemel. Egy leánynevelő-intézeti kisérőnő, kinek egyik szeme felül is, alul is, másik szeme pedig csak alul volt megfosztva pillaszőrtelepétől Flarer műtéte szerint, az eddig megkimélt felső szemhéjának nagyfokú entropionjával vétette fel magát ugyanakkor, mikor egy lengyel zsidó ugyancsak entropion-műtétre várt az osztályon. Megtudandó, hogy lehetne-e adott esetben a szabad lebenyek mintájára teljes szemszőrtelepet is átültetni valakinek, megpróbáltuk a két leválasztott szemszőrtelepet elcserélni és visszavarrni. Mindakettő megtapadt, de a szőrőcskék kihullottak.

Arra a meggyőződésre jutottam tehát lassanként, hogy mindezek között a műtétmódok között egyszerűségében és gyökeres voltában legtöbbet ér a Flarer-féle műtét. Egyik sem támadja meg a görbe pillaporczot, mint az entropionokat, csak eltávolítja a hibás irányú szemszőrtelepet, a mi mellett folytatódhatik a pillaporcz görbülése és ekkor a Flarer vagy egyéb műtét daczára is újolagos fájdalmaknak lesz a szem kitéve.

A pillaporcz kiegyenesitését czélzó műtét is van bőven. A hegesedés legerősebb a concav oldalon, a conj. felé: itt végeztek hosszanti bemetszéseket. E bemetszéseknél bennünket nem az érdekel, hogy a bemetszett Meybom-féle mirigyekkel mi lesz, hiszen tudjuk, hogy az oly fokú trachomás folyamatnál, mely a pilla porczának elgörbülésére vezet, az emlitett mirigyek akárhányszor elsorvadnak. Sokkal inkább érdekel az a körülmény, hogy alig lehetséges oly fokú kiegyenesitést létrehozni, mely egy-két évnél hosszabb ideig elégséges lenne az entropion meggátlására. Vagyis a még oly genialis entropion-műtét, ha a tarsus kiegyenesitését tűzi ki feladatául, csak ideiglenes eredményt ád.

Ezek közé sorozhatjuk Crampton operatióját, valamint az Adams által ajánlott entropion-műtétet. Mindkettőnek alapelve az, hogy meg kell hosszabbitani a pillaszélt, fel kell szabaditani a külső és a belső zúgban (a mit egyenes ollóval 6—8 mm.-nyi magasságban vittek végbe) s ragtapaszszal vagy a szemhéj bőrének rövidítése után varratokkal kell a pillaporczot kiegyenesiteni. Hogy egyik műtét sem vezet czélhoz, azt a gyakorlatból való teljes kiveszésök bizonyítja a legjobban. De nem is képzelhető, hogy kétoldali tarsotomiát végezzen egy műtő ily esetben, mikor a hegesedés után difformáló V alakú lépcső marad vissza kivül is, belül is, — a pillaszőrök pedig épen úgy reáfeküsznek ismét a szarúhártyára, mint annak előtte; a tarsusnak hegek által rögzitett görbülésére ez által hatni képesek nem vagyunk.

Igen régi műtétmód, mely azonban még a tankönyvek műtéttani fejezetéből is kiszorult, az Ammon-féle tarsotomia longitudinalis, mely szerint egy metszést kellene vinnünk majdnem a külső zúgtól a belsőig a pillaszéltől 2—3 mm.-nyire, olyanformán, hogy az az egész szemhéjon áthatoljon s csak kivül és belül maradjon a bőrrel összeköttetésben. Majd pedig egy bőrdarabot vág ki a szemöldök alatt s az igy nyert sebszéleket egyesiti. Látni való, hogy a megrövidült szemhéj nem fogja a róla leválasztott pillaszőrtelepet annyira felhúzni, hogy ez állandóan a rendes helyzetben maradjon.

A pillaporcz kiegyenesitését czélzó eljárások közül még különös emlitést érdemel a Hotz-féle, a Snellen-Streatfield-féle és a Panas-féle operálás.

Az első ezek közül nem is igen régi keletű, 1880-ból ered. Abban áll, hogy a tarsus felső domború szélének megfelelőleg viszünk egy metszést a szemhéj bőrén keresztül; majd felkészitjük a tarsust s a felette fekvő izomból nehány mm.-nyi széles köteget kimetszünk. Összevarrásnál ügyelünk arra, hogy az izom aponeurosisát és fasciáját is belefoglaljuk a varratba.

A Snellen-Streatfield-féle operatiónál ékalakú kimetszést kell végezni a pillaporczból, gyengiteni az orbicularist, esetleg a pillaporcz alsó sebszélét feljebb varrni: ajánlásban van még a drótvarrat magában a pillaporczban. A Panas-féle operatio az alsó szemhéj entropionja ellen van ajánlva. Igen hasonlit az ő ptosis ellenes operatiójához.

Felemlitem, hogy a Hotz-féle operatio igen magasan támadja meg a pillaszélét, úgy hogy az erő kar hosszú volta miatt, melynek segélyével ki akarja egyenesiteni a pillaporczot, tartós eredményt egyáltalán nem ád. A Snellen-Streatfield-féle operatióról nincsen tapasztalatom, de reám azt a benyomást tette egy esetben, melyben végezni láttam (de a melynek lefolyását figyelemmel nem kisérhettem), hogy a tarsusból ékalakú darabot kimetszeni s e kimetszés *megfelelő részleteit* sodronyvarrattal egyesiteni igen nehéz lehet.

Teljesen jó eredményt adott több izben a Panas-műtét, melynél az alsó szemhéj bőrét elég nagy négyszögletű lebeny alakjában praeparáljuk fel alólról a pillaszélig, kimetszünk egy darabot a bőrből s a lebenyt helyén rögzitjük. Látható e rövid leirásból, hogy azok az elvek érvényesülnek e műtétmodornál, melylyel a felső szemhéj ptosisán kivánunk segiteni. Ugyanily alapelv mellett operált Pagenstecher is, a ki a *levator inát* ajánlja előre varrni; erősitendő hatását, melyet a pilla szélére gyakorol.

E két utolsó pontban foglaltak tettek engem figyelmessé arra, hogy a ptosis-műtétek között kell keresni azt a műtétmodort, mely a trichiasis, illetőleg az entropion ellen legsikeresebben legyen használható. Igy vettem alkalmazásba a Hess junior féle ptosis-műtétet, melyet ő 1893-ban ajánlott. Ez az eljárás használhatóságára nézve messze felülmul minden ptosis ellenes operatiót, a miről nekem már 1895 áprilisában volt szerencsém a kórházi orvostársulat előtt jelentést tehetni. Ily irányú kisérleteim nem végződtek szerencsétlenül, úgy hogy ezt az eljárást főleg heg okozta entropionnál eddig 9 esetben alkalmaztam igen jó eredménynyel.

Ifj. Hess Károly eljárása röviden abban áll, hogy a műtő a szemöldökben visz egy körülbelül 7—8 mm. hosszú metszést a bőrön át; ebből a metszésből kiindulva két lemezre választja a szemhéjat: egy külsőre, mely a bőrt és egy belsőre, mely az orbicularist, tarsust és a kötőhártyát foglalja magában. Ezt a szétválasztást le kell folytatni egész a pillaszélig. Mikor már a kés nyele az igy készitett tasakban leér egészen a pillaszélig, akkor három kettősen fegyverzett fonalat akasztunk be a bőrbe, épen ott, a hol a tarsus domború széle volt a felkészités előtt; s a tűket felvarrjuk 1 cm.-nyire a szemöldök fölé. Csomózás kis sparadrap hengerek felett *csokorra*, hogy másnap vagy később is, a hatást fokozni vagy csökkenti lehessen. Érthető, hogy miben áll a ptosisnál e műtét jó hatása és minek köszöni nagy fölényét minden más ptosis-műtét felett. Annak ugyanis, hogy a pillaszélre *erős, lapszerinti hegesedés segélyével*, átviszi a frontalis hatását. Nem gyengiti az orbicularist, minek elállás lehet az eredménye, de erőteljesen felfelé húzza a pillaszélét.

Mint emlitettem, entropion organicum eseteiben e műtéti mód adott nekem eddig legjobb eredményt. Csak a szemöldökben vitt metszést kell úgy kivül, mint belül hosszabbá tenni s a felszabaditásban arra különös súlyt fektetni, hogy a pillaszélig haladjunk. Ha az entropion igen nagy fokú, összekapcsolhatjuk a műtétet nehány horizontalis bemetszéssel a tarsus conjunctivalis felszinén, valamint megtehetjük azt is, a mi két izben adott szintén igen jó eredményt nekem, hogy az intermarginalis metszéssel combináljuk a műtétet; ekkor csak matrácz-varratokat kell alkalmaznunk az elérendő hatáshoz képest különböző magasságban.

Az itrol alkalmazása szembetegeknél.

Mergl Ödön dr.-tól Pozsonyban.

Credé a „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie“ XXV. congressusán előadást tartott az ezüst és sójainak fertelemvesztő képességéről. Klinikai és laboratoriumi kisérletei alapján azon meggyőződésre jutott, hogy a színezüst desinficiáló hatása fertőzött sebeknél a különféle mikrobák által fejlesztett savak, különösen pedig a tejsavval való vegyi összetételében rejlik.

Magam Credé kisérleteit különféle kórtokozó bacteriumokkal oltott lemezeken ismételve, a fent emlitett congressuson tett nyilatkozatait részben alaposaknak találtam; ugyanis ezüst lemezzel fedett Petry-csészékben azok környékén körülbelül 1 centimeternyire, culturák alig fejlődnek s a szónok által ajánlott tej- (actol) és czitromsavas ezüst (itrol) még 1 : 10.000-hez való hígitásban is a legvirulensebb mikrobákkal oltott gelatinát meddővé teszi, illetőleg ily bouillon-culturát emlitett hígitásban 10 percz usque $^1/_2$ óra alatt kiöli.

Az ezüst szerves savakkal való összetételeinek azon tulajdonságát azonban, hogy vérsavóban csapadék nélkül oldhatók volnának, mely tulajdonság, különösen Credé által ajánlott actol és itról vegyületeket fertőző betegségek gyógykezelésénél valódi panaceának bélyegezneк, kisérleteim nem igazolták, a vegyelemzés azon tana, hogy az ezüst bármily oldatából

Na Cl által ezüsthalmaz alakjában kicsapódik, ezen sóknál is áll s így vérsavóval való érintkezésnél szinte Ag Cl-á és tejilletőleg czitromsavas Na-vá bomlanak, a fehérnyére azonban coaguláló hatással nem birnak.

