Negyvenegyedik évfolyam. 23. szám. *Budapest, 1897. junius 6.*

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI KÖNYVTÁR

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 kir. m. tud. egyetem gyógyszertani intézetéből.

Az opium alkaloidák hatása a bélmozgásokra.

Irta: *Vámossy Zoltán* dr., tanársegéd.

A gyógyszeres chemia mindig tisztább, biztosabban adagolható, mellékhatások nélkül való gyógyszerek előállítására törekszik, a melyek az anyadrogot jól helyettesítik, s azt az alkalmazásból kiszoritani vannak hivatva. Ez utóbbi lehetőségének criteriumát egyfelől a kisérleti gyógyszertan, másfelől a betegágynál tett tapasztalatok adják meg annak bebizonyitásával, hogy a chemia által elénk állitott ú. n. hatóanyag tényleg az-e, s az anyadroggal elérhető eredmények általa mind szintén elérhetők-e? A sok kiküszöbölt, elfelejtett és ma már hatóanyagaik által pótolt nyers gyógyanyaggal szemben azonban még ma is sok olyant találunk, a melyeknek titkait a chemikusok és pharmacologusok mind ez ideig nem tudták teljesen kifürkészni, s a melyek még ma is igen tekintélyes helyet foglalnak el gyógyszerkincsünkben.

Az ilyenek egyike az *opium* is, a mit a morphin még nem tudott kiszoritani és talán soha sem is fog. Talán egy gyógyanyag sincsen olyan tüzetesen meganalyzálva mint az opium, hiszen már körülbelül 26-féle különböző anyagot állitottak elő belőle; a pharmacologusoknak — a mióta csak ismeretes — folyton vizsgálódásuk tárgyát képezi és mégis talán egy téren sem találkozunk az irodalomban olyan eltérő nézetekkel, mint épen az opium alkaloidák hatását illetőleg. v. *Schroeder*[1] igyekezett világosságot vetni erre a tárgyra, s az eltérő vélemények okát a különböző, tisztátalan készitményekben találta fel, a melyek még olyan neves búvárt is, mint *Cl Bernard*[2] tévedésbe tudtak ejteni, s igy pl. ő a most már kétségtelenül hatástalannak bizonyult narceint a morphinnál is jobb narcoticumnak jelentette ki; később maga is beismerte, hogy többé soha sem tudott olyan jó hatású narceinhez jutni (persze, mert az első morphinos volt).

Czélom azonban nem az opium alkaloidák általános hatásképének tárgyalása, hanem tulajdonképen azon kérdés felderitése, hogy *minek tulajdonitható és miben áll az opium készitményeknek erősebb bélmozgást gátló hatása a morphinnal szemben,* s hogy dolgozatomnak nem ezt a tekintélyesebb és érdekesebb czimet adtam, annak oka az, hogy ez tanulmányaimnak csak egy részéről szóló beszámolás s épen ezért illendőbbnek találtam a szerényebb czimmel megelégedni.

Az opium és a morphin hatáskülönbségeit nagyon is kiterjesztette, sőt pontokba is foglalta *Schroff*. Az ő nézetei azonban ma már többnyire túlhaladott álláspontot képeznek és pontjait az újabb pharmacologusok megczáfolták,[3] s azokat a tapasztalat sem igazolta egy kivételével és ez: a belekre való megnyugtató hatás. Az opiumnak erősebb bélmozgást gátló hatását a gyógyszertani munkákban főleg kétféleképen találjuk megmagyarázva, de mindkettő inkább csak hypothetikus és nem bebizonyitott. *Tappeiner* szerint az opiumban levő colloid és gyantás anyagok akadályoznák a morphin felszivódását, s igy az lassabban, de tartósabban hatna. Csatlakoznak e nézethez *Cloetta* és *Filehne,* gyógyszertani tankönyvükben. Hasonló nézeten van *Nothnagel* is, ki még azt is hozzáteszi, hogy ezen lassú felszivódás következtében a hatóanyag, a morphin a belek hosszabb részletében eloszolva inkább kifejtheti helybeli hatását, a mi Nothnagelnek a morphinnal nyert kisérleti eredményeivel és az azokból levont következtetésével, mely szerint a bélmozgást gátló hatás nagyobb részben a felszivódott morphin splanchnikus izgató hatásának tulajdonitandó, ellentétben áll. *Binz* az opiumban foglalt számos hasonló és más hatású alkaloidákban tételez fel olyanokat, melyek a morphinhoz hasonlólag gátló hatást fejtenének ki a belekre. Ugyanezt a nézetet *Nothnagel* és *Rossbach* könyvében is megtaláljuk.

Ezen feltételes nézetek közül legközelebb fekvő gondolatnak az utóbbit találtam s miután igen tisztelt főnököm, Bókay Árpád tanár úr különben is felhivta volt figyelmemet a papaverinre, mint olyanra, a mely talán a morphinhoz hasonlólag szintén gátolja a bélmozgásokat, első sorban az opium alkaloidák bélmozgásokra való hatását tettem vizsgálat tárgyává, kiterjeszkedvén minden ismertebb és az opiumban számbavehető percentuatióban előforduló alkaloidára. Midőn már kisérleteim jó részét elvégeztem, került kezembe *Leubuscher* „Untersuchungen über den Einfluss der Opiumalcaloide auf die Darmbewegungen“ czimű munkája, a mit szerzője ugyancsak az opium és morphin közti bélhatás különbségének felderitése czéljából készitett és azt a német orvos- és természettudományi társulat orvosi szakosztályában tartott ülésén előadta Jenában 1892-ben. Adatai nekem hasznos útmutatásul szolgáltak és az illető helyeken reflectálni fogok reá.

Hogy vizsgálataimat kellő összehasonlító kritikával végezhessem, első sorban a morphinnal tettem kisérleteket, természetesen a kivihető legmodernebb kisérleti berendezéssel.

Morphin.

Nasse[1] régi munkájában azt állitja, hogy a morphin venába fecskendezve növeli a bélmozgásokat. Kisérletei azonban a szabad levegőn levő belekről szólnak, s igy azok eredményei méltán kétségesek. *Nothnagel*[2] konyhasós fürdőben nyulakon végzett kisérletei alapján arra az eredményre jutott, hogy a bőr alá adagolt morphin a bélmozgást gátló splanchnikus tonust emeli, nagyobb adagban pedig (2—3 egm.-on felül) bénitja; az előbbinek a belek nyugalma, helybelileg alkalmazott ingerekre (konyhasójegeczczel érintés) csupán helybeli reactiója, az utóbbi hatásnak a nagy adagokra általa észlelt erős peristaltica felel meg. Az ő nézetéhez csatlakoztak kisér-

[1] Arch. für exp. Pathol. u. Pharm. XVII.
[2] Compt. Rend. LIX.
[3] Nothnagel-Rossbach: Arzneimittellehre 1894.

[1] Beiträge zur Physiologie der Darmbewegung. Leipzig 1866.
[2] Virchow Archivuma LXXXVIII. 1884. Beiträge zur Physiol. u. Pathol. des Darmes.

leteik alapján *Paal* és *Berggrün*[1] s átvette azt a pharmacologusok legtöbbje. Így pl. *Binz*, ki azonban megjegyzi, hogy a legközelebb fekvő gondolat az, hogy a morphin mint bódító, a vele közvetlen érintkezésbe jövő ideg elemeket s így a bélmozgató dúczokat bénítja; továbbá *Lauder-Brunton*, *Cloetta* és *Filehne*, *Tappeiner*, *Husemann* stb., *Rabuteau* pedig anexosmotikus hatást tulajdonított a morphinnak, s szerinte ezért volna constipatiós hatása.[2] *Schmiedeberg*[3] ellenben ellentétesen azt a véleményt nyilvánítja, hogy a morphin a bél érzékenységét helybelileg csökkenti az ingerekkel szemben. *Spitzer Vilmos*[4] 1891-ben a Nothnagel-féle nézetet oda módosította, hogy az opium és morphin bélmozgást gátló hatása nagyobb részben centralis gátlások növelésével magyarázható ugyan, de szerepet játszik abban a belek reflexingerlékenységének helybelileg történt csökkentése is. Ugyancsak az opium többi alkaloidáira nézve említést találunk munkájában, mely szerint a codein, narcotin, papaverin és narcein kellemetlen mellékhatásokat nem okozó kis adagokban embereken tett kisérletek alapján a belekre *hatástalanoknak* bizonyultak. Nothnagel és részben Spitzer eredményeivel ellenkező eredményre jutott *Jacoby*,[5] ki igen beható és pontos kisérleteket végzett. Ő kételyeket támasztott az iránt, hogy a morphin-adagolás után a splanchnikus átmetszésére beálló, s az előbbi búvárok által a morphin következtében eredetileg növelt, s most kiküszöbölt gátlás mellett bizonyítékul felhozott bélmozgások vajjon csakugyan a növekedett gátlás megszünésének tulajdoníthatók-e, s nem inkább a splanchnikusok átmetszésére a belekben keletkezett vérbőségnek. Régebbi búvárok[6] kisérleteivel szemben *Braam-Houckgeest*[7] és *Bókay*[8] pontos kisérletekkel kimutatták, hogy úgy a vivőeres, mint az üteres vérbőség a beleket mozgásba hozhatják, s így Jacoby feltevése nagyon is alapos. Olyan módot keresett tehát, a melylyel megszüntethető lenne ugyan a bélgátlás, de e mellett a splanchnikus edénybeidegző ágai nem sérülnének meg és talált is ilyet a mellékvesék totalis exstirpatiójában. Szerinte a mellékvesék ideges összeköttetésben állanak a splanchnikus csupán bélmozgást gátló rostjaival és a ganglion coeliacummal, ezenfelül kisérletileg bebizonyította, hogy maguk a mellékvesék is tartalmaznak gátló hatású dúczsejteket. Az anatomusok közül *Kölliker*, *Leydig*, *Luschka*, *Moers*, *Joesten* és *Hohn* beszélnek a mellékvese velőállományában előforduló ganglionsejtekről, de hogy mely sejtek lennének ezek, erre nézve az említett szerzők között is nézeteltérés van (l. bővebben és az irodalmat *Jacoby* dolgozatában 183. old.) Kiirtásukra az edények normalis belöveltsége meg nem változik, hanem azonnal spontan bélmozgások lépnek fel még az üres belekkel biró éheztetett állatnál is. A Nothnagel-féle nézetet Jacoby azon pontjában támadta meg, a melyben az mondatik, hogy nagy adag bőr alá adagolt morphin *hüdíti* a splanchnikust, s bélmozgásokat okoz. Ennek minden esetben az ellenkezőjét találta, s nem látott bélmozgásokat még 0·08 gm. morphin befecskendése után sem, sem spontan, sem vagus ingerlésre, míg ha a mellékveséket kiirtotta, azonnal kapott, bár gyengült mozgásokat a vagusok ingerlésére, s a konyhasójegeczczel való érintésre felhágó volt a hullám. Ez tehát nem erősíti meg Nothnagel nézetét, mely szerint nagy adag morphin hűdíti a splanchnikust, s ebből Jacoby azon következtetésre jut, hogy Nothnagel nézetének első része is téves, annyival is inkább, mert míg a venába befecskendett morphin után mindig ingerelhetők maradtak a vagusok útján a belek, addig, ha azt direct a bélbe vitte, eleinte csak az illető bélkacson, azután hamar az egész bélhuzamon absolut nyugalom volt észlelhető, s a vagus ingerlés is hatástalan maradt. Jacoby nagy gonddal végzett kisérletei daczára csupán annyit mond ki, hogy „a morphinnál, opiumnál a bélfalzatban fekvő apparatusra gyakorolt *helybeli* hatásról lehet szó, minek következtében azon ingerek, a melyek különben bélmozgásokat váltanak ki, hatástalanok lesznek," hogy milyen apparatusok a szóban forgóak, arról nem tesz említést. *Pohl Gy.*[1] legújabb munkájában kisérleteket közöl, a melyek Nothnagel adataival homlokegyenest ellenkeznek. Így pl. 0·02 gm. morphin intravenosus adagolására a nyúl beleinek normalis helybeli ingerlékenységében semmi változást sem talált, még akkor sem, ha successive már 0·08 gm.-ig ment fel, s a nyúl agoniában volt; a splanchnikusok sem lehettek hüdve, mert izgatásukra a belek azonnal teljes nyugalomba jöttek. Felhoz ugyan egy ellenkező eredményű kisérletet, de ennek komolyabb jelentőséget nem tulajdoníthat szemben a többiekkel. Ellenben kimutatta Pohl azt, hogy helybelileg, ha csak a bél külső falára ecset segélyével morphin-oldatot vitt, ott eleinte behúzódás, csakhamar az ingerlékenység csökkenése, majd teljes érzéketlenség állott be. Pohl szintén sohasem észlelhette — Jacoby-val együtt — a Nothnagel által leirt 2. és 3. stadiumot, a splanchnikus hüdésének fokozott mozgásokkal és végül a teljes bélhüdésnek (a vagus bélmozgató ágainak és az automotorikus béldúczoknak hüdése) ismét megszünt bélmozgásokkal járó stadiumát. Ha inger gyanánt nem a chlornatriumot, hanem a vagusok ingerlését használta, s előzetesen átmetszette a splanchnikusokat, akkor még bőr alá adagolás után is azonnal jelentékenyen csökkenni látta a vagus ingerlésre különben fokozott bélmozgásokat (splanchnikus átmetszés után kutyáknál). Nem volt tehát szükség a splanchnikus gátló hatására, hogy csökkenjenek a bélmozgások. Végül Pohl is megerősíti Jacoby nézetét, hogy a morphin bélmozgást gátló hatása a bélfalban levő ideg-apparatus ingerlékenységének csökkenésén alapszik.

(Folytatása következik.)

[1] Arbeiten aus dem Instit. f. allg. u. exp. Pathol. in Wien 1890.
[2] L. Husemann: Arzneimittellehre III. kiad.
[3] Grundriss der Arzneimittellehre II. kiad. 54. old.
[4] Exper. Untersuchungen über die Darmwirkung des Opiums u. Morph. Virchow Archiv CXXIII. 1891.
[5] Beitr. zur physiolog. u. pharmac. Kentniss der Darmbewegungen, mit besonderer Berücksichtigung der Beziehung der Nebenniere zu denselben. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. XXIX. 1891.
[6] Nasse, Mayer, Basch, Martin, Ludwig, Wild, Schiff, Spiegelberg stb.
[7] Pflüger Archivum VI. k. 1872.
[8] Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. XXIII. k. 209. old.

A caries (dentis) profunda kór- és gyógytanáról.

Árkövy József dr. egyetemi tanártól.

(Vége.)

I. *Prophylactikus mütét.*

Következő mozzanatokból áll.

1. A caries detritus és az egészen felpuhult caries felső rétegének excavatiója; figyelem fordítandó pulpacsücskök tájékára.

2. Rubberdam. A cavitas erős sublimat-oldattal való fertőtlenítése, azután annak kiszárítása alcohollal vagy meleg levegővel.

3. Antiseptikus pastának bevitele, mely zinkélegből s valami illóolajból készül, carbolt vagy cresolt hozzáadva. Erre jó kétszeres asbest réteg. Ez a gyógyszeres tömés.

4. Külső tömés — az asbest mérsékelt kiszárítása után — gyengéden és nyomás nélkül eszközölve, állhat guttapercha, phosphatcement, kielégítő térhiány esetén lágy rézamalgamból. A gyógyszeres tömésből nem szabad semminek kisajtolódni.

Epicrisis.

Néhány szerző (*Tomes, Baume, Miller*) azon tapasztalati tényre utalt, miszerint egy vékony, még cariosus réteg a fornixon, vagy a fornix felett, bizonyos körülmények között, azaz, ha még pulpitis jelei nem mutatkoztak és a beteg rész valamely fertőtlenítő anyaggal igen gondosan át lett itatva, a pulpára nem veszélyes, tehát a szabályszerű excavatio mellőzhető és a fog egyenest töméssel látható el. Ezen körülményeket bár fontolóra lehet venni, de pontosan nem lehet számításba venni. Mert, ha már a caries media pulpitis acuta septica superficialist előidézni képes, mennyivel valószinübbnek

[1] Arch. f. exp. Pathol. u. pharm. XXXIV. k. 1894.

kell tartani a pulpa infectiójának lehetőségét caries profunda jelenlétében. Ezt kiszámítani a klinikai lehetőség határát túlhaladja. Kedvezőbb világításban van azonban a dolog, mihelyt a klinikai tapasztalatot veszszük irányadóul, s még kedvezőbb színben tünik fel akkor, ha csak némileg is elfogadható conservativ statistikára hivatkozhatunk.

Nos, ez a statistika, habár számszerűleg nem is áll rendelkezésünkre és ha ez csak 60—70 százalékot tenne is ki, úgy tekinthető, mintha léteznék, mert az ide vágó esetek nagy száma máris igazolta ezen gyógyeljárást.

Hogyha a prophylactikus műtét által szándékolt gyógyfolyamatot tekintjük, világos lesz, hogy azzal tulajdonkép a caries további előhaladásának meggátlását czélozzuk.

Vajjon rendelkezünk-e ezen hatalommal? A klinikai tapasztalat igennel felel erre, ellenben a bacteriologikus vizsgálat azt mondja: nem. Az eredmény tehát a visszamaradt cariosus réteg sterilisatiójának lehetőségétől függ. *Miller* már arra figyelmeztet, hogy a mélyebb cariosus rétegeket antiseptikák által sterillé tenni nem lehet. Fogorvosi klinikánk laboratoriumában erre vonatkozó kisérleteket tettünk s az eredmény sikertelennek mutatkozott a czélba vett sterilitásra vonatkozólag. Lovag Dobrzyniecki dr. erről később tüzetesebb jelentést fog tenni. Miképen lehet már most az ellentétes tapasztalatokat — minthogy össze nem egyeztethetők — megfejteni?

Hogyha a prophylactikus módra kezelt fogat 8—12 hónap mulva felnyitjuk, úgy minden különös nehézség nélkül excaválni lehet a visszamaradt cariosus rétegeket, s egészen egészséges fornixot találunk, e mellett többé-kevésbbé kimutatható nyoma van az ebur secundariusnak az egyik cornu cavi pulpae helyén. Ez utóbbi csak akkor, ha eredetileg azon helyen caries infundibulum volt. A műtét klinikai eredménye tehát meg van állapitva. Hogyan számolunk be azonban a cariosus réteg hiányos sterilisatiójával, mely a gyógyszeres tömés alatt oly sokáig feküdt? Egyszerübben, mint első pillanatban hinnők. 1. A vizsgálat alá vett készitményeket a táplálásra nem alkalmas talajról kedvezőbbre — gelatine, agar — viszszük. Azon mikroorganismusok, melyek állandó sporákat képeznek, kicsiráznak, a lemez — habár nem is számos — tenyésző coloniákat mutat. 2. Az első feltét a caries előhaladására, mint tudva van — legalább az eddigi közlemények szerint — az, hogy a dentin mész tartalma — savak által — feloldatik. De, ha a caries nem halad előre, a mint ki van mutatva, úgy ez csak az által magyarázható, hogy semmiféle sav nem jutott a fornixra; más szóval: egy részről a nyál távol volt tartva, más részről a caries mikroorganismusai savképző tulajdonságukban (*Milles* és *Underwood*, nemzetközi orvosi congressus, London, 1881.) meg voltak akadályozva. Tehát a caries mikroorganismusok állandó sporái nem képesek savat előállitani, lévén ezen képesség kizárólag a kifejlődött bacteriumok tulajdonsága. Ebből logikailag következik, hogy a cavitas viz- és légmentes elzárása és valami bacteriumölő állandó kötés alkalmazása által a caries további előhaladása megakadályozható. Ily módon azon egyes eseteket is meg lehet magyarázni, hol évek óta egész szabályellenes tömések voltak alkalmazva a nélkül, hogy pulpitis mutatkozott volna.

Palliativ műtét.

A műtéti mozzanatokra vonatkozólag, a prophylactikus eljáráshoz képest, itt csak egyes pontokat emelünk ki. Minthogy a kezelés czélja a *másodlagos dentin* képződése, ezt pedig az *Atkinson*-féle sapkázási eljárás tapasztalatai óta (1861.) zinkoxychlorid segitségével a pulpa működésére czélzó egyenes izgatásnak (zinkchlorid) kell tulajdonitani, úgy helyén van a gyógyszeres töméshez csekély mennyiségű ható anyagot elegyiteni, mely mint izgató a pulpára hasson. Például egy kevés zinkchloridot, vagy valami más irritanst. Igaz ugyan, hogy valamely idegen test közelsége a pulpához magában véve meglehetős reactiót képes előidézni, mégis a klinikai tapasztalat arra mutat, hogy egészen közömbös anyagok a pulpát tétlenségben hagyják, úgy hogy az exponált pulpaszarvakon a tömés (sapka) eltávolitása után semmi, vagy csak ritka esetben volt ebur secundarius található. A másik kiemelendő pontot képezi a palliativ tömés tartama. Minthogy a pótdentin lassan képződik, úgy javalva van a végleges töméssel legalább egy évig vagy azon túl várni.

Epicrisis. Ha magunk elé képzeljük a gyógyfolyamatot a mint az van, s a melyet megindítani szándékunk, azt találjuk, hogy a gyógyszeres tömésnek vékony cariosus rétegen át egy vagy két pulpacsücskökre kell hatni. Az ebur secundariusnak a pulpacsücskök rovására kell képződnie, minélfogva a pulpacsücskök megrövidülnek, a dentincallus szövete — interpositio által — a caries előhaladásának gátot vet, minthogy annak dentincsatornácskái a rendeshez viszonyitva sokkal szükebbek s az intertubularis állomány szélesebb. Különös, hogy a prophylactikus műtétre nézve a tapasztalat szerint az eredmény kedvezőbbnek látszik, mint a palliativnál, a tapasztalat legalább ezt mutatja; a magyarázat erre abban állhat, hogy mind az előhaladás, mind a természetes hajlam a normalis pulpaüreg kiépítésére gyorsabb és hatalmasabb, mint az ebur secundarius képződésére.

A beosztás s a kifejtett tárgy műtéti lényege szempontjából a következő táblázat szolgálhat.

Osztályozás: *Indirect conservativ pulpaműtétek.*

A caries profunda gyógytana.

I. *Alaptömés.*

Szándék: *a*) hőváltozások kizárása, *b*) a fornix nyomásának meggátlása.

II. *Prophylactikus műtét.*

1. Kórisme: caries profunda.

2. Kórjavallat — indicatio: Gyermekek és ifjak fogai, a fornix cavi pulpae be nem fejezett kiépülése.

3. Végczél: a pulpa megtartása indirect módon.

4. Irányzat: a szabályos dentin képződése a fornix cavi pulpae-n.

5. Gyógymód: gyógyszeres-antiseptikus tömés, a cariosus réteg sterilisatiója vagy fertőtlenitése. Végleges tömés 6—12 hónap mulva.

III. *Palliativ műtét.*

1. Kórisme: caries profunda.

2. Kórjavallat — indicatio: felnőtteknél; a fornix teljes kiképzettsége. Nem teljes excavatio esetei. Túlérzékenység (egyéni) vagy a kezelés megszakitása.

3. Végczél: *a*) szabályszerű excavatio, *b*) pulpa megtartása, indirect módon.

4. Irányzat: *a*) a dentin érzékenységének esetleg hyperaesthesiájának tompitása, *b*) a pótdentin képződésére czélzó izgatás.

5. Gyógymód: antiseptikus tömés, vegyi stimulans. Végleges tömés egy évre, vagy egy éven túl.

Casuistica.

Prophylactikus műtét.

1. K. Angelina, 12 éves. Kórisme: caries profunda. mol. I. inf. dextri. central cavitas. Az egész fornix beteg, az összes pulpacsücskök porczszerűleg felpuhultak. Fokozott érzékenység. Gyógyeljárás: 1894. deczember. A caries detritus eltávolitása után a felső rétegek excavatiója kanalas excavatorokkal. A visszamaradt cariosus réteg körülbelül 1—1½ mm. vastag. Prophylactikus tömés. 19 hónap mulva (1896. julius 21-dikén) a cavitas felnyitása. A cariosus réteg száraz. Az excavált anyag nem darabos, hanem morzsás. A szabályszerű eljárás közben nincs különös érzékenység. Az új fornix cavi pulpae szép fehér. Végleges (fém) tömés. Sem az ideiglenes tömés alatt, sem a végleges tömés óta, zavarnak semmi nyoma. Az excavatum bacteriologiai módon megvizsgáltatott.

2. Zs. Lenke, 11 éves. (1895. junius 10-dikén.) Kórisme: caries profunda mol. I. inf. sin. central cavitas. Status praesens: az összes csücskök, különösen a két medialis egészen fellágyult (igen lágy porczszerű) dentinnel fedett. Gyógyeljárás: Prophylactikus műtét. Négy hónapi tartamra. November 26-dikán excavatio, a lelet mint fenn. (1 eset.) Végleges tömés — combinált — rézamalgamból és ezüstamalgam mint külső tömés. Semmi zavar sem előbb, sem utóbb.

Palliativ műtét.

1. B. I., 18 éves. Kórisme: caries profunda praemol. II. sup. sin. dist. cavitas. Minthogy mindkét pulpacsücsök az exponáltság veszélyé-

*

nek látszott kitéve lenni, mihelyt minden caries eltávolíttatnék, javalva látszott palliativ tömést alkalmazni. Ez 1894. junius 21-dikén történt. Az ideiglenes tömés helyett végleges alkalmaztatott 1896. május 30-dikán. A szabályszerű excavatiónál ebur secundarius találtatott. Semmi zavar sem mutatkozott.

2. Sch. M.-né, 26 éves. Diagn.: caries profunda mol. II. inf. dextri. Status praesens: approx. subsberv. A mes. lab. pulpacsücsök teljesen fellágyult cariosus dentinnel fedett. A mes. lingu. csücsök felett jelentéktelenül ellenálló caries-réteg. Palliativ műtét 1895. márczius 14-dikén. Legcsekélyebb zavar sincs. 1896. november 11-dikén beteg végleges tömésre jelentkezett. Az alapos excavatio különös fájdalmasság nélkül ment végbe (beteg pedig nagyon érzékeny természetű). Ebur secundarius a mes. lab. csücskön.

Irodalom: Margitot E. Traitm. de la Carie Dentaire 1872. — *Diction* encycl. des Sciences med. Dechambre V. XII. 1874. — *Taft.* Operative Dentistry. lap. Sensitive dentine 1877. — *Jack Louis.* Americ. Syst. Vol. II. 1887. — *Sachs V.* Scheff's Handbuch 13. Lief. 1891. — *Holländer L.* Das Füllen der Zähne 1896. — *Baume R.* Lehrbuch d. Z. 1890. — *Miller.* Lehrbuch d. conservirenden Zhkde. 1896.

Közlemény a lipcsei királyi szász egyetem belkórodájából.

Az arterio-sclerosis és szívhypertrophia közötti viszonyról, különös tekintettel a zsigeri edények megbetegedésére.

Irta: *Hasenfeld Arthur* dr.

(Folytatás.)

Az eddig mondottakat röviden összefoglalva, *nem tartom bebizonyítottnak, hogy arterio-sclerosisnál a balszív túltengésének oka azon megnagyobbodott munkában keresendő, melyet a szívnek az edények megbetegedése következtében végezni kellene*, még pedig a következő okokból: *először, mert az arterio-sclerosisnál a nagyobb edényfeszültség, helyesebben a magas vérnyomás jelenléte nincsen bebizonyítva; másodszor, mivel az arterio-sclerosis bizonyos eseteiben a balszív túltengése hiányzik; harmadszor, mert a szív nagysági viszonyait a szokott módon megvizsgálva, ezen esetek ritkasága nincs bebizonyítva; negyedszer, mert a szívhypertrophia hiánya, a két megbetegedés között oki összefüggést feltételezve, kellőképen meg nem magyarázható és végül ötödször — a mi a legfontosabb — mert Ludwig és Thirry kisérletei kétségbevonhatlanul bizonyítják, hogy igen nagy keringési akadályok is kiegyenlíthetők, a nélkül, hogy a szív munkáját megnehezítették volna.*

***

Feladatul tűztem tehát magam elé *arterio-sclerosisnál a szív nagysági viszonyait* újabb vizsgálat alá venni. E kérdés megoldásánál kivánatosnak látszott különösen a *zsigeri edények* állapotára figyelemmel lenni és azokat pontosan megvizsgálni.

Tagadhatatlan ugyanis, hogy ha az edénymegbetegedések általában a szív munkáját tényleg megnehezitenék, akkor a zsigeri edények megbetegedésénél a szív munkája a legnagyobb mértékben meg lenne nehezítve, igy tehát a balszív túltengése az emlitett edények megbetegedésénél volna a legnagyobb biztonsággal várható.

A zsigeri edények elágazódásaik számát tekintetbe véve ugyanis az összes egyéb edényterületeket felülmulják, ha azonkivül *Ludwig* és *Thirry* már többszörösen emlitett kisérleteire gondolunk, melyek eléggé bizonyítják, hogy a kérdéses edények állapota a szív munkájára mily lényeges befolyással vannak, akkor a fentebb mondottakat igazolva látjuk.

A zsigeri edények viselkedése megvizsgált eseteinkben már az előző fejezetben részletes megbeszélés tárgyát képezte; igy tehát még csak a *szív magatartását* kell minden egyes esetben ismernünk, hogy a felvett kérdésre megfelelhessünk.

A szív és egyes részeinek nagysági viszonyait az ide mellékelt *táblázat* tünteti fel. Magyarázatul ezen táblázathoz a következőket óhajtom megemliteni:

Az esetek a *viszonylagos szívsúly* nagysága szerint vannak csoportosítva; ezen számok a szív megnagyobbodásait a legbiztosabban tüntetik fel, hisz jól tudjuk, mennyire függő a szív súlya a test tömegétől. Absolut szivsúlynak a pericardialis zsirjától megfosztott szív súlya vétetett. A táblázatban az egyes szívszakaszok (pitvarok, gyomrocsok és a szív válaszfal) súlya is fel van tüntetve. Az $R+r$ rovatban a jobb gyomrocs (R) és a neki megfelelő septumrész (r) súlya együttesen van megadva; ugyanezt jelenti az $L+l$ rovat a bal szívre vonatkozólag. *Müller* ugyanis bebizonyitotta, hogy a septum (S) az egyes gyomrocsok túltengésében bizonyos szabály szerint vesz részt és a septumok minden esetben a jobb és bal gyomrocsra eső két részre osztja fel, a következő formulák szerint: 1. $\frac{R.S}{R+L}=r$; 2. $S-r=l$. Végül a legnagyobb figyelmet az $\frac{R}{L}$ rovat érdemli, a melyben a két szívgyomrocsnak egymáshoz való viszonya van feltüntetve. A jobb- és balgyomrocs közötti viszonyszám rendes körülmények között *0·507* körül ingadozik. Ha a relativ szívsúlyt a rendesnél magasabbnak találjuk, akkor e viszonyszám megnagyobbodásából a jobbgyomrocs túlnyomó túltengésére következtethetünk, mig e viszonyszám megkisebbedése a balgyomrocs túltengését bizonyítja; ha pedig a viszonyszám a normalis határok között (0·450—0·550) ingadozik, akkor a két szívfél a túltengésben egyformán vett részt. (A zárjel között látható számok a Müller-féle táblázatokból vannak véve és a normalis viszonyoknak felelnek meg, miáltal az ettől való eltérések feltünővé vannak téve.)

E táblázat megtekintésénél azt látjuk, hogy a *szív* túltengést (absolut és relativ szívsúly tekintetbe vételekor) csupán az *1—5. sz.* esetben szenvedett. A *6—13. sz.* esetben úgy az absolut, mint a relativ szivsúly normalisnak tekinthető. Végül a *14. sz.* esetben a szív súlya a rendesnél jóval alacsonyabb.

Igen érdekes eseteinkben a két gyomrocsnak egymáshoz való viszonya. Az $\frac{R}{L}$ rovat megtekintésénél azt látjuk, hogy az *1—3. sz.* esetben a szivtúltengés daczára a két gyomrocsnak egymáshoz való viszonya lényegesebb változást nem szenvedett. Tehát mondhatjuk, hogy ezen esetekben a jobb- és balgyomrocs a túltengésben egyforma mértékben vett részt. A *14. sz.* esetben a viszonyszám ugyancsak változatlan maradt itt, tehát a relativ szivsúlyt tekintetbe véve azt mondhatjuk, hogy a két szívfél az atrophiában vett egyformán részt. A *4.* és *7. sz.* esetben a két gyomrocs közötti viszonyszámot a rendesnél valamivel *csekélyebbnek* találjuk, a miből a *4. sz.* esetben, a hol a szív relativ súlya nagyobbfokú szivtúltengésre vallott, a balgyomrocs nagyobbfokú túltengésére kellene[1] következtetnünk, mig a *7. sz.* esetben, a hol a szív relativ súlya igen keveset változott, csupán a balgyomrocs kisfokú túltengése vehető fel.

Az *5., 8., 9., 10. és 13. sz.* esetben a jobb- és balgyomrocs közötti viszonyszámot a rendesnél *nagyobbnak* találtuk. Az *5. sz.* esettől eltekintve azonban nincs jogunk ezen megnagyobbodott viszonyszámból a jobbgyomrocs túltengésére következtetni, mert ezen esetekben a szív relativ súlya a rendesnél nem volt nagyobb, sőt ellenkezőleg a rendes határok alatt mozgott; ezért valószinűséggel csak annyit mondhatunk, hogy a jobbgyomrocs súlyából ezen esetekben a balgyomrocsnál kevesebbet veszitett.

Hogy már mostan az arterio-sclerosis, illetve szorosabban véve *a zsigeri edények megbetegedésének befolyását a szív nagysági* viszonyainak alakulására láthassuk, az egyes esetekben csupán az *I.* és *III. sz. táblázatban* összeállított és részletesen megbeszélt *vizsgálati eredmények összehasonlítása* szükséges.

Ezen összehasonlításoknál azt találjuk, hogy eseteinket közvetkező három csoportra oszthatjuk:

1. csoport: Arterio-sclerosis szívtúltengés nélkül.

2. csoport: Szívtúltengés arterio-sclerosis nélkül.

3. csoport: Arterio-sclerosis és szívtúltengés esetei.

Eseteinknél mindeddig az egyes szervek kóros elváltozásait figyelmen kivül hagytam; most azonban már ezek is megbeszélés tárgyát kell hogy képezzék; csak ha ezeket ismerjük, mondhatjuk biztonsággal, hogy az arterio-sclerosis mellett található szívtúltengés az edényelváltozásoknak, avagy egyszerűen egyéb szervi megbetegedések következményének tekintendő-e.

[1] Ez esetben az egyes szívszakaszok súlya kérdéses, mert valószinűleg az egyes szívszakaszok tévesen lettek megmérve; a bonczolásnál a két szívfél egyformán látszott túltengve lenni.

Eset	Nem	Kor év	Testsúly	A szív súlya a pericard. zsiradékkal együtt	A szív súlya a pericard. zsír nélkül	A szív viszonylagos súlya	A pitvarok súlya	A jobbgyomrocs súlya	A balgyomrocs súlya	A szívsövény súlya	R + r	L + l	$\frac{R}{L}$
			kilogramm										
1.	férfi	41	69·6	0 550	*0·480* (0·297)	*0·00690* (0·00445)	0 085	0·085	0·170	0·140	0·131	0·263	0·500
2.	„	21	52 5	0 440	*0·380* (0·264)	*0 00724* (0·00481)	0·060	0·070	0·145	0·105	0·104	0·215	0·482
3.	„	45	58·0	0·478	*0 382* (0·264)	*0 00659* (0 00481)	0·050	0·060	0 149	0·123	0 095	0·236	0·403
4.	„	44	48·0	0·465	*0·370* (0 230)	*0 00730* (0·00510)	0·050	0·053	0·155	0·112	0·081	0·238	0·342
5.[1]	nő	73	53·0?	0 440	*0·282* (0 263)	*0·00457* (0·00481)	0·050	0·065	0 095	0·073	0 094	0·137	0·691
6.	férfi	26	48·0	0·290	*0·239* (0 230)	*0·00498* (0·00510)	0·035	0·050	0·094	0·060	0·064	0·139	0·532
7.	„	63	39·0	0·255	*0·225* (0 193)	*0·00551* (0·00547)	0·030	0·040	0·103	0·052	0·054	0·140	0·388
8.	„	44	30·5	0·213	*0·195* (0·193)	*0·00639* (0·00547)	0 035	0·045	0·065	0·050	0·065	0·094	0·692
9.	„	58	40 0	0·200	*0 175* (0·193)	*0·00437* (0·00547)	0 026	0·035	0·060	0 054	0 054	0·095	0 583
10.	„	42	35·1	0·212	*0·180* (0·230)	*0 00512* (0·00510)	0·023	0 042	0 063	0·052	0·062	0·094	0·667
11.	nő	53	38 0	0·235	*0·160* (0·193)	*0·00447* (0 00547)	0 020	0·030	0 065	0·045	0 044	0 095	0·462
12.	férfi	43	30 5	0·180	*0·170* (0·193)	*0·00556* (0·00547)	0·030	0·032	0·058	0·050	0·049	0·090	0·552
13.	nő	67	30·1	0·265	*0·157* (0·193)	*0·00502* (0 00547)	0·025	0 035	0 057	0·040	0·050	0·082	0·614
14.	„	21	51·0?	0·170	*0·145* (0·264)	*0·00288* (0·00481)	0·015	0·030	0·060	0·040	0·043	0·086	0·500

Eseteink (*7.*, *8.*, *9.*, *10.*, *11.* és *13.*) jórészt az *első csoportba* tartoznak. Ezeknél tehát az edényelváltozások daczára a szív túltengését nem constatálhattuk.

A *11.* és *13. sz.* eset aránylag a legkisebb edényelváltozásokat mutatja. A halál okát előbbi esetben *croupos tüdőlob*, utóbbi esetben pedig *végbélrák* képezte. A *11. sz.* esetben a szív nagysági viszonyai említésre méltó változásokat nem mutatnak. A *13. sz.* esetnél a szív atrophiája a rák okozta cahexiának tulajdonítható. Megemlítésre méltónak tartom azonban, hogy a jobbszív az atrophiában kevésbbé vagy épen nem vett részt, erre mutat a jobb- és balgyomrocs közötti viszonyszám megnagyobbodása is (0·614). Azt hiszem, hogy eme körülmény a jelenlévő meglehetősen nagyfokú emphysemának tulajdonítható, mely a jobbszív munkáját megnehezítette.

Az edényelváltozások a *8.*, *9.* és *10. sz.* esetben már sokkal tekintélyesebbek voltak. Ezen esetekben az egyének *chronikus tüdővészben* haltak el. Az absolut és a viszonylagos szívsúly ez esetekben valamivel a normalis alatt állott. Az edényelváltozások daczára inkább a balszív veszített súlyából, míg a jobbszív az atrophiában kevésbbé vett részt. A balszív túltengésének hiánya a tuberculosisnak volna tulajdonítható. Azt hiszem azonban, hogy a szívhypertrophia létrejöttének csupán a tuberculosisnak hevenyen lefolyó esetei állják útját. *Buhl* és *Spatz* vizsgálatai ugyanis azt mutatják, hogy a chronikus tuberculosisnál, a kis vérkörben támadt keringési akadályok következtében, a jobbgyomrocs túltengése igen gyakori, másrészt a szív túltengése a tuberculosishoz szegődő billentyűbajok eseteiben is előfordul. A mi eseteinkben is a jobb- és balszívgyomrocs közötti viszonyszám megnagyobbodását, mely a jobbszív súlyának túlnyomóságát mutatja, továbbá a tuberculosisnak tulajdoníthatjuk. A mondottakat figyelembe véve, azt hiszem, ha nem is biztonsággal, de nagy valószinűséggel állíthatjuk, hogy ha ezen esetekben az edényelváltozások a balszív munkáját megnehezítették volna, akkor a balgyomrocs túltengése sem maradt volna el. A *7. sz.* eset *különös érdekkel* és *fontossággal* bir. Ezen esetben az edényelváltozások általában rendkivül elterjedtek voltak és egyes zsigeri edények (art. mesent. sup.) belhártyája — mint említettük — óriási megvastagodásokat szenvedett.

Tekintetbe véve, különösen a zsigeri edények ezen nagymérvű megbetegedését, a *balszív* megfelelő túltengését joggal várhattuk volna. A III. sz. táblázat azonban azt mutatja, hogy úgy az absolut, mint a relativ szívsúly a rendes viszonyoknak megfelelő. A jobb- és balgyomrocs közötti viszonyszám igaz, hogy a rendesnél valamivel kisebb, de semmi esetre sem oly mértékben, hogy ebből a balszív említésre méltó túltengésére következtethetnénk. Hangsúlyozni kivánom, hogy ez esetben nagyobb mérvű táplálkozási zavarok a szívtúltengés kifejlődésének nem állották útját. A *2. sz.* eset a *második csoportba* tartozik (szívhypertrophia arterio-sclerosis nélkül); az *1.*, *3.*, *4.* és *5. sz.* esetek pedig a *harmadik csoportba* (arterio-sclerosis és szívhypertrophia) sorozandók. Ezen öt esetet együttesen óhajtom megbeszélni, mert valamennyinél a főmegbetegedést *zsugorvese* képezte.

(Folytatása következik.)

[1] A nagyfokú oedemák miatt a szív relativ súlya ez esetben jóval magasabbnak veendő.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Járványos emlőmirigylob.

1896. tavaszán tizenkét, többnyire fiatal asszonynál szülés után egynehány napra, körülbelül egy héten belül, sorra, mindegyiknél, emlőmirigylob lépett fel; ennek okát kutatva, sem az emlőkön, sem a bimbókon alakjukat illetőleg a rendestől eltérőt nem találhattam, beszakadások vagy bőrlehámlások a bimbókon szintén nem mutatkoztak; a szopósak szája tisztáknak és betegségtől (stomatitis aphtosa) menten találtattak. Mind a tizenkét nőnél egy és ugyanazon bába segédkezett a szülésnél, a gyermekágynál és a gyermekek fürösztésénél szintén; ő tette a gyermeket az anya mellére és dugta a csecsbimbót ujjaival a gyermek szájába.

Hogy nem-e ezen az úton a bimbókon létrejött vagy ejtett parányi sérülésekben (láthatók ilyenek nem voltak) rejlik-e oka az emlőlobnak, az volt kideritendő. A bábának kezei mindeddig mintaszerű tiszták voltak; infectióra erről az oldalról legkevésbbé gondolhattam és mégis csak innét származott az emlőlobot okozó fertőzés és pedig a következő úton és módon: Az említett bábát behatóan kikérdezve, vajjon a reábizottak között nincs-e egy régibb emlőlobos asszony és talán egy szájfájós szopós, a kit az szoptat, csakugyan igenlő választ kaptam. Egy további kérdés az volt, hogy ki ápolja a csecsemőt, különösen ki tisztitja száját? Ő maga, felel a bába reá, mert kötelességének tartotta azt tenni; nincsen-e ez megengedve? Megengedve igen, csakhogy kezeit utána kellően desinficiálni kell, azt pedig elmulasztotta tenni, mert a gyermek szájlobját csekélységnek és semmikép fertőzőnek nem tartotta, olyannyira, hogy nem is gondolt reá, miszerint a szoptatásnál nyujtott segédkezése után kezeit meg is mossa, hanem ment tovább, egyik asszonytól a másikhoz, segített itt is, ott is az emlőbimbót a szopósok szájába dugni és vitte a szájfájós gyermektől a fertőző anyagot szerte szét, mindenkor egy másik asszonyhoz, azt ilyformán az asszonyok csecsbimbóiba beoltá, minek következtében emlőlob keletkezett.

Igen jellemzőnek tünt fel az emlőlob epidemikus volta és fertőzésből eredő volta leginkább abban mutatkozott, hogy eltérőleg a rendesen kis beszakadásokból kiindulni szokott emlőloboktól, a mi eseteinkben ilyen bőrszakadások vagy bőrlehorzsolások nem találtattak, az epidermis a bimbókon, a mint már említettem, egészen ép volt; de eltérőnek tünt fel az emlőlob kezdete és alakja is és pedig az által, hogy initialis lázrohammal fázás, utána forróság (T. 39°) köszöntött be; az emlő megduzzadt, fájdalmas és élénk vörös lett, a lob igazi mastitis phlegmonosa képét nyujtotta és egymásután a legtöbb asszonynál mindkét emlőt lepte meg; mindenkor fázással és utána forrósággal vette kezdetét. A tályog képződés csakhamar bekövetkezett és az emlő mélyébe hatolt. Mindannyi tályogot mély vágással kellett kinyitni és sürü véres geny ürült ki mindegyikből. A górcsövi vizsgálat egy specialis mikrobiumot (micrococcus tetragenus), a mint azt többen állitják, nem mutatott, hanem számos streptococcust és többnyire staphylococcust. Ebben a leletben ama feltevésünk, hogy a stomatitisben szenvedő gyermek szája tisztogatása alkalmával az említett bába kezein maradt fertőző váladék a betegek emlőbimbóiba be lett oltva, megerősítést nyert.

Ugyanezen bábának, mint maga is panaszolá, még több, ugyanabba az időbe eső, ilyen emlőlobos asszony volt gondozására bízva, biztosan ugyanazon forrásból betegedtek meg ezek is.

A kórlefolyás a tályogok megnyitása után jó hosszú ideig tartott még. A kezelés draincső vagy gaze bevezetésből és loretinnal és lysollal eszközölt kifecskendezésből állott.

Többen, a kik akkoriban epidemikus emlőlobban szenvedtek, azóta ismét szültek és maguk szoptatják csecsemőiket, az emlőkben a hegedésnek csak csekély nyoma maradt vissza és szoptatásra alkalmasak.

Schwarz Frigyes dr., közkórházi főorvos Pécsett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés 1897. május 29-dikén.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Öt új chromogen bacterium-faj a Duna vizében.

Ajtai K. Sándor István: Bemutat öt új chromogen bacterium-fajt, melyeket a mult év tavaszán, az ezredévi kiállitás alkalmával a Duna vizéből kitenyésztett több mint 100 faj között talált. Ezen fajok érdekesek általában mint chromogenek, hygieniailag pedig azért, mert a víz bacteriologiai vizsgálatánál előjövő rengeteg faj differenciálása oly nehéz, hogy szükség van ily könnyen, egy szempillantás alatt diagnostizálható fajokra, a melyek biologiájának kikutatásával kulcsot nyerhetünk a vizeknek gyorsabb minőségi osztályozására. Biologiai érdek is fűződik a chromogen fajokhoz. A producált színanyag u. i. ép oly terméke a microorganismusnak, mint a toxinok; de míg ezekhez vagy csak bonyolult vegyi úton, vagy a kiszámithatatlan faji és egyéni dispositióval küzdve, állatkisérlet útján férközhetünk; addig amazok direct észlelés alá esnek és bepillantást engednek a bacteriumok belső életviszonyaiba.

Specialiter is érdekesek ezen új fajok, mivel feltünően illustrálják a chromogen bacteriumok előjövetelének és színképzésének sok fajnál előforduló saisonszerűségét, mely vagy magának a fajnak megjelenésére, vagy a festőanyag képezésére vonatkozik, mikor is ezt a microorganismusok vagy csak bizonyos évszakokban, vagy csak egyes nemzedék sorozaton keresztül gyakorolják.

Az új fajok: 1. Rövid vastag bacillus, lekerekitett végekkel; nem mozog. Legjobban szobahőmérsékben tenyészik, thermostatban lassan fejlődik és színt nem képez. Gelatinalemezen coloniái kerekek, középen mélyedéssel, körül a tápanyagot sötétkékre festik. Agar-agaron és vérsavón gyenge zöldes-kék, tejben búzavirágszínt producál és nyulóssá teszi. Glycerines agaron szürkés-kék nyulós lepedéket képez, az agartömeg ibolyakék színü lesz Burgonyán zöldes-sárga a tenyészete, s a burgonya egész tömegében búzavirágszínre festődik. Télen a gelatinát gyorsan folyósítja s pigmentet semmiféle tápanyagon nem termel. Nem pathogen. Neve: Bacillus Budapestinensis.

2. Középhosszú és vékony bacillus; a saját átmérőjét 6—10-szer meghaladó kifejezett burokkal; nem mozog. Gram szerint nem festődik. Gelatinaszúrásban fehér színben tenyészik, s a tápanyagot halvány rózsaszínre festi. Glycerines agaron fehér kocsonyás lepedéket képez, s az agartömeget rózsavörösre festi. Burgonyán tenyészete rózsaszínü. Nem pathogen. Neve: Bacillus capsulatus roseus.

3. Rövid bacillus; nem mozog. Gelatinaszúrásban a felületén és a szúrási csatorna mentén fehér színben tenyészik, s a gelatinát smaragdzöldre festi, s később elfolyósítja. Az agart és bouillont fűzöldre festi. Burgonyán rézrozsdaszint producál. Testhőmérséknél jobban nő. Tengeri malaczot 24 óra alatt megöl, s a lépből kitenyészthető.

4. Középhosszú és széles pálczika. A gelatinát gyorsan elfolyósítja, s előbb fűzöldre, később barnás-zöldre, majd sötét meggypirosra festi. Burgonyán barnás-sárga lepedéket képez, mely később sötétzöld, majd ibolyás színü lesz. A tengeri malaczot 24—48 óra alatt megöli. Neve: Bacillus chameleonis.

5. Rövid vastag bacillus, Gram szerint festhető. A tápanyagokon dús, feketekék, fényes lepedéket képez s azok tömegét feketés-kékszínre festi. Az irodalom violaceusaitól főleg abban különbözik, hogy festéke vízben oldható, s így a tápanyagokba diffundál.

Robert-féle harántul szük medenczés nő császármetszés után.

Doktor Sándor: E ritka medencze hordozója alacsony, vézna termetü, 26 éves munkásnő, a kiről anamnesisképen annyit tudtunk meg, hogy későn, 3 éves korában kezdett járni. T. i. 11 hónapos korában himlőbe esett, mely után 2 évig betegeskedett, valamit fel is vágtak a nyakán s az egyik könyökén. Ezután egészsége helyre állt s hosszasan fekvő beteg nem volt. Egy év óta férjnél, a mult év folyamán viselős lett s f. é. április 4-dikén éjjel, a terhesség rendes végén vajudozni kezdett. Másnap, miután a szülés nem haladt, orvoshoz folyamodtak, a ki oly szükneket talált a medenczét, hogy azt tanácsolta, forduljanak a klinikára segitségért. 36 órai vajudozás után lakásán látta bemutató először a nőt, elég sürün ismétlődő fájásokkal, kissé türelmetlenül. A magzatvíz állitólag egy óra óta szivárog. A magzat II. koponyafekvésben, jó szívveréssel. Az elül fekvő fej a medenczebemenet fölött, még könnyen mozgatható. A medencze külsőleg feltünő difformitást nem mutat. Vaginalis vizsgálatnál azonban mindjárt oly szüknek derül ki, hogy a szülés per vias naturales kétségtelenül lehetetlen. Két ujj sem fér be harántul a medenczébe, olyan keskeny sagittalis rést alkot a kimenet. A hüvely mélyebb részeit kitapintani, portiót, méhszájat elérni nem is sikerül. A szülőnőt mindjárt a klinikára szállittatták be, s császármetszést végeztünk április 5.-én d. u. 3 órakor. Ez minden különösebb nehézség nélkül ment végbe; csupán nem volt elkerülhető, hogy a piszkos magzatvíz a hashártyát is be ne szenyezze. Utána eltávolitották a petefészket is, hogy újabb fogamzás lehetőségét elvegyék. A gyógyulás nem volt zavartalan. Az első 5 nap 39·5°-ig menő lázak kiséretében exsudatum fejlődött a hasfal mögött, mely azonban jégtömlő alatt határolódott s kisebbedni kezdett. A lázak nem ismétlődtek. Tizedik napon a hasvarratokat is kiszedtük, a hasseb hiba nélkül gyógyult. XII. nap az egyik lába fájni kezd és megdagad: phlegmasia alba dolens fejlődik, mely, folyton láz nélkül, mintegy két

hétig tartott. Az ekkori vizsgálatnál az derült ki, hogy az exsudatum felszívódása után a méh a hasheghez fixálva maradt; május 8-dikán, nem sokkal később, mint egy hónap mulva az operatio után a nő elhagyhatta a klinikát. Gyermekét még előbb kiadta szoptatónak.

A medencze, mely itt a császármetszést feltétlenül szükségessé tette, a szűk medenczék legritkább fajtája. Haránt irányban van megszűkülve, a mint ezt a kimenetre nézve a belső vizsgálat mindjárt elárulta. Ezt erősítette meg a medencze közelebbi vizsgálása és mérése is. Külső méretei: Sp. il. 23·5, Cr. il. 24·5 Conj. ext. 20 cm. Tehát nagyobb, 2½—4½ cm.-nyi megrövidülése mutatkozik a külső haránt átmérőknek, míg az egyenes irány rendes. Még jobban meg van rövidülve a trochanterek távolsága, mely itt 25 cm. Ilyen harántirányú megszűkülést csak 2 medenczealaknál ismerünk: a kyphotikus és Robert-féle medenczénél. Ez utóbbiak közé tartozik a bemutatott nőé. Ez alaknál a haránt megszűkülést tudvalevően a keresztcsont defectusa okozza; a keresztcsont keskeny, csak középső része, teste van meg, oldalsó részei, szárnyai pedig nem fejlődtek ki, egyszer azért, mert már eredetileg nem fejlődtek ki a hozzávaló csontmagvak, máskor azért, mert a keresztcsípő-izület nagyon korai időben csontosodott s a keresztcsont szárnyainak kifejlődését meggátolta. E defectus jeleit találjuk még esetünknél a következőkben: A keresztcsont egyenes, függélyes irányú. A csípőcsontok nagyon közel vannak egymáshoz, hátulról a keresztcsont felső felét csaknem elfedik; hátulsó felső tövisei 2½—3 cm.-nyire közeledtek. Úgy a medencze mélyebb szakaszában is a medencze két oldalsó fala egymáshoz nagyon közel áll; az ülőtövisek közé alig fér be az ujj hegye; az ülő-gumók egymástól való távolsága 2½ cm. A szeméremív keskeny rés; a symphisis orrmányszerű. A nagyfokú haránt szűkülés miatt a vizsgáló újj nem is éri el a keresztcsontot. E viszonyok feltüntetésére megkisértették a nő medenczéjét x-sugarakkal átvilágíttatni és photographálni. A kép kétségtelenül megerősíti a diagnosist egészben véve, de részletek demonstrálására nem alkalmas.

Tauffer Vilmos: Bemutató az ő egyéniségében rejlő nagy szerénységénél fogva oly egyszerűen mondta el az esetet, hogy laikusok előtt úgy tünik fel, mintha ez nem jelentékeny szülészeti esemény volna. Előre is mondhatja, hogy kevés szülész van, a ki élőben Robert-féle medenczét látott volna és a ki egyszer látott is, második eset alig fordult meg előtte. Szóló sohasem látott. A distinctio, hogy ezeket oly alapon itéljük-e meg, hogy a csontmag hiányából indul-e ki, vagy egy korán lefolyt lob a symphysisben idézte-e elő az állapotot, tudományos szempontból méltánylandó, de végeredményére nincs befolyással. És igy mikor egy Robert-féle medencze van előttünk, akkor ezen kérdés, bár tudományos szempontból jogosult, nem dönthető el, nem itélhető meg.

Diagnosis szempontjából is érdekes. Nagy ritkaságánál fogva ritkán jutunk azon helyzetbe, hogy ilyen medenczét megvizsgálhassunk és ha véletlenül nem a legilletékesebb szakember kezébe kerül, a meghatározása ritkán fog történni. Tölcsér alakja van e medenczének, mint a kyphotikus harántul szűkült medenczének, de ha mélyebben behatolunk, a helyzet rögtön tisztázódik. A másik, a mivel össze volna téveszthető, az osteomalacikus medencze, az arcus pubis, a tuberák állása olyan, hogy bizonyos átmeneti alakoknál felületes vizsgálat mellett ezzel lehetne összetéveszteni, de ha a többi részekre kiterjeszkedünk, a differentia eo ipso adva van.

A photographiára nézve ellentétben bemutatóval azt hiszi szóló, hogy igen használható. Mikor a Hungariában itt volt Reiniger, Geppert stb., kérdést intézett hozzá szülészeti szempontból, t. i. hogy szűk medenczéknél, a mesterséges koraszülés kérdésének és időpontjának eldöntésére fontos volna, hogy a tapogatási kép és a terhes által adott adatoknak megbizhatlansága mellett positiv számokat nyerhetnénk, a melyekre épithetnők elhatározásunkat. Ha az x-sugarakkal képesek volnánk bevilágitani a medenczebemenetbe és igy láthatóvá tenni azt, mi sem volna könnyebb, mint cirkalommal leméri és a magzat csontosodási pontjának lemérései által az arányt a tér és az áthaladó test között positive megállapithatnók. Igy fogalmazta meg szóló a kérdést. Csinált felvételeket, de a bemutatotthoz hasonló képet nem látott. A medencze átvilágitása neki nem sikerült, lehet, hogy az apparatusa nem volt jó, lehet, hogy ő járatlan. A bemutatott képen a medenczebemenet képe meg van, sőt a mélyebb niveauban is látszanak fixpontok. Nem is fontos, hogy milyen szép képet ad, hanem az, hogy fixpontokat tudunk rajta lemérni; nagyon jól tünnek fel a tuberák és spinák. Szóló tudtával ez irányban az x-sugár kihasználva még nem volt. Biztató, hogy ebből a szempontból még sok fontos felfedezés várható. Megvizsgálta az egyént és feltünt a medenczebemenet síkjának jó kitapinthatósága, t. i. a linea terminalisnak hátrafelé való haladása. Egyike a legérdekesebb vizsgálatoknak, melyeket szülészi szempontból tehetett s köszöni előadónak, hogy alkalmat adott reá.

Doktor Sándor: Pár szóval kivánja megköszöni Tauffer tanár elismerő szavait. Az e fajta medenczék gyakoriságát illetőleg megjegyezheti, hogy *Schauta* az egyetlen, a ki a *Müller*-féle tankönyvben 1887-ben oly exclusiv álláspontra helyezkedett, hogy csakis azokat fogadja el e csoportba, melyeknek fejlődésére világrahozott rendellenesség adott alkalmat. Ha szerzett bajok folytán támadt a szükület, nem számitja a typushoz. A többi szerzők őt nem követik. A mint az anatomiai jelleg megvan, akkor ebbe a csoportba sorolják be. De még igy is ritka. Az utolsó 10 év irodalmában 4 eset van felemlitve, ezek közül 2 olasz és egyiknek testvérénél is hasonló állapot volt.

A mi az x-sugarat illeti, *Kiss Károly* tanárnál számos sikerült medenczefelvételt látott gyermekeknél, ez csábitotta a kisérletre. Betegünk vékony, sovány, ezért bizott *Kiss* tanár a sikerben. Minél korosabbak a szövetek, annál nehezebben világithatók át és annál rosszabb képeket adnak. Terhes nőt olyat óhajt, a ki fiatal, kisebb termetű és 6—7. hónapban van. Attól tart, hogy mostani eszközeivel a terhesség végén nem kap jó photographiát.

Gastroenterostomia gyógyult esete.

Hültl Hümér: K. B., 25 éves férfi beteget mutat be, ki f. év februárban másfél deciliter marólúgot ivott. Ezen idő óta folytonos gyomorégés, pylorustáji fájdalom, böfögés, étvágytalanság, rendetlen székletét kinozza a beteget. Gyakran nagy mennyiségű erősen savanyú szagú hányadékot hány. (HCl próba positiv.) Az igen satnya, vézna, lesoványodott beteg, tágult gyomron (felfúvásnál a gyomor alsó határa meghaladja a köldököt) kivül, egyéb objectiv észlelhető változást nem mutat. A diagnosis heges pylorus szűkületre tétetett; május 14-dikén chloroform-narcosisban laparotomia. 14 cm. hosszú metszéssel a fehérvonalban a köldök felett lett megnyitva a has. A pylorus igen szűknek találtatott, a visszatűrt gyomorfalon keresztül még a kisujj hegyét sem fogadja be. Gastroenterostomia retrocolica posterior Hacker szerint Braun-féle varrattal combinálva. A hassob 9 csomós silkworm- és felületes szűcsvarrattal záratott. Láztalan lefolyás, beteg a műtét óta nem hányt, azt mondja, egészen ki van cserélve. Kitünő közérzet mellett mindent eszik. Per primam hassebből a fonalak a 10-dik nap távolittattak el.

Sérvkizáródás miatt végzett bélresectio gyógyult esete.

Hültl Hümér: K. F., 21 éves kőmivesnek négy év óta fennálló baloldali lágyéksérve 1897. május 3-dikán kizáródott. Négy nappal később vétette fel magát a szt. Rókus-kórház II. sebészi osztályára. Férfiökölnyi fájdalmas baloldali lágyéksérv, mely heves lobtüneteket és kizáródást mutat. Herniotomia a felvétel napján május 7-dikén este. Local anaesthesia. A sérvbennéket 39 cm. hosszú már teljesen elhalt vékony bélkacs képezte. A kapú tágitása és ép bélrész előhúzása után 59 cm. bél resecáltatott. A bélcsonkok Murphy-buttonnal egyesittettek, mely felé még egy folytatólagos seroserosus szűcsvarrat alkalmaztatott. A mesenteriumban támadt rés 4 csomós silkwormöltéssel egyesittetett. Toilette, repositio. Az üszkös sérvtömlő jodoformgaze-zel tamponáltatott. Műtét tartama 55 perez. Láztalan lefolyás. Button a 16-dik napon jött spontan ki. Sérvtömlő teljesen lelöködött. Jelenleg tallérnyi sarjadzó hámhiány a beavatkozás helyén.

Adatok némely hajbetegség kórtanához.

Nékám Lajos: Szerinte nincs klinikai tér, a hol a bacteriologiai vívmányok oly jól érvényesülhetnének, mint a dermatologia, a hol a beteg szerv a legkönnyebben ellenőrizhető, s abból controllpróbák minden nehézség nélkül kivehetők. A dermatologia tehát, az újabb eljárásokkal revideálva a már régóta ismertnek hitt betegségeket, számos esetben volt kénytelen az aetiologiára vonatkozó felvételt megváltoztatni.

Igy a trichorrhexis nodosát Baerensprung atrophiának, Michelson rossz táplálkozásnak, Beigel abnormis gázfejlődésnek, Wolfberg traumatikus sérülésnek, Kaposi és Schwimmer fejlődési rendellenességnek tartották, míg Wilks, Cheadle, Morris, Raymond, Hodara, Markusfeld parasitaer betegségnek tekintik. Noha az ideges behatást teljesen kizárni nem lehet, a Rauberéhez hasonló esetek alapján, hol epilepsiás rohamokkal synchronikusan léptek a hajtörések fel: mégis eldöntöttnek lehet ma a kérdést tekinteni Hodara és Markusfeld positiv oltásai óta, a hol levágott, sterilizált, üvegbe zárt ép hajszálakon előidéztek typikus trichorrhexist az izolált bacillusok tiszta culturáival. Előadó hozzáfüzi, hogy a Hodara és a Markusfeld-féle bacillusokon kivül valószinüleg még más fajok is előidézhetik az alapfeltételeket: a ragasztó anyag feloldását és a velőben gázfejlődést. Igy bemutat coccusokat, melyek kizárólag a haj keresztmetszete irányában nőnek, és egy segmentumot vágnak a hajban. Egy másik esetben a törött helyekből tiszta culturában tokos bacillusok nőttek.

Egy némileg hasonló betegség a lepothrix, egy ártatlan kóralak, mely a hónalj- és genitalszöröket szokta megtámadni, bevonva azt sárga vagy vörös üvegszerű száraz lepedékkel. Nem ritkán színes veriték is mutatkozik, többnyire vörös árnyalattal. Ezt a bajt Paxton fedezte fel, s utána számos szerző irt le parasitákat, de egyiküknek sem sikerült a specificitás bebizonyitása. Előadó készitményeket mutat be, melyeken látni, hogy egy hosszú, vékony bacillus óriási tömegekben vonul a haj cuticulája alá, és szétrepesztve azt, nagy, üvegszerű tömegeket képez. Semmi más organismust látni nem lehet, a betegség tehát egy tiszta parasitaer folyamat, mely a localis infectiók typusául szolgálhat.

Egy kevéssé ismert betegség az aplasia pilorum intermittens, vagy mint röviden nevezik, monilethrix. A hajfonál vastagsága itt rendkivül változó, mert az egyenletes növekedés helyett a haj egyes helyeken rendkivül elvékonyodik. Ez az által okoztatik, hogy némely réteg nem képeztetik; igy különösen hiányzik a velő és gyengébb a kéregállomány, míg a cuticula alig szenved változást. Kórokúl sokan a hajtüsző görcsös összehuzódását és ez által a még lágy anyag összepréselését veszik fel; Nékám ennek ellenében valószinűbbnek tartja a papilla capillarisainak spastikus contracturáját felvenni, mely ideges behatásra jön létre.

A mi az alopecia areata sokat vitatott aetiologiáját illeti, két theoria áll egymással szemközt: a neurotikus, melynek főérvei a sensibilitas zavarok, concomitáló ideges tünetek, hereditaer, féloldali, beidegzési területekre szorítkozó, vagy egyéb trophikus tünetekkel kisérve, pl. körömhullással, vitiligóval, végre, hogy idegresectiók után hajhullást

láttak fellépni. Ennek ellenében a parasitaer iskola joggal hivatkozik tömérdek jól észlelt epidemiára, behurczolt esetre, infectióra, a prophylaxis, a desinfectio hasznára stb. Ha, miként azt Sabouraud tette, a még hajjal födött, plaque körüli részeket vizsgáljuk, a hajtüsző szájadékát egészen eltömve találjuk egy bacillus tiszta culturájának óriási tömegével, melynek tiszta culturájával Sabouraud typikus alopecia areatát volt képes előidézni.

Bemutat ezután előadó készítményeket egy igen fájdalmas, zosteriform hólyagos follicularis eruptio genyéből, melyben igen sajátságos, óriási, hólyagszerű sarjadzó gombákhoz hasonló bacillusok vannak. Nem akarja ezeket pathogeneknek mondani, csupán jelzi jelenlétüket e rejtélyes kóralaknál.

Végre a trichophyton kérdésre tér át és kifejti, hogy mennyire igaza van Sabouraudnak, ki a bécsi iskola merev álláspontjával szemben a következő tételeket állította fel és bizonyította be:

1. az a mit eddig trichophyton tonsurans gombának neveztek, két botanikai családba tartozó 19—20 különböző faj;

2. ezek egy része fürtszerű fructificatiós szervvel bir, tehát a botrytis családba tartozik, s csak ezeket szabad valódi trichophytonoknak tekinteni;

3. ezek egyik csoportja az ectothrix, a hol a gombák a megtámadott haj köré helyezkednek el. Ezek okozzák a régi kérion, mentagra, sycosis nevű folyamatokat s e fajok egyéb organismusok nélkül is képesek geny keltésére. Rendszerint állatokról kerülnek az emberre;

4. egy másik csoportban úgy a szőr belseje, mint annak környéke, egyaránt meg vannak támadva (endo-ectothrix). Ide különösen a pillaszőrök, s a bőr némely folyamatai tartoznak;

5. végre vannak trichophytonok, melyek kizárólag a haj belsejében élnek, s ezért endothrixnek neveztetnek. Ezek okozzák a gyermekek herpes tonsuransát, a bőr herpes circinnatusát, a köröm trichophytosisát. Egyedül ez a csoport legalább tíz trichophyton fajt foglal magában;

6. a gyermekek h. tonsuransához hasonló és azzal összetévesztett folyamatot azonban még egy másik parasita is okozhat, mely félkörös diademszerű fructificatiós szerve miatt egész különálló botanikai családot képez. Ez a Gruby által 1843-ban felfedezett microsporon Audouini, mely sporáit a hajon kivül, myceliumait a hajban bent helyezi el, és a sporák által egy 3—4 mm. hosszú lepedéket képez a haj körül. Ez a betegség a herpes tons. 60%-át teszi Párisban és 95%-át Londonban, Kelet-Európában, s így Budapesten is azonban nem létezik. Nékám mintegy 12,000 elemi iskolai tanulót vizsgált meg e betegségek fenforgására vonatkozólag és sok lappangó syphilis, fel nem ismert lupus, mintegy 40 alop. traumatica, 20 alop. areata, két trichophyton mellett egyetlen egy microsporiasis esetet sem látott.

Kitünik az előadottakból, hogy a parasitaer hajbetegségek tana az utóbbi időben hatalmas változásokon ment keresztül; ezek szerint a trichorrhexis és az alopecia areata fő részben parasitaer, a monilethrix tisztán ideges, a lepothrix csakis fertőző betegség. A herpes tonsurans név elvetendő, a trichophyton csoportot fel kell osztani, s a nálunk ismeretlen microsporon Audouini helyét fentartani.

Havas Adolf: A mi a *trichophytont* illeti, tény, hogy kevés fordul elő a szegény praxisban. Szólónál 5000 beteg között évente alig van 8—10; de a magánpraxisban, különösen szeptemberben, a midőn a zöldből visszajönnek a gyermekek, a háziállatoktól megkapva a bajt, hazahozzák. Az izr. siketnéma intézetben észlelt egy epidemiát, 70 növendék közül 45 szenvedett a bajban és csak szigorú elkülönítés által tudott ura lenni a bajnak.

A *lepothrix* gyakori betegség. Valószinű, hogy a verejték behatása által a cuticula felázik, és ebbe bele ragadnak az apró microorganismusok.

Trichorrhexis nodosa elég gyakori. Szóló is vizsgálta, hogy nem microorganismus idézi-e elő, azonban nem volt szerencséje. Óvatosan kell venni az állításokat, melyek bacteriologiai leletre vonatkoznak, mert a csomók helyén felpattannak a hajrétegek, a cuticula megreped, és abban fennakadnak a bacteriumok, sőt *Michelson* szénport is talált.

Aplasia pilorumot szóló még nem látott. *Berend* azt mondja, hogy ez fejlődési rendellenesség. Valószinübb, hogy angioneurosis fejlődött ki a papilla piliben.

Alopecia areata. Párisban szóló is látta, hogy gyakori, de epidemiát nem látott. Mycosis kérdéses. Hiányzik a lob minden tünete, a beteg csak akkor veszi észre, mikor már kopasz. Közepe a foltnak besüppedt. Szólónak is van, mikor izgalmon megy át, állán két oldalt támad, de tint. capsici annuira (paprikaszesz) megjavul.

A mi az előadó által említett collega nejét illeti, az járt már itthon, Bécsben mindenütt, sőt *Unnánál* is volt, és baját hazahozta. Előadó microorganismust talált. A kórboncztani leletet úgy lehet méltányolni, ha a klinikai képet ismerjük. Mensesek előtt egy csoport vörös göb lép fel, közös vörös alapon, melyek pustulákba mennek át, két hétig áll fenn nagy fájdalmak mellett, azután megszünik. Épp ilyen esetet mutatott be Michelson 5—6 év előtt Prágában, a ki szintén talált microorganismust, de ez lehet véletlen lelet is.

Herpes tonsurans maculata a trichophyton által okoztatik, melyet Kaposinál segédorvos korában látott, de azóta nem talált. Rendesen olyanoknál találjuk, kik keveset fürödnek, flanellruhát hordanak, melyet ritkán változtatnak vagy pedig gőzfürdőből hozzák haza, egyszóval, a hol nedvesség a gomba szaporodást előmozdítja.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(V. ülés 1896. november 3-dikán.)

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Tóth István.**

(Vége.)

A sectio utóvérzést derített ki a halál okául, melynek forrása a bal kiálló csonkrészlet volt, melynek szövete valószinűleg a medenczeszövetek oedemájának eltünése után összeesett s ily módon átjárhatóvá lettek véredényei a biztosító lekötés daczára is.

Infectiónak semmi tünete. A conjugata vera hullában mérve 9·5 cm. volt.

Az eset érdekességét emeli:

1. Ruptura uteri bekövetkezése kisebb fokú (9·5 cm. c. v.) medenczeszűkület mellett.

2. A ruptura fellépésének módja: teljesen lappangva, minden fulminans tünet nélkül.

3. Az a tanulság, hogy a szülés közben oedematosussá vált szövetekre az en masse lekötés nem elegendő, hanem külön-külön minden véredény lekötendő.

Reismann Adolf: Poliklinikai praxisában 12 rupturát észlelt; mind penetráló volt. A poliklinikai kezelés hasmetszésben nem állhatván, úgy járt el, hogy a szülést befejezte, ezután az uterust lazán, a repedés helyét s a hüvelyt szorosan tamponálta, majd a méhet anteflexióba hozva, a hasra szorító kötést alkalmazott.

A 12 eset közül 5 meggyógyult, 6 meghalt; 1-ről még nem számolhat el véglegesen; ennél is a közérzet jó, láz nincsen jelen, úgy hogy gyógyulás remélhető. A 6 halálos eset közül csak 2-nél volt elvérzés a halál oka; 2-nél peritonitis, 2 pedig elhanyagolt állapotban került hozzá; a halál-ok sepsis.

A conservativ therapiával tehát a poliklinikai gyakorlatban, a hol pedig csak subjectiv asepsisről van szó, igen jó eredményeket ért el; annál jobb eredményeket lehetne ezen eljárással a klinikákon elérni, a hol a kellő asepsisről gondoskodni lehet.

Kézmárszky Tivadar: A vérzés rupturánál ritkán képezi a halálokot. Az activ eljárásnak nem is a vérzéscsillapítás a főczélja, hanem a peritonealis üreg megtisztítása és elzárása. Nem vallhatja magát az activ eljárás feltétlen hívének; két esetében, melyben ezen eljárást követte, specialis indicatiók voltak jelen. A szóban forgó esetben nem reponálható cseplesz volt a repedés helyén, melynek egy részét el is kellett távolítani.

A complet és incomplet ruptura között nem is igen lehet éles különbséget vonni, mert néha a hashártya vékony és rajta keresztül belet lehet tapintani.

A méhüreg és az egész szülőcsatorna tamponálása repedt méhre nézve nem lehet vérzéscsillapító, sem a repedés összenyomása, sem kisebbítése által. A tamponálás nem is a vérzéscsillapítás szempontjából történik első sorban, hanem, hogy a hasüreget a küllevegőtől elzárjuk és az uterus váladékát könnyebben levezessük. Immobilizáló kötés lehet vérzéscsillapító, ha az uterust anteflectáljuk, vagy azon oldal felé hajtjuk, a melyen a repedés van.