Dobrovits dr. a pozsonyi országos kórház főorvosa és Lolonij dr. helybeli nőgyógyász közreműködésével első sorban carcinomáknál alkalmaztuk az actolt, de eredménytelenül, pedig ha Credé ezen szere vérsavóban való oldhatóságánál fogva távolba is hatna ily bajoknal, tán javulást észlelhetnénk! Minekutána a betegek azonban jól tűrték ezen szert, megpróbáltam a kötőhárgya-genyedéssel járó bántalmainál, s ime ily esetekben kitünően fertelemvesztő hatását legnagyobb örömömre a szemészi gyakorlatban is tapasztalhattam.

Eddig első sorban blenorrhoea neonatorum, majd meg heveny trachománál, diphtheritis conjunctivae, conjunctivitis crouposa és gonorrhoea okozta kötőhártyalobnál (felnőttnél) használtam, az ily esetekben tapasztalt jó hatása az *itrolnak* következetes szarúhártya-bántalmaknál arra is bátoritott, hogy szarúhártya-fekélyeknél alkalmazzam.

Eddigelé a Ferencz József-gyermekkórházban és a kerületi betegsegélyző pénztár szemészi betegeinél 76 esetben és vagy 30 magánbetegnél alkalmaztam, összesen tehát több mint 100 genyedéssel járó szembántalomnál és az igy meritett tapasztalataim arra bátoritanak, hogy a czitromsavas ezüstöt, Credé itrolját szemész kartársaimnak legmelegebben ajánljam.

Különös kórtörténetek mellőzésével — hisz elég az alkalom az itrolra vonatkozó állításaimat ellenőrizni illetve megbirálni — legyen szabad röviden következő tapasztalataimat a kórnemek szerint közzétenni.

1. Blenorrhoea neonatorumnál az itrol tisztán, poralakban, calomel módjára a szembe hintve naponta egyszeri alkalmazásnál túlszárnyalja bármely eddigi szerünket, mellette jeges borogatásokat és szorgalmas 1 : 2000-hez való sublimat- vagy 1 : 2000 itrol-oldattal való mosásokat rendeltem.

Megtörtént, hogy a genyedés két nap mulva megszünt, több mint 8 napig sohasem tartott, kivéve egy esetet, mely betegsége 14-dik napján már szarúhártya-genyedéssel párosulva került kezeim közé s ezen esetben is alig észrevehető homály tanusága a lefolyt bajnak, mig friss, 2—5 napos eseteimnél betegeim mind teljesen felgyógyultak, a gyógykezelés ideje usque ad integritatem conjunctivae 6—18 nap között ingadozott.

2. Heveny trachománál a genyképződés pár nap mulva mint rendesen a 3-dik vagy 4-dik behintésre a trachoma további lefolyására különös hatását nem észlelhettem, megfelelő az eddig használt lapis-oldattal elérteknek, ezen betegeimnél argyrosis felléptét 4 heti használat után láttam, mig kellemetlen hatást a szarúhártyára nem tapasztaltam.

3. Conjunctivitis diphtheritica és crouposa 7 esetében az itrol annyiban jó hatással volt, hogy habár 3 esetben máris szarúhártya-beszüremkedéssel vettem át betegeimet, a szem látási képessége eléggé jó maradt s csak egy esetben pusztult el az egyik szem szarúhártyája teljesen.

4. Kankó okozta szemlobnál bacteriologice megállapitva, két esetben alkalmaztam itrolt; egy esetben harmadnapra, a másikban negyednapra megszünt a genyedés s nyolcz, illetve 14 nap mulva egészségesen bocsáthattam el betegeimet, az első napokban jeges borogatásokat sublimatos vízzel használtam itrol mellett.

5. Szarúhártya-fekélyeknél megtörtént, hogy a fekély alapja, de környezete is *egy* behintésre feltisztult nyomókötés alatt, dr. Kanka által a szemészi therapiába behozott jodoformkenőcs használata mellett hypopiumokkal párosult fekélyek 4—8 nap alatt gyógyulnak s csak ritka esetben kellett atropint használnom; volt azonban több eset, melyben ily beteg az itrolt nem türte s egy esetben egyszeri alkalmazása után másnap a szarúhártyát teljességében beszüremkedve és érdes felületünek találtam vagy centralis leukoma volt a kórlefolyás vége; hogy egy esetben a fekély feltisztulása hamar, mondhatnám közvetlenül bekövetkezik s máskülönben, teljesen hasonló esetben azonban, nemcsak, hogy ezen eredmény nem elérhető, de még a kór terjedése tán hevenyebbé is válik — arra nézve magyarázatot adni eddig képtelen vagyok!

Az itrol rövid ideig tartó égési fájdalmat kelt, míg actol behintése néha $^1/_2$ óráig is bántja a beteget s különösen az ép szarúhártyára is edző hatással bir, miért is az utóbbit alig használtam, erről tehát közelebbi adatokkal nem szolgálhatok; 1 : 2—4000-hez való hígitásban azonban ép úgy mint az itrolt (friss oldatban) genyedéssel járó szembántalmaknál mosásokra betegeim kezére adom.

Ezzel röviden eddigi tapasztalataimat körülvonalozva, különösen blenorrhoea neonatorum és conjunctivitis gonorrhoicánál az itrol behintését kifordított kötőhártyára legmelegebben ajánlhatom, felülmulja ez bármily eddigi szerünket. Más genyedéssel járó betegségnél azonban további kisérletek volnának hivatva a szer pontosab indicatióját megállapitani.

A trachomaügy a XII. nemzetközi orvosi congressuson.

Nenadovics Lázár dr.-tól Dolován.

A szemészeti szakosztály üléseinek második napját a trachoma kérdésének szentelte. Tizenkét szónok közül kettő szólt a trachoma elleni küzdelemről, kettő szövettani dolgokról, a többi a trachoma kezelését tárgyalta.

A trachoma kezeléséről legrészletesebben beszélt *Kuhnt*, königsbergi tanár, ki a különböző eljárások összehasonlitása után kijelenti, hogy állandó eredményt csak a mechanikus-sebészi kezelés ad. E nézetet pártolja az előadók legnagyobb része is. *Nieznamow*, charkovi magántanár a jodot, *Roselli* dr. (Róma) a jodkalit, *Nenadovics* dr. (Dolova) az itrolt ajánlotta.

A trachoma elleni küzdelemről értekezett *Hirschberg* tanár s statistikailag kimutatta, hogy a trachoma az egész földgömbön elterjedt betegség, de legnagyobb számban Oroszországban található. A betegség már a középkorban honos volt, tehát nem Napoleon hozta be Európába. Főkép a szegényebb néposztály szenved általa; az alacsony fekvésű helyeken több a trachoma, mint emelkedett helyeken. A betegség ellen való küzdelemben fontosságot tulajdonit a lakásviszonyok javításának, ártézi kutaknak s a repülő lazaretteknek, minők Oroszországban használatosak.

E tárgyban második előadó *Nenadovics* dr. volt, kinek előadását teljességében adjuk:

Magyarországon a trachoma-epidemiát 1883-ban állapitották meg. Az ellene törvényszerűen alkalmazott intézkedések czélja volt: 1. az összes trachoma-betegek ellenőrzése és nyilvántartása által a betegség terjedését meggátolni s 2. kötelező ingyenes orvosi kezeléssel a betegséget kiirtani. A tanulság, melyet ezen intézkedésekből levonhatunk, az, hogy a küzdelem eredménye két tényezőtől függ: 1. az orvosoktól, kik a nyilvántartást, kezelést és ellenőrzést végzik, 2. a lakosságtól.

Sajnos, hogy a nép nem támogatja az orvost munkájában s csak kényszerítve kezelteti magát; a nyilvántartás alól is lehetőleg kivonja magát, hogy ne kényszeritsék a gyógyitásra. A nép feleslegesnek tartja a kezelést, mert nem ismeri a betegséget s még kevésbbé a veszedelmet, melyet magában rejt. Még leginkább keresnek orvosi segitséget a pannus vagy trichiasisban is szenvedő betegek. Az orvos iránt való bizalmatlanság oka talán az, hogy a kezelés fájdalmat okozó, hevesen ható szerekkel történik; ilyen szerekkel csak úgy imponálhatnánk a népnek, ha egyszersmind rövid idő alatt látható eredményt volnánk képesek felmutatni, mit azonban nem tudunk. A hosszú kezelés, türelmetlenné, bizalmatlanná teszi a betegeket. Nem kevésbbé útjában áll a kezelésnek az is, hogy általa a beteg munkájában zavartatik, avagy az a körülmény, hogy sokszor hosszú útat kell megtennie, míg orvosához jut.

Míg igy egyrészt maga a nép idegenkedik az orvosi kezeléstől, a fennálló viszonyok az orvost sem nagyon lelkesitik a trachoma elleni küzdelemben. A nyilvántartást, ellenőrzést és kezelést az orvos ingyen köteles végezni; némely orvos kap ugyan 200 frtnyi állami segélyt, de mily rengeteg

munkát kell végeznie a sublimat-kezelés mellett, mely Magyarországon általában divatban van! De még erkölcsi jutalma sincs az orvosnak; hiszen hogy kezelését és fáradozását mily csekély eredmény követi, mutatja a cs. és kir. hadügyministerium határozata, mely szerint a különben katonai szolgálatra alkalmas, de trachomás egyéneket visszautasítja, nem bizván a hosszú és drága kórházi kezeltetés eredményében. A gyakorló polgári orvosnak pedig még kevesebb eredményre van kilátása, mert neki még a nép ellenszegülésével is küzdenie kell, másrészt meg több eljárást, minő pl. a Knapp-féle, alig foganatosíthat.

A falusi orvos, a mellett, hogy sem anyagi, sem erkölcsi jutalmat nem élvez, még a kényszerítő eljárásokkal közkedveltségén is sokat csorbíthat s a különben sem fényes praxisát érzékenyen megronthatja. Nem csoda hát, ha az orvos az ilyen munkáért nem lelkesülhet.

E tényezők összejátszásából magyarázható az 1883 óta Magyarországon folyó küzdelem eredménytelensége; ma még talán több trachomás beteg van, mint akkor volt.

A sikert tehát más utakon kell keresni. Ha a mellett maradunk, hogy orvos kezelje tovább is a trachomát, első sorban az orvosokat kellene méltányosan jutalmazni. Javulást azonban így sem várok. Nézetem szerint leghelyesebb volna a kezelést a nép kezébe adni. A trachoma elleni küzdelemnek ezen új irányba való terelésénél a következőket tartom irányadóknak:

1. A trachomás betegek nyilvántartását és ellenőrzését az orvosok végezik.

2. A kezelést általánosságban maga a lakosság végzi. Iskolás gyermekek és egyes nehéz esetek továbbra is orvosi kezelésben részesüljenek. Orvosi kezelés alá veendő továbbá mindazon beteg, ki a kezelést otthon hiányosan vagy egyáltalán nem végzi.