Bäcker József: Az activ eljárásnak azért sem lehet feltétlen híve, mert mindkét esete letalisan végződött. Ennek daczára azt hiszi, hogy klinikán complet repedés esetén úgy kell eljárni, a mint eljárt, csakhogy máskor nem perforálna előbb, hanem mindjárt a laparotomiához fogna; ezt most is megtette volna, de az intézeti viszonyok nem engedték. Az I. szül. és nőgy. klinika 10 évi beteganyagában egy esetre sem emlékszik, a hol complet ruptura tamponálásra gyógyult volna.

Minden esetre tekintetbe veendő az, hogy van-e jelen infectio, vagy nem. Ha a nő már fertőzött, peritonitis, láz van jelen, ne végezzünk laparotomiát. A hol azonban complet ruptura van jelen, de feltehető, hogy fertőzés nincs, sokkal helyesebb a laparotomia, mint a tamponálás.

A jodoformgaze alkalmazásánál czélja nem a tamponálás, hanem a drainage volt. Egy esetben, a hol jodoformgazet alkalmazott, a bonczolás alkalmával a repedést nagyobbnak találta, mint a milyennek azt a tamponálás alkalmával felvette; ezt tehát a repedést még nagyobbá teheti. A feszes tampon a vérzést sem teheti lehetetlenné, mert a vérzés a parametriumból is kiindulhat, ha a repedés odáig terjed. Az ilyen vérzéseket csak az erek lekötése által lehet csillapítani.

Végül a gyógyulás viszonyai is sokkal kedvezőbbek hasmetszés útján elzárt sebnél, mint, ha a sebet magára hagyva, az sarjadzás útján gyógyul.

Tauffer Vilmos: Ajánlja, hogy ezen kérdés fontosságánál fogva egész terjedelmében az orvosegyesület plenuma előtt tárgyaltassék. Kéri az elnökőt, hogy a referáló előadással bemutatót bizza meg.

Kézmárszky Tivadar: Figyelmezteti a szakosztályt, hogy ezen referatum nagyon theoretikus alapon nyugodnék. Nincs tudomása arról, hogy az activ eljárásra nézve sok támpont állana rendelkezésre. A thema azért érdekes, mert a praxis nem felel meg az elméletnek; az elmélet helyességéről meg vagyunk győződve; de praktikus esetek még nincsenek kellő számban. Azért azt hiszi, hogy most még ne álljunk a plenum elé, hanem kellő anyag gyüjtése után.

Tauffer Vilmos: Azt hiszi, hogyha arra várunk, míg a dolog véglegesen eldől, talán évekig kell várni. A kérdés igen széles körben érdekelne és sokakat útbaigazítana.

Kézmárszky Tivadar: Felkéri a szakosztályt, hogy a plenum elé való terjesztés kérdésével a tisztikart bizza meg.

Több tárgy nem lévén, elnök az ülést bezárja.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A magyar kir. államvasutak betegsegélyző pénztárának jelentése az 1896-dik évi működésről. Budapest, Légrády testvérek. 1897.

Mint eddigelé minden évben, úgy ez idén is abban a kellemes helyzetben vagyunk, hogy a m. á. v. betegsegélyző pénztárának 1896-dik évről szóló, ép most megjelent kimerítő jelentését, t. olvasóink érdekében közelebbről ismertethetjük. Teszszük pedig ezt annál szívesebben, mert oly intézményről van szó, mely már a tekintetben is ritkítja országunkban párját, hogy nem kevesebb mint körülbelül 500 orvosnak áldásos ténykedéséről számol be részletesen, nem kevesebb mint 165,465 betegedési esettel szemben. De beszéljenek ám a számok maguk!

A tagok száma 1896. deczember 31-dikén 81,356 (80,809 férfi és 547 nő) volt. 1895. deczember 31-dikén csak 71,691 (71,193 férfi és 498 nő) volt; a szaporulat ennélfogva 9665 (9616 férfi és 49 nő). 1896. év folyamán belépett a pénztárba: kötelezett tag 34,242 (34,081 férfi és 161 nő), önkéntes tag 32 (32 férfi és — nő); összesen 34,274 (34,113 férfi és 161 nő). Ugyanezen idő alatt kilépett a pénztárból: kötelezett tag 24,564 (24,456 férfi és 108 nő), önkéntes tag 45 (41 férfi és 4 nő); összesen 24,609, a szaporulat tehát 9665.

Orvosi segélyben részesült összesen 165,465 egyén, melyből a pénztári tagokra: munkaképtelenséggel járó 40,318 és fenjárólag gyógykezelt 40,745, összesen tehát 81,063 eset jut, míg a tagok hozzátartózói (nők és 14 éven aluli korban levő gyermekek) összesen 84,402 esetben kaptak orvosi segélyt, vagyis összesen 165,465 betegedési eset fordult elő.

A betegsegélyző pénztári tagok munkaképtelenségével járó 40,318 betegülési eset közül végződött: meggyógyulással 36,319, javulással 2720, halállal 239, az év végén ápolás alatt maradt betegek száma 1040; összesen 40,318 eset, 429,347 ápolási nappal, tehát egy-egy betegség tartama *átlag* 10·64 nap volt.

A fenjárólag kezelt 40,745 betegülési eset közül végződött: gyógyulással 38,319, javulással 2426 eset.

A családtagoknál előfordult 84,402 betegedési eset közül végződött: gyógyulással 81,619, javulással 2188, halállal 316, az év végén ápolás alatt maradt betegek száma 279; összesen tehát 84,402 eset 343,718 ápolási nappal. A családtagoknál tehát egy betegség átlagos időtartama 4·07 nap volt.

A gyakoribb betegségek közül felemlítendők: légzőszervek hurutos bántalmai 9509, gyomor- és bélhurut 11,108 és csúzos és köszvényes bajok 15,148 esetben. Mint rendkivüli megbetegedések pedig: ebdüh 3, elmebaj 9 esetben, azonkivül felemlítendő még: öngyilkosság 5 esetben.

A sérülési esetek száma 4041 és ezek közül 87 halálos kimenetelü volt.

Az egészségügyi szolgálatot, a m. kir. államvasutak igazgatósága egészségügyi osztályának intézkedése és méltóságos Csatáry Lajos min. tanácsos, főfelügyelő, főorvos mint osztályfőnöknek kipróbált vezetése mellett, minden vidéki üzletvezetőségnél 1—1 összesen 7 orvosi tanácsadó (kik közül hatan egyidejüleg pályaorvosi teendőket is teljesítettek), 9 specialista (köztük Kovács egyet. tanár, min. tanácsos, mint sebészi tanácsadó) és 468 pályaorvos teljesítette. Ezeknek a díjazására 167,445 frt 72 kr. fordíttatott. Ezek szerint a 165,465 betegségi eset személyenként *átlag* 1 frt 01 kr. orvosi költségbe került és minden pályaorvos átlag 349—350 beteget részesített orvosi gyógykezelésben.

Vonalszolgálatot összesen 434 pályaorvos teljesített, vagyis az 1896. év végén 12,477·55 km. hosszú magy. kir. államvasutakon: egy-egy pályaorvos átlag 28·285 km. vonalszakaszszal birt. Gyógyszerek szállítására — 5—50% árengedmény mellett — 639 egyezményes gyógyszerész állott rendelkezésre. Benyujtatott 1318 gyógyszerészi számla 435,397 rendelvényről. Ezek alapján folyósíttatott: 170,829 frt 46 kr.; tehát minden egyes rendelvény átlag 39·2 krba került.

Kötszer, műszer és látszer összesen 827 egyénnek 923 darabban és 5171 frt 40 kr. értékben szolgáltatott ki.

Kórházi ápolásban részesült 1047 betegért 36,360 frt 16 kr. ápolási díj folyósíttatván: egy-egy betegnek kórházi ápolása átlag 34 frt 73 krba került.

Az orvosi, kórházi, gyógyszer- és műszerköltségek *átlaga* pedig személyenként 2 frt 29 kr.

Fürdősegély czímén huzamosb fürdőhasználatra utalt 368 betegnek összesen 10,181 frt 21 krt, vagyis személyenként átlag 27 frt 72 krt; ezenkivül leginkább csúzos bajok orvoslására 5871 betegnek, göz-, iszap-, kö-, kád- és sósfürdő minőségben, összesen 28,144 fürdőt utalványoztak.

Ha most ezen, tekintélyes számsorokban kifejezett adatokon végig nézünk, teljes meggyőződéssel állíthatjuk, hogy a m. á. v. betegsegélyző pénztár nemcsak tagjainak testi üdvéről gondoskodik bőkezüen és az egészségtan és az orvosi tudomány nyujtotta sokféle tényezőknek a legmesszibbre menő igénybevételével; hanem azonfelül még — és ezt mai napság különösen hangsúlyozhatnók — tisztességes és aránylagos javadalmazást és foglalkozást nyujt közel 500 pályaorvosnak és még ennél is több gyógyszerésznek. Mely utóbbi körülmény, a milyen — nézetünk szerint — örvendetes tény a manapság itt-ott uralkodó, laissez faire, laissez aller-féle elvvel szemben; ép annyira fényes bizonyság ama körültekintő és nagymérvü szellemi és testi munkáról is, mely arra szükségeltetik, hogy oly fényes eredmények létesítésénél, egyrészt a pénztári tagok alapszabályilag biztosított jogai kellően érvényesíttessenek, másrészt az ezen jogok alapján folyton igénybe vett kezelő személyzet fáradozása méltányosan díjaztassék; mely mindezeket nemcsak tervezi, rendeletekbe foglalja, de — a mennyire az anyagi viszonyok csak engedik — tettekben kifejezésre is juttatja: a központi egészségügyi osztály és annak buzgó vezetője, mint a pályaorvosok jó és rossz időkben, de mindenkor kartársai jogos igényeinek szószólója és ezeket lelkesen megóvó főnöke.

F—ó dr.

II. Lapszemle.

Cystotomia, egybekötve az epehólyagfalzat részleges kiirtásával. A műtétet Staub 38 éves női betegen végezte, a ki 8 év óta gyomorgörcsökben szenved; az asszonynak ezen idő alatt azonban sárgasága nem volt. Az epehólyag tájékán szabadon mozgatható, felfelé a máj alá terjedő és az alatt eltünő, lefelé a köldöktől 4 cm.-nyire terjedő daganat érezhető. Ezen daganat alatt egy második kemény, vesealakú, a vizsgáló kéz alól tovasikló test tapintható.

Kórisme: Hydrops felleae; ren mobilis.

A műtétkor az először leírt daganat az epehólyag diverticulumának, a vesealakú test pedig a rendesnél kétszer akkora, vastagabb falzatú, a ductus cystikusba folytatódó epehólyagnak bizonyult. A diverticulum az epehólyag mellső faláből indul ki, azzal tág nyilás által közlekedik, az epehólyagnál nagyobb, de vékonyabb falzatú. Az epehólyag kiemelésekor és bemetszése alkalmával sürü geny és néhány concrementum ürült a hólyagból, a melynek faláből 1 cm. széles csíkot resecált s a függélyes irányú hasfali seb alsó feléhez varrta, a diverticulumból hasonlóképen irtott ki egy bizonyos darabot és odavarrta a hasfali seb felső részéhez. Ezen utóbbit etage-varratokkal kisebbítette, a nyákhártyát és a hólyag sebszéleit cauterizálta.

A műtét után 2 hónap mulva fennálló epesipoly miatt a ductus cystikust cauterizálta, a még látható nyálkahártyát pedig kiirtotta. Két hónap mulva a seb nyilása el volt zárva. A hólyag falát az állandó sipolymenet elkerülése végett resecálta. A resectio következtében ugyanis megkevesbbedik a nyákképződés, a még visszamaradt nyákhártya részlet, de főleg a ductus cystikus pedig könnyebben hozzáférhetővé válik. (Wiener klin. Wochenschrift, 1897. Nr. 7.) *Boross* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Kisebb sebek befedésére** *Klein* a collodiumot ajánlja, melyhez 1:10 arányban perubalzsamot adunk. Ilyen módon a collodium rendkivül elestikussá és tapadóvá válik. (Therap. Monatshefte, 1897. április.)

2. **Nyelési fájdalmakkal** járó betegségeknél úgynevezett dysphagia-tablettákat használtat *Treitel*, melyek mindegyike 5 milligramm cocainum hydrochloricumot és 1 centigramm menthol purumot tartalmaz. Ezen két hatóanyag valami corrigenssel tétetik kellemesebb ízüvé. (Therap. Monatshefte, 1897. márczius.)

TÁRCZA.

A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus.

(**London**, 1896. augusztus 4—8-dikáig.)

(Folytatás.)

Az első megvitatás alá kerülő thema *a prurigo* volt. Referensei voltak: *Besnier* (Páris), *Kaposi* (Bécs), *White* (Boston) és *Payne* (London). Besnier a következőkben összegezi felfogását: a prurigo csoportba tartoznak a prurigo Willani, a strophulus és a lichen. Bármi legyen közvetlen oka a prurigonak, mégis igen valószinű, hogy a vérben mennek végbe igen bonyolódott változások, melyek révén a prurigót, mint toxidermiát kell felfogni. A bőrön látható elváltozások nem közvetlen következményei ezen toxidermiának, hanem létrehozásukban a külső traumának van lényeges szerepe. Igen érdekes volt azon két kisérlet, a melyeket Besnier végzett annak bebizonyítására, hogy a prurigós papula, továbbá a bőrmegvastagodás és egyéb másodlagos elváltozások, a melyek a prurigós egyénen észlelhetők, csak akkor keletkeznek, ha külső traumáknak, levegő behatásnak vagy ruházattal való érintkezésnek, nedvességnek, vakarásnak, dörzsölésnek van kitéve az egyén bőre. A többször ismételt kisérlet abban áll, hogy a prurigós beteg valamely végtagját vaskos watta réteggel körülvéve jól rögzitő kötéssel bekötjük. Ha 9—10 napig megmaradt a kötés, úgy az összes másodlagos elváltozások, továbbá maguk a prurigós papulák is az illető végtagról eltünnek, mindamellett, hogy a viszketés megmaradt. Hogy nem véletlen az ilyesmi, azt úgy bizonyitották be, hogy a bekötés előtt kimetszettek egy darabkát a bőrből s górcső alatt abban lymphoid sejteket találtak, melyek nagy halmazokat képeztek az edények körül, továbbá hypertrophikus papillákat; az epidermis megvastagodott s a csapok meghosszabbodtak. Ellenben a mikor a 10 napi kötés alatt volt részből metszettek ki egy darabot, majdnem normalis képet láttak górcső alatt.

Jaquet azt a tételt állította fel, hogy a központi vagy a környi idegrendszer elsődleges irritatiója nem elégséges a bőr állapotának megzavarására, hanem kell, hogy még egy másik tényező is közreműködjék s ez a trauma. Erre nézve állatkisérleteket is végzett, melyek közül különösen kettő érdekes. Ha egy kutyának mindkét ischiadicusába egynéhány csepp híg kroton oldatot fecskendezett, az egyik lábát wattával jól beburkolta s lehetőleg minden külső trauma ellenében megvédte, a másikat pedig védelem nélkül hagyta, úgy két hónap mulva a nem védett oldalon igen nagyfokú bőrelváltozások, fekélyesedések stb. voltak észlelhetők, ellenben a védett oldalon semmiféle bőrelváltozás nem volt látható, csak a végtag volt jelentékenyen megsorvadva. Claude Bernát hires kisérletét is ismételte. Tudvalevőleg, ha a nyúlnak nyaki sympathikusát elvágjuk, úgy ugyanazon oldalon, különösen pedig a fülön a véredények megtágulnak, a helyi hőmérsék felemelkedik, a pupilla megszükül, a szemteke kissé hátrahúzódik. *Jaquet* és *Butte* megismételték ezt a kisérletet, de úgy, hogy egynéhány órával előbb az állatnak mindkét fülét begypselték és ezen gypskötést csak akkor vették le, miután a nyakon féloldalt a sympathikust átmetszették. 15—20 perczczel az átmetszés után még nem lehetett különbséget észrevenni a kétoldali fül között és ha volt is különbség az edények magatartásában, az oly csekély volt, hogy Claude Bernát ilyen körülmények között bizonyára nem csinálhatta volna meg nagy felfedezését. Ha azután egyformán dörzsölni kezdték a két fület, azon az oldalon, melyen a sympathikust elmetszették, azonnal magasfokú hyperaemia jelentkezett.

White azt mondja, hogy a prurigo Amerikában igen ritka betegség. *Payne* a prurigót a pruritustól igen élesen elkülöníti s állítja, hogy az igazi prurigóban nemcsak érzészavarral, hanem a bőr anatomiai elváltozásával is van dolgunk. Az essentialis laesiót azon halvány papula képezi, melyet a valódi prurigo minden esetében megtalálunk. Lényege szerint a prurigo az érző idegrendszernek chronikus, pathologikus állapota, melyet talán a viszketés és a vakarás idéz elő némely esetben, de mely az esetek egy részében primaer módon származik.

A congressus második főthemája volt a keratosisok aetiologiája és fajai. *Unna* (Hamburg), *Broocke* (Manchester) és *Dubreuil* (Bordeaux) voltak a referensek.

Harmadik tárgy a tuberculosis összefüggése a bőrbajokkal, a lupus vulgaristól eltekintve. Általánosabb érdeke miatt kivonatolom *Hyde* (Chicago) előadását. El van ismerve, hogy a bőr elsődlegesen és másodlagosan fertőződhetik tuberculosis-bacillusokkal. A bőrtuberculosis igen különféle klinikai képei megmagyarázhatók, ha felveszszük, hogy különböző a bacillusok száma, sőt neme, a melyek bizonyos esetben találhatók; ha tekintetbe veszszük a szövet különféleségét, a melyben megtelepedtek és a megtámadott bőrrész anatomiai helyzetét is. *Hyde* három főcsoportra osztja a bőrtuberculosist (a lupus vulgarist nem számítva). Az elsőbe tartoznak azon alakok, a hol elsődlegesen vagy másodlagosan fertőztetett a bőr:

1. Verruca necrogenica;
2. Tuberculosis papillomatosa cutis (Morow);
3. Fibromatosis tuberculosa cutis (Riehl);
4. Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl és Paltauf);
5. Elephantiasis tuberculosa cutis;
6. Tuberculosis cutis ulcerativa (Chiari);
7. Tuberculosa gummatosa ulcerativa (scrophuloderma actaneum);
8. Lymphangitis tuberculosa cutanea (Besnier);
9. Tuberculosis cutis serpiginosa ulcerativa;
10. Tuberculosis cutis fungosa;
11. Tuberculosis nodosa atrophica (lupushoz hasonló);

A második csoportba azon bőrelváltozások tartoznak, a hol nem lehet minden egyes esetben a Koch-féle bacillus jelenlétét demonstrálni, de jövőben való feltalálásuk nincs kizárva. Ide tartoznék:

1. Lupus erythematosus:
2. Erythema induratum scrophulosorum (Bazin):
3. Lichen scrophulosorum;
4. Tuberculosis suppurativa et bullosa acuta (Hallopeau);
5. Folliculites-ek egész sora;
6. Keloid;
7. Tuberculosissal kapcsolatos ulcus molle.

A harmadik csoportba tartoznak azon dermatosisok, a hol a bőr megbetegedését valamely belső szerv tuberculosisa idézi elő:

1. Bizonyos eczemák (Neurodermitides);
2. Erythema-permio;
3. Erythema multiforme némely ritkább alakja;
4. Melanodermaták némelyike;
5. Purpura;
6. Némely gyógyszerek által előidézett bőrbajok.

Hallopeau: A tuberculosis közvetlenül bőrmegbetegedéseket idézhet elő vagy a bacillusok vagy pedig a toxinok hatása által. Fontos dolog megállapítani azon criteriumokat, a melyek szükségesek, hogy valamely elváltozásra biztosan rámondhassuk vagy legalább valószinűségileg állíthassuk, hogy tuberculotikus természetű. Biztosan tuberculotikus természetű az elváltozás: 1. Ha a kórterméknek beoltása által áliatokon tuberculosist tudunk előidézni. 2. Ha a megtámadott szövetben a Koch-féle bacillust megtaláljuk. 3. Ha az elváltozás valamely, a szervezetben létezett tuberculotikus góczból történt inoculatio folytán jött létre és viszont. 4. Ha jól ismert elváltozások, milyen pl. a lichen scrophulosorum, keletkeznek a tuberculin behatása alatt.

Ellenben a göbcsés jelleg, az óriás sejtek jelenléte, más tuberculotikus bántalmak egyidejüleg való kimutatása, a tuberculinbefecskendésre jelentkező közönséges reactio és az örökségileg való terheltség nem képeznek bizonyitékokat, csupán csak gyanúokokat. Jelenleg a bőrtuberculosis formái (a lupus vulgaris kivételével) a következők:

I. Tuberculosis sclerotisans és verrucosa.

A corpus papillareban székel s vagy külső infectiók következtében, vagy valamely mélyebb góczból származó inoculatio folytán jő létre. Gyakran járul hozzá genyedés.

II. Tuberculum anatomicorum.

Kivülről jött fertözés által hozatik létre; vagy felületesebb vagy mélyebb; terjedelme, alakja, esetleges complicatiói az által vannak feltételezve, hogy mily szövetbe jutott a fertöző anyag, s hogy mennyire szolgál neki ezen szövet kedvező tápanyagul.

III. Gumma tuberculoticum.

Ezen elváltozásnak okait a tuberculotikus nyirok-mirigyek képezik s a bör az esetek legnagyobb részében csak másodlagosan szenved. De megtörténik, hogy valamely ürmenet, a mely az elgenyedt mirigyet a bör felületével köti össze; kiinduló helyül szolgál egy lupus vulgarisnak vagy verucosusnak, genyedő tüszőloboknak vagy pedig a nyirok edények mentén újabb kisebb gummák fejlödnek. Újképletszerü börtuberculosis. Klinikai képe a mycosis fungoidesre emlékeztet. (Folytatása következik.)

Heti szemle.

A Budapest környékén felállítandó szegénysorsú tüdővészes sanatorium ügye döntő stadiumba került. Korányi prof. f. hó 3-dikán d. u. 4 órára értekezletet hivott egybe, mely a sanatorium-egylet megalakítását volt hivatva előkészíteni. Az értekezlet báró Harkányi Frigyest elnökévé választván, miután a jegyző tisztségével Kuthy Dezső dr. bizatott meg, megnyilt és Korányi prof. magvas és lendületes tájékoztatóját hallgatta meg kiváló figyelemmel. E szerint a szóban forgó sanatorium, az első ilynemü magyar intézet, immár létrejövetelében biztosítva van. Az adakozások révén eddig körülbelül 79,000 koronára rúgó összeg gyült be, Perczel belügyminister ő Nagyméltósága pedig az állam részéről 20,000 forintnyi támogatást helyezett kilátásba. A napi sajtó mind nagyobb figyelemben és jóakaratában részesítette az ügyet s az orvosi szakirodalomban jelenleg van sajtó alatt Kuthy Dezső dr. tollából egy a sanatoriumi therapiát, a sanatoriumok szükségességét, felállításuk módját, eszközeit stb. felölelő munka. A kiváló gonddal megalkotott beszéd abban kulminált, hogy indítványait terjesztette elő Korányi professor. Ezek között első helyen áll, hogy alakíttassék meg a sanatorium-egylet végleges szervezését előkészítő ideiglenes bizottság, melynek tagjai a következők lettek:

Burchardt-Bélaváry Konrád, Bródy Zsigmond, Hatvany-Deutsch Sándor, báró Harkányi Frigyes, báró Lipthay Béla, Mészáros Károly, Ormódy Vilmos, Szerb György, Korányi Frigyes, Kétly Károly, Müller Kálmán, Rákosi Jenő, Mikszáth Kálmán, Falk Miksa és Morlin Emil, továbbá Kuthy Dezső dr. mint jegyző. Miután még Korányi professor a bizottság feladatát vázolta, általános helyesléssel elfogadták az elnöklő báró Harkányi Frigyes javaslatát, mely szerint az értekezlet felkérte Korányi professort a legközelebbi értekezletnek szeptember második, illetve október első felében való összehivására. Ezzel az előkészítő összejövetel, köszönetet mondván Korányi professornak sokszoros elismerésre méltó buzgalmáért e nemes ügyben, munkáját befejezte.

* * *

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1897. évi április hóban. A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz javulást tüntet fel, mert az általános halálozást, valamint a heveny ragályos esetek összege apadt. Elhalt a múlt hóban 1213, e hóban 1142 egyén. Heveny-ragályos eset előfordult a múlt hóban összesen 1562, e hóban 1371; ezen összegnek is több mint felét kanyaró esetek képezik. Szembetünőbb a javulás, ha az e havi adatokat a mult év megfelelő havában történt halálozási adatokhoz viszonyítjuk. Mult év április habában u. i. 1426 egyén halt el. Élveszületett e hóban 1971, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 106 egyén levonásával 1142; így a születések 829-el multák felül a halálozásokat. Április hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6536 fekvő és 6705 járóbeteg, vagyis 1672-vel kevesebb, mint az elmult hóban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 549 fekvő és 1705 járóbeteg, összesen 2254, kórházba küldetett 90 egyén. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás volt e hóban 24, csökkenés 13. Beteg volt e hóban összesen 27, meggyógyult 23, gyógykezeltetik 2, meghalt 2. Halál-okok voltak: ránggörcs 1, aszkór 1 esetben. Hullaszállítás 41 esetben történt; hullaszállításra engedély adatott 18 esetben. Beoltatott 5 fiú, 11 leány, összesen 16, újraoltatott 263 fiú, 189 leány, összesen 452. Ebmarás előfordult 20, veszettségre gyanus 1, veszett ebmarás 2 esetben. A köztisztaság a csatornázatlan és kövezetlen utczákat kivéve kielégitő volt. A vízvezetéki vizet illetőleg a székesfővárosi bacteriologiai intézet által április hóban 404 vizsgálat eszközöltetett. A vizsgálat különösen a káposztás-megyeri vizműre nézve a viszonyok javulását constatálta. A székes fővárosi vegyészeti és tápszervizsgáló intézet által 460 esetben tétetett vizsgálat, még pedig: vízvezetéki víz 111, kútvíz 2, jég 9, tej és tejfel 188, vaj 37, olaj 14, zsir 18, paprika 2, egyéb fűszerek 5, kávé 8, kenyér 2, bor 6, szódavíz 1, kénsav 1, ón 8, kaucsuk 5, gyógyszer 26, kőszén 12 esetben, véleményezés 5 esetben. Orvosrendőri bonczolás végeztetett 63, orvostörvényszéki 22 esetben. Öngyilkosság 11 esetben fordult elő, még pedig: lövés 2, akasztás 5, egyéb módon 4 esetben. A Dunából 7 hulla fogatott ki. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen a mennyiben fertőző betegség az állatok között járványosan nem lépett fel. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Halász Géza, Heinrich Sándor, Radnai S. Sámuel, Róna Gyula, Steiner Miksa, Unger Manó, Walkó József Rezső* egyetemes orvostudorok, és 7 szülésznő. A tiszti főorvosi hivatalba beérkezett 1251 s elintéztetett 1232 hivatalos ügydarab.

* * *

A budapesti orvostudományi kari pályatételek az 1897/98-dik tanévre. (Vége.)

7. *A sebészetből.* Tanulmányoztassék kisérleti úton, milyen befolyást gyakorolnak a különböző mész-sók és phosphorsók a csontképződésre, különös tekintettel a csonttöréseknél képződő callusra. Jutalma a Pasquich-alapból 70 forint.

8. *Szemészetből.* *a*) Az atropinos kötőhártyalob (conjunctivitis atropinica) kór okának tanulmányozása, szövettani vizsgálatok, a kórképnek jellemzése és betegészlelés alapján. Jutalma a Pasquich-alapból 70 forint.

b) Kutattassék a szürke-hályog keletkezése, a mennyiben statistikával lehetséges. Jutalma a Pasquich-alapból 70 forint.

c) (Ötödször. Meghosszabbítás.) Vizsgáltassék glaucomás szemeken az elülső csarnok zugának állapota és a készítmények mellékeltessenek. Jutalma a Senger-alapból 260 forint. Határidő 1898. márczius 31.

9. *Bőrkórtanból.* (Harmadszor. Meghosszabbítás.) Vizsgáltassanak a bőr beidegzési viszonyai eczema, prurigo, psoriasis, lichennél, tekintettel a tapintás, fájdalom és hőérzés elváltozásaira, valamint a bőrreflexek magatartására. Jutalma a Senger-alapból 260 frt. Határidő 1898. márczius 31.

10. *Közegészségtanból.* (Másodszor.) Cholera-bacterium magatartása a talajban. Jutalma a Senger-alapból 260 frt. Határidő 1898. márczius 31.

11. *Törvényszéki orvostanból.* Az 1882-től 1896. év végéig terjedő 15 évre állittassék egybe a Budapesten végzett hivatalos bonczolások általános statistikája; dolgoztassék ki külön-külön a hirtelen halál-esetek, egészségrendőri bonczolatok és erőszakos halálnemek részletes statisztikája, s utóbbi alapján tanulmányoztassék a halálokok és halálnemek szerint az okbeli viszony az erőszakos halálnemek szaporodása és Budapest fejlődési viszonyai között. A dolgozat anyagául a k. t. egyetemi törvényszéki orvostani intézet irattára veendő. Jutalma a Senger-alapból 260 forint. Határidő 1898. márczius 31.

Vegyesek.

Budapest, 1897. junius 4-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. május 16-től 1897. május 22-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 496 gyermek, elhalt 241 személy, a születések tehát 255 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 1, hökhurut 1, kanyaró 5, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 18, agyvérömleny 3, rángások 5, szervi szívbaj 10, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 43, tüdőgümő és sorvadás 45, bélhurut és béllob 15, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 3, Bright-kór és veselob 4, angolkór 3, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 26, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 6, erőszakos haláleset 19. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2193 beteg, szaporodás 753, csökkenés 685, maradt e hét végén ápolás alatt 2261. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. május 21-től május 28-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt 2), himlőben 2 (meghalt 1), álhimlőben —, bárányhimlőben 22 (meghalt —), vörhenyben 34 (meghalt 1), kanyaróban 256 (meghalt 4), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 13 (meghalt 1), trachomában 29, vérhasban —, hökhurutban 25 (meghalt —), orbánczban 15 (meghalt 1), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **A budapesti kir. tud.-egyetemen** az 1897/8. tanévre orvoskari dékánná választották: *Ajtai K. Sándor* tanárt, jegyzővé *Thanhoffer Lajos* tanárt.

— **A kolozsvári Ferencz József tud.-egyetemen** az 1897/98. tanévre rektor magnificussá választották *Lechner Károly* dr. tanárt; az orvosi kar dékánja lett: *Kenyeres Balázs* dr. tanár, jegyzője pedig: *Buday Kálmán* dr. tanár.

— **Orvosi jubileum.** *Grossmann Lipót* dr., a szt. János-kórház nyugalmazott szemészeti főorvosát 50 éves doktorsága évfordulóján ismerősei ovatiókban részesítették. A bécsi egyetem jubiláris oklevelet állított ki számára, melyet *Feuer Náthán* és *Schächter Miksa* nyujtottak át neki.

— **Megjelent:** *Csapodi István* dr.: Látáspróbák. Második bővitett kiadás. Budapest, ifj. Nagel Ottó bizománya. Ára: 2 korona.

† **Elhúnyt:** Léczfalvi *Bodor Zsigmond* dr., Kis-Küküllő vármegye tiszti főorvosa, május 30-dikán 37 éves korában.

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

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 mindennemü emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

EDESKUTY 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.

2

Figyelmeztetésül.

Hogy az utóbbi időben megkisérelt félrevezetéseknek és megtévesztéseknek véget vessünk, a felmerült számos panasz folytán indittatva vagyunk ezennel és újból a gyógykezelés fontos érdekében nyilvánosságra hozni, hogy az eredetileg és kezdettől fogva

Niederselters (Selters)

név alatt ismert hírneves ásványvíz-gyógyforrás, mely kitünő gyógyerejénél fogva a légzési szervek megbetegedéseinél (köhögés), továbbá typikus tüdőgyuladásnál, tüdő- és gégehurut eseteiben évszázadok óta a világ legtekintélyesebb orvosai által rendeltetik, egyedül valódi töltésben csak

„KÖNIGL. SELTERS“

(Niederselters)

elnevezés alatt kapható.

A mélyen tisztelt orvosi kart bátorkodnunk arra kérni, hogy betegeiket jelen figyelmeztetésünk értelmében informálni kegyeskedjék.

A porosz kir. ásványvízforrások
Siemens & Co.

Trencsén-Teplicz

rendel

DR. FRIEDLÄNDER

kör- és fürdőorvos.

Vese, húgyhólyag, húgydara és **köszvénybántalmak** ellen, továbbá a **légző** és **emésztési** szervek **hurutos** bántalmainál, orvosi tekintélyek által a

Lithion-forrás

Salvator

sikerrel rendelve lesz.

Húgyhajtó hatású!

Kellemes izü! **Könnyen emészthető!**

Kapható ásványviz-kereskedésekben és gyógyszertárakban.

A Salvator-forrás igazgatósága Eperjesen.

Dr. KELETI és KULPIN

min. enged. nyilvános borjú-himlőnyirk-termelő intézete

Békés-Csabán.

Szállít biztos, utóbajok nélküli fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitünő oltóanyagot a következő árakon:

1 phiola 3 egyénre	frt 30 kr.	1 phiola 10 egyénre	frt 80 kr.
1 „ 5 „	„ 50 „	1 „ 50 „	2 „ — „
1 phiola 100 egyénre	4 frt.		

Oltóeszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket postafordultával expediálunk.

Sürgönyczím: KELETI, CSABA. 7

Dr. Kelen István

svéd gyógygymnasztikai, massage és testegyenészeti intézet-tulajdonos (Budapest) ez idén is mint fürdőorvos

Borosznón működik.

AUSSEE, **Dr. SCHREIBER ALPENHEIM-je,** hidegvizkúra, lúgsó-fürdők, gyógygymnastika, hizlalási kúrák. — **Junius 1-től október 1-ig.** 3

Dr. HALPERTH ÁKOS

testegyenészeti, massage- és svéd gymnastikai intézete f. év junius hó 1-től **VI., Andrássy-út 1. sz.** (félemelet) létezik.

Tengeri gyógyintézet (Seehospitz)

gyermekek számára

ABBAZIÁBAN.

Igazgató orvos: Dr. Szegő Kálmán.

Felvétel kisérővel vagy a nélkül egész éven át. Állandó orvosi felügyelet, modern kényelem, mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus.

Farbenfabriken
vorm.
Friedr. Bayer & Co.
Elberfeld.

Somatose

kiváló

zsongító szer

lázas betegek,

gyengék és üdülők számára

Spec. javallat: **Chlorosis.**

Tannigen

biztos hatású

idült és heveny **enteritis**

ellen főkép gyermekeknél.

Adag: 0·25—0·50 gr., naponta 4—6-szor.

Lycetol

Specificum

köszvény, idült izületi csúz ellen.

Adag: 1·0—1·5 gr, naponta 2-szer.

Europhen

külön javallatok:

Ulcus molle, Papul. mad.

Pótszere a jodoformnak a kis sebészetben.

Alkalmazás: tisztán vagy keverve bórsavval a. p.; úgy 5%—10% kenőcs.

Analgen

ajánlva:

ischias, arthritis, malaria

ellen.

Egyes adag 1·0—1·5 gr.

Főraktár Budapesten: TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertárában, Király-utcza 12. sz.

Negyvenegyedik évfolyam. 24. szám. *Budapest, 1897. junius 13.*

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.

Előleges közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. belgyógyászati kóroda laboratoriumából.

Állati folyadékok villamos vezetőképességéről.

Róth Vilmos, klinikai gyakornoktól.

Alábbi — egész terjedelmükben más helyen közlendő — vizsgálatok kiinduló pontját *Korányi Sándor* tanárnak az állati folyadékok osmosis-nyomására vonatkozó kutatásai képezik, a melyek a szervezeti folyadékok összes s egyes csoportokra (chloridák s achloridák) vonatkozó részleges molekuláros concentratiójának elméleti s gyakorlati jelentőségét előtérbe helyezvén: ezen viszonyok folytalólagos vizsgálását jogossá s indokolttá tették.

Ezen szempont alapján vizsgáltam a vér, vérsavó s vizelet villamos vezetőképességét, a mely érték — itt nem részletezhető okokból — ezen folyadékok electrolyt molekülökben, illetve dissociált ionokban való concentratiójának megközelítő mértékét képezi, s vetettem össze a nyert adatokat az összes molekuláros concentratiót jelölő fagyáspont sülyedéssel s a titrálás által meghatározott chlortartalommal.

A vezetőképesség meghatározására *Kohlrausch*-nak váltakozó áramok használatán alapuló, általánosan acceptált módszere szolgált.

Az eddigi vizsgálatokból folyó eredmények a következők:

1. *Különböző állatok* (marha, borjú s bárány) *vérsavójának vezetőképessége, tehát electrolyt molekülökben való concentratiója aránylag szűk határok közt mozgó érték. A vezetőképesség u. i. a vizsgált esetekben 0·66—0·72%-os konyhasó-oldatének megfelelő volt;* állandósága tehát körülbelül olyan, mint a fagyás pont sülyedésé (0·55—0·60°); ellenben szorosabb, mint (az emberi vérsavóval szemben) az állati vérsavónál nagyobb ingadozásokat mutató térfogatos chlortartalomé (Na Cl % = 0·59—0·69). Tág határok között mozog a chlortalan electrolyt molekülök concentratiója.