3. Az orvosok felvilágosítják a lakosságot a betegség lényegéről, továbbá azon veszedelemről, melyet a betegség már kezdeti szakában magában rejt. A tanítás mindig szemléltető legyen, mert csak ez hat a népre meggyőzőleg.

4. Az orvosok ellenőrzik az otthon való kezelést. Ezen ellenőrzés pedig az eredmény vagy eredménytelenség constatálásában áll. A hol az eredmény hiányzik, ott a kezelés hiányosan vagy egyáltalán nem történt meg. Engedelmes, de kevésbbé értelmes vagy tudatlan beteget ismételve kell tanítani, ellenszegülőket pedig orvosi kezelés alá kell venni. Legjobb kényszer-rendszabály a kórházba szállítás.

5. Gyógyszereket az orvosok adnak ingyen.

6. Az orvosok munkájukért igazságosan jutalmazandók.

7. Katonaképes trachomás egyének katonai szolgálatra besorozandók. E trachomás egyének külön katonai osztályt alkossanak, melyeknél a kezelést az altisztek végezzék; az orvosok oktatják a legénységet és ellenőrzik a kezelést. Ezen rendszabály által az állam véderejében nyer, a lakosság pedig megszabadul a fertőzés lehetőségétől. A trachomás betegek a katonaságtól mint gyógyult és a trachoma kezelésében jártas emberek kerülnek ki.

Kezelésre a czitromsavas ezüstöt, itrolt ajánlom, melyet 130 trachomás betegnél teljes sikerrel alkalmaztam és pedig háromféle alakban, különböző töménység szerint: 1. 200 gramm vizre 3—6 gramm itrolt veszek, mely erős üledéket ad; 2. ezen oldat 20 grammjához 3—4 csepp ammonia pura-t teszek, mi által az üledék kevesbedik; végül 3. in substantia por alakban alkalmazom; minden esetben kifordított szemhéjak mellett a conjunctivával hozom a szert érintkezésbe. Az 1. oldat alig okoz reactiót, maga a por $1^1/_2$ óráig tartó csipést és könyezést okoz, ezen idő elteltével azonban a beteg folytathatja munkáját.

Acut esetekben az első oldatot használom s csak később a másodikat; in substantia erősen, diffuse túltengett conjunctivánál veszem a szert igénybe, rendesen a folyadékkal combinálva. Az eredmény mindig biztos s átlag 4 hónapi kezelés után a kötőhártya hegesedés nélkül gyógyul. Hogy miként hat a szer pannusra, nem volt alkalmam tapasztalni, mert iskolás gyermekeket kezeltem, kiknél még nem volt ideje a pannusnak a kifejlődésre. Nehány idősebb betegen tett kisérletem után itélve azonban úgy látszik, hogy az itrol kedvezőtlenül hat a pannusra.

Az itrol különben lassan, fokozatosan hat; desinficiens tulajdonsága mellett adstringens és resolvens is s hatása a conjunctiva szövetének mélyebb rétegeiben is érvényesül.

Alkalmazásának előnyei a többi szerekkel, főleg a sublimáttal szemben következők: 1. az eredmény (pannusos esetek kivételével) biztos; 2. ad integrum gyógyulás; 3. fájdalmatlanság; 4. az alkalmazás egyszerű volta; 5. a kezelést a beteg hozzátartozói is végezhetik; 6. a kezelés módja nem időrabló; 7. a mindennapi kezelés a ragályozás lehetőségét kisebbíti s végül 8. e tulajdonságainál fogva lehetővé teszi a külön katonai osztályok létesítését, illetve a szernek ily módon való használatát.

Meggyőződésem, hogy az itrollal való kezelés, valamint a trachoma elleni küzdelmünknek a jelzett alapokon való újjászervezése a kivánt eredménynyel fog járni.

***

A congressus tárgyalásainak további folyamán *Leontijew* dr. (Moszkva) megjegyzi, hogy Oroszországban trachomamentes vidékek is találhatók. Hirschberg tanár csak a katonai statistikát vette alapul, a hol pedig a conjunctivit. follicularist is mint trachomát kezelik. A mechanikus-sebészi kezelésnek ő is barátja, de tiltakozik az átmeneti redő kivágása ellen. Úgy véli, hogy a trachomát csak orvosok kezelhetik.

German dr. (Oroszország) rationalisnak tartja, hogy a kezelés a lakosságnak engedtessék át.

Schmidt-Rimpler az excisio ellen nyilatkozik.

Schantz dr. (Németország) szerint az itrol por alakban mar, oldatban pedig eredménytelen.

Heisrath dr. formollal ért el jó eredményeket, *Nieden* ellenben azt állítja, hogy a formol 1%-os oldata igen fájdalmas s e mellett eredménytelen.

Kuhnt tanár igéri, hogy az itrollal kisérletet tesz, bár nem bizik benne, mert pannusnál nem használt. Elégtelennek véli azt az alapot, melyre *Nenadovics* a trachoma kezelését fektetni kivánja.

Nenadovics félreértett szavait kimagyarázza és fenntartja az itrolról mondottakat.

Klinikai közlések.

Leitner Vilmos dr. szemklinikai gyakornoktól.

I.

Hysteriás amblyopia esete.

G. T. 28 éves nevelőnő folyó év julius 29-dikén kereste fel az egyetemi szemklinikát, előadva, hogy jobb szemére több nap óta semmit sem lát. Látását hirtelen, előtte ismeretlen okból vesztette el. Régebb idő óta szenved főfájásban, mely nála majdnem szabályosan jelentkezik hetenkint kétszer 1—2 napi időtartammal. Szája állandóan rossz ízű s úgy érzi, mintha mindig valami kellemetlen szagú anyag volna orra előtt. Mióta főfájásai vannak, gyomrával is sokszor van baja; székelése rendetlen. Menstruatióját 17 éves korában kapta meg, mely rendesen jelentkezett mindaddig, míg állitólag sápkóros lett, ekkor több izben rendetlen volt. Gyermekkorában vörhenyt és kanyarót állott ki, 17 éves korában typhusa volt; más kiállott betegségre nem emlékszik.

A jelentkezéskor megejtett vizsgálat azt mutatta, hogy a beteg jobb szemének tárgylátása sincs, fényérzése jó, projectiója azonban concentrikusan a rendesnek $^1/_3$-dára szükült; bal szemén a normalis látásélességnek $^1/_2$-e ($^5/_{10}$) van jelen, mely üveggel sem javítható. A szemek külsőleg semmi kórosat sem mutatnak, eltekintve attól, hogy a beteg a világosságot kerüli s ha az ablak felé néz, szemeit behúnyja. Pupillái egyenlően tágak, szabályosan kerek alakúak; a jobb pupilla fényre valamivel renyhébben reagál, mint a bal. Áteső fénynél mindkét szem törőközegei tisztáknak bizonyulnak. A szemfenék úgy a jobb, mint a bal szemen teljesen épnek itélhető.

A beteg kedélyhangulata nyomott, főfájásról panaszkodik; szervi elváltozás nem találtatott.

A jobb szemen fennálló csaknem teljes vakságnak okát semmiféle objectiv tünet nem adván, functionalis zavaron alapuló amblyopiára kellett gondolni. Gyanunkat teljesen megerősítette a stereoscopikus vizsgálat, melynél kitünt, hogy a betegnek kifogástalan binocularis látása van. Vizsgálatnál felszólíttatva, hogy mindkét szemével nézzen a készülék nyilásába, mint a hogy rendesen történni szokott, szabadkozott, hogy ő úgyis csak a bal szemével lát; beismerő és megnyugtató szavunkra azonban a nyitva tartott jobb szemével is épp úgy látta az e szemhez tartozó képeket, mint a bal szemével a megfelelőket.

Ezen döntő vizsgálati eredmény számbavételével a hysteriás amblyopia diagnosisa kétséget nem szenved. Simulatio felvételére nincs ok. Támogatja egyébként a diagnosist a többi hysteriás stygma is, minők az ízlési és szaglási paraesthesiák, gyomorpanaszok, főfájások, a szemre vonatkozólag pedig a bántalom hirtelen fellépése, a negativ lelet és a concentrikusan szűkült projectio. A lefolyás is feltétlenül beigazolja a kórismét.

Suggestióval igyekezvén a betegre hatni, délután 1 csepp bórsav-oldatot cseppentettünk jobb szemébe azzal a biztatással, hogy látása e csepptől javulni fog; úgy látszik azonban e becseppentés és rábeszélés a különben is deprimált beteg bizalmát nem igen nyerte meg, mert látása estig alig javult $^1/_2$ méterről való ujjolvasásra. Másnap a galvan-áramhoz fordultunk. Kijelentettük, hogy e kezelés mellett 2 nap alatt okvetlenül meg kell gyógyulnia. A 4 elem szolgáltatta állandó áram egyik electrodját a tarkó bal oldalára helyezve, a másikkal a jobb szemhéjak mentén végeztünk enyhe mozgásokat; ilyen erősségű áram a jobb szemhéjakon már égető érzést okozott, mig baloldalt ugyanezt alig érezte meg. 5 percznyi villamozás után a beteg örömmel tudatta, hogy látása már is jobb. Következő nap ismét villamozás; a látásélesség a jobb szemen ekkor $^5/_{15}$. A kitűzött 2 nap elteltével látása teljes ($^5/_5$) lett. A beteg derült kedélylyel még ez nap elhagyta a klinikát. Következő napon ismét megjelent, mert jobb szemének látása újból megromlott ($^5/_{10}$); megnyugtattuk, hogy ily visszaesés előfordul, de nincs neki semmi jelentősége, csak bizzék, hogy látása ismét tökéletes lesz; megvillanyoztuk. Másnapra megint teljes volt a látásélessége s maradt is, mire 4 nap mulva elutazott. Azóta nem tudunk hírt felőle.

A látásélesség hirtelen ingadozásait, a gyors javulást, illetve gyógyulást, mi a hysteriás amblyopiára oly jellegzetes, kiválóan mutatja ez eset is. A gyógyítás legfőbb eszköze a suggestio, melyhez nem mindig szükséges a hypnosis.

II.

Gyógyult sympathiás szemgyuladás esete.