2. A defibrinált vér villamos vezetőképessége egyrészről jóval alacsonyabb értékű, mint a vérsavóé, másrészről nem állandó, hanem a suspendált alakelemek térfogatával ingadozó érték. Ezen viselkedés oka: hogy a suspendált alakelemek a villamosság vezetésére egyáltalán nem, vagy csak elenyészőleg csekély fokban képesek[1]: ellenben saját térfogatukkal egyenlő térfogatú vérsavót szoritanak ki a vezetésnél való részvételből. Az összes vér vezetőképessége (V) tehát úgy aránylik a vérsavó vezetőképességéhez, (V_1) mint a hogy a vérsavó térfogata (T_1) viszonylik az összes véréhez (T)

$$V : V_1 = T_1 : T,$$

$$\text{miből } T_1 \text{ (a vérsavó térfogata)} = \frac{V\,T}{V_1}$$

$$\text{s } T_2 \text{ (a vérsejtek térfogata)} = T - T_1.$$

[1] Ezen felfogás bizonyítéka a vérsavó s vérsejtek electrolytekben való különböző concentratiója, a minek előfeltétele, hogy a savó és vérsejtek között a szabad ionvándorlás lehetősége ki legyen zárva; szabad ionvándorlás nélkül pedig nincs electrolytes vezetés.

A vér s vérsavó villamos vezetőképességéből a vérsavó s vérsejtek viszonylagos térfogata számítható ki tehát. A vérsejt meghatározás ezen módjával nyert adatok az eddigi, nagy pontosságra igényt nem tartó, s alig kielégítő módszerek tág határértékei közé esnek. A módszer pontos ellenőrzését czélzó vizsgálatok folyamatban vannak.

3. 24 órán át gyűjtött emberi vizelet fagypontjának s villamos vezetőképességének nagy ingadozásai mellett (a vizsgált esetekben a fagyáspontsülyedés $\triangle = 0{\cdot}97 - 1{\cdot}97$; a vezetőképesség konyhasó concentratio (Na Cl%) egyenértékben kifejezve $V = 0{\cdot}78—1{\cdot}84$) ép viszonyok között a két adat hányadosa aránylag szűk határok között mozgó érték

$$\frac{\triangle}{V} = 0{\cdot}94—1{\cdot}25.$$

Más szóval: *a vizeletben oldott electrolyt molekülök az összes molekülöknek közelítőleg állandó hányadát képezik; vagyis a vizelet szerves* (nem electrolyt) *s szervetlen* (electrolyt) *molekuljei közt közelítőleg állandó a viszony.* Hasonló eredményre jutott *Bugarszky J.* magántanár úr legutóbbi időben (jelen vizsgálataimnak már befejezése után) közölt dolgozatában.[1]

Keringési vagy veseinsufficientia, továbbá *láz* fennállása *esetén* a fenti viszony meging, ide tartozó esetekben

$$\frac{\triangle}{V} = 1{\cdot}31—2{\cdot}16$$

értékek között találtatott: azaz *az electrolytek relativ kiválasztása csökkent.* Ezen csökkenés általában lépést tart a klinikai tünetek sulyosságával.

Az itt közölt eredmények szorosan kapcsolatosak a *Korányi Sándor* tanár idevágó vizsgálataiban megállapított szabályosságokkal s azokból levont következtetésekkel, miről részletesen a végleges közleményben lesz szó.

Hypertrichosis gyógyitása Röntgen-fénynyel.

Jutassy József dr.-tól.

A mult év folyamán néhány közlemény jelent meg külföldi természettudományi és orvosi szaklapok hasábjain, melyek a Röntgen-fénynyel történt kisérletezések közben fellépett dermatitis és részleges alopecia leirásával foglalkoztak. Már akkor gondolkoztam azon, hogy az x-sugaraknak ezen kellemetlen mellékhatását nem lehetne-e a therapia czéljaira értékesiteni s egyelőre a hypertrichosis gyógyitását vele megpróbálni, annyival is inkább, mert erre több oldalról directe fel is szólitottak. Midőn pedig *Fuchs, Leppin* és *Feilchenfeld* rövid közleményei után *Marcuse Vilmos* dr. Berlinben egy positiv esetet mutatott be s a Deutsche Med. Wochenschrift 1896. 30. számában a spontan kihullott szőrszálak górcsövi vizsgálata révén azt is közölte, hogy az illető szőrök teljesen degenerálódnak, 1896. szeptember havában egyszerre 3 betegen kezdettem meg a kisérleteket.

A kathod-sugaraknak előállitására akkor egy 20 cm. szikratávolságú Ruhmkorff-induktort s a Kiss-féle millenium-

[1] Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből. 1897.

lámpát alkalmaztam; az induktor primaer áramát egy Hirschmann-féle 12 voltos accumulátorból nyertem. A kisérleteket egy 18 éves és egy 37 éves nő egy-egy arczfelén és egy 19 éves nő felső ajkán közvetetlen közelről tettem, még pedig *Marcuse* esetének nyomán 14 napon át naponként 15 perczig, ámde a nélkül, hogy a legkisebb fokú bőrelváltozást láttam volna az exponált arczrészeken.

Majd október 8-dikán olvasván *E. Sehrwald* esetét — a ki egy 13½ éves fiú mellén 45 percznyi egyszeri exponálás után heves dermatitist látott — a 37 éves nőbetegem jobb arczfelét teljes egy óráig exponáltam a kathod-sugaraknak s midőn a kritikus 14 nap mulva semmi hatást sem tapasztaltam, november elején ugyanezen eljárást megismételtem, de — lehet, hogy készülékem gyenge avagy hiányos voltánál fogva — minden várakozásomban csalatkozván, a kisérleteket, mint meddőknek vélteket, abbanhagytam.

Folyó év elején azonban *Freund Leopold* dr. a bécsi orvosegyesületben bemutatott s a Wiener Med. Wochenschriftban leirt egy óriási naevus pilosus esetet, melyet Röntgen-fénynyel sikerült meggyógyitania annyiban, hogy a 9 éves gyermek egész hátát beborító dús szőrnövés 20—42 órai exponálás után — egy óriási dermatitis kiséretében — teljesen kipusztult. Miután erről személyesen meggyőződtem és láttam, hogy a kihullott szőrök még körülbelül két hónap mulva sem nőttek újra, erős meggyőződéssel vettem újra gyógykezelésbe egy nagyfokú hypertrichosis esetet.

Minthogy pedig ez esetben az eredményt oly szépnek és sikeresnek tudom, a milyen eddig le nem iratott s minthogy oly tapasztalatokat sikerült szereznem, melyek szerény nézetem és *Schwimmer* tanár úr véleménye szerint (ki ez esetet kiváló érdeklődéssel és beható figyelemmel szemlélte meg) a hypertrichosisnak — ezen gyakran igen kellemetlen bajnak — gyógyitásában vivmánynak nevezhetők, közölni kötelességemnek tartom.

F. Gizella, 18 éves leány, f. évi április 2-dikán hypertrichosisának kiirtása végett fordult hozzám. Előadja, hogy 3 év óta folyton erősebb és sűrűbb szőr növi be testét, különösen arczát és mellét, jóllehet már mindenféle szőrvesztő szert megpróbált és csiptetővel napjában százával tépkedi ki őket. Atyja 54 éves, születése óta hebeg, egyébként egészséges; anyja 44 éves korában vérmérgezésben halt meg, neki valamint 3 idősebb nőtestvérének fölösleges szőrnövésük nincs és nem volt. Ő egészségesnek érzi magát, gyermekkorában vörhenyben feküdt, más súlyosabb betegsége nem volt; nagy evő, pajkos, tanulékony gyermek volt. Serdülő korában nagy testi ereje, férfias külseje s az a körülmény, hogy szakála, bajusza nőtt, havi baja ellenben még 17 éves korában sem jelentkezett, arra inditotta atyját, főleg pedig mostoha anyját, hogy sexualis viszonyaira nézve szakértővel vizsgáltassák meg. 1896. májusban Tauffer tanár narcosisban megvizsgálván, nyilatkozatot állitott ki számára, hogy mint kétségtelenül nő, minden pillanatban férjhez mehet.

A beteg középtermetű, erősen fejlett; feje, keze, lába feltünően nagy, nyaka vastag, hangja mély, háta görnyedt, járása esetlen. Mellüri és hasi szervei rendesek, csak nemi organumaiban tapasztalható annyi eltérés, hogy a nagy ajkak igen laposak, mammái alig vannak, azok tapintása inkább zsirszövetet mint mirigyszerkezetet árul el; a bimbók kendermagnagyságuak, azok udvara egy krajczárnyi és igen világos.

Menstruatiója még nem volt, de tudja, hogy atyai részről nagyanyja és két nagynénje szintén igen későn, már férjezett korukban kapták meg ezt.

Haja rövid, göndör, serteszerű, nehezen fésülhető; szemöldökei sűrűek, sötét gesztenyeszinűek. Mindkét arczát, felső ajkát, állát és nyakának mellső részét rendkivül sűrű, rövid, erős, gesztenyeszinű szőr boritja, ennek folytatásaként egész mellét a hónaljvonalokig sűrű, göndör, feketeszinű, hasát pedig már kevésbbé sűrű, kevésbbé sötétszinű és egyenes növésű puhább szőr fedi.

Ezen rendkivül nagyfokú hypertrichosisnak gyógyitását *elektrolysissel* kezdettem meg a jobb arczfélen, még pedig szokás szerint 3—4 miliampère feszültségű constans árammal, délelőtt és délután egy órát dolgozva. Miután azonban úgy a beteg, mint szülei beleegyezésüket adták, hogy a mellen Röntgen-fénynyel kisérletezhessek, április hó 4-dikén e kisérleteket meg is kezdettem, a nélkül, hogy az elektrolytikus munkát abbanhagytam volna.

A kisérletek Kiss Károly tanár Röntgen-laboratoriumában történtek, még pedig a legintensivebb x-sugarakkal, melyeket a laboratorium produkálni tud, t. i. melyek egy felnőtt férfi kezéről 2 perez alatt, egy medenczéről pedig 25—30 perez alatt adnak éles photogrammot. Egyéb mérőeszköz (skála) hiányában a munkára használt sugarak intensitásának jellemzésére feljegyzem, hogy az accumulatorokból nyert primaer áram ereje 20 Volt, feszültsége 15 ampère volt; a Koch-féle Ruhmkorff-induktor szikratávolsága 25—30 cm., higanyszaggatóval; a König-féle gömbalakú lámpa körülbelül egy liter űrtartalmú, 3 elektroddal és platintükrökkel; a lámpa vacuuma melegithető szénrudacska segélyével szabályozható.

A beteg ült; a lámpa a sternum kardnyújtványa irányában úgy helyeztetett el, hogy a kathod-sugarak 10—14 cm. távolságról estek a mezitelen testfelületre. A sugarak alsó határa az utolsó bordaivig terjedt, a felső határsikot azonban szabályozni kellett, hogy a sugarak az alsó ajaknál magasabbra ne hatoljanak; ez egy 4 mm. vastagságú, nagy ólomlemezzel történt, mely egy állványon az alsó ajk magasságában fixiroztatott oly közel az arczhoz, hogy az orr hegye a lemezt éppen érintette. Ennek elővigyázatból kellett történnie, nehogy a hatékony sugarak a szemöldököt, a szempillákat s a fej hajas részét érhessék. A mellen pedig, épen a sternum közepére egy ugyanolyan vastagságú, 6 cm. hosszú és 4 cm. széles ólomlemezt ellenőrzés czéljából alkalmaztam.

Ily előkészületek mellett napjában 4 órán át történt az exponálás, melyet a *Freund* esetének közép időtartamára, azaz 30 órára terveztem; a működő induktor azonban, mely délelőtt két órán és délután két órán át dolgozott, április 7-dikén délután felmondta a szolgálatot, s ekként a kisérletezés folytonossága megszakittatván, 14 órai exponálás után a kisérletet abbanhagytam. E közben és ezután a következőket tapasztaltam.

Április 5-dikén reggel (4 órai exponálás után) a kisérletek megkezdése előtt teljesen normalis fehér bőrön elszórtan, 4—5 helyen igen gyengén vörösödő lencsenagyságú foltocska s a lámpa irányában a szőrtüszőknek megfelelőleg 8—10, mákszemnyi vörös kiemelkedés volt látható, melyek kezdődő pustulák benyomását tették.

Április 6-dikán reggel (8 órai exponálás után) a diffus foltok összefolytak s a napsütéshez (Chloasma calorium) hasonló vöröses elszinesedés a lámpával egy irányban férfitenyérnyi terjedelmet nyert; a pustulák se nem fejlődtek, se nem szaporodtak.

Április 6-dikán este (12 órai exponálás után) a hyperaemia az egész mell felületére kiterjedt, kivéve azt a négyzet alakú bőrfelületet a sternumon, mely az ólomlemezzel el volt takarva; ez alatt a bőr megőrizte normalis színét. A pustulák ekkor az egyöntetű vörösségben eltüntek, újak nem keletkeztek.

Április 7 dikén délben (14 órai exponálás után) a vörösség a mellről felterjedt a nyak mellső részére egész az állig. *Ekkor a kisérlet abbanmaradt*; az exponálás alatt, valamint az időközökben a beteg közérzete nem változott, légzése szabályos, érverése állandóan 80—84. Hogy a szivcsúcslökés erősödött volna s hogy itt kis systolikus zörej keletkezett volna, a mint azt *Benedikt* (Bécs) és *Sehrwald* (Berlin) állitják, nem tapasztaltam. Csontaffectio, a mint egy ily esetet *Gilchrist* leir, nem észlelhető.

Az erythema napról napra erősödött, április 10-dikén a beteg először panaszkodott viszketésről s miközben az erythema bordóvörös lett, a viszketés tűrhetetlenné kezdett válni; a szőrszálak azonban igen erősen állottak, csipeszszel csak nehezen voltak kihúzhatók s hosszaságukban növekedtek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem gyógyszertani intézetéből.

Az opium alkaloidák hatása a bélmozgásokra.

Irta: *Vámossy Zoltán* dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

Ilyen kimerítő és terjedelmes vizsgálatok után számomra nem maradt más hátra, mint hogy megismételjem ez utóbbi búvárok kisérleteit. Kisérleteimet — nem lévén módomban a *Ramm*[1] és *Pohl*[2] által ajánlott melegített szekrényben kisérletezni — kivétel nélkül a legelőször *Sanders-Ezn* és *Braam-Houckgeest*[3] által, továbbá a Spitzer, Nothnagel, Bókay és Jacoby által is használt 0·6%-os konyhasós fürdőben végeztem kisebb, nem éheztetett és éheztetett nyulakon. A nyulak narcosisáról *Bókay*[4] és *Jacoby*[5] meggyőző kisérletei folytán le kellett mondanom, miután az kisérleti eredményeimet fentebbi szerzők állitásai szerint befolyásolta volna. Kisérleteimet olyanformán végeztem, hogy a vízfürdőben felmetszett hasú nyulaknak fül-visszerébe 0·02 gm. morphinum hydrochloricumot fecskendeztem, miután előzőleg úgy a belek helybeli, mint a vagusok ingerlésével szemben való normalis ingerlékenységéről meggyőződést szereztem. Az eredmény az volt, hogy 0·02, sőt 0·04 gm. morphin után sem változott szembetünően a belek helybeli ingerlékenysége, konyhasójegeczczel érintésre minden esetben kaptam 1—2 cm.-nyi felfelé terjedő behúzódási hullámot.

A belek általános ingerlékenységének vizsgálatára a fulasztási eljárást — mint azt *Leubuscher*[6] is használta — teljesen alkalmatlannak találtam. Tracheotomizált nyulaknál, ha a légző csövet leszoritottam, első sorban is a belek edényeinek nagyfokú megszükülését és mozgások helyett a belek absolut nyugalmát tapasztaltam, még ha előbb mozgásban voltak is. Ez a tünet sok búvár azon észleletével, hogy a belekben gyenge hyperaemia lép fel, homlokegyenest ellenkezik és egész természetesen magyarázható a vérbeli szénsav felhalmozódásnak vérnyomási kisérleteinkből is ismeretes azon hatásával, mely szerint a szénsav felhalmozódás izgatja a vasomotorikus centrumot, s ebből az izgatásból valószinüleg a splanchnikusnak is kijut, legalább a hasüri edények megszükülése okvetlenül a splanchnikus izgalmára vezethető vissza, s nagyon valószinű, hogy ebben a bélmozgást gátló rostok is részt vesznek, s ez az oka a belek nyugalomba jövésének (ennek előidézésében még az anaemia is szerepelhet). Igaz ugyan, hogy a szénsav felhalmozódás a vagus agybeli centrumait is izgatja, a mit az erősen meglassult pulsusból is bizonyosra vehetünk; a vagus pedig a belek mozgató idege volna (legalább az eddigi vizsgálatok szerint, noha újabban *Jendrássik E.*[7] ez iránt alapos kételyeket támasztott; szerinte a vagus tisztán érző, s az izgatására létrejött zsigeri mozgások reflectorikusak), azonban a fentebb leirt kisérleti eredményeim alapján azt kell felvennem, hogy a fulladás kezdetén ez a centralis vagus izgalom gyengébb, mint a splanchnikus és a vasomotorikus izgalom, s ez a viszony áll fenn a két izgalom között még az asphyctikus görcsök beállásakor is. Csupán akkor láttam bélmozgásokat megindulni, mikor már az asphyctikus rángások is megszüntek, a nyúl teljes bódulatban volt, de ekkor sem léptek fel valami nagyon intensiv módon. Mivel a belek anaemiája legtöbbször még ekkor is fennállott, a most beálló spontan mozgásokat csakis a gátló rostok functio képtelenségével vagy a túlsúlyra jutott vagus izgalommal lehet magyarázni, s én valószinübbnek tartom az első feltevést, tekintve a nyúl hüdéses állapotát. A nyulak egy ilyen fullasztási kisérlet után csakis néhány perczen át folytatott mesterséges légzéssel voltak magukhoz téríthetők, s hogy a szervezet ilyen megrázkódtatásával járó kisérleteket egy és ugyanazon állaton 6—8-szor is megismételni eredményeim tisztasága érdekében nem tartottam czélszerünek, az nagyon természetes; de nem is lehetett, mert a fulasztás ismétlésekor mind későbbi stadiumban, s mind gyengébben kaptam bélmozgásokat. Ez nem mond ugyan ellent *Bókay*[1] azon állitásának, hogy a szénsav akár a bélcsatornában, akár a bélfalzat edényeiben halmozódjék is fel, bélmozgató ingert képez, mert a postmortalis, sokszor órákig eltartó bélmozgásokat, midőn már ideges központi ingerületeket fel nem vehetünk, másra, mint a bélmozgató dúczoknak a vérben felhalmozódott szénsav által létrejött ingerületére, nem vezethetjük vissza; mégis a fullasztást az élő állaton — mint olyant, a melynek más hatalmasabb hatásai is vannak — nem használhatjuk fel a belek normalis ingerlési viszonyainak kipróbálására.

Ezért megmaradtam a kipraeparált vagusok ingerlése mellett, a mivel a nem éheztetett állatok belein mindig tudtam hol erősebb, hol gyengébb mozgásokat provocálni, mig az éheztetett, összeesett belekkel biró nyúlnál a vagusok ingerlése többnyire hatástalan volt, mig a mellékveséket ki nem irtottam, vagy a splanchnikusokat át nem metszettem (Jacoby). Már 0·02 gm. morphin venába fecskendése után is a belek ingerlékenységi viszonya a vagus izgatással szemben jelentékenyen csökkent. Mivel tehát a helybeli ingerlékenységi viszonyok nem változtak, a vagus izgatásra azonban csökkent a reactio, a tünetet úgy magyarázom, hogy a vérbe fecskendett morphin nem fejtheti ki fontos *helybeli* hatását a bélfalzatban (csupán a mennyiben ott kiválasztatik, ez azonban úgy látszik csekély), de a *központ bódítása útján csökkenti a bélmozgató központ reflexingerlékenységét a vagusnak, mint érző idegnek izgatásával szemben.* Hogy a splanchnikus izgalmának van-e valami része ebben a dologban vagy nem, azt úgy igyekeztem eldönteni, hogy egy a többivel egyenlő, typikus magatartású bélkacshoz vezető mesenteriumot az összes edényekkel és idegekkel együtt lekötöttem és átmetszettem; ez azonban azon bélkacs magatartásán nem sokat változtatott. A toxikus adag morphinra Nothnagel által emlitett II. stadiumot, azaz a splanchnikus hüdésével járó erős peristalticát soha sem láttam beállani.

Most kiirtottam Jacoby eljárása szerint a mellékveséket,[2] mire egy eset kivételével azonnal spontan bélmozgások léptek fel még az éheztetett, összeesett belü állatoknál is. Azon emlitett egy esetben úgy látszik nem volt tökéletes a bal mellékvese kiirtása vagy az anatomiai viszonyok voltak eltérőek, mert elégséges volt csupán a baloldali splanchnikust eltépnem, hogy némi belöveltség mellett a spontan bélmozgások megindúljanak. A kiirtott mellékveséjü nyulaknál a normalis körülmények között észlelt bélmozgások intensitása vagus ingerlésre igen erős volt, de morphin venába fecskendése után minden esetben csökkent; igy tehát központi gátlás emelkedéséről, mint azt *Cloetta* és *Fihlene*[3] felveszik, nem lehet szó, hanem ez is előbb kifejezett nézetünkkel van összhangzásban. A belek helybeli ingerlékenysége most még kevésbbé változott, konyhasó-jegeczczel érintésre mindig 5—6 cm.-nyire felfelé haladó behúzódást észleltem, még akkor is, ha az állat már comatosus volt a morphintól.

Kisérleteim második sorozatában a morphint direct a bél üregébe vittem és ezen eljárás mellett minden esetben Jacoby-val egyező eredményeket kaptam. Azon bélkacs veszitette el legelőször ingerlékenységét, a melybe a morphint vittem, még helybeli ingerekkel szemben is, hogy azonban a NaCl-jegecz még helybeli behúzódást se hozzon létre, azt a legnagyobb adagokkal sem sikerült elérnem, valószinű tehát, hogy a morphin nem okoz absolut bélhüdést, hanem csupán az idegapparatus ingervezető képességét függeszti fel, minek

[1] Ueber Bittermittel. Historische Studien aus dem Pharm. Instit. zu Dorpat. II. kötet, 1890. 1. old.
[2] Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. XXXIV.
[3] Pflüger Archivuma VI. k. 1872.
[4] Experim. Beiträge zur Kenntniss der Darmbewegungen. Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm. XXIII. k. 1887. 209. old.
[5] Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. XXIX.
[6] Deutsche med. Wochenschrift 1892. 179. old.
[7] Jendrassik E. Magy. Orv. Arch. V.

[1] Bókay Á. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. XVIII.
[2] Operatio leirását l. Archiv f. exp. Path. u. Pharm. XXIX. k. 186. old. (Jacoby).
[3] Arzneimittellehre X. kiadás.

*

következtében elmarad a felfelé haladó hullám. Ugyanezt mutatta ki *Pohl*[1] a kaliumsókra nézve, melyekről Nothnagel után azon nézet volt elterjedve, hogy csupán az izomelemeket ingerlik, s ezért okoznak csak helybeli behúzódást.

Ha a morphin bélbe adagolása után egy-két percz mulva ingereltem a vagusokat kiirtott mellékveséjű állatoknál, az a bélkacs, a melyben a morphin-oldat volt, nem mozgott, míg a belek többi részlete mozgásba jött. Ezen bélmozgás által azután a morphin a bélhuzam hosszabb részletébe jutott el, s újabb 5 percz mulva már hosszabb bélrészlet, 5—10 percz mulva az egész bélhuzam nyugalomban maradt vagusingerlésre, s mindenütt csak helybeli behúzódást észleltem a konyhasó-jegeczczel érintésre. Ezen esetben tehát főleg azt tartottam fontos leletnek, hogy a *helybeli ingerekkel szemben is jelentékenyen csökkent a bélfalzatban levő idegapparatus ingerlékenysége és ingervezetőképessége.* Hogy itt milyen idegapparatusról lehet szó, azt hiszem nem tévedek, ha a bélfalzatban levő érző és mozgató, sőt talán a gátló idegdúczokat tekintem megtámadottaknak, mint a melyek a központtól függetlenül irányozzák, emelik vagy csökkentik a bélmozgásokat, s ez magyarázná meg szerintem a belekbe vitt kicsiny, általános hatásokat még épen nem okozó morphin vagy opium székrekesztő hatását. Hogy az esetleg jelenlevő gátló dúczok bódítását is említem, azt azért teszem, mert nem tartom valószinűnek, hogy a morphin általános bódító hatásával ellenkezőleg épen ezen apparatust izgathatná; a gátló dúczok jelenléte azonban a splanchnikusok átmetszésére mindig beálló erős bélmozgások folytán meglehetősen kétséges, mert ez a tünet azt mutatja, hogy az átmetszéssel a belek mintegy teljesen felszabadultak az őket fékező befolyások alól.

A vagusok izgatásának teljesen eredménytelen volta részint ezen utóbbi, részint a már előbb kifejtett nézetünkkel magyarázható. Ha a vagust érző idegnek veszszük fel Jendrássik szerint, akkor egyrészt az ingerületnek reflex áttevődése ellen vettetik gát a központban, ennek a felszivódott morphin által történt bódítása következtében, de ha itt nem is törnék meg az ingerület, a mi valószinű, mert hiszen a belekbe vitt kevés morphinnak resorptiv hatásai alig vannak, megtörik az akkor, mikor már mozgató ingerületté változva a központtól futó pályákon (sympathikus?) a bélfalzathoz érkezik, hol — a mint látjuk — a mozgató végkészülékek hűdve vannak. Ha a vagust a belek mozgató idegének tekintjük, akkor izgatásának eredménytelen volta egyszerűen ez utóbbi módon magyarázható, nevezetesen az ingerület eljut ugyan a bélfalzatig, de itt nem válthat ki összehúzódásokat. De legközelebb fekvő az a feltevés, hogy a belekbe vitt morphin a bélfalzat érző idegvégkészülékeit teszi az ingerekkel szemben érzéketlenné, s így annak reflexei nem támadhatnak, s megszünvén az ok, elmarad az okozat — a bélmozgás.

Egészséges vagy beteg embernél a vagusok izgatásáról szó nem igen lehet, emberek hasmenésénél, kivéve a psychikus hasmenéseket; a legtöbb esetben helybeli ingerekről és helybeli reflex túlérzékenységről lehet szó. Ilyen esetekben tehát a morphin illetve opium per os alkalmazva, csakis helybeli hatása folytán fejt ki hatást.

Még meg kell emlékeznem a mérgező adag morphin azon hatásáról, a mit sok szerző említ, hogy t. i. véres hasmenést okoz! Ezt Nothnagel, Cloetta-Filehne splanchnikus hűdéssel magyarázzák; ezzel szemben utalok arra, hogy sem Jacoby, sem Pohl, sem én nem láttunk óriási adag morphin után sem intensiv bélmozgásokat, s embernél ezt a tünetet Kobert[2] szerint nem is észlelték, csakis elhúzódó mérgezéseknél. Ez utóbbit Cloetta is concedálja és magyarázatára bizonyos időbeli különbségeket hoz fel a splanchnikus hűdés és a teljes bélhűdés között embernél és állatnál. Szerinte az embernél beáll a teljes bélhűdés mielőtt a splanchnikus bénittatnék, s így most már a gátló hatányok kimaradására sem állhatnak be bélmozgások. Ezzel szemben utalok a Jacoby és a saját leletemre, ugyanis, hogy totalis bélhűdést egyszer sem észleltünk. A nem gyors halállal végződő mérgezéseknél fellépő véres hasmenést Kobert a következőleg magyarázza: „In der zweiten Phase handelt es sich um Ausscheidung des Morphins durch die Darmschleimhaut und *dadurch bedingter heftiger Reizung derselben,* die sich in blutigen Durchfällen kundgiebt.“ Továbbá: „Stehts geht Erbrechen voran. In beiden Entleerungen ist Morphin *reichlich* nachweisbar.“

Miután ezen tünet magyarázatára csupán nyulakon végzett kisérleteim semmi felvilágositót, hacsak nem épen tagadó választ, nem adtak, magyarázatába nem bocsátkozhatom, hanem csupán a kételkedők sorába állok és a nagy tekintélyű Kobert nézete előtt meghajlok.

Kisérleteimet opiummal végezve, valami szembetünő hatásbeli különbségeket nyulaknál nem tapasztaltam; a borszesz által okozott csekély hyperaemia megszünte után (tincturát használtam) a bél épen olyan nyugodtan viselkedett, mint morphin után.

(Folytatása következik.)

[1] Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. XXXIV. 95. old.
[2] Lehrbuch der Intoxicationen. 1893. 555. old.

Közlemény a Korányi Frigyes egyet. ny. r. tanár vezetése alatt álló egyetemi I. belkóroda laboratoriumából.

A Widal-féle serodiagnostikáról.

Irta: *Deutsch László* dr., kórodai gyakornok.

(Vége.)

Az irodalomban a vizelet agglutináló hatásáról csak itt-ott találtam s akkor is nem felbátoritó adatokat. *Widal* s *Sicard*[1] úgy találták, hogy ha typhusos vizeletnek közvetlenül a kiürités után vett cseppjét 10 csepp culturával keverték, az így nyert praeparatum elég gyakran mutatta a jellemző csoportosulásokat, de szerintük az eredmény inconstans és a próba intensitása változó. A mi azonban még sokkal fontosabb, ők ép emberek vizeletében is birtak néha hasonló módon agglutinatiós tüneményeket kimutatni. Ezért a vizelet viselkedéséből ők következtetést nem vonnak. Majd *Achard* s *Bensaude*[2] hasonló irányú vizsgálataik alkalmával a vizelet agglutináló képességét változónak találták; ők azonban nem typhosus vizeleteket ily irányban meg nem vizsgáltak. Nézetük szerint talán a vesében levő nyomásnak változó volta egyik tényezője e viszonyoknak; magának a vesének szöveti épségétől a próba annál kevésbbé függhet, mert a reactiót biztos veselaesio (fehérje vizelés) esetén sem kapták bizonyossággal.

E negativ leletek egész határozottsággal szólnak, úgy hogy azóta senki sem vizsgálta meg a vizeletnek agglutináló hatását pontosan. Theoretikus okoskodások a mellett szólnak, hogy a vizelet, mely — igaz — specialis hámsejtek működése következtében a vérből szürődik át, az agglutináló principiumot tartalmazhatja. Mert igaz ugyan, hogy a kérdéses „agglutinin“ dialyseurön át nem szürődik[3] s ennek megfelelőleg ott a hol tisztán vagy legalább legnagyobb részt osmotikus viszonyok szerepelnek, például anyával összefüggő magzat vérében, *Etienne*[4] a reactiót nem kapta meg, *Achard* s *Bensaude*[5] hasonlóképen ugyanazt találták, majd *Widal* s *Sicard*, *Achard* s *Bensaude* a cerebrospinalis folyadékban hasztalan keresték az agglutináló hatást; ily eredményre jutott *Bordet*[6] is a lekötött testrészek oedema folyadékára nézve, másrészt azonban *Achard* és *Bensaude* ugyancsak oedemás savóban s immun nyúl cysta hydatidosájának nedvében kapott positiv reactiója bebizonyitotta, hogy az emberi s állati test hártyái az agglutininre nézve a dialyzáló hártyától eltérő akadályt képeznek. Hogy pedig a

[1] Sem. méd. 1896. 295. l.
[2] L. c.
[3] Achard s Bensaude l. c.
[4] Presse méd. 1896. 465. l.
[5] L. c.
[6] Cit. Achard után.

hám maga legyőzhetlen akadályként nem szerepelhet, azt azon számtalan észlelet mutatja, mely a reactiót positive nyujtó mirigyváladékokra vonatkozik, minők a tej, epe, könyek.

A kérdés, melyet kitűztem, két részre oszlott; először is, megvan-e a vizeletnek agglutináló hatása, s ha igen, az előbbi vizsgálók kétes eredményeinek mi képezte okát.

Már első vizsgálataim alkalmával (1896. november), melyeket a kórodán fekvő biztos typhusbetegünk vizeletével végeztem, a Widal szerint készített górcsövi készítményeken constatálhattam, hogy az agglutináló hatás megvan, de a vérénél sokszorta kisebb. Míg a vér 1 : 10 higitásban már 15 perez mulva teljes reactiót nyujtott, addig e higitásban a vizelet-cultura keverékben még 2—3 óra mulva is a typhusbacillusok tánczoló mozgása ép oly élénk volt, mint kezdetben; egyes csoportosulásokat a praeparatumban csakis 24 óra mulva láthattam, melyek azonban az időközben (37° thermostat) kifejlődött milliónyi egyéb, a vizeletből származó bacteriumok mellett egészen eltünők voltak, s csak kereséssel voltak vagy a csepp fenekén vagy a fedőlemezhez ragadtan felismerhetők. A higitást ezután, mindig vérkontrollpróba mellett, fokozatosan gyengitettem s úgy találtam, hogy ezen első esetem vizelete constans s aránylag elég gyors agglutináló hatást csakis 1 : 2 (= háromszoros) higitásban szolgáltatott. Ekkor ugyanis, ha a vizeletet előzőleg pontosan közömbösitettem, mire annál is inkább volt szükség, minthogy a typhus-vizelet rendkivüli savanyúsága folytán könnyen zavarhatta volna a typhusbacillusok mozgását, a készitményben már 2—3 óra mulva a characteristikus szabálytalan elrendeződésü tömegek jelentek meg, ezek további 8—10 óra mulva minden látótérben fel voltak találhatók s a készitmény sötét alap felett is szabad szemmel a fentebb emlitett pettyes képet mutatta. A vérpraeparatumokkal való összehasonlitás azonban a vizelet készitmények hátrányára ütött ki, minthogy ezekben az összecsapzott typhustömegek közt élénken mozgó bacteriumoknak myriádja volt látható, melyek nyilván a vizeletből átvitt csíroknak sarjadékaiul voltak tekinthetők.

Tehát ez előzetes kisérleteim már némiképen elegendő támaszpontját nyujtották a szerzők inconstans eredményei magyarázatának s kulcsát szolgáltattak azon módszernek, melynek segitségével a vizeletnek, bár a vérénél csekélyebb, de még mindig elég jelentékeny agglutináló ereje diagnostice felhasználható. Ugyanis, ha a vizeletet rögtön a kiürités után is fogjuk fel, a nyilván már az urethrából odatapadt csírok pár óra alatt a typhus bacillusok mellett annyira elszaporodnak s azoktól oly nehezen különböztethetők meg függő cseppben, hogy a próba negativ értelmezését okozzák. E lehetőség tudtunkkal az eddigi szerzőknél kizárva egyáltalán nincsen.

A vizeletnek a bacteriumoktól való megtisztitása képezte ezért feladatomat. Katheterezni két okból nem akartam a betegeket, először is mert diagnostikai czélból súlyos beavatkozásnak tartom, másodszor, mert ismeretes, hogy typhusnál a sterile felfogott vizelet elég gyakran tartalmaz a bélből bevándorolt bacteriumfajokat (colibacillus); ez utóbbi okból az urethrának a vizelés előtt való kimosását sem végeztem.

A csíroknak eltávolitására vagy elpusztitására három mód állott előttem: *a)* porcellánszürőn való átszürés, *b)* thermikus behatások, *c)* vegyi szerek. A porcellánszürő használatától *Achard* s *Bensaude* nyomán el kellett állanom, mivel az az agglutinint tejből s vizeletből visszatartja. A hő útján szintén nem juthattam czélhoz, minthogy arról könnyen győződhettem meg, mit már *Widal* tanitványai régen találtak, hogy a felforralás az agglutináló hatást rövid idő alatt tönkre teszi. A fractionált sterilizálást pedig annál kevésbbé vehettem igénybe, minthogy ez több napig tart, s igy gyors diagnostikai módszernek nem használható.

Tehát csakis vegyi ágensekhez folyamodhattam; s ezek közül első sorban a carbollal kisérleteztem, melylyel szemben, mint ismeretes, a typhusbacillus nagy ellenállást fejt ki.

A carbolra vonatkozó első kisérleteimből az derült ki, hogy a vizeletbe tett 1—2—3‰ carbol annak a thermostatban (37°) 24 óra alatt való megzavarodását meg nem gátolja, 4‰ mellett a zavarodás igen csekély s 5‰-nél a vizelet egészen tiszta marad. Ha még több, pl. 1% carbolt tettem a vizeletbe, úgy az 24 óra alatt akkor is megtisztult, ha előzőleg bacteritikus eredetű zavarodást mutatott, melyet a filterpapir átbocsátott volt; s ekkor a bacteriumok fehéres üledék alakjában a kémcső fenekére gyültek össze. Az ily vizelet felső rétegéből vett csepp tenyészgelatinán culturát nem adott, azaz az 1% carbol a vizelet rendes bacteriumait 24 óra alatt elpusztitotta volt.