Sz. M.-né, 28 éves nő, 1895. deczember hó 20-dikán bal szemét varrógép csavarhúzójával megsértette, másnap jelentkezett az egyetemi szemklinikán, hol haladéktalanul fel is vettük. A jobb szem nagy fokban myopiás (15·0 Dioptria) s látás élessége: $^5/_{20}$. Szemfenéken a szokott myopiás elváltozások.

A bal szem héjai duzzadtak, a tekei kötőhártya vérrel aláfutott, a tekén felülről le- és befelé haladó, részben a scleroticában, részben a corneában fekvő összesen 6—8 mm.-nyi sebzés, melyből üvegtest és szivárvány-hártya lóg ki.

Az iris ciliaris széléről leszakadt, a lencse elszürkült. A kilógó czafatokat lemetszettük s kötést alkalmaztunk. Január 18-dikán saját óhajára elengedtük, ekkor a seb helyét hegvonal jelezte, a szem tensiója —1, fényérzés nincs. A sympathiás gyuladás veszélyére figyelmeztettük s a megvakult szem idejekorán való eltávolítását ajánlottuk. Már január 24-dikén azt vette észre, hogy jobb szeme látása fátyolos, *fájdalma nem volt sem a jobb, sem a sérült szemen.* Orvosa megnyugtatta, hogy nincs baj, de minthogy látása mindinkább borúsabb lett, újból felutazott s ekkor már a jobb cornea hátsó felszinén háromszögalakban elrendezett praecipitatumok egész seregét lehetett látni. A látás változatlan (M. 15·0, D. $^5/_{20}$); csak subjective panaszkodik annak fátyolozottságáról. A bal szem békés, *sem önként, sem nyomásra nem fájdalmas.* Bár a jobb szemen a sympathiás izgalomnál jóval több volt, mert cyclitis kétségtelen tünetei voltak, a vak szem eltávolítását mégis sürgősnek tartottuk s azt február 1-én meg is tettük. A szemüreg gyógyulása zavartalan volt. A 3 gramm higany-bedörzsöléseket pedig haladéktalanul megkezdettük, localisan $^1/_2$% atropin-oldatból naponta 2 cseppet s bórsavas melegborogatást rendeltünk.

A klinikáról már február 13-dikán távozott ugyan, de továbbra is megfigyelésünk alatt maradt. 30 bedörzsölés után a praecipitatumok *mind* eltüntek s a látás fátyolos volta is megszünt.

Utoljára junius 20-dikán jelentkezett, a midőn már a vendégszemet is hordotta s jobb szemén a sympathiás gyuladásnak nyoma sem volt.

Az eset 2 irányban tanulságos. Mindenekelőtt igazolja, hogy *sérült szemek akkor is előidézhetnek sympathiás gyuladást, a mikor sem nyomásra, sem önként nem fájdalmasak*, már pedig még nagyon elterjedt ama nézet, hogy békés szemek nem veszedelmesek. A másik tanulság, hogy a kitört sympathiás gyuladást legalább annak kezdetén nem mindig súlyosbítja az enucleatio, mint azt általánosan hiszik.

Az orosz szemészeti intézetekről.

Béla Pál dr. szemorvostól.

Azon intézetek közül, melyek a XII. nemzetközi orvosi congressus tagjai számára a különben nehezen beutazható Oroszországban hozzáférhetőkké váltak, természetesen a szemkórházak érdekeltek legjobban s ezeket szándékom a következőkben röviden megismertetni.

Moszkvában két kisebbszerű magán szemgyógyintézeten kivül a szembetegek számára két nyilvános intézet van. Az egyetemi szemklinika és a szemkórház.

Az egyetemi klinikák és intézetek, melyek részben magánosok fejedelmi adományai, részben az állam által egy nagyobbára a város ajándékozta körülbelül 2 kilométer hosszú és 150 m. széles területen a város központjától jó messze eső dicriesie polen — a szűzek mezején — épültek, magokban egy kertekkel szegélyezett jó karban levő utakkal, jó csatornázással, vízvezetékkel, villamos világitással biró egész kis várost képeznek.

A *szemklinika* egy nagy két emeletes épületet akként oszt meg egyik belgyógyászi klinikával, hogy a bejárattól jobb felé eső szárny a szemklinikáé, a bal felé eső a belgyógyászatié, míg a középső épületrész földszintjén egy tágas előcsarnok egyszersmind a hallgatók ruhatára, a tanár és assistens szobája, valamint a szemészi klinika laboratoriuma, az I. emeleten pedig a közös tanterem, és a másik klinika laboratoriuma van.

A szemklinika 34 ágy felett rendelkezik. A laboratorium szép nagy terem, mely világosságát 4 nagy széles ablaktól nyeri; benne kis könyvtár, továbbá szöveti és bacteriologikus vizsgálatokhoz szükséges eszközök és berendezés.

A földszinten vannak a női kórtermek és az ambulantia czéljára szolgáló helyiségek.

A betegek az utcza felőli bejárón jönnek a várószobába, innen a vizsgálati nagy világos terembe, e mellett van a sötét, feketére festett falú tükröző; az egészhez csatlakozik a rendelő terem illetve kisebb műtéti szoba és kis kézi gyógyszertár.

Az első emeleten a férfi kórtermek, orvos lakó szobája és 4 egy ágyas, kényelemmel szépen berendezett külön szoba, végül a nagy világos műtéti terem.

A második emeletet az ápolónők és szolgaszemélyzet lakja.

A kórtermek mindenütt tágasak, nagy ablakokkal, melyek posztófüggönyökkel elsötétithetők, melegvízfütéssel, szellőző készülékkel. A világosra festett falak a parquette-padozattól 1·77 cm.-nyi magasságban világos olajfestékkel befestve. A közönséges vaságyak a szoba közepén egymástól több mint méternyi távolságban vannak, függönyeik nincsenek.

A folyosók $3^1/_2$ m. szélesek, nagy ablakokkal, társalgóui és közös ebédlőül szolgálnak. A műtőtermet két nagy ablak

világitja meg, a falak mind olajjal festett, padló beton. El van látva műtőasztallal (vasállvány üveglapokkal), sterilizáló készülékkel, üveg eszköz-szekrény. Haab-féle elektromágnes. Esetleges éjjeli operatióknál nagy villamos lámpa. A hályog-extractióknál azelőtt a beteg egy bőr karosszékben ült, az operateur a szék háta mögött foglalt helyet. Az operált rendszerint saját lábán megy vissza a kórterembe, ritkán viszik hordágyon.

Az eszközöket, kötőszereket sterilizálják, a kést maga az operateur forró sodaoldatba mártja és azután borsavoldatban tartja.

Sajnos, hogy azon időben szünidők lévén, úgy ezen, mint a többi klinikán úgy a rendelés mint a betegfelvétel szünetelt.

Ezen új klinika 1892-ben nyilt meg. Az orvosi személyzet a következő tagokból áll: Igazgatója a rendes professor, ki gyakorlati és elméleti előadásokat tart; a chef de clinique rendkivül professor az ambulantia főnöke; az assistens, a ki egyúttal magántanár és 4—5 segédorvos. Az 1896. évben a klinikán fekvő beteg volt 292 és 335 műtétet végeztek. Az ambulansok száma 3209 és az ambulanter végzett műtéteké 267 volt.

A congressus ideje alatt a szemészi szakosztály üléseit a szemklinikán tartotta naponta 9 óra reggeltől egész a késő délutáni órákig. *Krukow* professor a jelenlegi igazgató lekötelező szeretetreméltósággal és fáradhatatlan előzékenységgel viselte a házigazda tisztjét. Fogadta az érkezőket, kik a laboratoriumban gyülekeztek, mindenkinek szivesen szolgált felvilágositásokkal.

A laboratorium termében egyes bemutatók mikroskopi készitményei voltak góreső alatt beállitva.

Igen érdekes volt *Blessig* dr. szt.-pétervári kórházi főorvosnak a szemből eltávolitott rendkivül gazdag és változatos idegentest-gyüjteménye; legtöbbnyire vasszilánkok.

Még tanulságosabbak voltak ugyancsak *Blessig* dr. főorvos kóros szemtekék makroskopikus glycerin-gelatina készitményei, melyeket *Priestley—Smith*-nek általa módositott eljárása szerint igen sikerülten készitett. Demonstratiók czéljára igen alkalmas készitmények ezek, kivált a bulbusban levő daganatok, retinaleválás stb. bemutatására.

De legelső helyen kellett volna említenem a nemrégiben elhalt *Maklakow* tanár által genialisan kigondolt és művészi kivitelben készitett szemfenéki képeket ábrázoló készitményeit.

A szemfenéket ábrázoló képek egyik nagy hibája és fogyatékossága, hogy a niveaudifferenciákat nem lehet rajtuk feltüntetni. Ezen segitett *Maklakow* az által, hogy a szemfeneket nem egy lapra rajzolta le, hanem 2 egymásmögött levő jól átlátszó tejüveglapot használt, hogy a mélyebb rétegekben fekvő képleteket a második üveglapra festette. Ez által bámulatos élethűséggel látszik pl. a papillaszélig terjedő glaucomás excavatio a meredeken lebukó megtört edényekkel, a mint a mélyben a lamina cribrosa niveauján újra folytatódnak vagy az atrophia nervi opticinél tányérszerűen mélyedő papillaszél; vagy a papillatűnél mellfelé duzzadó látóidegfő stb. Az ablatio retinaet úgy ábrázolja, hogy a hátsó üveglemez hátfelé homorul és a kettő közti térben felülről egy ránczos félig megtelt edényzett felszinü tömlő csüng le.

A kerek praeparatum átmérője körülbelül 25 cm. és köralakú fekete fakeretben van. Ez vagy fogóra erősithető, vagy egy nagy fali tábla köralakú nyilásába helyezhető be. Könnyen elképzelhető, mennyire könnyitik meg ezen ábrák a tanulónak azt, hogy magának az egyes kóros állapotokról tiszta képet alkosson; a praeparatum nagysága pedig akkora, hogy a legutolsó padból is jól látni. Ilyen praeparatum 12 vagy 16 van összesen különféle kóralakokról.

A szakosztály az első emeleten levő tanteremben ülésezett. Ezen teremben körülbelül 200 hallgató számára van az amphiteatrumszerűen emelkedő padokban bely; a világitás felülről és a padok mögötte ablakok által történik.

A congressus tartama alatt a földszinti kórtermekben buffet volt, a hol a déli órákban frissitő italokon kivül hideg étkekből álló dejeunert szolgáltak fel.

A *szemkórház* Moszkva egyik legélénkebb utczáján, a Tverskaján van; azelőtt az egyetemi klinika is ezen kórházban volt elhelyezve. 100 ágyra van berendezve ezen kétemeletes, nagy, de régi épület. A földszinten vannak a rendelő helyiségek.

Egyszerre ketten rendelnek két teremben; mindkettő igen nagy és alacsony. A rendelés dijtalan, a betegek 20 kopekért (26 kr.) a kórház kézi gyógyszertárából megkapják az előirt gyógyszert.

Ugyancsak ott van az egyik főorvos lakosztálya, mely 5 szobából áll. Az első emeleten az első helyiség a nagy aranyozott oltárral biró imaterem, a mely különben minden kórházban és egyéb emberbaráti intézetben a legdiszesebben van kiállitva. Innen egy nagy termen, melyben azelőtt az előadásokat tartották, a kórtermekbe jutunk.

A congressus alkalmából mintegy 10 egyént mutattak be, kiknél nagyfokú myopia miatt az átlátszó lencsét eltávolitották. Voltak köztük 12—14 éves parasztfiúk is. Az eredmények elég biztatóak.

Érdekesek voltak továbbá a trichiasis és distichiasis kijavitására czélzó ajknyákhártya transplantatiók, melyek mintegy 10—15 egyénen igen jó eredménynyel hajtottak végre és gyógyultan mutattattak be.

A kórház „Mária császárnő“ ressortja által tartatik fenn.

Ezen intézmény annyira érdekes és annyira elüt a mi nálunk előforduló intézményekből, hogy nehány szóval érdemes jelezni.

A „Mária császárnő“ intézetei alá tartoznak a birodalom különböző helyein levő lelenczházak, gyermeknevelő intézetek, vakok intézete (ilyen a birodalom különböző helyein 24 van); szülőintézetek egybekötve bábaképezdével; 16 kórház összesen 2524 ágygyal, több sinylő és aggok háza, leánynevelők, leánygymnasiumok és még sok ilynemű intézet.

Az első ilynemű alapitványt II. Katalin czárnő tette és azóta lassanként fejlődött ily hatalmas intézménynyé, mely temérdek saját vagyonnal rendelkezik, az állam részéről nagy subventióban reszesül, magánosok adományai által gyarapittatik és melynek élén az uralkodó czár neje áll. Jelenleg az özvegy czárné, III. Sándor czár neje még a Mária császárnő ressortja alá tartozó intézetek védnöknője.

Ugyancsak ezen intézetek sorában, a nagy moszkvai és szt.-pétervári lelenczházakban is van egy-egy osztály a blennorrhoea conj. neonat.-ban szenvedő lelenczek számára. Bórsavas mosogatásokat és adstringentiákat alkalmaznak; a mosogatást az anya maga végzi. A gyógyulási eredménynyel nincsenek megelégedve, újabban calomellel kezdtek kisérletezni, de még az eredményről az idő rövidsége miatt nem mondhatott véleményt.

Szt.-Pétervárott nincs egyetem, hanem helyette van a *császári katonaorvosi akadémia*, melyet *I. Pál czár alapitott 1798-ban.*

A hallgatók száma nem lehet több mint 750, kik közül évente 115 nyeri el az orvosi diplomát. Numerus clausus lévén, a tömeges pályázókból a legjobb minősitésü gymnasiumot végzetteket veszik csak fel.

Évi tandij 60 rubel.

A tanárok száma 34, 70 magántanár és 47 segéd. A tanárokat a hadügyminister nevezi ki és legfeljebb 30 évig működhetnek, azután le kell köszönniök.

A tanitási és tanulási rend ugyanaz, mint az orosz egyetemeken.

Az orvosi tanfolyam 5 cursusból áll, 1 cursus szeptembertől májusig tart. Az első két évet természettudományi tanulmányok foglalják el; az utolsó három évben a tulajdonképeni orvosi disciplinákkal foglalkoznak. Minden év végen vizsgáznak.

A doctori diploma elnyeréséhez a vizsgák letételén kivül egy thesis kidolgozása is szükséges, olyanok is tehetik le ott a vizsgát, kik már intézetekben végezték tanulmányaikat.

Évenként legfeljebb 3 kiváló képzettségü doctort külföldre küldenek továbbképzés czéljából, kik azután visszajövet tovább is működhetnek mint assistensek, esetleg tanári minőségben az akademián.

Az akademia összesen körülbelül 650 ágya közül 33 ágygyal rendelkezik a szemészi osztály, csak férfiak számára.

A másik tanitás végett létesített intézet a *Helen nagyherczegnő császári klinikai intézete* 1875 óta áll fenn. Czélja orvosok továbbképzése, illetve ismétlő tanfolyam orvosok számára.

Évenként 2 cursust tartanak. Az első októbertől deczemberig, a második januártól májusig.

Szembetegek számára 5 nő- és 8 férfiágy van szánva.

A harmadik szembetegek intézete a „Mária császárnő“ ressortja alá tartozó nagy *szemkórház*, mely nem messze a Newsky Prospekttől van.

1824-ben alapittatott, 1840-ben újjá épült, és újabban egy privátbetegek számára szolgáló tractussal bővitették. Az intézet harmadfélemeletes; 76 ágyra van berendezve.

Az első emeleten vannak a rendelő helyiségek, mert több teremben rendelnek az ambulans betegek számára, kiknek száma évenként 20,000-t megközelíti.

Legnagyobb contingensét az ambulantiának Szt.-Pétervár sok gyárának sérült szemű munkásai képezik.

Ugyancsak az első emeleten van a női osztály és egy műtőterem, míg a második emeletet a férfiosztály foglalja el szintén külön műtőteremmel.

Az orvosi személyzet áll egy igazgatóból, 3 főorvosból és az alorvosokból.

Úgy itt, valamint a többi intézetekben a létszámhoz tartozó orvosok államhivatalnokok, nyugdijképesek és állásuknak megfelelőleg katonai rangjuk van.

Az orvosi szolgálatot úgy osztották be, hogy egyik főorvos az ambulantiát végzi, a második a nő-, a harmadik a férfiosztály orvosa. De minden évben cserélik az osztályokat.

A kórház laboratoriummal, a szükséges eszközökkel és készülékekkel van felszerelve.

A szt.-pétervári szemkórház újonnan berendezett tractusát, melyekben a külön szobák vannak, a congressus végéig nem adták át rendeltetésüknek, mert azokat a szobákat az oda ránduló congressista tagok számára tartották fenn, kiknek a Szt.-Pétervárt töltött napok alatt kellemes otthont nyujtottak.

A heidelbergi szemészeti társulat 26-ik gyülésének tárgyalásai.

1. *Krückmann,* Lipcse. A pangásos papilla pathogenesiséről beszél.

Leber nézetét, hogy a pangásos papilla a látóideg valódi gyuladása helybenhagyja. Előadó pontosabban beszél a lobgerjesztő anyagokról, milyeneket szolgáltatnak a daganatok szétesö sejtjei, elsajtosodó gümők.

2. *Heine,* Marburg. A lencse alkalmazkodás folytán történő helyzetváltozásáról szól, továbbá az alkalmazkodás górcsövi fixálásáról.

Heine egy módszert ismertet, melynek segitségével úgy subjectiv mint objectiv módon vagyunk képesek a nehézség törvénye folytán beálló lencseeltolást demonstrálni. Subjectiv bizonyiték az accomodatiónál beálló paralaktikus eltérése a vízszintes fonalaknak, melyek közül egy a közelpontban fekszik, kettő az előbbivel párhuzamosan meghatározott távolságban van kifeszitve.

Objectiv bizonyiték a szarúhártya górcsővel észlelhető eltolása a hátulsó lencseképnek a szarúhártya-reflexxel szemben.

A lencse eltolása spontan alkalmazkodásnál körülbelül $^1/_2$ mm., eseringörcsnél 1 mm.

3. *Hippel,* Heidelberg. Az újszülött szeme. Beszél a hullabeli és keményítő folyadékok által okozott elváltozásokról. A szarúhártya vastagsága egyénileg nagy mértékben ingadozik. Az ora serata nem hiányzik, mint azt Schön állította Egyébként nagyban megegyezik a felnőttek szemével.

4. *Hess,* Marburg. Egyes ritkább glaucoma-esetekről és ez alkalmazkodás hatásáról elsődleges glaucománál. Traumatikus lencseluxatiónak egy esetében, melyben a lencse az elülső csarnokba került, a szivárványhártya oly módon került szelepszerűleg a lencse széle és a szarúhártya közé, hogy ez esetben a Fontana-féle ürök szelepszerű elzáródása határozottan másodlagos elváltozás.

Egy második esetben 11 éves haemophil fiúnak gyenge sérülés után vérömlenye támadt az elülső és a hátulsó csarnokban; ennek folytán másodlagos glaucoma keletkezett. Ez esetben az irisnek a szarúhártyához való erősebb odaszorítása nem magyarázható meg.

Az alkalmazkodásnak kártékony közrehatása glaucoma keletkezésénél igen valószinűtlen, mert az alkalmazkodás által előidézett elváltozásokat fokozott mértékben idézi elő az eserin, továbbá minthogy idősebb egyének úgyszólván egyáltalában nem alkalmazkodnak, miután az nekik nem használ.

5. *Sattler,* Lipcse. A lamina cribrosa és a látóideg ruganyos rostjairól. A sclera keresztmetszetein a látóideg környékén csak kevés hosszában metszett ruganyos rostot találni, míg a lamina cribosa helyén kizárólag ilyeneket találni. A papillában csak az arteria centralis ruganyos rostjait találni.

6. *Leber,* Heidelberg. Szalagszerű szarúhártya homályokról. Különösen a Bowman-féle hártya sajátszerű excrescentiaira figyelmeztet.

Következő hypothesis alkalmas a szemrés tájékán fellépő szalagszerű szarúhártyahomályokat és azoknak a széléről való fellépését magyarázni. Miután az elsődleges elváltozás, finom mészszemcséknek lerakódásából áll a szarúhártya felülete lemezeiben, a kötőszövet túltengése és egyéb elváltozások pedig csak másodlagosak, felvehető, hogy a tápnedv, mely a széléről jön a szarúhártyába, túlságosan gazdag mészsókban, melyek a szemrésben történő elpárolgás következtében kicsapódnak.

II. ülés augusztus 6-dikán.

7. *Bach,* Würzburg. A szemizomhűdés tanához. Előadó a nuclearis terület elváltozásait tanulmányozta házinyúlon, egy és több szemizom átmetszése után, az iris és corpus ciliare eltávolitása után, exenteratio bulbi és orbitae után.