Az igy desinficiált vizeletből a carbolt valamely úton most el kellett távolitanom, hogy a typhusbacillusnak mozgóképességét ne gátoljam meg. Minthogy a megkisérlett vegyi lecsapási (bromviz) módszer kivitelében nehéznek mutatkozott, arra a gondolatra jöttem, hogy a carbolt nem is szükséges eltávolitanom. Minthogy a bacteriumokat a desinficiens anyag csak bizonyos töménységben támadja meg, lehetőnek látszott a carbol százalékos mennyiségének utólagos megkisebbitése útján a bacillus typhi számára még aránylag kedvező mediumot készithetni. Mert ha pl. a kémlelendő vizeletet magába a culturába öntöm át, ha az 1% carbolt tartalmazott, s az elkevert mennyiségek egyenlők voltak, akkor a vizelet + cultura keverék carbol tartalma 5‰ lesz, ha két annyi culturát veszek, mint vizeletet, úgy a carbol mennyisége $3\frac{1}{3}$‰ stb.

A carbolnak azt a maximalis százalékát kellett ezért meghatároznom, mely mellett a typhusbacillus nemcsak hogy jól tenyész, hanem az agglutinatiót is kellő intensitással adja. Az első pontra nézve megerősithettem azt a régi tapasztalatot, hogy a 4‰ carbolos táptalajban a typhusbacillusok mozgása a carbolnélkülihez képest alig mutat eltérést (bouillon-cultura), míg már 5‰-nél szaporodnak ugyan, de gyengén s mozgásuk is gyenge, inkább ingaszerü, tova nem haladó. A mi a második feltételt illeti, könnyen constatálhattam, hogy az 1—4‰ mennyiségü carbol a kisérletképen erre felhasznált hólyagserum kémcsőculturáknál az agglutinálás mechanismusát nem gátolta.

Meg kell jegyeznem, hogy ismeretesek előttem azon észleletek, melyek szerint a serumreactiónak a bacillusok mozgóképessége nem szerepel föltételeként, tudom, hogy *Widal* a phenollal mozdulatlanokká tett bacteriumoknak is látta agglomeratióját. Akkor azonban *Widalnak* e közlése még meg nem jelent, s igy a carbol hatását magamnak kellett megvizsgálnom.

Megvoltak igy azon adatok, melyekre a vizelet kémcsőpróbához, mint a melyben a pontos arányositás könnyen keresztülvihető, szükségem volt s ezek alapján methodusom ez volt.

A vizeletet (natrium carbonicummal ill. hig sósavval, ha már állott és alosan erjedt volt) pontosan közömbösitettem, vagy kissé savi kémhatásúnak engedtem, átszürtem s belőle 10 cm.-t pipettával a steril kémcsőbe vittem át; erre annyi carbolt tettem be, hogy százalékos mennyisége 1·2% legyen. Ennek kivitelét kétféleképen ejtettem meg: 1. lemértem 12 cgm. kristályos carbolt, 2. 5% carbol-oldatból 2·4 cm.-t mértem le s öntöttem a vizelethez. A kémcsövet erre vattadugaszszal elzártan 24 órára thermostatba tettem egy más steril bouillonos kémcsővel együtt, melyet typhusbacillussal frissen beoltottam volt. 24 óra mulva a teljesen tiszta vizeletből annyit öntöttem a sürün zavaros culturához, hogy a keverék mennyisége a culturának $1\frac{1}{2}$-szerese lett, másszóval a typhusbouillon folyadékoszlop magasságának felét öntöttem abba be. Eleinte ugyan kalibrirozott kémcsövekkel dolgoztam, mint melyekkel tökéletes pontosságot értem el, de tapasztalataim szerint már kis gyakorlattal is szemmértékünk vezetése mellett nagy hibát nem csinálunk. A vizelet-kultura keverékét vattadugaszszal megint elzártam, megráztam nehányszor, azután 6—12 órán át szobahőnél tartottam.

Ily módon oly folyadékot kaptam, a melyből a vizelet csírtartalmát kizártam, a nélkül azonban, hogy agglutinatiós képességét kizártam vagy a typhusbacillusokat életműködésükben meggátoltam volna.

A leirt methodussal az első typhusos beteg vizeletére vonatkozólag az derült ki, hogy míg a kontrollkészítmények, melyeket párhuzamosan minden egyes vizsgálattal egy acut lázas endocarditis s heveny lázas icterus vizeletével végeztem, 6—8—12 óra mulva ugyanazt az egynemű homályt mutatták, mint a keverés perczében s megrázva a cultura azt a selyemfényt mutatta, a milyet minden élő typhusbouillon ad, addig a typhuskémcső zavarodása már 3 óra mulva kisebb volt, apró szemek jelentek meg, melyek 6 óra leforgása alatt pelyhekké nőttek meg, s 12 óra mulva a kémcső tartalma ép úgy megtisztult, mint a serumpraeparatum, a bacterium halmazokból álló pelyhek itt is a kémcső fenekét foglalták el, vagy ha az ferdén volt a tartó edény falához támasztva, a pelyhek a kémcsőnek alsó oldalán helyeződtek el egyenes sorban, s csak megrázva süllyedtek ismét le. A reactio intensitása 24 óráig folyton nő, azután állandó marad; 2—3 napnál tovább azonban rendesen el nem tartható, minthogy a vizeletbouillon újra meg szokott zavarodni. Mi okozza a kémcső ez újolagos megzavarodását, vajjon mint a szerzők a serumreactiónál találták (Breuer), az agglutinált bacillusok kelnek-e újra életre, vagy talán a carbol a vattán át elillan s most a folyadékban az átöntésnél esetleg oda került csirok fejlődnek-e ki, meg nem vizsgáltam.

Ha a carbolos vizeletbouillon keverékből egy cseppet fedőlemezre téve, függő cseppben vizsgáltunk, akkor a már ismeretes agglutinatiós tüneményeket észlelhettük; 12 óra mulva totalis reactio képe volt előttünk.

A vizeletreactiót használhatóságára vonatkozólag a már említett két kriterium szempontjából ítéltem meg: 1. Vajjon az minden typhusnál megvan-e; 2. s csakis typhusnál van-e jelen.

Az első kérdőpontra vonatkozólag a következő esetek állottak rendelkezésemre: A kórodán 9 biztos klinikus typhus eset (Pillein, Zsömle, Faragó, Bereczki, Papp, Stacho, Antony, Schultz, Weisz) s a már említett gyanus eset, hol végezetül a typhus levissimus kórismét fogadtuk el (Takács); ezeknél nagyszámú vizsgálatot végeztem, a legtöbbnél a betegség lefolyásában mindennap egyet a gyüjtött 24 órai vizeletből. Ezeken kivül 2 biztos typhosus vizelet a szt. István-kórházból került vizsgálatom alá (Hutwaldner, Fürster), egy ugyancsak biztos esetből származó vizeletet a szt. Rókus-kórházból kaptam, s egy kétes eset vizeletéhez Korányi Sándor tanár úr kegyességéből jutottam, összesen ezek szerint 14 olyan esettel rendelkezem, mely előbb-utóbb typhusnak bizonyult.

Vizsgálataim eredményét a következőkben foglalom össze. A typhusvizelet 1:2 (3-szoros) higításban majdnem mindig ad erős, vagy gyengébb, de 12 óra mulva biztosan érzékelhető agglutinatiót.

Nagyobb higítások használatával az eredmény kétes és változó, azonban elég nagy számú esetnél kaphattam még 1:10 higítással is biztos positiv reactiót. A reactiót akkor kaptam meg a vizeletben, a mikor az a vérben megjelent; ingadozásai a vér agglutináló titerével nagyjában lépést tartanak. A reactio megjelenése napjától kezdve a reconvalescentia kezdetéig állandóan meg van s kimutatható, azonban kivételeket is észleltem, a mikor ugyanis néha egy napig agglutinatiót nem kaptam, míg az előző nap igen is, s az a következő nap megjelent. Ez ingadozások azonban elég ritkák. A reactióra a fehérje tartalomnak befolyása nem volt kimutatható; észleltem azt teljesen fehérjementes vizeletben intensive, máskor meg fehérje dús vizeletben kevésbbé találtam kifejezettnek. A fajsúlynak befolyása annyiban van, hogy a magasabb fajsúlyú vizelet concentráltabb lévén, erősebb hatást fejt ki; s ezért vizsgálataimnál az igen magas fajsúlyú, sötét vizeletet a próba megejtése előtt mindig jónak láttam 1·020 fajsúlyúvá higitani fel. A láznak befolyása olyae irányban észlelhető, hogy a mennyiben hatása alatt concentráltabb vizelet választódik el, a reactiót növeli, azonban, hogy magára az agglutinin kiválasztására befolyással nincs, bizonyította az az említett esetünk (Papp), melyben a vizelet agglutináló képessége a reconvalescentia alatt a vér agglutináló titrejével párhuzamosan rendkivül emelkedett.

A mi a második kérdő pontot illeti, vizsgálataim az említett lázas icterus s endocarditis acuta ulcerosa esetein kivül még 8 lázas (bronchitis putrida, 2 pneumonia crouposa, 3 meningitis cerebrospinalis, 2 phthisis acuta) és 7 nem lázas betegre (diabetes, ischias, emphysema, icterus cat., degen. cordis, hepatitis interstitialis, gastrectasia), azaz összesen 17 betegre s néhány ép egyénre terjednek ki. Ezek közül teljesen azonos kisérleti berendezés mellett egyetlen egyszer kaptam a vizeletben üledéket (gastrectasia), mely üledék a typhus csomóihoz nagyon hasonlított. A pontos vizsgálatnál az tünt ki, hogy a vizelet kisérleti hibából eredőleg nem volt kellőleg közömbösítve, hanem alos maradt kissé, minthogy a beteg, ki a gyomorerjedésből származó sav közömbösítésére sok magnesiát szedett volt, rendesen is erősen alos vizeletet üritett ki. Vajjon a kémhatás ölte-e el a typhusbacillusokat, természetesen ki nem mutathattam, erre utal azonban valószinüséggel az a tény, hogy a próbának másnap pontos közömbösítéssel végzett megismétlése negativ eredményt nyujtott.

Ez esetet kivéve nem volt oly vizeletpróba a nem typhusok között, hol 12 óra mulva a kevés vagy minimalis, laza, porszerű üledéknél több gyült volna egybe.

A próba egyszerű, s kivitele nehézségekbe nem ütközik; csakis arra jó ügyelni, hogy a bouillon a typhusbacillusra kedvező talaj legyen, azaz 24 óra mulva már egészen zavaros cultura álljon rendelkezésünkre, hogy úgy az $1^1/_2$-szeresére higított cultura is még mindig elegendőleg zavaros legyen, mert csak igy feltünő a kémcsövi reactio.

A górcsövi reactiót vizeletre vonatkozólag ritkábban végeztem, minthogy tekintve a próbának hosszú időre (10—12 óra) való elnyulását, annak állandó górcsövi észlelése úgy sem volt lehetséges.

A mi eredményeimet illeti, melyeket a vizelet vizsgálata útján nyertem, azok a vér s hólyagserum próbáival parallel módon haladtak ugyan, azonban egy-két esetünkben a vizelet vizsgálata fontosnak bizonyult. Igy az előbb már (269. lap) említett 2 szt. István-kórházi esetben, midőn két betegre vonatkozólag, kik közül az egyik meningitisnek, a másik typhusnak klinikus képét mutatta, a hólyaghúzó serumpróba épen a tényleges viszonyokkal ellentétes reactiót nyujtott, s mikor abból, hogy a kétféle vizelet a várt reactiót promptul megadta, meritettük az impressiónkat, hogy a serumpróbák a beszállitás alatt összecserélődtek.

Még értékesebb volt a vizelet agglutináló erejének vizsgálata egy gyanus, de biztosan nem diagnostizálható esetnél, melyet mint Korányi Sándor tanár úr által rendelkezésemre bocsátottat fentebbi felsorolásomban utolsónak említettem. A vérvizsgálat, valamint hólyaghúzó próba külső körülmények folytán megejthető nem volt. A vizelet a vizsgálat első napján (1:2) negativ eredményt adott, egy nappal reá azonban ugyanazon higításban függőcseppben momentán reactiót adott, sőt 1:10 higításban is 10 percz mulva totalis agglutinatiót nyujtott, s a kémcső $^1/_2$ órával az összekeverés után (1:2) telve volt a jelleges pelyhekkel. A lefolyás a „typhus“ diagnosist megerősitette.

Vizsgálataim alapján, minthogy a typhusvizelet agglutináló hatása eléggé állandó, minthogy a folyadék könnyen szerezhető be, a vizeletet nem habozom kisérleti folyadékul ajánlani; ha a vérvizsgálat akár eszközeink hibájából, akár a beteg ellenkezése folytán nem lehetséges, a vizelet a serodiagnostika czéljaira czélszerüen alkalmazható. Sőt azt sem tartom lehetetlennek, hogy a leirt módszer vidéki diagnosisokra is fel lesz majd használható, ha a vidéki orvosok részére 10 kem.-re megjelölt jól elzárható kémcsövek állanak készen, mely kémcsövekben 10—12 cgm. carbol lesz jegecz alakban elhelyezve, mikor a jelig feltöltött s felrázott vizeletet az illető orvos a legközelebbi laboratoriumig elküldheti s 24 óra leforgása után a diagnosist kézhez is kaphatja.

Vajjon a vizelet reactiójának intensitásából lehet-e s mily úton következtetést vonni a prognosisra, annak kikutatása az immunitás kérdéseivel kapcsolatos újabb vizsgálatoknak lesz feladata.

***

Végül hálás köszönetemet fejezem ki Korányi Sándor tanár úrnak amaz érdeklődéséért, melyet jelen munkám iránt tanusított, s azért a sokoldalú támogatásért, melyben engem részesiteni kegyeskedett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar dermatologusok és urologusok egyesülete.

(V. ülés 1896. évi április hó 9-dikén.)

Elnök: **Schwimmer Ernő**; jegyző: **Basch Imre.**

Neurodermitis papulosa pigmentosa.

Schwimmer Ernő: Előadó a beteget már két hó előtt ugyanitt bemutatta s annak idején úgy nyilatkozott, hogy nem akar határozott kórismét felállítani, miután a köztakarón előforduló elváltozások nagyrészt az eczemának, kisebb fokban pedig a lichennek megfelelő képet mutatnak. Ezen bőrbántalom ellen azóta készakarva csak enyhe kezelést alkalmazott, hogy a betegség lefolyását jobban észlelhesse. Jelenleg, miután a kóralakot több mint két hóig megfigyelte, miután ezen idő alatt alkalma nyilott az efflorescentiák eltünését s részenkénti újjáképződését észlelni, határozott diagnosist mond, a mennyiben az esetet azonosnak tartja azon kóralakkal, melyet a francziák *neurodermitis papulosa pigmentosának* neveznek.

Előadó emlékeztet arra, hogy a multkori bemutatásnál, betegnek ezen jellegzetes bőrváltozásán kivül még syphilise is volt, mely induratio, roseola s a szájür nyálkahártyáján levő bujakóros fekélyek alakjában jelentkezett. S ezen complikáló bántalom könnyen ejthette zavarba a társulat némely tagjait — mint az tényleg meg is történt —, a mennyiben eme lichenszerű elváltozást könnyen nézhették a syphilishez tartozónak, daczára annak, hogy előadó a kétféle elváltozás közti különbségre akkor különösen figyelmeztetett. Ama erélyes antiluetikus kezelés következtében, melyben beteg részesült, induratio, roseola, nyálkahártya elváltozás tényleg el is mult, de a jelzett bőrbántalom még ma is fennáll.

A jelenleg látható lényeges elváltozás: a papulák és pigmentatio. A papulák a felkaron részint csoportban, részint egyes vonalak irányában vannak elrendeződve, némelyek ép bőrrel fedettek, mások a felhám leválását mutatják. Az egyes efflorescentiák gombostű, egész kendermag nagyságúak, különállók, nem folynak egymásba, nedvességet nem választanak el s a bántalom fennállása óta más alakba való átmenetet nem mutattak. Néhol a visszafejlődött papulák helyén saepia-barna elszínesedés látható, mely központilag sötétebb, környezete felé világosabb, azonban az egészséges bőrtől mindenütt határozottan elkülöníthető. A pigmentatiót előadó jellegzetes tünemények tekinteni. Ilyen pigmentatio a lichenes bántalmaknál látható. Ő azonban hajlandó az esetet — tekintettel a kivirágzások elrendeződésére, a papulák visszafejlődése nyomán fellépő elszínesedésre, valamint az önállóan fellépő pigmentatióra — idegbefolyásból eredő kóralaknak tekinti. Ezen nézet mellett szól az idegvizsgálati lelet is, mely egyes helyeken innervatio csökkenést mond, a mennyiben beteg — szemét behunyván — nem képes biztosan megjelölni köztakarójának azon pontját, hol érintés történt, sőt néhol az érintést nem is érzi.

Róna: Kérdezi, vajjon a pruritus lépett-e fel előbb vagy a göbcseképződés?

Schwimmer szerint mind a pruritus, mind a göbcseképződés egy időben lépett fel.

Török megjegyzi, hogy a bőrelváltozás itt csak symptomája egy fennálló idegelváltozásnak. Teljesen osztja Schwimmer tnr. véleményét, ki ezt a kóralakot neurodermitikus eredetűnek veszi fel, a mennyiben ő is úgy képzeli a laesiók létrejöttét, hogy először a bőridegekben történt valami elváltozás, mely viszketést okozván, vakarásra indította a beteget s ez az inger hozta létre a papulákat, lichenificatiót s eczematisatiót.

Havasnak feltünik e betegnél az efflorescentiák symmetrikus elrendeződése. Kétségtelen szerinte, hogy itt egy neurotikus elváltozással állunk szemben. Beteg első bemutatásánál ő azt gondolta, hogy ez az eset talán a *mycosis fungoides* egy alakja, de ma ő is egy véleményen van Schwimmerrel.

Basch megjegyzi, hogy angioneurosist lehet látni, szerinte *tisztán* idegbántalommal áll e kóralak összefüggésben.

Schwimmer zárszavában a neurodermitis papulosa pigmentosát illetőleg kiemeli, hogy az ilyen kóralakok diagnostizálása igen nehéz. Még egyszer felhívja a figyelmet arra, hogy ezen alaknál a leglényegegesebb elváltozás a pigmentatio, mely állandó tünemény gyanánt kiséri a bőrbántalmat.

Lichen corneus.

Schwimmer Ernő: A jól táplált, kiváló egészségnek örvendő beteg néhány hó előtt mindkét alszárán erősen viszkető bőrbántalom fellépését vette észre. Néhány hét mulva a sűrűn egymás mellé sorakozó kivirágzások az alszár hajlító oldalán körülbelül 10 cm.-nyi hosszú, s 4—5 cm.-nyi szélességű telepet alkottak. Lassanként a bőr sötétebb szint vett fel, de az alanyi tünetek folyton fennálltak. Körülbelül hat heti tartam után a kivirágzások képe annyira megváltozott, hogy az egész felület érdes, megvastagodott s keménynek mutatkozott. A bőr más helyén elváltozás nem volt észlelhető. A kórkép kórodai megitélése, mely az előzményeken s a fennálló elváltozások észlelésén alapult, azon diagnosist engedte felállítani, hogy ezen eset a lichen planusnak azon alakja, mely infiltratióhoz vezet, miközben az elsődleges kivirágzások majdnem teljesen eltünnek. Erre az elváltozásra először *Hallopeau* és *Darier* figyelmeztettek, kik ezen bántalmat lichen sclerosusnak nevezték el. Egy kivágott bőrrészlet górcsövi megvizsgálása teljesen igazolta a kórodai felfogást. Előadó felhívja a figyelmet ezen elváltozások kifejlődésére s lefolyására, mert ha nem ismerjük, úgy a helyes kórisme megitélésénél nagy nehézségekbe fogunk ütközni.

Róna felhívja a figyelmet arra, hogy tanulmányozandó volna, vajjon az alszárakon észlelhető és lichen corneus névvel jelzett azon kóralakok, melyeknél a kezdetet csak a beteg észlelte, és a melynek lefolyásában nem látott a szakorvos több havi megfigyelés daczára sem sehol elemi lichen laesiót, tényleg összefüggésben áll-e a *lichen planussal.* Hivatkozik e tekintetben a boroszlói dermatologiai congressuson észlelt esetre, melyet különböző és kiváló klinikusok különbözőképen fogtak fel.

Török Rónával szemben megjegyzi, hogy erőltetett dolog volna a lichen corneusból kezdeni tanulmányozni a lichenes eseteket.

Havas a lichen corneust illetőleg felhívja a figyelmet arra, hogy a psoriasisnak van egy alakja, mely nagyon hasonlit ehhez.

Húgycsődiverticulum esete.

Feleki Hugó: A 25 éves hivatalnok, kinek húgycső- vagy hólyagbaja soha sem volt és egyébként erőteljes férfi, évek óta tapasztalja, hogy a vizelés befejeztével még gyüszűnyi-kávéskanálnyi vizelet marad vissza húgycsövében. Ha vizelés végeztével leül vagy fel-alá jár, a visszamaradt vizelet a húgycsőnyiláson át kicsurog.

A vizelési actus egyébként normalis. A vizelések közötti időszakok rendesek, a vizeleti sugár szintén nem mutat eltérést a normalistól és mictio alkalmával abnormis subjectiv érzés nem jelentkezik. A vizelet vegyi és górcsövi vizsgálatánál kóros alkatrészeket nem találunk. Urethroskopiai vizsgálatnál a nyálkahártyán kóros elváltozások nem észlelhetők, de a bulbus előtti részletben a p. cavernosa mintegy 4 cm.-nyi terjedelemben kiöblösödést képez. E helyen a tükör központi beállítása egyáltalában nem sikerül és parietalis beállításnál azt észleljük, hogy a húgycső hátulsó falán a nyálkahártya egészen sima. Ha közvetlen a vizelés után óvatosan tükröt vezetünk be, a kiöblösödött részből vizelet ömlik a tubusba.

Ha ez egyén húgycsövében az Otis-féle urethrometerrel méréseket végzünk, úgy azt találjuk, hogy a kiöblösödésnek megfelelő részben az eszköz gombos vége 45 Charr.-ig felcsavarható (a legnagyobb szám, melyet ez eszköz mutatni képes) a nélkül, hogy a húgycsőben feszítő érzés állana elő, míg, ha az eszközt néhány centimeterrel előfelé húzzuk, a beteg már 25 Charr.-nál fájdalmas feszítésről panaszkodik. A kiöblösödés vázolt jelenségeinek fennállása minden kóros szöveti elváltozás nélkül, kétségtelenné teszi, hogy fejlődési anomaliának egy ritka esetével, világrahozott húgycsődiverticulummal van dolgunk.

Wohlnak 2—3 év előtt volt egy betege, kinél az urethra lumenje a bulbusban mintegy alulról felfelé haladó függöny által meg volt szakítva s csak a felső fal ment át a pars membranaceába.

A hólyagfalzat (?) neoplasmája, mint idült vizeletretentio okozója.

Feleki Hugó: A 62 éves betegnél mintegy 1½ év előtt hirtelen teljes vizeletretentio lépett fel. A hólyag a köldökig kitágult állapotban volt, midőn a beteget először láttam. A vizelet kiürítése pőscsappal minden nehézség nélkül sikerült. A retentio létrejötte sem a hólyag, sem a prostata, húgycső vagy az idegrendszer állapotából nem volt magyarázható. A vizelet ezután sem ürült ki spontan, hanem hosszabb időn át rendszeres pőscsapolás vált szükségessé, mit a beteg, ki maga is orvos, naponta háromszor, majd kétszer végzett. Midőn ¾ évvel ezelőtt a beteg újból felkeresett, a vizelet már spontan ürült ki, de jelentékeny mennyiségű tartalék-vizelet maradt vissza a hólyagban. Ugyanekkor már jelentéktelen subjectiv és objectiv tünetekkel járó cystitis is állott fenn.

Néhány hónap óta tömött, élesen elhatárolt szélekkel biró, nyomásra nem fájdalmas terimenagyobbodás észlelhető a hasban a hólyag tájának megfelelőleg, mely 6—8 héttel ezelőtt ökölnyi nagyságban volt a hasfalon át kitapintható. A daganat felső széle a hólyag telt állapotában a köldökhöz közelebb fekszik és pőscsapolás alatt a symphisis felé süllyed. Néhány hét óta a kitapintható határok fokozatos kisebbedése nyilván a daganat süllyedése következtében. A daganat fejlődésének kiinduló helyét határozottsággal megállapitani sem nekem, sem a többi szakférfinak, kik a beteget látták, nem sikerült. Sem a prostata, sem a hólyag nyálkahártyájával nem függ össze, legvalószinübbnek kell tartanom, hogy a hólyag muscularisából kiinduló tumorral és pedig myomával van dolgunk, mely nem a hólyag üre felé, hanem praevesicalis irányban növekedett. E mellett szól a lassú növekedés, a beteg

jó kinézése és a daganat fejlődésével párhuzamosan a hólyag részéről észlelt functionalis zavarok.

Cystitis catarrhalis ammoniacalis (Rovsing) esete.

Feleki Hugó: A 30 éves beteg két év előtt acquirált húgycsőblennorrheát. Ez idő szerint a kifolyás csekély, a váladék inkább nyálkás, gonococcust nem tartalmaz. A vizelet szabad szemmel nézve első tekintetre tisztának látszik, de ha a frissen bocsátott vizeletet élénkebb világosságnál, pl. gázlángnál megtekintjük, úgy azt látjuk, hogy tengernyi apró, zsírfényű, csillogó kristály úszik benne, melyek néhány pillanat alatt leülepedve, vastag fehér réteget képező üledéket alkotnak. E kristályok górcső alatt tripelphosphat-jegeczeknek bizonyulnak. Ugyancsak górcsővel vizsgálva meg a frissen bocsátott vizeletet, ebben számtalan bacteriumot találunk. A vizelet igen gyengén ammoniakalis, szaga nincsen, *genyt nem tartalmaz.* A cystitis subjectiv jelenségei sincsenek jelen. A beteg normalis időközökben vizel, a vizelés alig fájdalmas, csak a *húgycsőben* érez ilyenkor csekély szúró fájdalmat, melyet nyilván a kiürülő nagyszámú kristály okoz.

A fennálló bántalmat nem először észlelem és azt hiszem, leghelyesebben cystitis catarrh. ammoniac.-nak mondom azt. Egyes szerzők az ilyen eseteket *bacteriuriának* tekintik. De ha a bacteriuria criteriumaként a Robert által leírt diagnosticai jelenségeket, valamint azt a feltételt fogadjuk el, hogy csak az oly esetek tekinthetők annak, hol előzetesen eszköz a hólyagban nem volt, úgy a bemutatott és az ehhez hasonló esetekre ezen diagnosis nem alkalmazható. A beteget csak néhány nap óta észlelem. A hólyagnak parasiticid szerekkel való kezelésétől várom úgy a hólyag, mint az urethra részéről fennálló jelenségek javulását.

Mátrai: Annak idején a beteg vizeletét ő megvizsgálta, s ezen vizsgálat eredményére támaszkodva az esetet nem mint Feleki — cystitis catarrhalis ammoniacalisnak, hanem secundaer bacteriuriának tartja.

Bromkaliexanthema vagy erythema hydrosa.

Róna Sámuel: Egy esetet mutat be, melynél sok tekintetben diagnosticai nehézségekkel találkozott. Az anamnesis igen nehezen vehető fel és nem biztosan értékesíthető. A 34 éves férfibeteg 1887 óta acne vulgarisban (arcz, mell, hát) szenved. 1888-ban heveny bőrbajban szenvedett. 1894. januárban vott állítólag először hasonló hólyagos kiütése, mint a milyen most is látható rajta. Ezzel akkor 2½ hónapig feküdt kórházban, majd egy havi szünet után ismét 6 hóig, és 1894. deczemberben Brassóban vétette fel magát hasonló kiütéssel a kórházba; itt arsenre teljes javulás.

Kórházból távozta után pustulás kiütése támadt; ezzel ismét visszament a kórházba, hol eleinte jodkalit, majd arsent kapott, erre javultan jött ki. Az arsent majdnem egész 1895-ben vette és e mellett állítólag jól érezte magát. Folyó év január 5-dikén idegbaj lépett fel nála, mely abban állott, hogy alszárai- és karizmaiban tonikus görcsök keletkeztek, sőt egy izben nyelvét is görcs fogta el és beszélni nem tudott. Ezen bajával belosztályra ment a Rókus-közkórházba, hol bromkalit kapott, mire azon kiütések kezdtek nála mutatkozni a fejbőrön, melyeket részben most is látni. Onnan ezen bőrbaj miatt a szt. István-kórház bőrbeteg osztályára ment, hol állítólag idegbaja miatt ismét bromkalit kapott. Onnan lázas állapottal belosztályra tétetett át, hol a hólyagos kiütések nagyobb számban léptek fel a felső végtagokon, a monyon és a fantáj körül.

A beteg február 22-dikén vett utoljára bromkalit. Azóta idegbaja nem jelentkezett; bemutató osztályára márczius 16-án vétette fel magát.

A lesoványodott betegen háromféle bőrbajt lehet constatálni: 1. Acne vulgarist a mellen és a hátou. 2. Egy lichenoid alakot a törzsön és a felső végtagokon, melyet tekintettel a néhány hó óta fennálló nyaki mirigyduzzanatokra lichen (perifolliculitis) scrophulosorumnak lehetne tartani. 3. Az arczban, a homlokon, a fejbőrön, a tarkón, a felső végtagokon, elszórtan a törzsön, de főleg a fantájon és ennek környékén leginkább lencsényi harmattiszta vesiculákkal ellátott kicsiny erythemás foltokat vagy közepén finom varral fedett és livid korong alakú beszűrődéseket, melyek lencsényi, víztiszta hólyagokból álló koszorú által vétettek körül. Egyes beszűrődések mellett 1—2 hólyag volt látható. Ezenkívül helyenként erithema nélküli solitaer vesiculák is voltak láthatók. Különösen a mony sűrűn telve kendermagnyi egész lencsényi harmatcseppszerű hólyagokkal. Ezen harmadik kiütésformánál, mely mérsékelt viszketéssel járt, bromkali kiütésre vagy erythema vesiculosum circinatumra (Erythema hydroa) lehetett gondolni.

Róna nem mer még ez idő szerint a kettő között biztosan dönteni. Az idegbajt (melyet Korányi Sándor tetanushoz legközelebb állónak tart), nem véli a bőrbajjal nexusba hozhatni. Az esetet tovább fogja észlelni és újból bemutatni.

Schwimmer az esetet bromexanthemának tartja.

Prostata electrod.

Popper Mór: Nehány esetet mutat be, melyek az általa szerkesztett prostata electrod alkalmazása mellett faradikus árammal kezeltettek. Az áram hatása alatt az folyton erősbittetett és gyengíttetett, úgy hogy az nem tonust, hanem időszakos erélyes összehúzódást váltott ki.

I. M. Gy. 24 éves kovács, I. blennorrh.-ja három év előtt volt, melyhez bubo járult. Gyógykezeltetett. II. blennorrh.-ja 8 hó előtt volt. Másfél év óta székeléskor 1—2 csepp szürkés színű nyulós, tapadós váladék ürül ki húgycsövéből, úgyszinte súlyosabb tárgyak emelésekor. *Potentiája* kifogástalan. *Húgycsőtükör-lelet* semmi eltérést nem mutat. Prostatája megnagyobbodott, mindkét lebenye egyenetlen, göröngyös, alig érzékeny. Microskop nehány genysejtet és sok prostataszemecsét mutat. Diagnosis: Prostatitis chronica, prostatorrhoea. Ther.: Faradikus áram prost. electroddal 4—5 naponként egyszer. Ötszöri villanyozás után a folyása megszűnt, a prostata kisebbedett és kevésbbé egyenetlen felületűvé vált. Több heti ellenőrzés után változás nem állott be.

II. K. M. 23 éves facsztergályos. I. blennorrh. 1 éve hólyaghuruttal, kezeltetett, gyógyult. Néhány hét óta veszi észre, hogy székeléskor 5—6 csepp sűrű szürkés kékesbe hajló nyúlós, tapadó váladék távozik húgycsövéből. A prostata mindkét lebenye külön-külön hosszúkás és diónyira megnagyobbodott, nem érzékeny. *Húgycsőtükörlelet* eltérést nem mutat. Potentiája jó. Microskop a váladékban számos ondószálcsát mutatott. Diag. *Spermatorrhoea.* Ther. Prostata faradizálás, hetenként 2—3-szor. A faradikus kezelésre javult állapota, míg 10—12-szeri kezelésre a defaecatiós folyás teljesen eltünt. Ekkor rendelésem ellenére a kezelést félbeszakította. Három heti szünet után kemény székürülés közben ismét mutatkozott 1—2 csepp hígabb váladék. Ekkor újra kezelés alá vétetvén, néhányszori kezelésre e tünet elmaradt.

III. K. N. 41 éves nős mázoló, két gyermek atyja. 1½ év óta veszi észre, hogy kemény székelésnél, valamint nehéz tárgyak emelésénél tejszínű, kocsonyás összeállású, nyúlós folyadék jelenik meg a húgycsövéből. Utóbbi időben a vizelés végén is. Ez állapotát megelőzőleg 4—5 hetenkint szokott coitust végezni, mely azonban a 4½ év óta folyton kisebbedő potentia miatt teljesen szünetel 1½ éve. Merevedése ritkán van, tökéletlen és 1—2 pillanat mulva elmulik. Blennorrhoeája soha sem volt.

Prostata mindkét lebenye kissé megnagyobbodott, laza, csak a csúcsok felé ellentállóbb rész. Vizeletben nyákos czafatok úszkálnak, melyekben microskop alatt ondószálcsák mutatkoztak. Diagn. *Spermatorrhoea.* Ther.: Faradizálás prost. electroddal. Háromszor hetenkint kétszeri faradizálás után semmi mictiós, sem defaecatiós folyás nincs később. Reggeli merevedések tökéletesebbek és az érdeklődése a női nem iránt, melyet teljesen elvesztett volt, kezd ébredni és néhányszori faradizálás után 10—15 perczig tartó normalis merevedés volt, a mit 1½ éve egyáltalában nem tapasztalt. Nem kerülte el figyelmemet a suggestio therap. hatása sem az inpotentia esetében. Azonban könnyen érthető, hogy a sperma, mely azelőtt kiürült a hasprés működése folytán, most bennmaradván az ondóhólyagban, annak falára nyomást gyakorolván, reflex útján merevedést váltott ki.

IV. K. T. 41 éves nős gépész. Öt év előtt vette észre, hogy vizelete nehezen indul, mely nehézség fokozódott és vele a vizelet sugár-íve kisebbedett. 1½ előtt már a lábára csorgott a vizelet. Ekkor egy ambulantián jelentkezett, a hol sonda-curát csinált egész XXIX. sz. Charr.-ig. Ez a csökkent potentiáját javította és vizelete könnyebben indult meg. Fél év előtt újból rosszra fordult állapota úgyannyira, hogy a vizelés csak 3—4 percznyi erőlködés után indult meg, merőlegesen lecsurgott a lábára és ha nem erőlködött, félben maradt a vizelési actus és csak újabb erőlködésre indult meg újra. Sokszor még kivánt volna vizelni, de nem tudott. Potentiája ekkor már semmi, sőt erectiói sem voltak már.

1895. október 1-én e kórelőzmények mellett, prostata mindjárt a sphincter externus mögött kemény, tyúktojásnyi, sima felületű domború tumor alakjában tapintható, mindkét oldallebenyrész megnagyobbodott, kemény. Vizelet tiszta, csillogó. Vizelés után catheterrel 100—120 gm. vizelet volt kiüríthető. Húgycsőtükör-lelet felületes hyperaemiát mutat. Diagn.: Prostata hypertrophia I. stadium végén, relativ hólyagatoniával. Reménytelen kisérleti próbaképen a prostata villanyozást vettem alkalmazásba. Öt napponkint, teljesen catheterrel kiürített hólyag mellett nyolczszori villanyozás után residualis vizelet nincsen, a prostata legnagyobb meglepetésemre kisebb, de még mindig kemény, vizelet könnyebben indul, csakis hosszas fekvés után mutatkozik egy kis nehézség. Kezelés alól 5 hétig távolmarad. Ekkor a nehézségek újból kezdődnek, megijed s folytatja a gyógymódot. Néhányszori villanyozásra a javulás ismét szembetűnővé vált. Néhányszori catheterezés után a residualis vizelet nem volt constalálható. Azonban cystitis lépett fel, mely mérsékelt genyes vizelettel és gyakoribb ingerrel járt. Ez a villanyozást lehetetlenné tette, mely villanyozás utóbbi időben a húgycsövön át bevezetett fémvégű villanyozó sondával is gyakoroltatott a mérsékelt hólyag-atonia leküzdhetése végett.

A hólyaghurut kezelésre gyógyult. Vizelet csillogóvá vált és tisztává. Ingere megszűnt, úgy hogy napjában 4—5-ször vizel, vizelete könnyen indul. 4—5 havi kezelés után a prostata normalis nagyságú, laza és a bőbeszédű, sokpanaszú beteget csakis a kisfokú potentiája emlékezteti újra öt éven át tartó betegségére.

Ez a néhány bemutatott eset kis számánál fogva és egyeseket kivéve az észlelés rövidségénél fogva nem jogosít fel végleges következtetésekre. Én praejudicálni nem akarok, csakis a műszerem és alkalmazási módja mellett — a multkori ülésen tett ígéretemhez híven — akartam némi argumentummal szolgálni. Az eseteket a lehetőséghez képest továbbra is észlelésem alatt tartom és további eseteimet is tüzetesen figyelem és gyüjtöm az anyagomat, melyről majd később egy értekezés alakjában fogok beszámolni. Csak az utolsó prostata hypertrophiás esethez jegyzem még nehány szóval, hogy alig fűztem reményt annak gyógyulásához és annál kellemesebb volt meglepetésem, hogy oly tökéletes és fényes eredményt sikerült elérnem. Hogy minő úton, micsoda elváltozásokkal hathatott a faradikus áram kisebbítőleg a prostatára, azt legfeljebb csak sejthetem, csak feltételezhetem, épen úgy, mint a megnagyobodott prostatába szöveti szerkezetét; minden esetre figyelmet érdemel az eset, különösen manapság, a midőn a prostata hypertrophiája ellen minden képzelhető és képzelhetlen úton (punctio, injectio, kauterizálás, gátmetszés, végbélmetszés, felső hólyagmetszés stb. stb.), többnyire életveszélyes beavatkozásokkal iparkodnak eredményre jutni.