Eredmény gyanánt említendő részleges kereszteződés az oculomotoriusban és trochlearisban, keresztezés hiánya abducensnél. Iris és corpus ciliare eltávolitása után a nuclearis területen nem létesül elfajulás, hanem ganglion ciliareban.

8. *Bernheimer,* Bécs. Kisérleti tanulmány az oculomotorikus által ellátott belső és külső szemizmok beidegzéséről.

Nisslnak az elsődleges izgalomról szóló módszere szerint kisérletezett majmon, mert ennek nuclearis területe megfelel az emberének.

Az oculomotorius által ellátott valamennyi külső szemizom kiirtása után kiviláglik, hogy azok központja, csak az oldalsó főmagvakban és az azokhoz tartozó lateral sejtekben fekszik, még pedig a nuclearis terület distalis, leghátsó ötödében, kizárólag a keresztezett főmagvakban.

A közös működéshez szolgáló izmok, sejtjei a nuclearis területben is közeli összefüggésben vannak.

9. *Bielschowsky,* Lipcse. Egy szemmel való kettős látásról. Azelőtt kancsalszemű egyénen, a jobbik szemének elvesztése után monocularis diplopia lépett fel, az amblyop szemén, boncztani elváltozás nélkül.

Az illető eset pontos elemzése azon magyarázatra utalt, hogy a kancsalitás idejében vicariáló központ képződött, mely a másik szem elvesztése után az amblyop szem maculájával versenyre kelt.

10. *Weiss,* Mannheim. Kancsalságról. Megbeszéli a kancsalságban szenvedők binoculás látóterét.

11. *Darier,* Páris. Új ptosisműtét. Bőrhíd alatt két izomlebenyt készit, azokat felvezeti és a szemöldök bőre alatt fixálja. Ilyen módon operált eset kitünő eredményt adott.

12. *Baas,* Freiburg Br. A gyűrűs skotoma boncztani alapja és a szem bujakóros elváltozásairól. Két szem boncztani vizsgálata klinikailag megállapitott gyűrűs skotomával, kideritette a külső ideghártya rétegek tönkremenését, kapcsolatosan a skotomának megfelelő chorioidealis zona megbetegedésével. A centralis és peripherikus ideghártyarészek elváltozása csak igen csekély volt.

Jacobsonnak retinitis specificiája valószinűleg csak másodlagos megbetegedés, mely elsődleges érhártya megbetegedésből indul ki.

13. *Vossius,* Giessen. Intermittáló exophtalmusról. Felvehető, hogy a megbetegedés az orbitalis vénak ektasiáján alapszik, ámbár boncztani bizonyíték e tekintetben még hiányzik. Másodlagosan az orbitalis zsírpárna sorvadhat úgy, hogy azután rendesen enophthalmus jön létre.

III. ülés augusztus 7-dikén.

14. *Schirmer,* Greifswald. A retinának parareticularis vagy amakrin sejtjeinek functiójáról. A parareticularis sejtek az egyedüliek, melyek functiójáról még kielégitő képet nem alkothatunk.

Schirmer azokat a pupillaris reflex első tagjainak tartja. A látóideg gyuladásos megbetegedéseinél, a pupillaris reactio nagyobb mértékben szenved, mint egyszerű sorvadásánál, ha a látás különben egyforma.

A külső ideghártyarészletek megbetegedéseinél (leválás, pigmentelfajulás) a pupillaris reactio még sokáig áll fenn, míg a belső rétegek megbetegedéseinél (embolia, edénymegbetegedések) a látásélességgel aránylagosan csökken. Ezen tények tüntetik fel valószinűnek, hogy a pupillaris reflex a belső ideghártyarétegekben kezdődik. Miután az amakrin sejteknek csak leszálló nyulványuk van, melylyel közvetlen vagy az idegdúczsejtek közvetitésével függnek össze az idegrostokkal; valószinűnek mondható, hogy ők viselik a jelzett functiót.

15. *Wagenmann,* Jena. Az ideghártya edényei keringési zavarainak ismeretéhez. A retinitis haemorragica elsődleges oka gyakran verőerek megbetegedésében fekszik, egyidejűleg talált vivőeres thrombusok másodlagosak lehetnek. Nagyfokú endarteritis arteriae centralis újabb esetét említi, kapcsolatosan az arteriának aneurysmatikus kitágulásával a lamina cribrosán belül és egyéb részein való nagyfokú szűkületével.

Transitorikus megvakulások vagy látáshomályok előállhatnak verőeres edénygörcs folytán, melynek oka az edényfal kásás elfajulásában fekszik. Szemei előtt folyt le egy ilyen megvakulás a verőerek tökéletes vértelenségével, 10 percz mulva a vérkeringés újra előállván, a látás visszatért. Iridectomia $^1/_2$ évi gyógyulásra vezetett, de azután a verőér thrombosisa folytán tökéletesen megvakult az illető.

16. *Haab,* Zürich. 1. Chorioretinitis sympathicáról. 2. Látszólagos daganatok újabb neme. Haab ábrákkal kapcsolatban egy eddig kevéssé ismert, de jellegzetes nemét a chorioretinitis sympathicának ismerteti. Extraocularis daganatok az által, hogy szemfalának valamennyi rétegét behorpasztják, szemüridaganatot utánozhatnak.

17. *Stölting,* Hannover. A koponyaüri és szemüri nyomás fokozódásáról. A nyirk megváltozott állapota olykép befolyásolja a nyirkedények falait, hogy ezek ellazulnak és így történhetik meg azután, hogy a verőéri nyomás közvetlen a nyirkedényekre ruházódik át, miáltal a nyirkedények átjárhatlanokká lesznek.

18. *Axenfeld,* Boroszló. Mit tudunk a phlyctenularis szemgyuladás keletkezéséről? A belső okok együttesen hatnak a külsőkkel. A belső okok legfőbbike a scrophulosis. Előadó az esetek 97%-ában mutatott ki scrophulosist. 100 bacteriologice megvizsgált eset kapcsán constatálja, hogy a phlyctenákat nem staphylococcusok idézik elő. A phlyctenák helybeli kitörése vagy microorganismusokon alapszik, melyeket eddigelé még nem ismerjük, ha pedig ez nem áll, hiányzik nekünk a magyarázat.

19. *Hippel,* Heidelberg. Hydrophthalmus congenitus. Négy hetes gyermek mindkét szemének boncztani vizsgálata, mindkét oldalt nagy ulcus internum corneae-t derit ki, a szarúhártya nagyfokú duzzadásával a csarnokzúg, iris, corpus ciliare, másodlagos gyuladásos elváltozásaival kapcsolatban. A csarnokzúg nincs összenőve. Chorioidea, retina, üvegtest rendes, részleges nyomási excavatio. Elsődlegesnek a genyes ulcus internum corneaet nézi.

20. *Sattler,* Lipcse. Az ectopia lentis congenita műtéti kezeléséről. Azon esetekben, hol opticai eredmény várható, lehetőleg kicsiny iridectomiát kell csinálni. Egynéhány esetben előadó sikeresen végezte a discissiót.

21. *Leber,* Heidelberg. Rövid közlés a conjunctivalis-blenorrhoea Kalt-féle irrigatiókkal való kezeléséről felnőtteken. Ismertet egy esetet az elülső csarnok felső részében történt zsírlerakódással, továbbá egy más esetet, melynél sérülés után fonálgombák fejlődtek az üvegtestben. (Hippel. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1897 September.)

Selye Hugó dr.

IRODALMI SZEMLE.

A nagyfokú rövidlátás operativ kezeléséről az utolsó referatumunk [1] óta több nagyobb érdekű és értékű közlés jelent meg. *Otto* [2] törzsorvos *Sattler* lipcsei tanár eseteiről gondos tanulmány kiséretében számol be. A történeti adatokat részletesen ismerteti. Felemlíti, hogy *Boerhave*-nak már 1708-ban feltünt, hogy az olyan szürkehályogos, ki rövidlátó volt, operálás után convex-üveg nélkül is jól látott. Magának a myopiának corrigálására úgy látszik *Desmonceaux* abbé ajánlotta első izben az átlátszó lencse eltávolitását (1776), de ő maga a műtétet nem végezte, valószinű, hogy *Janin* volt az, a kit operálni látott; *Richter* (1790), Beer (1817), Benedikt is foglalkoztak a kérdéssel s *Radius* 1839-ben magát a discissiót ajánlotta. Határozottabban foglalt állást az operatio mellett *Weber,* ki a kérdést az 1858-diki heidelbergi gyülésen fel is vetette, de *Graefe* határozottan ellene nyilatkozott. *Mooren* ennek ellenére is végezte, de mikor egy általa operált szem iridocyclitisben tönkre ment, egy időre ő is abbahagyta. *Donders* 1866-ban könyvében teljesen elitéli a myopia ellenes operálást s nem lehetetlen, hogy az ő tekintélye tartóztatta *Arlt*-ot is vissza. *Mauthner* azonban még 1868-ban úgy nyilatkozott, hogy ha ismerne veszélytelen műtétet, akkor nagyon ajánlaná a lencse eltávolitását. Ha tehát nem is *Fukala* volt az, ki a műtétet kigondolta, elvitathatatlan érdeme, hogy ő volt az, ki újból napirendre hozta s a szemoperálások között számára előkelő szerepet biztositott. 1889. november 8-dikán a bécsi orvos-egyesületben két általa sikerrel operált myopiást mutatott be. Az első operálást 1887. április 3-dikán végezte, tehát kétségtelen, hogy előbb, mint *Vacher,* ki különben, mint operálási methodust az extractiót ajánlja, míg *Fukala* a discissio mellett foglal állást. *Sattler* 12 D.-n alul nem ajánlja az operálást. Az előbbre haladott kort nem tartja akadálynak. Otto 94 esetet említ s 85-ről részletesen beszámol. Ezek között 3 infectio fordult elő; egy szem teljesen tönkrement ($3^1/_2$%). 3 esetben ablatio retinae következett be ($3^1/_2$%); nagyon figyelemre méltó, hogy ez utóbbiak mindegyikében volt üvegtestveszteség. A glaucomás rohamot, melyet a duzzadó lencse idézhetett elő, minden egyes esetben a megejtett cornea punctio megszünteti. *Sattler* mind a két szem operálása mellett foglal állást. A látásélesség 7-szer nem javult, 8-szor jelentéktelenül javult; 11-szer $^4/_3$-szoros, 13-szor $^3/_2$-szeres, 23 esetben kétszeres, 6 esetben $2^1/_2$-szeres és 4-szer 3—5-szörös volt a látásélesség javulása. Kedvezőtlenebb eredménynyel operált *Gelpke,*[3] kinek 59 esetében 1 infectio a szem elpusztulásával fordult elő, ezenkivül 22 esetben glaucoma keletkezett, az üvegtest 5-ször, az iris 2-szer esett elő s a retina 1 izben vált le.

Vossius [4] 27 operálásról számol be. Ő is elég complicatióval dolgozott: 4-szer synechia anterior, 7-szer tokbenövés, 1-szer glaucoma, 2-szer keratitis fordult elő.

A legnagyobb anyagról *Hippel* [5] számol be. 4 év alatt 114 esetben végezte. Glaucomát csak 4 izben látott, iridectomiát 7 izben végzett (ő discissio után 4—8-dik napon a lándzsával a limbusban szúr be). Az előrehaladt kor az ő szemében sem képez akadályt, 12 D.-n alul nem operál, a binocularis látás kedveért

[1] Szemészet. 1897. 1. szám, április 25.

[2] Beobachtungen über hochgrad. Kurzsichtigkeit. Archiv für Ophthalm. XLIII. 2. 323. 1897.

[3] *Gelpke* und *Bihler*: Die operative Behandlung der myopischen Schwachsichtigkeit. Beitr. zur Augenh. XXVIII. 1897.

[4] *Vossius:* Die operative Behandlung der excessiven Myopie. Beitr. zur Augenheilk. Hamburg und Leipzig 1897.

[5] v. Hippel: Ueber die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit. Deutsche med. Wochenschrift 1897.

mind a két szemet operálja. *Hippel*-nek aránylag igen kevés complicatiója volt. Egyetlen szemet vesztett el teljesen, ez egy kis gyermekre vonatkozik, ki conjunctivitis crouposát kapott. Másik két esetben a már jelentkezett infectio ellenére is elég jó látással menekült meg a szem. Vaskos secundaria két esetben maradt vissza, 2 esetben ablatio retinae következett be, 5-ször chorioiditis centralis, 1 izben vérzés a macula lutea tájékán.

A myopia operativ kezelése a *moszkvai*[1] congressus tárgyalásain is szerepelt. *Fukala* 162 esetéről számolt be, a discissiót vékony Graefe-féle késsel végezi, az üvegtestveszteség káros hatásában nem hisz. *Vacher* 48 esetéről számol be, az extractio híve maradt, de az üvegtestveszteség veszélyességét hangsúlyozza. *Vignes* is az extractiót végezi s 3 nappal utóbb megnyitja a sebet a duzzadó részletek kibocsátására. *Pflüger* többször észlelt ablatio retinaet a műtét után, míg *Blessig* 50 operáltja közül 3 vesztesége volt. *Uthoff* és *Hirschberg* is hangsúlyozzák, hogy az üvegtestveszteség nagyon is komoly s veszedelmes complicatio. Érdekes *Darier* összeállítása. Ő ugyanis kérdőlapokat küldött szét, melyekre 18 válasz érkezett. Ezek 142 esetről számolnak be. 85%-ban a látás élessége megjavult, 10%-ban változatlan maradt, 5%-ban a látás elveszett és pedig 2%-ban infectio vagy glaucoma, 3%-ban ablatio retinae következtében.

Ha ez összeállításokon áttekintünk, újból megerősödik ama meggyőződésünk, hogy a műtét végrehajtása 14—16 D.-n felül indokolt s hogy a második szem operálása csak akkor engedhető meg, ha az első izben operált szem már visszanyerte látását. Arról szó sincs, hogy a műtét teljesen veszélytelen lenne. Még legnagyobb sikerrel az infectio veszélye hárítható el, de mint *Sattler* és *Hippel* őszinte közléseikből látszik, ez sem sikerül absolut biztossággal. Ezen nem is csodálkozhatunk, hiszen többszörös beavatkozásról van szó. Ugyancsak aránylag könnyen elhárítható complicatio a glaucoma. Hiszen a megejtett punctio csakugyan megszünteti a rohamot, de máris ismeretesek esetek, a midőn a glaucoma végzetessé vált. A *chorioretinitis* kiújulása vagy *retinalis* vérzések ritkán teszik tönkre a már elért eredményt, ilyen eseteket azonban *Hippel* is említ. De legkényesebb az a kérdés, hogy az ablatio retinae keletkezését elősegíti e az az operálás? *Otto* igyekszik bebizonyítani, hogy az ablatio nem gyakoribb az operált szemeken, mint a nem operáltakon. *Hippel* nyilt kérdésnek tekinti. Annyi azonban bizonyos, hogy *Vossius* nak és *Fukala* nak nincs igazuk, mikor a műtétnél előforduló üvegtestveszteséget közömbösnek igyekeznek feltüntetni. *Sattler* azon eseteiben, a melyek ablatio retinaeban megvakultak, mindannyiszor üvegtestveszteség fordult volt elő; különben minden szemoperateur jól tudja, hogy még a hályogoperálásokkal is súlyos complicatio az üvegtestelőesés. Szerencsére az összes complicatiók elég ritkák arra, hogy a már ismételt cautelák szem előtt tartásával a műtétet jó lelkiismerettel ajánlhassuk. Hiszen a nagyfokú myopiások számára, kiknek látása üveggel nem javítható eléggé, az operativ kezelés életkérdés lehet! De hogy sem ők, sem magunk ne csalatkozzunk a műtétben, ahhoz *mérséklet* az esetek megválasztásában, lelkiismeretes *asepsis* és jó *technika* nagyon is szükségesek.

G. E.

A szemorvosi tudományos irodalomban utóbbi időben a **bacteriologia** nagy tért foglal. Ezekről értékes összeállítást közöl *Uthoff és Axenfeld* tollából a *Lubarsch-Ostertag*-féle gyüjtőmunka: Ergebnisse der Speciellen pathol. Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane (Wiesbaden 1896). Ennek nyomán közöljük a következőket:

A) Ektogen infectio.[2] A normalis conjunctiván is igen nagy számú microbát lehet kimutatni. *Bach*[2] 100 conjunctiván 27 fajt ír le, ezek közül 13 ismeretlen volt. Gyakoriak: a xerosis bacillus, a sarcinák, a pneumococcusok, s különféle gombák. Már *Leber*, *Sattler*, *Gifford*, *Gallenga*, *Franke* kimutatták, hogy az ép conjunctiva is inficiált, ezt *Bach* és *Morax*[3] is megerősítik, utóbbi azonban megjegyzi, hogy a normalis conjunctiva bakteriumai nem pathogenek.

[1] La clinique ophthalmologique. 1897. aug. 25.

[2] L. Bach. Ueber den Keimgehalt des Bindehautsackes. Arch. f. Ophth. XL. 3.

[3] Morax. Recherches bacteriologiques sur deux cas tumeurs lacrymales phlegmoneuses. Thèse de Paris 1874.

Trousseau[1] kimutatta, hogy a conjunctivának sublimattal (1 : 2000) való desinficiálása után is genyedést okozó bacteriumokat tartalmaz (12 hályogoperálás közül 11-szer), s az operáláskor még sem inficiálódott a seb. Ezzel beigazolta, hogy a sebek pathogen csírák jelenlétében is per primam gyógyulhatnak. Ezért *Bach* számos kisérlete alapján Morax-sal egyetértőleg azon meggyőződésre jut, hogy a sebinfectióért a felelősség az operateur kezét és eszközeit terheli.

A normalis szemhéj bacteriologiájával *Cuénod*[2] foglalkozik s megerősíti Widmark, Haab, Panas azon leleteit, hogy a staphylococcus albus, állandóan s néha az aureus is jelen van. Szemhéjbajoknál is találhatók a nélkül, hogy ezek okai lennének.

II. *A szemhéj s conjunctiva fertőző bajai.* Cuénod egyetértően Sattler és Leberrel a blepharitis ulcerosánál a virulens aureust találta, nem fekélyes alaknál az albust.

A phlyctaena előidézésével vádolt staphylococcus kórokozó volta még nincs bebizonyítva, néha azonban különböző bacteriumok által okozott inger következménye lehet.

Deyl-nak[3] nem sikerült nyulaknál sem mechanikus, sem beoltás útján a chalaziont előidézni. Schleich a Meibom-mirigy váladékában a xerosis bacillust gyakran találta.

A conjunctivitiseket Morax felfogása értelmében következőkép lehetne osztályozni:

a) conjunctivitis epidemica oka a Koch-Week-bacillus,
b) conjunctivitis blennorrhoica,
c) conjunctivite lacrymale à streptococcus (Parinaud),
d) conjunctivite à pneumococques,
e) conjunctivitis granulosa (Trachoma),
f) conjunctivitis dyphtheritica et crouposa.

III. A könyszervek és cornea fertőző betegségei. Úgy látszik, hogy a könyszervek és cornea bántalmainál inkább streptococcusok szerepelnek, mint a staphylococcus. A Loevenberg-féle ozaena bacillusnak is van jelentősége, míg a septikus keratitis leggyakoribb alakját a Fränkel-Weichselbaum-féle pneumococcus idézi elő. (*Basso*,[4] *Guaita*,[5] *Uthoff*[6]-*Axenfeld*), utóbbit Guaita-Gasparini ép conjunctiva 80%-ában, Basso az orrban, Uthoff-Axenfeld a könytömlőben találták. Bach hangsúlyozza, hogy subconjunctivalis sublimat-injectiók az oltási keratitist nem befolyásolják. *Fuchs*[7] a keratomycosis aspergillinát írja le. De *Vincentiis*[8] és *Partsch*[9] a szemhéjak s conjunctiva, *Schröder*[10] a könycsövecsek actinomycosisát írták le.

Szemsérülések kiséretében tetanust többen említenek. Enucleatio után Chisolm, hályogoperálás után Lanelonge, úgyszintén Fromaget.

B) Endogen infectio.

a) A metastatikus ophthalmia Axenfeld szerint a retinából indul ki. Trousseau hólyaghurut, Saltini vaccina pyaemia, Mitvalsky mandulagenyedés következtében láttak panophthalmitist.

b) Chiarini és Formali leprát írnak le.

c) A Filaria oculi újabb eseteit írták le (Coppez, Drake-Brockmann), cysticercus eseteket is közöltek.

C) A szem tuberculosisáról az 1893-ik évi heidelbergi gyülésen értékes nyilatkozatok történtek. Kiderült, hogy a *Gradenigo* által először ismertetett progressiv tuberculosison kivül az irisen olyan gümők is előfordultak, melyek visszafejlődésre hajlamosak: meggyöngült virus. *Hippel* a keratitis parenchymatosa tuberculotikus eredetének eshetőségét vitatja. Úgy látszik, nincs is *Hirschbergnek* igaza, ki a luest akarja kizárólagos okul tekinteni.