Alapi az utolsó esetben nem merné az eszköz behatásának tulajdonítani az elért eredményt, hanem inkább hajlandó a prostata volumenváltozásának okául a congestionalis viszonyok változását felvenni.

Popper nem akar biztosan praejudicálni a műszere által elért eredményekre. Az utolsó esetet illetőleg — szerinte — a változás határozottan a faradizálás következtében lépett fel.

A bubók aetiologiájáról és therapiájáról.

Deutsch Arthur: Lapunk mult évi folyamában egész terjedelmében megjelent.

Havas: 10—11 év óta körülbelül 150 bubót kezelt, s a megnyitás- és kikanalazással teljesen meg volt elégedve. Átlag 17 nap alatt gyógyult egy bubo esete. Midőn *Langnak* ismeretes közleménye megjelent, ő is kanalazás helyett kis megnyitást és argentum nitricum befecskendést alkalmazott betegeinél. Eleinte a bubók szépen gyógyultak, de később nem compareált ez a módszer, úgy hogy fel kellett vele hagyni.

Ma a betegeit úgy kezeli, hogy egyszerű beszúrást végez a bubón, s ha az bizonyos idő alatt nem gyógyul, úgy felnyitja s kikaparja. Szerinte igen nagy előny az, ha mi — Deutsch vizsgálatait tekintetbe véve — clinice képesek vagyunk konstatálni azt, hogy milyen természetű a bubo.

Aschner figyelmezteti előadót arra, hogy ne csak a bubók váladékát vizsgálja bacteriologice, hanem az ulcus molleét is. A kétféle vizsgálat eredményeit összehasonlítva, valószínűleg megtalálja annak az okát, hogy miért lesz egy esetben sankerosus a bubo, másban pedig nem. A mi a therapiát illeti, ő is a mellett van, hogy első kezelés egyszerű punctióból álljon, s ha 8 nap alatt nem gyógyul meg a bubo, akkor tág felnyitás s kikaparáshoz forduljunk.

Róna vizsgálataira támaszkodva határozottan oda nyilatkozik, hogy az ulcus molle oka a Ducrey-féle bacillus. Sőt egy része a *sankert kisérő nyirkérlobnak* is ez által idéztetik elő, mert neki sikerült egy bubonulusban a bacillust kimutatni. Deutsch és mások vizsgálatai által bebizonyítottnak véli azt, hogy a bubók egy része is a Ducrey-féle bacillus által hozatik létre. A mi a therapiát illeti, nem akar egy mód mellett sem kardoskodni, nem akar sablont kényszeríteni az orvosra, hanem azt ajánlja, hogy az ismert módok közül mindenki azt használja, a mely az esetnek megfelelőleg a legalkalmasabb.

Schwimmer, mint a kinek osztályán és megbizásából történtek a vizsgálatok, minden tekintetben megerősíti a Deutsch által elért eredményeket. Czélszerű volna — s ezt végezteti osztályán — minden bubónál oltást végezni, hogy így tisztába jöjjünk a bubó természetével. A mi a therapiát illeti, az utolsó két évben szakítva a régi szokással, kis nyilást készít s tényleg az eredmény igen kedvező.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Dr. A. Strasser und Dr. B. Buxbaum: Fortschritte der Hydrotherapie. Festschrift zum vierzigjährigen Doctorjubiläum des Prof. Dr. *W. Winternitz*. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1897. 330 oldal, a szövegben 19 fametszet, a könyv élén a jubiláns képe.

Ritka jelenség az orvosirodalomban, hogy egy ekkora terjedelmű kötet is napvilágot lásson, melyben a tudományos alapon álló vízgyógyászat kérdései vannak fejtegetve. Még ritkább alkalom az, melyhez füződve ez ismertetendő munka megjelent: egy ősrégi, de századokon át elhanyagolt gyógyitásmód nagy tehetségű ujjáalkotójának, első tudományos képviselőjének negyven esztendős doctori jubileum-ünnepe. A könyv átnyujtása tette magvát a f. év február 21-dikén Bécsben lezajlott ünnepségnek, a könyv tartalma adja egy újabb tanujelét, hogy a kit megjelenése dicsér, a dicséretre valóban érdemes. *Winternitz* professor nemcsak maga dolgozott szinte emberfeletti módon sokat (140 kisebb-nagyobb munkálata van a bevezetésben összeállítva!) hanem iskolát tudott alapitani, mely tovább dolgozik a megkezdett úton, hogy a hydrotherapiának és a vele rokon szakmáknak az orvostudományban immár erősen szilárduló polgárjogát végleg megszilárdíthassa. Mennyiben járult hozzá e czél megközelítése munkájához a könyvben foglalt 20 jubiláris dolgozat, az alábbi ismertetés feladata némileg szembetünővé tenni.

Az első czikkely Prof. von *Stoffella* (Bécs) tollából *a typhus hydrotherapiájáról* szól. Utalván a hüvös fürdők közismert jótékony hatására a hasi hagymáz kezelésében, összefoglalja azon kisérletes vizsgálatok (*Winternitz*, *Rovighi*, *Strasser* és *Kuthy*) eredményeit, a melyek alapján e kezelésmód ma már elméletileg is igazolva van.

A második czikkelyben Prof. Dr. *G. S. Vinaj* (Turin) az általa divatba hozott *lehütött fürdő*-nek ismertetését adja. Hatástanát tárgyalva megemlíti, minő hasznos az eljárás minden olyan esetben, a mikor tisztán hőbefolyás útján kell a szövetek tónuszát emelnünk.

A harmadik dolgozat Dr. *Karl Schütze*-től (Kösen, Thüringen) való: „*Adatok a pneumonia crouposa gyógyitásához*“. A szerény czím alatt egy terjedelmes munkálat rejtőzik a gyermekkor és a felnőttek tüdőgyuladásának hydrotherapiájáról. Gyermekeknél óvatos előhaladást követel a fürdő hőfokának a leszállításában, lebenyre terjedő lobosodás esetén a Winternitz-féle hütőcsövet szereti alkalmazni, melyen ad hoc megválasztott hőmérsékü vizet áramoltathatunk keresztül. Felnőttek pneumonia migrans-áról, főleg ha nagy, szögelő fájdalom van jelen, jeges vízbe mártott lepedővel teljes begöngyölést, a hozzáférhető részeken erős dörzsölést javasol. Mindezt az ágyban kapja a beteg. Utóbb ugyanott nedves pakkolásban marad 2—3 órán át. Ha szivgyengeség fenyeget, 30° C. hőmérsékü félfürdőkhöz nyúlunk többszörös 20°-nyi leöntésekkel. A croupos tüdőlob hydrotherapiájától — mihelyt nagyobb elterjedtsége lesz — bizton reméli szerző a bántalom mortalitási számának jelentékeny megcsökkenését. A combinálható medicinás beavatkozások közt első helyen a digitalist emliti fel.

A IV. dolgozatban Dr. *H. Storoscheff*, moszkvai magántanár fejtegeti a vízgyógyászat eddigi multját Oroszországban („*A hydrotherapia fejlődése az orosz birodalomban*“). Két szakot különböztet meg a tudományszak evolutiója folyamán: az utánzás, a másolás és az önálló továbbhaladás szakát. A kettő között a mesgyét Prof. *Botkin* neve teszi, a kinek befolyására a szentpétervári orvosi facultáson már a 60-as évek közepén kisérletes vízgyógyászati tanulmányok folytak. Az irodalom adatainak és saját visszaemlékezéseinek során valóban érdekes képet fest a nagy szláv nemzet fiainak szerepléséről a hydrotherapia fejlesztésében és elterjesztése körül. *Inosemtzeff* már az 50-es évek elején kitünő sikerrel alkalmazta typhusos lázak ellen abortiv beavatkozásul a vízgyógyitás módot. Mi több, *Milyus* Szent-Pétervárott a század második évtizedében (1813—15) 485 hagymáz és más lobos megbetegedés esetében használt hideg fürdőket. Mégis a tanitás a hydrotherapiát az első orosz egyetemen is csaknem teljesen elhanyagolta hosszú időn keresztül. A czikkiró medikus korában (1862—67) a híres *Sacharjin* klinikáján még hallott valamit róla, de bizony ez is édeskevés volt. Ilyen viszonyok közt köszöntött be a második időszak, az orosz vízgyógyászati búvárlat periodusa. A munkálkodás érdeme egész sor névhez füződik (*Litschkus*, *Tschesnokoff*, *Rabinowitsch*, *Nathanson*, *Manassein*, *Sassetzky*, *Kurkutoff*, *Afanasieff*, *Vodopianoff*, *Nikitnikoff*, *Statzkewitsch*, *Filatoff*, *Archangelsky*, *Botkin*, *Tschegoleff*, stb.). Ma több moszkvai klinikán külön vízgyógyászati osztály van, a szentpétervári orvosi facultáson pedig hydrotherapiai tanszéknek felállítása van kilátásba helyezve.

Az V. czikkelyben Dr. *S. Baruch* (New-York) „*A pontosság fontos voltáról a vízgyógyászati technikában*“ értekezik. Hogy *Brand* és mások 1200 hagymáz esetben csaknem 0 mortalitásra tudták vinni, nem volt lehetséges másképen, mint egy bizonyos alkalmas víztherapia praeciz, lelkiismeretes betartása útján. *Niemeyer* 25 évvel ezelőtt jó sikereket látott a tüdőlobnál „hideg“ törzsborításoktól, de az eljárásban nem akadt sok követőre, az eredmény az ő tanitványait nem elégitette ki. Persze, mert a víz alkalmas hőfokát nem jelölte meg. Jól jegyzi meg itt szerző, hogy New-Yorkban télen 45° F., nyár derekán 75° F. volna a „hideg“ fürdő! Hangsúlyozza különösen a legszorgosabb lelkiismeretesség szükségét a tüdővész vizes kezelésében. Manapság jeles belgyógyászati tankönyvekben is nem egyszer hiányzik a javasolt vízprocedura mellől a hőmérséklet megjelölése. Vízgyógyintézetek is vannak, a hol a douche-készülékről hiányzik a thermometer, a nyomás- és időmérő.

Dr. *S. Bauno* (Bécs) *az emésztési zavarok hydrotherapiájáról* ir (VI. czikkely). A bántalmak e csoportjában a vízgyógyitás még manapság is csak ultimum refugium, holott pl. az ezideig rendszeresen végzett nedves hideg ledörzsölések régi gyomorhurutokat is gyors javulásra indíthatnak, az ú. n. hosszú hideg ülőfürdő a hasmenés szüntetésében kiváló szolgálatot tesz, a *Winternitz*

szerint egy hideg törzsborításba iktatott forró vizes kaucsukcsólepény localisan alkalmazva pl. heves gyomorfájdalmakban is rövidesen enyhülést hoz stb. S jellemző, hogy míg *Bamberger* 1855-ben már dicséröleg emlékszik meg a hydrotherapiás beavatkozás hasznáról az idült gyomorhurut fejezetében, *Strümpell* az ő tankönyvében mit sem tud róla.

A VII. közlemény Dr. *J. H. Kellogg*-tól (Battle, Creek, Michigan) való, a ki a *meleg alkalmazásának egy új módját* ismerteti benne. Mindazon esetekben, a hol a testen meleg felhalmozására van szükségünk, a hol a beteget izzasztani kivánjuk, előnyösen használható az eddig divatos eljárások helyett az ú. n. *electromos fényfürdő*. Alkalmasan készült szekrény ez, melyben van az egesz test számára vagy csak egyes részleteinek (törzs, alsó végtag) hely. A szekrény (cabinet) belsejében egy sereg electromos lámpácska van párvonalas sorokban elhelyezve, a melyek sugarait még tükrök verik vissza. Ha a mezitelenre vetközött egyén (a szemek megfelelő védelme mellett) egy ily villam-fényfürdőben csak perczekig tartózkodik, fokozódik a szénsav kiválasztása és gyorsabban s bőségesebben izzad, mint pl. a törökfürdőben. Az összehasonlító vizsgálatoknál kitünt, hogy egy 60—65° C. hőmérsékü török-fürdő átlag 5 p. 35 mp. alatt hozott létre izzadást, míg az electromos fényfürdő — bár a szekrény levegőjének a hömérséklete csak 27·2° C. volt —, már 3 p. 32 mp. lefolyása alatt. A villamfény melege itt ugyanis mint tiszta sugárzó hő mélyen behatol az élő test szöveteibe s ott a verítékezéshez szükséges melegfelhalmozódást a nélkül hozhatja létre, hogy az intermediás közeget fölhevítené. Az ily electromos fényfürdő hatásában pontosan szabályozható (a lámpácskák egy részét egy pillanat alatt elolthatjuk) s még a mellett nem is drága. Az egy fürdő igényelte áram az amerikai nagy városok tarifája szerint 2—3 cents-be (5—7 kr.) kerül. Az idea, melynek alapján *Kellogg* e villam-fényfürdők megvalósításához jutott, abból indult ki, hogy a napfürdöket valami mindig kéznél levő berendezéssel helyettesítse. A tudományos előzményeket hozzá megadták azok a vizsgálatok (*Hervi Mangon, Siemens, Grillieux*), a melyek az electromos fény hatásáról a növény-biologiában számoltak be érdekesnél érdekesebb jelenségek felderítésével, melyek részleteit illetőleg az eredetire kell a szíves olvasót utalnom.

(Folytatása következik).

II. Lapszemle.

Gyógyszertan.

A sanguinal-labdacsok hatásáról chlorosisnál és különféle anaemiáknál. Közlemény *Finkler* dr. bonni tanár kórházi osztályáról, *Heerlein Vilmos* dr.-tól. (Berl. klin. Wochenschrift, 1897. 18. sz.)

A *Pilulae sanguinales Krewel* vasat és mangant ugyanazon organikus összeköttetésben tartalmaznak, mint azt az állati szervezet az életfolyam alatt teremti, t. i. mint tiszta haemoglobint. Tartalmazzák azonkivül valamennyi a vérben előforduló ásványsókat és harmadik alkatrész gyanánt frissen peptonizált izomalbumint. A sanguinal procentualis összetétele teljesen a normalis vér összetételének megfelelő, t. i. haemoglobin 10%, természetes vérsók 46%, peptonizált izomfehérnye 44%. További előnyük azok alakjában fekszik t. i. czukorral bevont pilulákban dispenzáltatnak, melyeket a betegek szívesen és minden kellemetlenség és ellenszenv nélkül bevesznek. A pilulák czukortartalmuknál fogva gyengén édeses ízüek és a sajátképen hatásos készítmény ízét teljesen takarják.

Szerző a sanguinalt különböző betegségeknél különféle időben és különböző adagolásban kisérlette meg. Az adagolás többnyire 8—10 labdacsból állott naponként, növekedő arányban 1—3 labdacs adagoltatott háromszor naponta étkezés előtt vagy étkezés közben, többnyire 1 órával az étkezés előtt — minden káros hatás nélkül.

A sanguinal hatása legjobbnak s legbiztosabbnak mutatkozott a *chlorosisnál*, mi a baj természeténél fogva magától értetődik. Szerző kisérleteinél azt találta, hogy a sanguinal határozottan biztosabban és gyorsabban hatott, mint a kórházban előbb és egyidejüleg használt vasszerek. A chlorosis összes tünetei a megbetegedés súlyos voltához képest hosszabb vagy rövidebb idő alatt visszafejlődnek. Ezt szerző több kórtörténettel igazolja, melyekben a jó eredmény már 1—2 hét mulva bekövetkezett. Ép oly jó hatást constatált oly anaemikus és elgyengülési esetekben, melyek valamely szervi betegség után bekövetkeztek, pl. vese- és tüdőbajoknál, pl. nephritis chronica és phthisis eseteiben. Az utóbbi betegségnél a Finkler tanár kezdeményezésére előállított *guajacol-sanguinallal* és *creosot-sanguinallal* is történtek kisérletek, melyek eredménye iránt még véglegesen nyilatkozni nem lehet, de minden esetre további kisérletezésre bátorítók voltak.

Szerző klinikai észleleteinek ellenőrzése czéljából mikroskopikus vizsgálatnak vetette alá a vörös vértestecseket is és azt találta, hogy a tiszta chlorosisnál az előbb igen különböző nagyságú vérsejtek (makro-, mikro-, sőt poikilocyták is) sanguinal használata után rendesebbek, egyformábbak és pirosabbakká váltak, a nem tiszta chlorosis esetekben pedig azok száma rövid idő alatt lényegesen megszaporodott.

Miután a labdacsok azonkivül könnyen megemésztetnek, jól türetnek és gyomor-bélzavarokat nem okoznak, sőt ellenkezőleg az étvágyat fokozzák, szerző azok alkalmazását chlorosisnál és más hiányos vérkészítéssel járó betegségeknél melegen ajánlja.

Kórtan.

A vérsejtek és vérplasma térfogat szerint mért mennyiségének meghatározására új módszert közölnek *Bugarszky* és *Tangl*. A vér elektromos vezetőképességének meghatározásánál azon feltünő tényre akadtak, hogy a teljes vér sokkal rosszabbul vezeti az elektromos áramot, mint a vérplasma. További vizsgálatokból kitünt, hogy ennek okát a vérsejtek jelenléte képezi. Ezek után mi sem feküdt közelebb, mint az a gondolat, hogy minél több vérsejt van a vérben, annál rosszabb a teljes vér elektromos vezetőképessége a vérplasmáéhoz viszonyítva és hogy így a teljes vér és a vérplasma elektromos vezetőképességének összehasonlításából megállapítható, mennyi a vérsejt és mennyi a plasma a vérben. Ezen czélból mindenekelőtt szükséges volt megállapítani, hogy a vérsejtek áramvezetőképessége mekkora; a vizsgálatok azt mutatták, hogy a vérsejtek, ha nem is izolálnak teljesen, az elektromosságot mégis oly kevéssé vezetik, hogy ez a plasma vezetőképessége mellett nagy megközelítéssel elhanyagolható, vagy esetleg legfeljebb mint correctio veendő számításba. Hogy a törvényszerüséget, mely a vér plasmájának és vérsejttartalmának térfogat szerint mért mennyisége s a vér és plasma elektromos vezetőképessége között fennáll, megállapíthassák, két utat követtek: 1. izolált vérsejteket különböző térfogatarányban plasmával elegyítettek és 2. vért különböző térfogatarányban plasmával kevertek és úgy az előbbi, mint az utóbbi eljáráshoz használt plasmának illetőleg vérnek, továbbá a különböző elegyeknek vezetőképességét meghatározták. A mérések csakhamar megmutatták, hogy a vér relativ plasma-tartalmával a vezetőképesség nem egyszerüen arányos, de az összefüggés a két mennyiség között a következő egyenlettel elegendő pontossággal kifejezhető:

$$\mu = 75 \frac{\lambda v}{\lambda p} + 25,$$ a hol μ a plasma mennyisége térfogat-százalékokban, λv a vér, λp pedig a plasma vezetőképességének szorzata 10^{-8}-al. A vérsejtek mennyiségét térfogat-százalékokban (v) pedig egyszerüen a következő képlet fejezi ki: $v = 100 - \mu$. (Veterinarius, 1897. junius.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Nehéz fogzás** ellen *Brugeille* a következő folyadék használatát ajánlja, melylyel naponta többször enyhén bedörzsölendő a csecsemő foghúsa a szopás után: Rp. Natrii bromati 0·5; Aqu. flor. aurant., Syr. aether. aa 30·0; Aqu. destill. 120·0. (Sem. méd. 1897. 25. sz.)

2. **Makacs genyedő folyamatoknál** jó eredménynyel használja *Trétrôp* a formaldehydet irrigatiók és nedves borogatások alakjában. A kereskedésbeli, 40% formaldehydet tartalmazó formolból 2 részt vesz 1000 rész párolt vízre. (Journ. méd. de Bruxelles, I. 7.)

TÁRCZA.

A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus.

(London, 1896. augusztus 4—8-dikáig.)

(Folytatás.)

IV. Tuberculosis ulcerosa.

A fekélyedés, a mely a legtöbb bőrtuberculosis alaknak végkimenetét képezi, némely alakra nézve a domináló jelleget képezi. Ilyenek pl. azok az elsődlegesen fekélyedéssel fellépő bőrtuberculosisok, a melyek phthisikusoknál a száj- és végbélnyilás körül szoktak képződni s a melyeknek oly nagy a destructiv képességük, hogy a luposus folyamatnak lassú roncsolását hasonlítani sem lehet hozzájuk. Ide tartoznak továbbá azok a terjedelmes sarjadzásokkal és túlsarjadzásokkal járó fekélyesedések, a melyek más alaku tuberculosis complicatiójaként szoktak fellépni, milyenek pl. a csonttuberculosissal, a tuberculotikus bőrgummával járnak és a lupus vulgarishoz is szegődnek olykor. Az ilyen fekélyedések néha az ulcus varicosum vagy az ulcus phagadaenicum képét mutatják.

V. Lupus erythematosus.

Ennek a tuberculotikus természetét mindig megtámadták, de a következő okok szólanak mellette: nyirokmirigy lobokat okoz a szomszédságban, a mely lobosodásoknak tuberculotikus természetét be tudjuk bizonyítani; egy időben jelentkezhetik a lupus vulgarissal ugyanazon egyénen és bár kivételesen, találtak benne bacillusokat; tuberculin befecskendezésekre reagál, szövettanilag néhány esetben tuberculosishoz hasonló elváltozásokat találtak. Valószinü, hogy itt a bacillus minemüségében van eltérés és hogy a toxinok, melyeket producál, különböznek azoktól, a melyeket a tuberculosis bacillusok rendesen termelnek és ez volna az oka a klinikai képben való eltérésnek, a szövettani különbözőségnek és az oltások eredménytelenségének.

VI. Tuberculosis superficialis alakjai.

Ezeknek valódi természetét jelen ideig nem ismerték fel. Különböző formákban jelentkezhetnek:

a) Lichen scrophulosorum. Ez azért tuberculotikus, mert kétségtelenül tuberculotikus elváltozásokból indul néha ki, s mert a tuberculin injectiók következtében léphet fel.

b) Genyedő folliculitisek. A faggyúmirigyek tuberculosisa mutatja néha ezen alakot és megfigyelhetjük, hogy ilyen folliculitisek kétségtelenül tuberculotikus bőrelváltozások körül fejlődnek ki, vagy pedig, hogy kétségtelenül tuberculotikus elváltozások kiinduló pontja gyanánt szolgálnak. Jelentkezhetnek klinikai alakjukra nézve mint acne cachecticorum, vagy mint csoportosult folliculitisek.

c) Pustuló-ulcerosus tuberculosis. Az előbbihez nagyon hasonlít s tőle annyiból különbözik, hogy vaskos pörkkel van födve, s hogy sokkal mélyebbre ható roncsolásokat okoz, mint amaz. Tuberculotikus természetének bizonyítékát az átoltás képezi, úgy hogy azt gondolhatnók, hogy a suppurativ folliculitisek a toxinok által idéztetnek elő, a pustuló ulcerosus alakok pedig a bacteriumok által.

d) Erythema tuberculoticum. A tuberculosis miliaris eseteiben vagy acut phthisis eseteiben észlelhető s különböző localisatióval bir.

Hallopeau következőben foglalja össze jelentését: „A bacillus virulentiájának különböző foka, a mely kétségtelenül alakbeli eltéréssel is jár, csakhogy ezt eddigelé nem igen ismerjük, a behatolás különböző módja, a vegyi termékek ártó képességének változó ereje, továbbá az a különböző fokú receptivitás a contagium számára és sebzékenység a contagium vegyi termékei iránt, a melylyel a bőr alkotó elemei viseltetnek, végre pedig az a sokféle mód, a melylyel a különböző egyének reagálnak, bőségesen megmagyarázzák, hogy miért olyan sokfélék a tuberculosis okozta bőrelváltozások."

Igen rövidre fogta a referatumot *Radcliffe Crocker*. Előadásában bebizonyította, hogy van a bőrbajoknak bizonyos száma, a melyeket tuberculosis bacillusának invasiója idéz elő, másrészt azonban számos olyan bőrbaj létezik, melyet nem idéz elő közvetlen ezen mikroorganismus, hanem, a melyek olyan egyénekben találnak alkalmas objectumokra, a kiket a tuberculosis bacillusa könnyen megtámad. Ilyen egyének hajlamosak genyedő csontlobokra, általános nyirokmirigy duzzanatra, s állapotuk a scrophulosis klinikus képe alatt ismeretes. Crocker számos bizonyító esetet számlál el.

Augusztus 6-dikán a syphilis sectióban a következő kérdésről vitatkoztak: „*Meddig tart az az időszak, a melyben a syphilis fertőzni képes*". Első szónok *Hutchinson* (London) volt: úgy a primaer, valamint a secundaer stadiumban a vér és minden lobos termék tartalmazza a syphilis virusát és ennélfogva ragályozásra képes. A discussio alapját az a kérdés képezi, hogy mely időben szabadulnak meg az említett szövetek és váladékok a syphilis virusától, tehát mikor veszítik el ragályozó képességüket. Felemlíti továbbá Hutchinson az általánosabb tapasztalatot, hogy mindkét szülő, a ki syphilisen esett át, képes a betegséget utódaira átruházni s véleménye szerint meg kell vitatni a kérdést, hogy mennyi ideig tart ezen örökségi átadás lehetősége, s hogy mikor szünik meg teljesen. Megengedi, hogy kivételesen igen hosszú ideig létezik az utódot ragályozó képesség, akár a közvetlen átvitel, akár az utólagos fertőzés révén. Azonban körülbelül bizonyos, hogy rendszerint csak egy esztendeig tart ez a képesség és hogy ritkán marad meg tovább, mint két évig. Továbbá felemlíti még, hogy a contagium ereje vagy talán bősége a kór tartamával egyenes arányban csökken és hogy a ragályozás veszedelme sokkal kisebb a secundaer stadium későbbi időszakaiban, mint korai idejében. Ellenben igen ritkák azok az esetek, a hol a tertiaer időszakban vagyis a második év leforgása után akár a ragályozásra, akár az örökségi átvitelre alapos gyanú forogna fenn. Azonkivül Hutchinson számos példát citált, a melyek kivételeket illustráltak arra nézve, hogy a ragályozó képesség megmarad sokáig, valamint az átöröklődés is. Továbbá szólt olyan esetekről, a hol a syphilis virusának volt a ható képessége feltünően nagy (vaccino syphilis esetek voltak ezek) és végül felemlítette azt a sajátságos viszonyt, hogy igen sokan mentesek maradnak a betegségtől, épen olyanok, kik ragályozásnak leginkább vannak kitéve.

Campana (Róma) szerint a syphilis ragályozó képességének időtartamát biztossággal nem tudjuk megállapítani. Valószinüleg addig marad fenn, a míg az elsajtosodásra hajlandó syphilitikus elváltozások nem keletkeznek. Újabb szempontok szerint az elsajtosodásra hajlamos elváltozások azonban már felléphetnek a syphilis kezdeti szakában, vagy pedig saecundaer elváltozások tartamában is. Campana azt hiszi, hogy a syphilis addig ragályozó, a míg örökléken y. Az időtartam pedig az antisyphilitikus gyógyeljárás helyes végzésétől függ, a mely ha megfelelő módon vitetik végbe, remélni engedi, hogy három év mulva úgy a betegség, mint ragályzó képessége teljesen elmult.

Lassar (Berlin) szerint a syphilis ragályzó képessége a betegség tartamával egyenes arányban csökken. Mindazonáltal fenmaradhat mindaddig, a míg csak valamely manifestatiója a syphilisnek jelen van. A mi a késői elváltozásokat illeti, azokra nézve úgy az irodalom, valamint a tapasztalat és a kisérlet azt bizonyítják, hogy nem ragályozók, azonban feltétlenül kizárni ilynemü képességüket nem lehet. Hogy a valóságban miért olyan igen ritka a késői alakok által előidézett fertőzés, annak első sorban a kivirágzások elhelyeződése adja magyarázatát. Mert nem szabad elfelejtenünk, hogy volt idő, mikor a plaques muqueuses ragályozó képességét is tagadták, mai nap pedig ezt minden kétségen felül eldöntött kérdésnek tekintjük s úgy látszik, hogy hasonló megoldást fog nyerni a késői tünetek ragályozásának kérdése is. A ragályozó képesség időtartamának meghatározása elméleti szempontból is nagyon érdekes, mert el fogja dönteni azt a kérdést, hogy vajjon a syphilis mint egységes fertőző bántalom fogandó-e fel, vagy pedig a kórokozó az idők folyamán elváltozást szenved-e a szervezetben.

Feulard (Páris): A ragályozás tartama az egyén szerint különböző. Három-négy évre becsüli azt az időt, mi alatt a ragályozó kivirágzások megjelennek és ismétlődnek. Ez időtartamra bujakóros egyénnek meg kell tiltani a nősülést. Van, bár szerencsére kevés, olyan megfigyelés is, a mely azt bizonyítja, hogy a ragályozás még tíz év mulva is megtörténhetik. Azok a kivirágzások, melyek révén a ragályozás történik, rendszerint figyelemre alig méltatott erosiók. Az okok között, a melyek

syphilitikus kivirágzások kitörésére alkalmat adnak, első sorban a dohányzást kell figyelembe venni. A legtöbb beteg, a ki mást ragályozott, dohányos ember volt és nyelvén vagy szája nyálkahártyáján voltak kivirágzásai. Úgy látszik, hogy az előre ment kezelés a hosszadalmas esetek ragályzó képességére nem igen bir befolyással.

A congressus egyik főtárgyát a „*Herpes tonsurans*“ (*Ringworm*) és a *trichophytonok* kérdése képezte. Sabouraud (Páris), Rosenbach (Göttingen) és Malcolm Morris (London) voltak a referensek. Tudvalevőleg a hajzatos és a csupasz bőrön előforduló gombás megbetegedések egészen a legújabb időkig úgy felosztásukra, valamint okaik ismeretére, ragályozó, illetve fertőző képességükre és ennélfogva a gyógyításra nézve is a nehéz kérdések valóságos tömkelegét képezték és épen Sabouraudnak kiváló érdeme, hogy a herpes tonsurans névvel jelelt megbetegedések kórokozóiról szóló ismereteinket nagy mértékben szaporította. Bár megoldottaknak a kérdések épenséggel nem mondhatók, s bár úgy látszik, hogy hasonló megbetegedéseket többféle gomba is idézhet elő s bár valószinű, hogy a különböző országokban e bajokat előidéző növényi élősdiek nem azonosak, mégis annyi új és jól támogatott adatot hordtak össze a congressuson, hogy legalább röviden e vitákról kötelességemnek tartom megemlékezni.

Sabouraud: a trichophyton olyan élősdi gomba, a mely az ember csupasz bőrén köralakú elváltozásokat hoz létre. Ezen köralakú elváltozásban két alakelemet találhatunk: mycelium szálakat és spórás myceliumokat (endospórákat), ellenben sohasem találunk az ilyen laesióban külső sporulatiót. Ha pedig mesterséges culturában tenyésztjük a gombákat, úgy mindenkor extern spórákat (sporotrichonokat) találunk. A legkönnyebben tenyészthetjük a trichophytont alacsony hőmérsék mellett (15—20°). A mesterséges culturákban hydro-carbonatokkal, különösen pedig czukorral táplálkozik. Ezen elsorolt jellegekkel bir minden trichophyton, semminemü más élősdi gomba ezen tulajdonságokkal nem bir. Ha bizonyos szorosan betartott szabályok szerint tenyésztjük a trichophytont, akár hajzatból, akár ugyanazon egyén különböző kivirágzásaiból, akár pedig többféle egyénről, a kik egy forrásból fertőztettek: úgy mindig azonos jellegü culturát fogunk nyerni. Ha ellenben több száz beteget vizsgálunk, a kik nem ugyanegy forrásból fertőztettek, úgy azt fogjuk találni, hogy egy és ugyanazon egyénről mindig csak ugyanazt a gombát tenyészthetjük ki, ellenben különféle egyénekről különböző válfajokat lehet tenyészteni. Mindezek a válfajok egy családba tartoznak: a sporotrichumbothrytis családjába, a melyet a fürtszerü külső spórák jellegeznek. Ha valamely culturát tengeri malacz bőrébe fecskendünk, úgy a szőrökön súlyos herpes tonsurans származhatik, vagy pedig csak egy helyi jóindulatú herpes tonsurans alak fog előállni, vagy pedig egy trichophytikus abscessus fog keletkezni. Mindezen elváltozásokból újra ki lehet tenyészteni az eredeti culturához tökéletesen hasonló tenyészetet. Sabouraud a következőket állítja 3 esztendei tanulmányozása és kisérletei eredménye gyanánt: 1. többféle élősdi gomba van, a mely az embernél a trichophytosis képét előidézi; 2. ezen gombák száma jelentékeny; 3. ezen gombák a mucedo-félék sporotrichum (Link és Saccardo) osztályába tartoznak. A mi a földrajzi elterjedésüket illeti, vannak olyanok, a melyek egy országban gyakoriak, másikban ritkák; így pl. tudjuk, hogy bizonyos fajok igen ritkák Párisban, ellenben gyakoriak Pármában és viszont vannak olyanok, a melyek Párisban igen gyakoriak, Pármában nem találhatók. Úgy látszik, hogy minden válfajnak van egy bizonyos földrajzi terjedelme, azért a gombák tanulmányozása bizonyos országban nem ad olyan adatokat, a melyeket azonnal más ország gombáira is lehetne alkalmazni és ennélfogva, ha valamely szerző nem találja meg az idegen nemzetbeli által leírt fajokat a saját hazájában, nem következtetheti, hogy a másik téved.

A mi a tanulmányozásnak módjait illeti, következő szempontok figyelendők meg: 1. pontosan meg kell keresni a fertőzés eredetét; 2. clinice tanulmányozni kell a kivirágzások elhelyeződését s jellegét; 3. górcsövileg meg kell vizsgálni a gombák magatartását a bőr elváltozásában és állandó készitményeket kell csinálni belőle; 4. gyüjteni kell a culturákat; 5. kifejlett culturákat górcsövileg kell vizsgálni; 6. górcsövileg kell megvizsgálni az idősebb culturákat is, hogy a gomba pleomorphismusáról is képet nyerjünk. Akármelyikét e szabályoknak mulasztja el a kutató: munkája eredménye meg nem bizhatóvá válik. Még csak a conclusiókat akarom ide igtatni, a melyeket Sabouraud elmondott:

Ugyanazon trichophyton nem idézi mindig elő ugyanazt a bőrelváltozást.

Egy válfajnak virulentiája különböző lehet.

Lehetséges, hogy bizonyos válfajok más virulentiával birnak egy országban, mint a másikban.

Ezek után Sabouraud a mikrosporon Auduini és az általa előidézett bőrbetegségek pontos leirását adta, továbbá egy trichophytosisnak képét ismertette, a melyből favushoz hasonló gombákat lehetett tenyészteni.

Rosenbach (Göttingen) munkájában csak azokat a klinikus alakokat vette figyelembe, a melyek a mélyebb bőrszövetben történő genyedés képei alatt jelennek meg, továbbá a herpes circinatusnak felületes eseteit, de nem terjeszkedett ki a herpes tonsuransra (capillitii) és a favusra. Ő is azt állítja, hogy a trichophyton gombák többféle válfaja létezik.

Úgy emberen, valamint állaton oltásokat is végzett, s mélyebb, erősebb sycosis vagy felületesebb elváltozásokat hozott létre. Úgy hiszi, hogy a virulentia változások játszanak közbe, de az is meglehet, hogy idővel meg fogjuk tanulni a minden válfajra jellemzetes klinikai képet is felismerni.

Malcolm Morris (London): 126 herpes tonsuransban szenvedő gyermeket vizsgált meg úgy, a mint jöttek a rendelésre, mindennemü válogatás nélkül. Mindig a fejbőrből kihúzott hajszálakat vizsgálta meg s azt találta, hogy 116 esetben apró spórájú gomba válfaj volt jelen (microsporon Auduini), 10 esetben pedig nagy spórájú gombát talált. Malcolm Morris igen nagy számú photographiát mutatott mindenféle praeparatumokról s különösen arra hívta fel a figyelmet, hogy mennyivel gyakoribb az apró spórájú féleség Londonban, mint a nagy spórájú féleség, s meglehet, hogy ez magyarázza a londoni trichophyton esetek makacsságát a kezeléssel szemben. Hogy vajjon az apró spórájú fajtát trichophytonnak nevezzük-e, vagy másnak, arról azt hiszi Morris, hogy az olyan kérdés, a mely inkább a botanikust érdekli, mint az orvosokat; a gyakorló orvos számára csak az az adat bir érdekességgel, hogy Angliában a „Ringworm“ megbetegedések 90%-át ez a gombafaj idézi elő. Abban nem egyezik meg Sabouraud-val, hogy a nagy spórájú féleségeknél jelentékeny különbözőség volna az, vajjon a gomba a hajon kivül vagy pedig benne fekszik. Ez szerinte egyszerüen csak attól függ, hogy milyen mértékben betegedett meg a hajszál, de e klinikus felosztás alapjául ezt a tüneményt elfogadni nem lehet. Végül pedig elismeri ugyan, hogy a ringworm-ot előidéző élősdiek különféle speciesekhez tartoznak, de már Saboraudnak azt a felfogását, hogy a betegségnek különböző alakjai más-más féleségek által idéztetnek elő, nem akarja egyelőre, a míg erősebb okokkal nem képes támogatni, igaznak tartani.