Mark Jakab dr.

[1] Trousseau. Etude sur l'antisepsie oculaire Congr. d'opht. à Paris Annales d'ocul. CXI.

[2] Bactériologie et Parasitologie clinique des paupières. Thèse de Paris 1814.

[3] Über die Aetiologie des Chalazions. Prag. 1893/1894.

[4] Bacteriologie de la Kératite à hypopion.

[5] Guaita Le diplocoque de Fränkel.

[6] Bacteriol. Untersuchungen bei eitriger Keratitis.

[7] Wien. med. Wochenschrift 1894.

[8] Clinica oculistica di Napoli. III.

[9] Centralblatt für Augenh. 1893.

[10] Klin. Monatsbl. für Augenh. 1893.

Metastatikus mindkét oldali panophthalmitis esetét közli *Kater*,[1] melyet egy 36 éves asszonynál volt alkalma észlelni, ki koraszülés után 50 napig rázóhideggel összekötött lázakban szenvedett. A panophthalmitis megjelenésekor már lázmentes volt. Az asszony életben maradt.

Dariex és *Rochon-Duvigneaud*[2] 1 eset kapcsán a szem belsejében fejlődő újképződések és a syphilitikus s tuberculosus tumorok okozta tünetek különbségeiről szólnak. Ha nem infectiosus alapon létrejött daganat áll fenn, akkor az elváltozások csak a daganat közvetlen szomszédságára korlátozódnak, gyuladásos jelenségek hiányoznak s a glaucomás roham is csak későn, az áttörés előtt jelentkezik, még a gyorsan terjedő gliománál is; korai gyuladások és a szem tensiójának csökkenése ellenben az utóbb említett természetü daganatra vallanak.

100 intraocularis daganat észleléséből merített adataiból *Marshall*[3] azt következteti, hogy a daganat a tensiót, míg csak a szemet egészen ki nem töltötte, kevéssé befolyásolja. A tensió emelkedésének oka az elülső csarnok zúgának elzárulása, a mi gyakrabban következik be a chorioidea sarcomájánál, mint az iris és a corp. ciliare daganatainál, sőt az utóbbi bántalmazottsága esetén nem ritka a tensio csökkenése sem.

A glaucoma pathogenesisével foglakozik *Sulzer*.[4] A tünetek összeségét táplálkozási zavarból magyarázza, melyet a keringés meglassubbodása hoz létre. A szembeli nyomás és az üteres vérnyomás közötti egyensúly megzavarása leggyakoribb oka a glaucomás roham kitörésének oly szem ellen, melyeknek a sclerája rigid vagy a kivezető útai szükek. A glaucoma e faját „keringési glaucoma“ (glaucome circulatoire) névvel illeti A keringési zavar oka lehet továbbá az ütőerek falának primaer elváltozása (glaucome vasculaire), mely esetben a glaucomát különösen a vérzések jellemzik. Harmadik osztályba sorozza S. azon eseteket, melyekben a glaucomát a trigeminusnak elválasztó és vasomotorikus rostjait tartalmazó ágának bántalmazottsága indít meg (Nervenglaucom). Ez esetben maga az idegbefolyás hozza létre az edények degeneratióját, mi különben mindegyik glaucoma fajnak végeredménye; míg azonban az „edény-glaucománál“ ez a primaer jelenség, a másik kettőnél csak secundaer tünet és a circulatio lassubb voltából magyarázandó.

Czermak[5] **a glaucomás dispositiót** a sekély csarnokra vezeti vissza s azt állítja, hogy a csarnoknak ezen sekély volta, melyet a glaucoma egyik okozatának tekintenek, már a glaucoma megjelenése előtt is, sőt még nagyobb mértékben fennáll. A sekély csarnok egyszerüen öregkori jelenség, melyet a csarnokvíz csökkent elválasztása okoz. Ha ilyen lapos csarnok mellett az iris a trabeculum corneoscleralenak neki fekszik, elzárja a csarnokvíz levezető zsilipjét és nyomásemelkedést hoz létre. Minthogy acut rohamnál az irisnek ezen odafekvését tisztán mechanikus tényezők és nem a csarnokzúg előrement gyuladása idézik elő, kérdés mi módon vezet a csarnok sekély volta az irisnek ez odafekvésére.

A pupilla erősebb kitágulásakor — sekély csarnok esetén — az iris gyökének megvastagodott részei a Descemet-hártya széleivel érintkezésbe jutnak, miáltal a csarnokvíz lefolyása megnehezül, de azért a trabec. corneoscleralen át a levezetés a Schlemm-féle csatornában változatlan gyorsasággal folytatódik; ez által a nyomás a csarnoköbölben gyorsan csökken s így közte és a hátsó csarnok között nyomási differentia létesül. Ez a nyomási különbözet az irisnek azon részét, mely a Descemetnek neki támaszkodott része és az iris gyöke közt van, ventilszerüen odanyomja a trabeculum corneoscleralehoz, tehát szabad pupilla daczára is az iris peripheriás részletét a csarnok zúgába tolja. A mint a pupilla megszükül s így az iris odafeküdt része elhúzódik, a levezetés ismét szabad lesz.

A glaucoma simplex azon eseteit, melyek sohasem járnak tensio emelkedéssel, Cz. nem számítja a glaucomák közé, hanem lényegileg másféle bántalomnak tartja.

Bitzos[1] a glaucoma simplex állandó tünetének mondja a papilla gyuladásának egy nemét, mely szerinte a bántalom tulajdonképeni oka. A szem hátsó elvezető utai e gyuladás következtében elzáródnak s így állanak elő a glaucoma összes tünetei. Csak az iridectomia jótékony hatásának tulajdonitja, hogy a glaucoma okát a szem elülső részeiben keresik. Korai iridectomián kivül, mely a látóideg betegségét nem befolyásolja, a higanyt ajánlja, melyből nem luetikus egyéneknél is jó eredményt vélt látni.

A sympathiás amblyopiáról ír *Nuel*[2] 16 eset kapcsán; 1 esetben égés, a többiben perforáló sérülésben pusztult el a szem. Az egyik szem tönkremente után hosszabb idő mulva, néha több évvel később a másik szem látása is többé-kevésbbé csökkent, minek magyarázatául a papilla részleges sorvadása hozható fel, egyes esetekben azonban a szemfenéki kép teljesen negativ volt. Az amblyopia kifejlődött akkor is, midőn a vak szem teljesen békés és fájdalmatlan volt, sőt akkor is, ha az enucleatio már jóval előbb megtörtént. Különben az amblyopia megjelenésekor az enucleatio sem változtatott az állapoton. A baj kezdetét a munkánál időnkint jelentkező látás elhomályosodás jelzi; később a látásélesség is csökken, a látótér megszükül és centralis színscotoma mutatható ki. A szem pihentetése mindezen tüneteket megszüntetheti. Ha az amblyopia előrehaladottabb, akkor a papilla határai elmosódottaknak látszanak s lassankint a temporalis fél atrophiája következik be; a papilla teljes atrophiáját N. sohasem észlelte. A bántalom prognosisa a többi sympathiás megbetegedéshez képest kedvező. Inunctiós kúra és szemdiaeta jó eredményt adnak. Nuel úgy véli, hogy a betegséget interstitialis neuritis okozza oly módon, hogy az elsődlegesen bántalmazott szem látóidegén kezdődik a folyamat, halad a chiasmáig s így tér az egészséges szem látóidegére (?).

Leitner Vilmos dr.

[1] Dissert. Inaug. Freiburg. 1897. Arch. für Augenheilkunde 1897.
[2] Archiv d'ophth. XVII. „ „ „ „
[3] Trans. ophth. soc. XXI. „ „ „ „
[4] Annal. d'ocul. XVII. „ „ „ „
[5] Prag. med. Wochenschrift 1897. „ „ „ „

VEGYESEK.

— *A trachoma bacillusa. Müller* magántanár a Wiener klinische Wochenschrift 1897. 42-ik számában a következő érdekes közlést teszi: Trachomások conjunctiva váladékából sikerült egy bacillust tenyészteni, mely az influenza bacillusához morphologiájában és culturájában analog. Csak vért tartalmazó tenyészanyagon szaporodik és igen finom pálczika alakú. Az állatkisérletek negativek maradtak. 15 trachomás közül 11-ben positiv volt az eredmény, s a kimetszett conjunctiva-részletek is tartalmazták a bacillust. Egyidejüleg 25 váladékkal járó más kötőhártyagyuladást is megvizsgált, de a lelet *negativ* volt. A kimerítőbb közlést legközelebbre igéri.

— *A Holocain* 1% oldatát a szembe cseppentve 1—2 percz mulva felszines anaesthesiát idéz elő. Az érzéketlenség bekövetkezése előtt csipésről panaszkodnak. Az anaesthesia 12—15 perczig tart, a pupillát nem tágitja, az alkalmazkodást nem bénitja s antisepticum, de a cocainnál még mérgezőbb anyag. (Heinz és Schlösser.)

— *Silex* magántanárt, a berlini egyetemi szemklinika I. assistensét ny. rk. tanárrá nevezték ki.

— *Holmgren* 66 éves korában meghalt. A physiologusok gyászában a szemorvosok is joggal osztoznak, a szintévesztés által a közlekedésben előidézhető veszélyek ellen való küzdelmet ő vezette.

— A *Graefe*-jutalmat ez évben Axenfeld és Hippel magántanárok között osztották meg.

— *A kolozsvári egyetem szemklinikájának betegforgalma az 1896-dik évben.* Közli dr. Hoor Károly egyetemi ny. r. tanár, a szemklinika igazgatója. Kolozsvár. Ajtai K. Albert könyvnyomdája 1897. — A járó betegek száma 1878 volt, szemben az 1895-dik év 1748-ával. A kórházi betegek száma 162 volt, mig 1895-ben 122. Összesen 172 operálást végeztek, ezek között 59 hályogműtétet, 65 iridectomiát, 5 enucleálást stb.

— *Új könyvek.*

Le Dentu et P. Delbet. Traité de chirurgie clinique et operatoire. Paris, 1897.

Lagrange. Précis d'ophtalmologie. Paris. Octave Doin. 1897.

Roin. Traité de therapeutique appliquée. Paris, 1897.

Watson. Pract. handbook of the diseases of the eye. Edinburgh, 1897.

[1] Archiv d'ophth. XVII. Arch. für Augenheilkunde 1897.
[2] Archiv d'ophth. XVII. „ „ „ „

Budapest, 1897. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.