Augusztus 7.-én a következő thema volt napirenden: „*Az erythema multiforme csoportnak lényegéről s tagjainak viszonyáról.*“ *Veiel* (Cannstadt) következő tételeket állította fel: 1. a Hebra által leírt erythema exsudativum multiforme jól jellegzett önálló fertőző bántalom, a melyet meg kell különböztetni a más fertőző bajokat kisérő erythemáktól; 2. az erythema exsudativum multiforme nem azonos az erythema nodosummal; 3. köszvény és rheumatismussal összefüggése nincs; 4. nem angio-neurosis, hanem a bőrben székelő lobos folyamat, a melyet ott a fertőző anyag idéz elő.

(Folytatása következik.)

Vegyesek.

Budapest, 1897. junius 11-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. május 23-tól 1897. május 29-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 475 gyermek, elhalt 260 személy, a születések tehát 215 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok

Negyvenegyedik évfolyam. 25. szám. *Budapest, 1897. junius 20.*

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 fogóműtét a magángyakorlatban.[1]

Közli: *Engel Gábor* ny. rk. tanár Kolozsvárott.

Midőn az orvosi tudománynak nagyrészt egy szakában végzett húsz évi kórodai és magángyakorlatra tekinthetünk vissza, önkéntelenül azon eszme merül előttünk fel, hogy az ily hosszú időre terjedő működésünket összegezve igyekezzünk tényked ésünk felett önbirálatot teljesíteni, összehasonlítva nyert tapasztalatainkat a tudomány jelenlegi állásával.

Csak igy tudunk a chablonszerűségtől menekülni és az újabb kor haladása nemcsak az újabb nemzedék kincse marad, hanem tapasztalataink szűrőjén átjutva és szerzett gyakorlatunk által megkritizálva mintegy vérünkké válik.

E gondolattal néztem át jegyzeteimet végzett fogóműtéteimről és az azokból nyert észleleteimet óhajtom röviden ismertetni.

Midőn a fogó és annak alkalmazása a szülészeti műtétek között általános polgárjogot nyert, ez talán inkább korszakot alkotó volt, mint Semmelweis tana, mely pedig nemcsak egy részét, hanem az egész orvosi tudományt új és biztos alapra fektette.

Volt idő, midőn a diploma elnyeréséhez a fogóműszer megszerzése volt feltételül kikötve.

Még e század közepén is a fogóműtét tett nevezetessé egyes szülészeket és ha a szülőintézetek régibb kimutatásait tekintjük, a szülészet apostolai működésében feltünő szerepet vittek a fogóműtétek. Egyes szerzők ártalmatlan jelzéssel illették a fogót, melynek használata áldásos az emberiségre nézve, mások szerint a legkiméletesebb eljárás egy nehéz szülés befejezésére.

És most — a század vége felé — midőn az antisepsis és asepsis fegyvereivel kezünkben a fogóműtét esetleges rossz következményeitől kevésbbé félhetünk, egyre hangok emelkednek a fogó ellen, hogy az még gyakorlott szülész kezében sem veszélytelen műszer (Winckel), hogy a műtét az összes szülészeti műtétek között a legvéresebb és használata lehetőleg megszoríttassék (Münchmeyer,[2] Schlick[3]), hogy a teljes gátrepedések a legtöbb esetben — 70% — a fogóműtét rovására esnek (Wehle[4]).

E tapasztalatoknak megfelelőleg a szülőkórodák újabb kimutatásaiban évről évre kevesebb fogóműtétet találunk és ha e kimutatásokat összehasonlítjuk, mintegy versengést vehetünk észre az egyes kórodák között azon irányban, hogy minél kevesebb műtét végeztessék, úgyannyira, hogy ha ezen úton haladunk, a classikus műtét maholnap történiai értékűvé válik és a fogó talán majd csak oly esetekben vétetik alkalmazásba, midőn fanizületmetszés után (symphyseotomia) a szülés bevégzésére használtatik.

E conservativ irányt a szülészet terén más műtéteknél is észrevehetjük és pedig körülbelül azon idő óta, mióta a nőgyógyászati műtéteknél ezen iránytól feltünő eltérést tapasztalhatunk. Mi az összefüggés ezen irányváltoztatásban, nem kutatjuk, csak utalunk azon sürübben felhangzó panaszokra, melyek a nőgyógyászat terén a túlságos műtevési kedv korlátozására irányulnak.

Talán elértük azon időpontot vagy közeledünk hozzá, midőn a szélsőségekben való működés a helyes irányt ismét megtalálja.

A magángyakorlatban a conservativ irányt — a fogó alkalmazására nézve — nem találjuk meg. A fiatal orvos az egyetemen alig látván ily műtétet, kimegy az életbe és talán az első szülésnél — melyhez hivatik — indicatióit látja a fogónak. Bizonyos járatlansággal neki fog, elvégzi és sikerül. Ez bátorítólag hatván, feledi a theoretikus tanitásokat, egyremásra végzi a fogóműtéteket és rettegett hirt és dicsőséget szerez mint szülész.

Egy másik orvosnak az első műtéte rosszul sikerül és akkor tartózkodik hosszú időre a fogótól, de mivel tenni kell valamit, a koponyafúróban találja meg a mentő eszközt vagy idegenkedvén ettől is, újra és újra próbálkozik a fogóval, míg néhány szomorú eset után, végre szerez akkora jártasságot, milyennel az életbe kellett volna lépnie. Szomorú, de ez igy van nálunk a vidéken és erre a kórházak és kórodák nőgyógyászati esetei elég bizonyságot szolgáltatnak ugyancsak azon betegekről, kik műtéti kezelésüket nem fizetik meg életükkel is.

A gyakorlatban nálunk nem azért hivnak orvost a szüléshez, hogy tanácsokkal szolgáljon és az asepsist illetve antisepsist ellenőrizze, hanem hogy tegyen valamit, vagy esetleg a bába mulasztását vagy elkövetett műhibáját jelenlétével felfedezze, illetve annak részesévé váljék és történjék bármi baj, az bizonyos, hogy első sorban az orvost fogják hibáztatni. A társadalmunkban — a socialis viszonyokból származó — türelmetlenséget, idegességet a szülések körül is mindinkább van alkalmunk tapasztalhatni.

Megkisértem gyakorlati szempontból a fogó alkalmazásának feltételeit és javalatait áttekinteni és viszonyitani a kórodákon elfogadott és gyakorolt elvekhez. Ez úton talán jobban lehet megvilágitani azon feltünő különbséget, mely a fogóműtét gyakorlásában a kóroda és magángyakorlat között tényleg létezik és melynek felismerése talán elősegitőleg hat azon középút megtalálására, mely — a túlzásoktól menten — a fogóműtét alkalmazásánál követendő lenne.

Kevés műtét van, melynek feltételei annyira szabatosan körülirva lennének, mint a fogóé és daczára ennek, kevés műtét van, melynek feltételeitől az eltérést oly könnyen megengedhetőnek tartják. Történik ez azon okból, mivel épen e műtétnél az azt kivánó indicatiók gyakran ellentétben állanak a feltételekkel és az a tudat, hogy fogóval a szülés talán könnyebben és jobb eredménynyel bevégezhető és ez által egy nagyobb jelentőségű műtét elkerülhető lesz, csábító, különösen a magángyakorlatban oly irányban, hogy a feltételek határai kevésbbé szabatosan biráltassanak el.

Első és lényeges feltétel a lágy szülőutaknak kellő előkészültsége, mely alatt a nyakcsatorna teljes canalisatióját

[1] Előadatott az Erdélyi Muzeum-Egylet orvosi szakosztályának 1896. deczember 11-diki ülésén.

[2] Arch. f. Gyn. Bd. 36. — 1 — 1889.

[3] Mon. f. Geb. I. Bd. 6. H. 1895.

[4] Arb. aus d. k. Fr. Klin. Dresden, II. Bd. 1895.

értjük, mit a méhszáj eltünéséből ismerünk fel. Ha a méhszáj széleit még tapinthatjuk, de azok leemelhetők a fejről és várhatjuk, hogy talán a fogó alkalmazása alatt vagy az első húzáskor visszahúzódnak, úgy szintén megengedhető a műtét. Azonban, különösen, midőn magasan álló fejnél kell a műtétet végezni, ezen feltétel csak részben van jelen és igy a méhszájnak berepedésére számitanunk kell. Dührssen melegen ajánlja ily esetekben a méhszáj tágitását mély bemetszések által. Azonban nemcsak a méhszájat, hanem a hüvelyt és a szeméremrést is előkészületlen találja a fej. A hüvely berepedésekkel tágul, úgyszintén a szeméremrés is, mit esetleg episiotomiával kell tágitani és egy sora a sérüléseknek keletkezik, részben müvileg, részben erőszakosan készitve, melyek a műtétel igazán „véressé", roncsolóvá és igy veszélyessé teszik, nem is számitva azon hatásokat, melyek a magzat életére lehetnek káros befolyással. Már ezen radicalis feltételnek meg nem tartása mellett is igazat kell hogy adjunk Winckelnek, hogy „a fogó gyakorlott szülész kezében sem veszélytelen műszer".

A fejnek fogóra kedvező állása és tartása oly feltétel, melynek jelenlétében a többi feltételek is megvannak. A mint kifejezni szokták, fogóra alkalmas a fej, ha a medencze kimenetében mellfelé néző vezérponttal található vagy legalább legnagyobb körfogatával a bemenetet áthaladta. Midőn e feltétel megvan, a méh nyakcsatornájának canalisatiója már befejezett, tehát a méhszáj eltünt vagy szélei nem nyujtanak már akadályt a fogó feltevésében, a magzatburkok is a legtöbb esetben megrepedve visszahúzódtak a fejről, mely a medenczebemenet esetleges szükültségét áthaladta és igy a medenczeűrben levén, mekkorasága és minősége — tapintó érzékünkkel — tévedés kizárásával meghatározható.

Ezen feltétel jelenléte vagy bevárása mellett typikus műtétet végezhettünk, melynél az anya, mint a magzat érdekei tekintetbe véve és megóva lesznek.

A fejnek fogóra alkalmas állása és tartása a szülés második szakában fejlődik ki, a midőn a szülés — rendes körülmények között — hamar szokott bevégződni. Azon indicatiók azonban, melyek a szülés mielőbbi befejeződését kivánják — tehát a fogó alkalmazását — ezen időszaktól függetlenül léphetnek fel és az esetek legtöbbjében, midőn t. i. nem prophylactikus, hanem életveszedelmet megszüntető indicatio folytán áll elő a beavatkozás szükségessége, épen ezen feltétel nincs még jelen s annak bevárása mulasztásnak látszik, mely által vagy az anya vagy a magzat érdekei szenvednének. Ily viszonyok között az orvos Scylla és Carybdis közé kerül és hogy meneküljön felelősségterhes helyzetéből, fogóhoz nyúl és elkövet egy műtétet, melyben műhibát műhibára halmoz. A műtét sikerül, a szülés befejeződik, de az anya hosszasan sinyli meg az elsietett beavatkozást, nem is emlitve a magzatot, mely esetleg életével lakolt.

Röviden felsorolva, ilyenek azon esélyek, melyek a feltételek kevésbbé szabatos megitélése mellett előfordulhatnak és már ezekből is látjuk, hogy a fogómütét épen nem közömbös beavatkozás.

A műtét sikerére nézve fontos tényező, hogy az mily ok, mily javalat alapján végeztetik. A prophylactikus okból végzett műtétek jobb eredményt mutatnak fel. Az ilyen szülések hosszasabban vannak megfigyelésünk alatt, van időnk megfontolni a teendőket, elvégezni a szükséges előkészületeket. Daczára ennek, a prophylactikus indicatio megállapitása nem könnyű és nagyon is egyéni nézetnek van alávetve. Például egy szülésnél a második időszak hosszúra nyúló, talán már öt órája a méhszáj eltünésének, a szülőnő nyugtalan, a környezete nemkülönben.

A klinikus vár és talán expressióval bevégzi a szülést, a gyakorló orvosnak se ideje, se türelme várni, fogóhoz nyúl és műtétet végez.

Egy másik esetben a magzatszivhangok elégtelen megfigyeléséből származott indicatio képezi alapját a műtéti beavatkozásnak.

A magángyakorlatban levő szülésekhez az orvos többnyire olyankor jut, midőn egy más egyén — a bába — állapitja meg a műtét jogosultságát. Ilyenkor a szülés addigi lefolyásáról oly megbizhatlan, de minden esetben oly pessimistikus adatokat nyerünk, melyekre nem lehet biztos javallatot alapitani. Hogy tájékozhassuk magunkat, tovább kell észlelnünk a szülést és tapasztalatainkat összegezve határoznunk a teendők felől. Csakhogy ehhez meginl idő és türelem szükséges. Ha e kettővel rendelkezünk, úgy sok felesleges műtétet elkerülhetünk.

Egészen más elbirálás alá esik a fogó alkalmazása oly esetekben, midőn nem prophylactikus szempontból, hanem tényleg bekövetkezett, az anya vagy magzat és többnyire mindkettő érdekét és igy életét veszélyeztető állapotot találunk a szülésnél. Ilyenkor a várás vagy tétovázás oly hiba volna, melyet menteni nem lehet. A műtét indicatiója biztos alapon nyugszik: a szülést be kell fejezni és az adott körülmények között a fogómütét az egyetlen kiméletes eljárás, melyet igénybe vehetünk. Az orvos gyakorlottságától és belátásától függ, hogy a feltételeket bevárja vagy azoknak bekövetkezését előmozditsa vagy esetleges hiányát kézügyességével pótolja. A kivitel annál könnyebb, az eredmény annál biztosabb lesz, minél inkább vannak a feltételek kifejlődve és minél gyakorlottabb a műtő kezc.

Be kell vallanunk, hogy életveszélyes esetekben is a műtét idejének meghatározására nézve nem tudunk minden alkalommal azonnal eligazodni, t. i., hogy conservative járjunk-e el — a beavatkozást késleltetve, míg a műtét feltételei kifejlődnek — vagy activ irányt kövessünk. E részben korunk szakemberei is a két irány között osztják meg nézeteiket.

(Folytatása következik.)

Hypertrichosis gyógyitása Röntgen-fénynyel.

Jutassy József dr.-tól.

(Vége.)

Április 17-dikén acneszerű pustulák léptek fel a gyomorgödörben, melyek gyorsan bullákká fejlődtek, spontan felrepedtek és a belőlük kifolyó sárgásfehér savóval az egész felületet erősen nedvedzővé tették. A beteget ágyba kellett fektetni, a lobos felületre félóránkint bórvizes borogatást, majd az égető fájdalmak enyhitésére 5—10 perczenként jeges borogatást kellett rendelnem.

Ugyanezen nap tapasztaltam, hogy a szőrök önként kihullanak, legtömegesebben a lobos részről, gyérebben a hyperaemikus részekről és helylyel-közzel az állról és orczákról, melyek pedig absolute nem mutattak elváltozást. A mutató- és hüvelykujj segélyével egész szőrcsomók könnyedén, physikai erő kifejtése nélkül voltak kihúzhatók; ezen processust legjobban hasonlithatnám a koppasztáshoz leforrázás után; e kihúzgálást azonban nem folytattam s a betegnek is megtiltottam.

Április 18—20-dikáig az excoratio a gyomortájról a sternum közepéig egy férfitenyérnyi területen rendkivül erős; a lencse- egész mogyorónagyságú bullák összefolytak, felrepedeztek (a makacsok felszúrattak), mire az epidermis részint czafatokban lógott le, részint összegyűrődve hevert a duzzadt, vörös coriumon; hozzá a helyi hőemelkedés s a viszketéssel járó heves fájdalmak tiszta képét adták egy másodfokú dermatitisnek. Ez volt az a hely, melyhez legközelebb állott a lámpa, mig a többi megvilágitott részeken, ú. m a nyak mellső felületén a gégefőtől le az utolsó bordaivig és a két hónaljvonal közé eső területen a lob kisebb fokú, excoriatio csak néhány, fillér- egész tallérnagyságú felületen látható.

Bórvizes borogatások helyett ekkor a *Boeck*-féle gyengébb linimentum aqu. plumb.-t irtam elő, mely óránként megújitva pompásan bevált a fájdalmak enyhitésére s a lob csökkentésére.

A szőrszálak effluviuma e napokon folyton tartott, 20-dikán már vagy $^3/_4$ részük kihullott, kivéve a mellen az ólommal befedett négyzetet, melyen a szőrök erősen megma-

radtak s a bőr normalis volt, kivéve továbbá az arcz azon részeit, melyek az alsó ajk niveaujában a sugarak elől el voltak zárva.

A beteg különben ez idő alatt teljesen lázmentes volt s midőn fájdalmai enyhültek, étvágya volt és jól aludt.

Április 21. és 22-dikén a lob megmaradt az előbb leirt stadiumban, az excoriatio megszünt, a borogatások változtatása közben az epidermisczafatok s rajtuk a kihullott szőrök nagyrészt mechanice eltávolíttattak, a középső nagy és szélső kisebb hámfosztott területek határain granulatio mutatkozott, a viszketés gyenge, a fájdalmak enyhültek. Szőr nagyon kevés. 5% bórvaselin rendeltetett sterilizált gazera vastagon felkenve s ez vattával beborítva, mert a beteg nagyon érzékeny, a legkisebb érintésre nagy fájdalmat érez.

Április 22—27-dikéig. A kathod-sugaraknak kitett egész testfelületen tökéletes a szőrök effluviuma, csak a két arczfélen maradt gyéren elszórva 3—4 száz szál, melyek pincettával sem húzhatók ki könnyebben, mint az épek. A kisebb sebek új hámot kaptak, a tenyérnyi nagy seben s a sternumon épen hagyott rész körül azonban rendkivül lassan halad a granulatio. 10% bórvaselin iratott elő.

Ezen kezelés mellett a nagy seb kivételével május 10-dikére a mell köztakarója teljesen regenerálódott, május 20-dikára az is felényire apadt, minthogy azonban a beteg még $^1/_2$% arg. nitr. kenőcsöt sem tűr el, a granulatiót siettetnem nem lehet, úgy hogy egy sarlóalakú, gyermektenyérnyi tiszta seb még május 28-dikán is meg volt, midőn betegemet *Schwimmer* tanár úr kórodáján bemutatnom szerencsém volt s csak junius 14.-ére gyógyult be. A gyógyult bőrfelület a mellen alig észrevehetőleg fényesebb, az arczon és nyakon absolute normalis; szőr, az ólomlemezekkel eltakart helyeket kivéve, nincs, tehát a megvilágitás kezdete óta 72 nap alatt s az effluvium kezdete óta 61 nap alatt vissza nem nőtt, sőt ezen két hónapnál hosszabb idő mulva még lanugo sem mutatkozik.

A *resultatum* tehát a következő: 14 órai megvilágitás után másodfokú bőrlob keletkezett a test azon részén, melyet a lámpától 10—14 cm. távolságban értek a kathod-sugarak; elsőfokú bőrlob keletkezett azon helyeken, melyek a lámpától 20—30 cm. távolságban voltak; és bőrlob nem támadt azon helyeken, melyekre a sugarak 30—40 cm. távolságból estek, ezen helyeken csak gyenge hyperaemia keletkezett. Alopecia azonban valamennyi bőrfelületen keletkezik; az effluvium legtömegesebb a lobossá vált bőrrészeken és leghuzamosabb a hyperaemikus helyeken, jelen esetben a nyakon, állon és a bal arczfélen, a hol az alopecia tökéletes. Tökéletlen az effluvium és az alopecia a jobb arczfélen, mely az elektrolysis következtében ekzematosus lévén, 10%-os zinkoxyd kenőcsesel vastagon be volt kenve, azonfelül vattával borítva és egy többrét összehajtott selyemkendővel felkötve. A bal arczfélen a kendő a sugarak hatását nem befolyásolhatta, mert a selyem a sugarakat teljesen átbocsátja, a baryumplatincyanür ernyőn legalább árnyékot nem ad, mig a zinkoxyd — mint nehéz fémsó — fél cm. rétegben a sugarakat már felfogja, a kenőcs-alapnak használt zsir és lanolin pedig ezen gátló hatást fokozni képes (Sehrwald).

Az effluvium bekövetkezésére tehát nem szükséges az x-sugaraknak oly nagy hatása, hogy a köztakarón akár elsőfokú, akár másodfokú dermatitis keletkezzék, elégséges a hyperaemia, úgy hogy *a várható alopecia kriteriumának az erythemát tarthatjuk*. Ezen erythema pedig — a mint a kórlefolyásból látható — intensiv kathod-sugarak alkalmazása mellett már 6—8 órai exponálás után jelentkezik.

Továbbá az irodalomban található esetek és *Schiff* dr. (docens) és *Freund* dr. együttes kisérletei *Kassowitz* tanár gyermek-rendelőintézetében (Bécs) azt bizonyitják, hogy annál gyorsabban és hevesebben lép fel bőrlob, minél halmozottabban alkalmazzák a Röntgen-fényt; a másodfokú dermatitist az én esetemben is annak tulajdonitom, hogy napjában 4 órán át s az erythema jelentkezésén jóval túl alkalmaztam a kathod-sugarakat.

Ezen elvből kiindulva betegem megmaradt hypertrichosisának kiirtására 6 órán át exponáltam arczát ugyanolyan intensiv kathod-sugaraknak, még pedig 35—40 cm. távolságra állitván a lámpát és ólom-álarczczal és lemezzel úgy elfedve, hogy a sugarak csak a felső ajkot és az arczot a fülczimpák irányvonaláig érhessék. Délelőtt egy órai és délután egy órai exponálás után a negyedik nap reggelén látható volt egy gyenge pirosas erythema, mire a 6 órai exponálás után a munkát beszüntettem s a beteget megfigyelem; 2 hétre várom az effluviumot lob nélkül.

Fontos most már tudni, hogy mi okozza ezen effluviumot? Bizonyára egy degenerativ folyamat, mely a hajhagymát tönkre teszi és róla a hajszálat leválasztja; felteszem ezt azért, mert a spontan kihullott szőrszálak makroskopice és mikroskopice hasonlitanak azon szőrszálakhoz, melyek elektrolysis útján sikerrel távolíttatnak el; a hajgyök rostosan szétágazik, a tok duzzadt, a papilla a hajhagymával együtt hiányzik; a hajszál structurája elmosódott, a velő határa eltünt, a kéreg és cuticula göcsös (a mi elektrolysisnél nem történik) s a hajszín világosabb. *Marcuse* szerint az x-sugarak trophikus hatást gyakorolnak a hajgyök sejtjeire s a papilla hajszálreczéiben keringési zavart okoznak, minek folytán a bulbus pili elpusztul. *Kaposi* (Wien. Med. Wochenschrift, 1897. 19. szám) az x-sugaraknak kumulativ hatást tulajdonit; szerinte előbb a bőr mélyében támad hyperaemia, mely a papillák véredényeinek paresisét s ennek folytán a bulbusról a haj leválását okozza s a hyperaemia csak lassan terjed a felszin felé. Igy magyarázza, hogy előbb lép fel effluvium s csak azután erythema. Ez azonban szabály gyanánt fel nem állitható; részemről legalább úgy ezen leirt esetben, mint a Kassovitz intézetében észlelt esetekben előbb láttam megjelenni az erythemát, mint az effluviumot, sőt ujabb eseteimen tett tapasztalataim alapján épp az ellenkezőjét tartom szabálynak, s az exponálás tartamát az erythema megjelenésétől függővé.

De terjedjen a circulatio zavara kivülről befelé avagy belülről kifelé, annyi tény, hogy ennek folytán a papilla működésében zavar keletkezik, mely a haj degeneratióját involválja. Kaposi véleménye továbbá az, hogy ha a papilla reczéi visszanyerik előbbi tonusukat, akkor a hajaknak újra ki kell nőniök; ez valónak is bizonyult *Freund* esetében, mert az emlitett naevus 2—2$^1/_2$ hónap lefolyása alatt apró lanugo-szőrökkel nőtt be, ámde sokkal gyérebben, mint eredetileg benőve volt; a bulbus tehát ennyi idő alatt részben regenerálódott; a további lefolyás ismeretlen, mert a beteg gyermek elvonatott az orvosi megfigyelés alól.

Esetemre vonatkozólag sem állithatom positiv tény gyanánt, hogy a hypertrichosis végkép meggyógyittatott, e felől csak hónapok mulva nyilatkozhatom; annyi azonban kétségtelen, hogy a Röntgen-fény czéltudatos alkalmazásával az minden fájdalom és reactio nélkül hónapokra megszüntethető. Kizártnak tartom azt a lehetőséget, hogy minden megtámadott papilla visszanyerje előbbi tonusát és remélem, hogy további kisérleteimmel sikerülend bebizonyítanom azon feltevésemet, hogy az x-sugarak többszöri alkalmazásával a hajhagymát annyira lehet életműködésében zavarni, hogy az többé regenerálódni nem képes és igy a kelletlen szőrnövés örökre megszünik.

De ha csak hónapokra terjed is a gyógyhatás, leirhatatlan előnynyel bir az elektrolysis felett, mely szemrontó, hosszadalmas munka, a paciensre nézve fájdalmas s nagy vigyázat mellett is nehezen simuló ragyaszerű nyomokat hagy, a mely körülmény nagyon lerántja a kezelés kozmetikai sikerét.

Közlemény a lipcsei királyi szász egyetem belkórodájából.

Az arterio-sclerosis és szívhypertrophia közötti viszonyról, különös tekintettel a zsigeri edények megbetegedésére.

Irta: *Hasenfeld Arthur* dr.

(Vége.)

Az *I. sz. táblázatból* azt láttuk, hogy ezen esetekben — a *2. sz.* eset kivételével — különösen a zsigeri edények igen nagyfokú megbetegedése állott fenn. A *III. sz. táblázat* pedig azt bizonyitja, hogy valamennyi esetben kifejezett szivtültengéssel álltunk szemben.

*

Az *1.*, *3.*, *4.* és *5. számú* esetnél természetesen első sorban azon kérdésre kell válaszolnunk, hogy *a szív túltengése csupán a zsugorvese vagy pedig bizonyos mértékben az edényelváltozások következményeinek is tekintendő-e?*

Ezen kérdésre nagy valószínűséggel válaszolhatunk. Azt találtuk ugyanis, hogy a kérdéses esetekben a jobb- és balszívgyomrocsnak egymáshoz való viszonya szívtúltengés daczára a rendestől lényegesebb eltérést nem szenvedett; vagyis a balszívgyomrocs kizárólagos vagy túlnyomó túltengésére nem következtethetünk. Tekintetbe véve tehát a két szívfélnek a túltengésben való egyenlő részvételét, azt kell mondanunk, hogy a szív túltengése *csak a veseelváltozásoknak* tulajdonítható, mert ha az edények arterio-sclerotikus megbetegedése a balszív munkáját befolyásolta, illetve megnehezítette volna, akkor ezen körülmény a balszív *túlnyomó* túltengésében bizonyára kifejezést nyert volna; a *2. sz.* eset azonkivül eléggé bizonyítja, hogy zsugorvesénél a szívtúltengés létrehozásához a veseelváltozások teljesen elegendők. Nem oszthatom ezért *Holsti*[1] azon nézetét, ki azt tartja, hogy a zsugorvesénél a szív túltengését az edények arterio-sclerosisa okozza és oly esetekben, ha az edények egészségesek, a vesezsugor daczára szívhypertrophia nem jön létre.

Ezen vizsgálatokból kitünik tehát, hogy *kifejezett szívtúltengéssel csak az arterio-sclerosis azon eseteiben találkoztunk, a melyekben egyszersmind a vese is nagymértékben beteg volt, míg — minden várakozás ellenére — a zsigeri edények megbetegedése egyedül a szív nagysági viszonyait észrevehetően nem befolyásolta.*

Ezen tények, melyek physikai és physiologiai ismereteinknek ellentmondani látszanak, magyarázatot igénylenek.

A zsigeri edények arterio-sclerosisa azt hiszem azon okból nem kell hogy a szív munkáját megnehezítse, *mert az olyan esetek* — véleményem szerint — *bizonyára csak igen ritkák, melyeknél az összes zsigeri edények legfinomabb ágacskáikig elváltoztak volna.* E nézetem támogatására nemcsak a zsigeri edények tömeges elágazódása szolgál, hanem a *bélhuzam* falában lefutó edénykék górcsövi vizsgálata is. Ugyanis azt találtam, hogy a bél falában lefutó edénykék elváltozásokat még az arterio-sclerosis azon eseteiben sem mutattak, melyekben a zsigeri edények és nagyobb ágaik igen nagy mértékben meg voltak betegedve.

A zsigeri edények megbetegedése tehát általában a szív munkáját megnehezítő keringési akadályt azon okból nem képez — és igy a szív munkáját sem nehezíti meg —, mert az egyes esetekben a zsigeri edények legfinomabb ágai, melyek a vér keringési viszonyait tudvalevőleg oly nagy mértékben befolyásolják, jórészükben egészségesek maradnak. Ezen épen maradt edények ugyanis az anastomosisok nagy számánál fogva az arterio-sclerotikus edények okozta keringési akadályokat ismét kiegyenlíteni képesek és ez által a szivet a nagyobb munkától megkímélik. *Az arterio-sclerotikus edények okozta keringési akadályok kiegyenlítése mindenekszerint oly formán jön létre, hogy az épen maradt edényekben a rendesnél több vér fog keringeni, a mit ezen edények tágulási képességük és rugalmasságuknál fogva, akadálytalanul továbbítani képesek. Az arterio-sclerotikus edényeknek tehát kevesebb vért kell magukba fogadni és igy a keringési akadályok ismét kiegyenlíthetők.*

Nem tartom természetesen kizártnak, hogy a zsigeri edények arterio-sclerosisa egyes *igen kivételes* esetekben[2] az okozott keringési akadályok következtében a szív túltengésének okozójává lehet. Ily eset azonban nézetem szerint csak akkor fog előállani, ha *az összes zsigeri edények elágazódásaik túlnyomó részével együtt megbetegedtek, midőn az okozott keringési akadályok kiegyenlítése nem képzelhető.* Az épen mondottak igazolására *Romberg*[3] egy esetét óhajtom felemlíteni, mely ámbár egy más edényterület arterio-sclerotikus elváltozásaira vonatkozik, mégis az említett igazolására szolgálhat. *Romberg* esetében *a tüdőütér összes ágai* a legfinomabb elágazódásokig követve arterio-sclerotikus elváltozásokat mutattak; a jobbszív pedig óriásilag meg volt nagyobbodva. Ezen esetben a jobbszív túltengését következményesnek kell tekintenünk, mert az egész edényterület *összes ágai* megbetegedve voltak.

Mindezeket tekintetbe véve a szív túltengését csak a legritkább esetekben tartom az arterio-sclerotikus edényelváltozások következményének.

Most még csak azon ellenvetésre kell válaszolnunk, hogy akkor *az arterio-sclerosis és szívhypertrophia gyakori együttes előfordulásának mi volna tehát az oka?*

Első sorban a lipcsei kórboncztani intézetben tett tapasztalataimra támaszkodva határozottan mondhatom, hogy *az arterio-sclerosis azon esetei, melyekben a szív túltengése hiányzik, aránytalanul gyakoriabbak*, mint azt általában feltételezik; e tényről a szív nagysági viszonyainak pontos megfigyelésénél naponta meggyőződhetünk. Eltekintve azonban ezen körülménytől, az arterio-sclerosis és szívhypertrophia együttes előfordulása még nem elegendő ok, hogy a szív túltengését általában az edényelváltozások következményének tekintsük. Ne feledjük el, hogy a sclerotikus folyamat a *szív szájadékaira* mily gyakran terjed át, az edényelváltozások — különösen idősebb egyéneknél — *a vese megbetegedéseivel* (zsugorvese) rendesen együttesen találhatók; végül nem szabad figyelmen kivül hagynunk, hogy pl. az alkoholismusnál, köszvénynél stb. a *szervezetben keringő anyagok* a szívre és az edényekre *egyforma* izgató hatással birnak.

Mindezeket tekintetbe véve, kimondhatjuk azt, hogy még az arterio-sclerosis és szívhypertrophia gyakori együttes előfordulása sem elegendő ok arra, hogy a két megbetegedés között oki összefüggést tételezzünk fel.

Függelék.

A *vesék* megbetegedéseihez szegődő szívtúltengéseket tudvalevőleg különbözőképen magyarázzák. *Bright, Traube, Cohnheim, Ewald, Gull-Sutton, Da Costa, Friedländer, Holsti, De Dominicis* neveihez a legkülönbözőbb theoriák fűződnek. Ezen magyarázatok eléggé ismeretesek, semhogy azok bővebb megbeszélést szükségesnek tartanám. Általában azt mondhatjuk, hogy a buvárok egy része *Traube* mechanikai magyarázatát fogadja el, míg a másik rész a *Bright*-féle chemiai magyarázat helyességében hisz. Ezen függelékben az előbbiekben már közlött vizsgálati eredményeimre támaszkodva csupán röviden okadatolni szeretném, *hogy a zsugorvesénél kifejlődő szívhypertrophia nem mechanikai viszonyokból magyarázandó, mert a szív túltengését minden valószinűség szerint nem a vese hajszáledényeinek tönkremenetele által feltételezett keringési akadályok okozzák.*

Már említve volt, hogy a zsugorvese néhány esetben *a szív túltengését a jobb és bal szívfélre egyformán elosztva találtam.* A jobbszív túltengését a vese megbetegedésénél egyébként több szerző hasonló észlelete is bizonyítja. A legtöbben azonban *Rosenbach* véleményét osztják, ki azt tartja, hogy a jobbszív túltengése csak *másodlagosnak* tekintendő; a vesecapillarisok elváltozásai ugyanis véleményük szerint a balszív túltengéséhez vezettek és mivel a hypertrophiás balszív jobban táplálhatik, ezért a jobbszív koszorús edényeibe is több vér jut, a mi a jobbszív kedvezőbb táplálkozásához és ebből kifolyólag annak következményes túltengéséhez vezet. Én ezen magyarázatot nem fogadhatom el, *mert állatkisérleteink a leghatározottabban azt bizonyítják, hogy a balszív túltengése a jobbszív túltengését nem vonja maga után.*

Romberggel egyetemben házinyulaknál az aorta billentyűinek elroncsolása által mesterséges aorta insufficientiát hoztunk létre[1] és az állatokat ezen billentyűbajjal 3—4 hónapig életben hagytuk. A túltengett szíveket ezen idő elmultával *Müller* eljárása szerint egyes szakaszaira szétszedtük és minden egyes szivszakaszt külön-külön megmértünk. Minden egyes esetben a balszív kifejezett túltengését találtuk, a jobbszív

[1] Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. Bd. XXVIII. 1. u. 2. H.

[2] Ily eset legalább 10 hó alatt a lipcsei igen nagy hullaanyaggal rendelkező kórboncztani intézetben nem került észlelés alá.

[3] Ueber Sclerose der Lungen-Arterie. Deutsche Arch. f. kl. Med. Bd. 48.

[1] E kisérletek részletei egy legközelebbi czikksorozatban.

azonban a túltengésben egyáltalában sohasem vett részt. (Természetes, hogy ezen eredmények constatálásához szükséges volt az ép házi nyúl szívek nagysági viszonyait tanulmányoznunk.) Ezen kisérleti eredmények tehát *Rosenbach* felvételének határozottan ellentmondanak. Ha a nagy vérkörben beállott keringési akadályok miatt túltengett balszív tényleg a jobbszívet kedvezőbb táplálkozási viszonyok közé helyezné és ezáltal annak túltengését idézné elő, akkor az aortabillentyűk szétroncsolása által mesterségesen létrehozott balszívhypertrophiánál a jobbszív ezen feltételezett túltengését minden esetre tapasztalnunk kellett volna. Ezen esetekben ugyanis a szívizomzat teljesen egészséges volt és igy a szív táplálkozásának feltételei bizonyára jobbak voltak, mint oly esetekben, midőn a szív túltengésének egy már megbetegedett szívizomzatban kell kifejlődnie.

Véleményem szerint tehát *zsugorvesénél a szívtúltengés oka nem mechanikai viszonyokban* keresendő; egyrészt azért, mert a szív munkáját, mint láttuk, az arterio-sclerosis is csak igen kivételes esetekben befolyásolja, tehát jogunk van feltenni, hogy a vesecapillarisokban levő keringési akadályok kiegyenlíttetnek, a nélkül, hogy a szív munkáját megnehezítenék; a mechanikai magyarázatoknak ellene szól továbbá azon körülmény is, hogy zsugorvesénél (általában a vese megbetegedéseinél) a szív túltengését mindkét szívfélre elosztva találjuk és hogy a jobbszív következményes túltengését bebizonyítanunk nem sikerült.

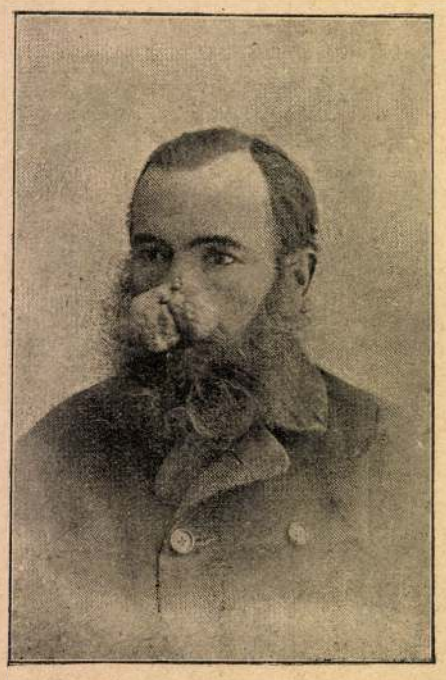
Valószinübbnek és elfogadhatóbbnak tartom azért azon magyarázatokat, melyek a vese elváltozásainál fejlődő szívtúltengéseket a vérben keringő és mindkét szívfélre egyformán ható, eddig ismeretlen vegyi anyagoknak tulajdonítják.

Végül kedves kötelességemet teljesitem, midőn *Curschmann* és *Romberg* tanár uraknak a klinikai beteganyag szives átengedéséért és sokoldalú buzgó támogatásukért e helyen őszinte köszönetet mondok.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Néhány műtéti eset az esztergomi közkórházból.

A vidéki kórházak betegforgalma csak ritkán juttat ritkább eseteket, s ha a következőket közlöm is, nem mint ilyeneket említem fel, hanem csakis azért, mert részben lefolyásuk, részben pedig egyéb mellékkörülmények folytán tartottam ezeket erre érdemesnek.



Az első eset *orrdaganat kiirtásáról* szól, melyet a górcsövi vizsgálat a bör olyan túltengésének ismert fel, mely az „elephantiasis mollis“ és a „fibroma“ közti határon áll.

A második egy *magas hólyagmetszés* esete, mely minden complicatio nélkül s aránylag rövid idő alatt gyógyult.

Végre a harmadik egy *kizárt sérv esetében végzett bélcsonkolásról* szól, mely daczára a beállott sok szövődménynek gyógyulással végződött.

I. *Gy. János.* 49 éves, rk., nős, esztergomi születésü zenész 1897. január 20-dikán felvételre jelentkezett, mely alkalommal előadta, hogy 20 év alatt egy daganata fejlődött az orrán.

Az orr alsó felének bőre egy középen ketté hasított — önmagában egy-egy gyermeköklönyi daganatba megy át, mely felett a bőr felszine ripacsos, tapintásra helyenként besüpped, nagyobbrészt azonban tömött tapintatú, az orrporczokkal össze nem függő.

A középen lévő hasadék egy tályog miatt eszközölt régi bemetszés nyoma. (*1. ábra.*)

Január 21-dikén végeztetett a műtét oly módon, hogy a daganatok alapját külön-külön koszorú alakjában körül öltöttük s erősen leszorítottuk. Ekkor a leszorítási hely felett a daganatot szikével kiirtottuk s a vérzést Paquelinnel csillapitottuk. A képződött pörk a körülkötött fonállal együtt már öt nap mulva leesett, egy sarjadzó felületet hagyván lemeztelenítve, mely nemsokára behámozódott, s a két orrczimpa öbölszerü elhalása folytán egy-egy lencsényi anyaghiány fenmaradásával gyógyult. (*2. ábra.*)

Minich K. dr., egyetemi tanársegéd által végzett górcsövi vizsgálat szerint a daganat a fibromának egy oly alakja, mely az elephantiasis mollis és fibroma közt áll. A daganatot főként kötőszövet képezi, mely lazán függ össze rostjaival és igen kevés kötőszöveti rostot tartalmaz. A felületet mindenütt vastagodott és többrétegü hám fedi, mely alatt igen nagyokká túltengett faggyúmirigyek vannak elhelyezve, szőlőfürtökre emlékeztető elrendeződésben. A daganatban talált ürök retentionalis cysták, melyek a faggyúmirigyek eltömeszelése és a faggyú felhalmozódása által keletkeztek. A daganat valószinüleg valamely congenitalis bibircsből származhatott s jóindulatú volta mellett a lassú fejlődésen kivül a kötőszöveti sejtburjánzásnak hiánya szól.

II. *M. József,* 27 éves, rk., nős, nagyölvédi földmüves 1897. február 11-dikén vizelési nehézségek miatt jelentkezett a kórházban.

Beteg előadja, hogy baját tiz éves korától érzi. Már ez időtől fogva gyakran kellett vizelnie, a mi mindig nagy fájdalommal járt, vizelete e közben elakadt, s akkor hólyagjában görcsös fájdalmakat érzett. Vizelete csúnya zavaros volt, különösen

ha sokat járt. Kocsin csak akkor járt, ha mulhatatlanul szükséges volt, mert ez mindig nagy fájdalommal volt összekötve.

Vizsgálatnál a vizelet zavarosnak bizonyul, a hólyagba vezetett kőkutató már a hólyagnyaknál keményebb tárgyhoz koczczan, mely érczes hangot ád; mellette elhaladva s hátulról megkerülve az idegen test diónyi nagyságúnak imponált.

Ezek alapján kő jelenlétét állapítván meg, az ajánlott kőmetszésbe a beteg beleegyezett. Tekintettel a fennállott hólyaghurutra, a február 16-dikán végzett műtétig naponta hólyagöblögetéseket végeztünk. Tekintettel arra, hogy feltevésünk szerint kemény és legalább diónagyságú kővel lesz dolgunk, magas hólyagmetszésben állapodtunk meg.

Február 16-dikán magas hólyagmetszés narcosisban. A beteget úgy helyeztük az asztalra, hogy feje az ablak felé esett, törzse és feje vízszintes helyzetben, alsó végtagjai pedig felpolczolva helyeztettek el.

A hólyagot tisztára kiöblítvén, mintegy 200 cm^3-nyi langyos bóroldattal megtöltöttük s a húgycsőbe itinerariumot vezetvén, a penist körülötte Nélaton-catheterrel mérsékelten összeszorítottuk. Ezután a már előzetesen és szabályszerüen desinficiált műtéti területen a szeméremív felett 3 cm.-rel egy homorulatával felfelé tekintő harántirányú bőrmetszést ejtettünk s sebszéleit kampókkal széthúzván, az egyenes hasizmokat egymástól tompán elválasztottuk. A hólyagelőtti laza kötszövetben óvatosan a hólyag faláig hatolván, azt az itinerariummal a műtéti térbe nyomtuk s azt egy hegyes kusztorával átszúrtuk. A hólyag sebszéleit pince-ekkel megfogván, a sebet tágítottuk, a meddig a kőért behatolt kőfogó könnyen kifért rajta. A kihúzott kő vadgesztenyealakú és nagyságú (buzogány fej), súlyos (39·5 gramm). A kiálló dudorokról a borító húgysavas réteg könnyen lepattan, s alatta látható az alapanyagot képező barna oxal-savas kő.

A hólyagseb széleit most a bőrsebszélekhez kivarrtuk, s az így keletkezett nyiláson át egy 2 cm. vastag draincsövet dugván a hólyagba, közéje steril gazet tömtünk s fedőkötéssel láttuk el a beteget. Húgycsövéből pedig állandóan egy Nélaton-catheteren keresztül vezettük le a vizeletet.

Minthogy azonban a draincsövön át is bőven ürült a vizelet, naponta kétszer végeztünk kötésváltoztatást.

A műtét napján este a beteg hőmérséke 39·5° C.

17-dikén reggel 38·3°, este 39·0°,
18-dikán reggel 37·7°, este 38·1°;

a seb környezete semmiféle reactiót nem mutat.

19-dikén reggel 37·4°, este 38·8°,
20-dikán reggel 38·6°, este 38·4°;

az esti kötözésnél a vizelőüveg vörhenyes vizelettel telt, a draincsőre helyezett watta véres. Nyilván a draincső megsértette a hólyag nyálkahártyáját, miért is nem sülyesztjük oly mélyen a hólyagba.

21-dikén reggel 38·3°, este 39·1°;

a seb környezete még mindig reactio nélküli, azonban egyes varratok átvágják a hólyag falát s ez a bőrsebtől elválik e helyeken.

22-dikén reggel 37·3°, este 37·8°,
23-dikán reggel 36·9°, este 38·0°,
24-dikén reggel 36·9°, este 38·2°,
25-dikén reggel 36·9°, este 38·2°.

Valamennyi varrat szétvált, a hólyag besülyedt, a rectusok szélei szabadon láthatók a sebben. A hólyag nyilása már csak 6—8 mm. 20-dika óta mind vékonyabb draint vezettünk be.

26-dikán reggel 37·2°, este 37·6°. Este drain helyet gazet teszünk a sebbe. Húgycső is catheter nélkül marad. Vizelési ingerek lépnek fel, éjjel keveset vizelt a húgycsövön keresztül is. 27-dikétől fogva láztalan,

Márczius 1-én ismét draint és cathetert alkalmazunk, mert a beteg hólyagjában nagy erőltetéseket érez.

Harmadikán mindkettő eltávolítva, beteg felkel.

Kilenczedikén a seb szépen húzódik össze, tollszárnyi, a rajta keresztül a hólyagba bocsátott vizet a beteg felszólításunkra kivizeli.

13-dikán a sarjak lekapartattak, a hólyagsipoly lapissal lett megedzve.

14-dikén a sipoly összehúzódott, a húgycsövön át befecskendett vizet a kitágult hólyag megtartja.

Április 2-dikán a seb teljesen besarjadzott, a kötés állandóan száraz.

Április 20-dikán a beteg gyógyultan távozott.

III. *B. Károly* 34 éves, rk., nős, köbölkúti születésü cseléd 1897. márczius 3-dikán d. u. 5 órakor sérvkizáródás miatt kórházunkba szállíttatott. Négy év előtt kocsiról való leugrás következtében sérve keletkezett, mely azonnal elérte jelenlegi nagyságát, t. i. a bal inguinalis hajlatban egy öt ujjnyi vastag a herezacskóba lenyúló hurka alakjában. Összesen négyszer záródott ki sérve, de állítólag forró hamú reátételével mindig sikerült visszatenni.

Utoljára 5 nap előtt (február 27-dikén) záródott ki sérve, s még azon napon bélsárhányás állott be nála.

Vizsgálatnál a sérv tömött, keménynek látszik, tompa kopogtatási hanggal. Környezetében a has és herezacskó böre keményen infiltrált. Beteg sokat és bélsárszagút hány, érverés 116, hőmérsék 38·4°, mínek folytán behozatala után haladéktalanul sérvműtéthez készültünk.

Műtét narcosisban.

A sérv hossztengely irányában egy 10 cm. hosszú metszéssel a sérvtömlőig praeparáltunk, mely igen vastag s szintén infiltrált volt. A sérvtömlő megnyitásánál bélsárszagú híg váladék bugyggyant fel.

A sérv tartalmát piszkosan elszínesedett cseplesz képezte, melynek a sérvkapuhoz eső részlete egy bélkacsot takart be, mit megvizsgálván, kiderült, hogy a tömlő átmetszésekor egy necrotikus részletén szintén megsérült s az előbugyggyant váladék híg bélsár volt. Ezen részlet környezete szintén necrotikus lévén, a nyilást pince-ekkel befogtuk s a sérvkapu tágítása után a csepleszt resecáltuk, illetve csonkját reponáltuk. A kizárt bélkacsot, melyet már megelőzőleg kissé kifelé vontunk, alaposan megvizsgálván, azt találtuk, hogy a két lefüződési gyürű egymástól 8—10 cm.-nyire lehet s rajta a bélfalzat krajczárnyi egész ezüstforintnyi területeken livid, fénytelen: necrotizáló. Ennek folytán bélresectióban állapodtunk meg.

A belet a szükséghez képest előhúzva, a lefüződési gyürüktől 2—2 ujjnyi távolságban a mesenteriumon átszúrt vastag fonalakkal leszorítottuk, előttük a közbeeső bélrészletet a hozzá tartozó bélfodorral együtt „V“ alakban resecáltuk s a vérző edényeket lekötvén, a bélcsonkokat Murphy-gyürüvel egyesítettük; a serosus hártyák egyesülését ezenfelül egy körülfutó szücsvarrattal biztosítottuk, majd a mesenterium összetartozó lemezeit varrtuk össze.

Szorgos desinficiálás után most elsülyesztvén az egyesített bélkacsot, a tömlőt, melyről az ondózsinórt már előzőleg leválasztottuk, lekötöttük, lekötés felett kiirtottuk s a műtétat Bassini szerint befejeztük.

A canalis inguinalis falait képező hasizomszéleket 6 varrattal egyesítettük a Poupart-szalaghoz, figyelemmel lévén arra, hogy az izomzat közé hatoló ondózsinór ne szoríttassék össze. Az ondózsinór felett a hasi bönyét szücsvarrattal egyesítettük, végre a bőrseben is hasonló varratot alkalmaztunk, majd a beteget kötéssel láttuk el.

Műtét után a hőmérsék 38·4°. Pulsus 120.

Márczius 4. A beteg az éjjelt rendkivül nyugtalanul töltötte, hasa nagy mértékben puffadt. Reggel 7 órakor egy beöntést kap, mely után flatusok távoznak, majd elakadnak, mire a has ismét felpuffad, de éjjel megint megindulnak. Hőmérsék reggel 38·1°, este 37·4°.

Márczius 5-dikén d. e. egy beöntésre néhány darab bélsár és sok flatus távozik el, mire a beteg megkönnyebbül. Kötésváltoztatás. A sebszélek infiltratiója nagyfokú, váladék bő, büzös. Beöntés után néhány perczczel bő székürülés, a bélsár kisujjnál vékonyabban ürül. (A gombon felül eső részletből távozott el.) Hőmérsék reggel 37·3°, este 37·7°. Délután a bal hypogastriumban fájdalom lépett fel, csuklás és hányás kiséretében, mely opium adagolására megszünt.

Márczius 6-dikán reggel 37·6°, este 38·4°. Pulsus telt, perczenként 120. Előző napi tünetek megszüntek.

Márczius 7-dikén. Kötésváltoztatás. Sebszélek teljesen szétváltak, infiltráltak, szalonnásak, a seben genyes czafatok úszkálnak a bő váladékban. Hőmérsék reggel 37·5°. Kötés után közvetlen 37·8°. Este 37·4°. Ettől kezdve teljesen láztalan lefolyása.

Nyolczadikán még néhányszor hány, a *jobb* epigastriumban nagy fájdalmat érez, a beteg állítása szerint ott egy csomó van.

Kilenczedikén estig 11-szer volt hasmenése. Kötésváltoztatáskor a funiculus fekete köteg képében látható.

11-dikén a funiculus egészen elszáradt, gangraenescált, a herét minden fájdalom nélkül kihámozzuk zacskójából.

13-dikán a seb szépen feltisztult.

20-dikáig állandóan hasmenés.

21-dikén kemény széklettel, a Murphy-gyűrű eltávozik. (18-dik nap.)

29-dikén a szétvált izomszélek kellő felfrissítés után secundaer-varratokkal egyesíttetnek. A bőrt azonban nem varrtuk felettük össze.

Április 1-én a varratok kitünően tartanak, de április 3-dikán az izomszélek ismét szétváltak.

Április 15-dikén a sarjak lekaparása, az izomszéleknek nagy távolságban való felszabadítása után, azok újból a Poupart-szálaghoz erősíttetnek oly varratok által, melyek a sebszéltől nagy távolságban fűzik át az izomzatot.

Április 22-dikén izomszélek összetapadtak.

Április 24-dikén az izomvarratokat eltávolítjuk, mert decubitusokat okoztak.

Április 26-dikán a seb szépen granulál s összehúzódik.

Május 1-én. A bőrben 4—5 cm. hosszú granuláló seb van.

Május 15-dikén. A seb helyét egy vaskos heg foglalja el; a beteg gyógyultan hagyja el a kórházat.

Gönczy Béla dr.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(IV. ülés 1896. október 15-dikén.)

Papilloma multiplex gyermeknél. Laryngofissio.

Navratil Imre: P. M. 5 éves leány, f. é. julius havában vétetett fel osztályára. A beteg bár vérszegény, eléggé jól táplált, légzése stenotikus, mindkét oldalt elterjedt hörghurut van jelen. Több napi begyakorlás után sikerült a gégében málna nagyságú és kinézésű, halványpiros daganatot látni, mely a jobb hangszálag alól indult ki. Részletesebben a gégét nem lehetett vizsgálni, részint a gyermek nyugtalan magatartása, részint a daganat miatt, mely az egész hangrést elfödte. Többszöri vizsgálat után constatálni lehetett, hogy a daganat kilégzés, köhögés alkalmával az alsó gégeűrből előbukkan, majd csak kis része látható, tehát valószinű volt a feltevés, hogy a daganat kocsánynyal bir. A stenotikus tünetek fokozatos fejlődése miatt augusztus havában tracheotomia inferiort kellett nála sürgősen végezni és szeptember 17-én, a midőn a bronchitikus tünetek visszafejlődőben voltak és a gyermek ismét némi erőre szert tett, előadó nála a gége felhasitást végezte és pedig a pajzsporczok középvonalától kiindulólag le a gyűrűporczig. Csak ezen nagy seben át volt módjában a három nagy szemölcsdagból álló újképletet eltávolítani. A gyermek jól tűrte a műtétet, a pajzsporczok kellő adaptálása czéljából azok külön egy varrattal a hangszálagok alatt egyesíttettek. A seb per primam gyógyult. A canule csak októberben távolíttatott el, miután előadó addig meggyőződött arról, hogy kiújulás nem történt és a betegnél a bronchitis is teljesen visszafejlődött. A beteg elég tiszta hanggal bocsáttatott ki a kórházból szüleinek adott azon utasitással, hogy mihelyt akár a hangban, akár a légzésben a legkisebb elváltozást észlelik, azonnal hozzák el a gyermeket. Előadó ezen esetben a gyermekeknél alkalmazni szokott rendes eljárástól annyiban tért el, a mennyiben előzetes tracheotomia után nem a szájon vette ki a szemölcsdagot, hanem gégefelhasítás útján. Ezt azért volt kénytelen így végezni, mert a daganat a hangszálagok alatt a gége alsó ürében fészkelt, a honnan a daganat teljes eltávolítása nem volt volna lehetséges. Hasonló esetekben ez utóbbi oknál fogva hasonló eljárást ajánl, mint a melylyel rövidebb úton és gyökeresebben távolítható el az újképlet.

Óriási polyp a gégében. Laryngofissio előzetes légcsőmetszés nélkül.

Navratil Imre: V. J. 50 éves ügyvéd. A beteg fuldokolva vétetett fel az osztályra. A vizsgálat kiderítette, hogy az alsó gégeűrből kiinduló egy az egész alsó gégeűrt majdnem kitöltő, sima felületü halványvöröses daganat van jelen, mely kilégzés alkalmával kissé felemelkedve, a hangrésbe ékelődik. Széles kocsányon ülő nagy nyákhártya habarczra tette a kórismét. Tekintettel a beteg öblös gégéjére előadó előzetes légcsőmetszés nélkül gégefelhasítással távolította el a habarczot, mely 12 mm. széles kocsányon egy mandolához hasonló alakú és nagyságú volt. A gégefelhasítást előadó a fenti módon végezte. A habarczot hegyes horoggal fogta meg, kiemelte a gégeűrből és galvanocauterrel a kocsányt átmetszette. Semmi vérzés. A sebet azonnal egyesítette és pedig külön varrattal a paizsporczokat és külön a lágy részeket. Gyógyulás per primam. Hat nap mulva a beteg teljes hanggal gyógyultan hagyta el a kórházat. A daganat górcsői vizsgálatra közönséges, nyálkahártyából fejlődött polypusnak bizonyult.

Ajakplastika az I. ülésen bemutatott scleromás nőnél.

Navratil Imre: V. A. 35 éves, földmíves neje. 1895. évi deczember hó 5-dikén vétetett fel először rhino-cheilo-plasmomával (scleroma), a midőn nála a felső ajkat elfoglaló scleroma Paquelin-égetővel lett eltávolítva. Következő 1896. év február havában javultan távozott. Majd visszajött májusban és ugyane hóban a cheiloplasmomának megmaradt része késsel kiirtatott. Mind a két pofból lebenyt alakított előadó, a melyből felső ajkat kellő ajkpirral képezett. A műtét teljesen per primam gyógyulva sikerült. Ily állapotban mutatja be a beteget, a kit eredeti állapotában már egyszer bemutatott volt. Előadó szándékozik a betegnél, ki a műtéti behatások iránt kellő reactiót fejt ki, előzetes eltávolítása után az orrplasmomának és a sinus pyriformis kellő szabaddá tétele után orrplastikát végezni a homlokból.

Gégesérülés egy öngyilkosnál. Plastikus műtét.

Navratil Imre: M. M. 25 éves molnár, f. é. január 26-dikán vétetett fel újból az osztályra, miután megelőzőleg már 1894. évi április havában és ugyanaz év október havában kezeltetett volt az osztályon. Beteg öngyilkossági szándékból átvágta gégéjét és a baloldali vena jugularist. A segitségül hivott orvos, miután csillapította a vérzést, a tátongó gégébe canulet helyezett el. A seb a folytonos nyálka és lég hozzájárulása folytán megfertőztetvén, meglobosodott és kifekélyesedett. A fekélyesedési folyamat nagy pusztitásokkal és hegesedéssel gyógyult hónapok mulva. Ily állapotban a gége jelentékeny szűkületével jött a beteg az osztályra. Itt mindenekelőtt mély tracheotomiát végezett előadó, a gégében lévő canule eltávolítása czéljából. Erre a gégét zárni iparkodott, a mi azonban a hegek vongálása miatt nem sikerült s azért a szomszéd nyaki bőrből mindkét oldalt a gége hiányát teljesen fedő egy-egy nagy bőrlebenyt készített, azt alapján meghajtva, külső részével a gége felé fordítva, egyesítette, először a két lebenyt, azután annak alsó és végezetül felső szélét a gégehiány felsebzett bőrszélével úgy, hogy a két lebeny hámfelületével befelé fordítva képezte a gége hiányzó mellső falát. A lebenyek részint per primam, részint sarjadzás útján gyógyultak. A bal lebeny felett maradt 1 cm.-nyi sipoly később plastice záratott. Most a beteg kéményes canulet hord, ezzel jól beszél és jól légzik. A canule külső nyílása be van dugaszolva. E canulet viselni fogja beteg addig, a mig a képződött mellső fala a gégével összezsugorodva megkeményedik és mint ilyen rendeltetésének megfelelve nem fog összeesni, a mit annyival inkább remélhetni, mert már most is canule nélkül a légcsőnyílás újjal való befogása mellett a beteg csendes magatartás mellett jól légzik.

27 év óta fennálló fülfolyás operált és gyógyult esete.

Lichtenberg Kornél: Az idült dobűri genyedésnek, az idült fülfolyásnak, mint leggyakrabban előforduló fülbántalomnak és mint az egyén életét is veszélyeztető kóros állapotnak kezelési kérdése még mindig a discussio előterében áll, és dominálja a törekvéseket ezen bántalom leküzdésére. Tudvalevőleg két orthodox irány áll egymással szemben; az egyik, mely csak a sebészi eljárást alkalmazza, a másik, mely a conservativ eljárást találja üdvösnek; mint közvetítő a kettő között áll egy harmadik irány, mely hosszú ideig gyenge befolyással próbál megküzdeni a rebellis fülfolyással, és ha *nagyon* soká czélt *nem* ér, akkor folyamodik az operativ kezeléshez. Hogy melyik felfogás bir igazi jogosultsággal, annak a fejtegetésétől annál is inkább kérem a felmentést, mert más alkalommal részletesen fogom előadni a dolgok állását.

Egyelőre csak azon tényt emelem ki, hogy, miután *Schwartze* az operativ eljárásnak indicatióját és pedig a dobhártyának és a két külső hallócsontnak kihúzását az idült fülfolyás bizonyos alakjainál felállította, a mérvadó otologusok egész nagy sora megerősítette ezen methodusnak jogosultságát, és ha ezek között van némi eltérés, az csak abból áll, hogy nem tudnak megegyezni ezen műtét időpontjának indicatiójában. Mert az idült otorrhoea klinikai fogalma alatt egy olyan kóros formát kell érteni, mely különbözik egyik a másiktól a kórboncztani subsratum, a folyamat kiterjedése és székhelye által, melynek mindegyike specialis eljárást igényel, melynek mindegyikénél a kezelés szempontjából vizsgálva az esetet, eltérések mindig fenn fognak állani, mert felfogás és hajlam lényegesen közbe játszanak. Azonban az idült otorrhoeának, ezen véghetetlen genyedésnek genesisében leginkább vannak képviselve az attikusnak, azaz a dobűr felső, szemeinktől elzárt részének bántalmai és klinikailag úgy nyilvánulnak, hogy vagy fistula van jelen a rövid nyujtvány fölött, vagy nagy destructiót találunk a Shrapnell vagy az egész dobhártyában, és lobterményt a tetőben.

Legyen azonban bármilyen a genyedést támogató beteges folyamat természete, tudjuk, hogy az majd egyszerűen a dobűr nyálkahártyájában, majd a hallócsontok különféle minőségű sérüléseiben, majd cholesteatoma vagy pseudomembranosus újképletek jelenlétében fekszik, álljunk tehát bármelyik formájával szemben, mindig szükséges, már az állapot alapos megismerése érdekében is, conservativ therapiát kezdeni.

Nálam ezen szerelés csak meghosszabbított vizsgálati phasis és ha tíz, legfeljebb harmincz nap alatt nem látok javulást, nem *hamisat*, *látszólagost*, hanem essentialist, mely javulásnak jellemét mindenféle módon ellenőrzöm, akkor, ha constatáltam a tiszta, minden csecsecsont vagy intracranialis complicatiót kizáró attikus bántalmat, vagy felteszem, hogy ilyenek kizárhatók, akkor már kijelentem szándékomat, hogy csak úgy van kilátásom meggyógyítani a beteget, ha a dobhártya, kalapács- és üllő-műtétjébe beleegyezik. Ellenkező esetben elküldöm, mert hiába nem bajlódom, és ezzel a financialis áldozattal tartozom is meggyőződésemnek.

Ezzel radicalis álláspontomat accentuáltam.

Visszatérve az operált esetekhez, már említettem, hogy a fülgenyedést fentartó kórokok különbözők lehetnek. Vannak azonban olyanok, melyeknél a megvastagodott Shrapnellnek szabad széle idővel összenő a dobűr nyálkahártya redőivel és attikus alatti egy nagy tasakot, vagy több kicsit hoz létre.

Első következménye ennek mindjárt az, hogy a purulens anyagot visszatartja, vagy annak lefolyását megnehezíti. És így gyakran ez az új conformatio oka a stagnatiónak, nem pedig mindig az attikusnak élettani boncztana. Ez az állapot továbbá kútforrása a perennalis autoinfectiónak, és abban különbözik sok más idült fülfolyástól a therapia szempontjából, hogy az exenteratio hatása oly brillans, oly frappans és oly prompt, hogy majdnem érthetetlen azon csodálatra méltó gyorsaság, melylyel ezen esetek a műtét után rövid idővel már teljesen meggyógyulnak, még akkor is, ha a fülfolyás 27 évig tart, mint ezen esetben, melyet szerencsém van ma bemutatni a t. egyletnek. Ilyen eseteket hiába gyógyítana bárki, bár meddig és bárhogyan conservativ módon, ezek így sohasem gyógyulnának meg.

Az eset története röviden következő: A 28 éves férfibeteg jobboldali fülfolyása csecsemő kora óta tart, mindig lett kezelve, de gyökeres és állandó javulás nem volt elérhető; 25 éves korában a beteg megunta a sok szaladgálást és 2 évig nem tett semmit fülével. Ez alatt a baj még rosszabb lett, nagyfokú zúgás és jobboldali fejfájás és szédülés lépett fel, a hallás már rég elpusztult. Aggódván állapota felett, 1896. évi márczius végén felkereste a *poliklinikát*, mely alkalommal constatáltam, hogy bűzös, sűrű geny van a mélységben; a dobhártya alsó fele hiányzik, a megmaradt felső fél a kalapáccsal együtt befelé fixirozva, a Shrapnell-hártya majdnem vízszintes a külhalljárat felső falával, mindkettő mozdulatlan; mögötte felülről lecsreszkedő genyes csík látható a dobűr hátsó falán. Kórisme: idült attikus genyedés a membrana flaccida odanövésével. Operatio április 13-dikán. Chloroformnarcosisban el lett távolítva az egész megmaradt dobhártya és a kalapács. Az üllő nem volt található. A műtét után 10 napig rendkivüli bő váladék, de a 11-dik napon már kevesebb a geny és 21 nap után a fül teljesen száraz és hat hónap után még most is olyan.

Hallás tekintetében a műtét eredménye szinte igen kielégítő volt. Első vizsgálatnál *Weber* a beteg fül felé lateralizál, Rinné erősen negativ, a beteg fül órát, suttogó hangot nem hall, csak közelről a fülbe kiabálva ért valamit; most azonban a másik fül teljes kizárásával hat lépésről könnyen lehet vele converzálni és 1 méterre hallja a suttogó hangot. Fejfájás, szédülés, zúgás megszüntek. Még megemlítendő, hogy cariosus volt a kalapács nyaka és feje, az üllő nem volt feltalálható, és a teljes dobhártya hiány nem mutat semmi hajlamot a hegesedésre.

Tomka Samu: Tisztelt egyesület! Bátorkodom a tárgyhoz szólni, mert a műtétnél jelen voltam. A szóban lévő fülfolyás az idült fülgenyesedések azon fajához tartozik, mely igen makacs. A kezelés nehézsége abban rejlik, hogy az atticus genyedések székhelye nagyon nehezen hozzáférhető és így ott könnyen genypangás következhetik be, epidemis vándorolhat be, cholesteatoma képződhetik, melynek fejtegetésébe nem bocsátkozom.

Különfélekép iparkodtak a hozzáférhetést megkönnyiteni. Részint az által, hogy a margo tympaniból kis darabkákat letörnek a Politzer vagy az általam construált és itt bemutatott eszköz által, részint éles kanállal való lekaparás által stb. Ezek által a kezelésnek hozzáférhetőbbé tesszük a bántalmat és kitartó kezelés mellett esetleg a margo tymp. kisebbitése nélkül is néha sikert érhetünk el; ha azonban a hosszabb ideig tartó conservativ kezelés mellett, mely minden esetben megkísérlendő, hacsak egyéb fenyegető tünetek a műtéti beavatkozást nem sürgetik, czélt nem érünk el, minden esetre ajánlatos a műtevéshez folyamodni.

Ha csak a kalapács vagy üllő megbetegedése okozta a genyedést, e csontocskák eltávolításával eredményhez jutunk, de éppen azt nehéz eldönteni, hogy vajjon nincs-e már egyebütt is megbetegedés jelen, mely esetben pusztán a hallócsontocskák eltávolításával nem érünk el eredményt, hanem radicalis műtéthez kell fordulnunk.

Krepuska: Ritkák az ilyen esetek, mint a bemutatott, a hol a fülgenyedést a hallácsontok egyszerű extractiója megszüntetni képes; ennek oka egyszerűen az anatomiai viszonyokban, a hallácsontoknak az attikus falaihoz való viszonyában rejlik. A legtöbb esetben az aditus ad antrum és maga a csecsnyújtvány is beteg, azért ily esetekben a hallácsontok extractiója még nem elég.

A bemutatott esetben az üllőről az mondatott, hogy azt műtét közben nem találták meg. Én azonban a kengyel fejecsével ízesülő, ettől függélyesen felfelé haladó, kerekded, fehéres, csontszerű képletet láttam ma a beteg fülében, a mely minden valószinűség szerint az üllő függélyes szára.

Rhinoscleroma esete.

Irsai Arthur: A 22 éves jól táplált, normalis szervezetű nőbeteg 4 év előtt vette észre, hogy mindkét orrnyilása táján keményedés jelentkezik. Mult év óta rohamosan terjedt a keményedés, úgy hogy mindkét orrnyilást szűkítette. Utolsó időben már az orrán keresztül lélegzeni nem tudott. Mindkét orrszárny porczkemény, sima, elszínesedést nem mutat. A keményedés terjedésében mindkét orrnyilást teljesen obturálja, éles határral nem bir. A klinice megállapított diagnosis histologice és bacteriologice meg lett erősítve. A histologikus és bacteriologikus vizsgálatot Pertik tanár úr intézetében Krompecher tanársegéd úr végezte. E frissen vizsgált szövetnedvben számos, anilin-színekkel könnyen festődő, Gram szerint elszíntelenedő, kifejezett burokkal ellátott pálczikák találhatók. Glycerin-agaron 37° mellett tenyésztve 12 óra mulva számos szürkés, áttetsző, élesen határolt s fent említett pálczikákból álló coloniák fejlődtek. A tovább tenyésztett bacillusok gelatine-lemezen fényes, fehéres, a felület felé félgömbszerűleg kiemelkedő s a gelatinát nem folyósító coloniákat képeztek. A gelatinaszúrás typikus szögcultura (Nagelcultur), mely a Friedländer-féle pneumobacterium gelatine szúrásához mindenben hasonlít. A tengeri malacz elülső szem csarnokába oltott bacillusok diffus keratitist és exsudativ iritist eredményeztek. A granulatiók, melyeknek homogen, sima fehér metszlapja kevés nyákos nedvvel fedett, histologiai vizsgálat czéljából alcoholban keményítettek s celloidinba ágyaztattak. A methylenkékkel festett metszetek nagyobbrészt plasma-sejtekből azaz oly sejtekből állanak, melyek egy-két vagy három excentrikusan fekvő és 6—9 peripherikusan fekvő chromatin-szemcse által characterizált magot mutatnak és melyeknek részben homogen, részben hasadozott protoplasmája világos, methylenkékkel alig festődő perinuclearis udvart képez. Ezen typikus *plasma-sejtek* és a *Mikulicz* által leírt nyáksejtek között egyes feltünően hasadozott protoplasmával és degenerált maggal biró plasmasejtek mintegy átmenetet képeznek, de rhinoscleroma bacillusok csak a plasma-sejtek *között* és a *mucin-sejtekben* találhatók.

Úgy a bacteriologiai, mint a szövettani vizsgálatlelet megerősiti a *rhinoscleromára* tett klinikai diagnosist.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Dr. A. Strasser und Dr. B. Buxbaum: Fortschritte der Hydrotherapie. Festschrift zum vierzigjährigen Doctorjubiläum des Prof. Dr. *W. Winternitz.* Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1897. 330 oldal, a szövegben 19 fametszet, a könyv élén a jubiláns képe.

(Vége.)

Dr. *M. Herz* bécsi docens (VIII. czikkely) utalással a *Benczur* és *Jónás*-féle thermopalpatióra az eljárásnak egy új módját közli. Az eszköz, melyet rajzban is bemutat, egy differentialis levegő-thermometer, melyhez a bőrfelszinről üreges pelottákkal fogja fel és juttatja a melegséget.

A rákövetkező (IX.) dolgozatban Dr. *E. Lindemann*, helgolandi fürdőorvos, „*a tengeri fürdőkről hydrotherapiai szempontból*“ ad dióhéjba foglalt, magvas áttekintést. Közli a hideg tengeri fürdő hatását illetőleg nyert vizsgálati eredményeit, valamint azon összehasonlító kisérletek foglalatját, a melyek a tengervíz sótartalmának a physiologiás befolyására vetnek világot. Javasolja végül, hogy a talassotherapiában is gondoskodjanak a fej-congestiók megelőzéséről többszörösen változtatott borogatások útján a beteg fejére.

Dr. *C. Pick* (Kaltenleutgeben) a *constitutionalis lues kezelésében* méltatja a *vízgyógyászatot* (X. czikkely). Figyelmeztet rá, hogy a kaltenleutgebeni intézet tapasztalatai szerint secundaer syphilis friss eseteiben parallel vízkúra mellett kevesebb kénesővel be lehetett érni. A lues initialis alakjai ellen a hydrotherapia és jod-kezelés kombinálása adott jó eredményeket.

Dr. *Podzahradsky* (Helenenthal, Baden bei Wien) *a chronikus izületi és izomcsúz gyógyításáról* értekezik (XI. czikkely). A thermalis kezelés előnyeit adott esetben szívesen elismeri, de jónak látja hangsúlyozni, mennyire elpuhul ezzel az organismus, úgy hogy azután egyébként is törékenynyé lesz, a rheumás visszaesések ellen pedig egyáltalán nincs védve. Thermák használatánál tehát alkalmas, mérsékelten és fokozatosan edző vízgyógymód javasolt, ámbátor a hydrotherapiának számos oly eljárás áll rendelkezésére, a melylyel egyedül is síkra szállhat az említett bántalmakkal szemben. A longette-kötések, gőzszekrény, a kéz douche, tartoznak főképen ide, kisérve a megfelelő edző beavatkozásoktól, a melyek további időkre prophylactice vannak hivatva szerepelni.

Utána (XII. közlemény). Dr. *I. Utschick* (Kaltenleutgeben) a *vízgyógyászat jogosultságáról a polyarthritis rheumatica acuta esetében* szól. *Riess*, *Pinoff* és saját kedvező tapasztalatai alapján mindjárt a bántalom kezdetén kombinált salicylsav- és vízkezelést ajánl. Igazolja e javaslatot nemcsak a hydrotherapia kiváló jogosultsága acut fertőző betegségekben, de az a körülmény is, hogy a vízgyógymód alkalmazása után (a hol tisztán ez szerepelt), visszaesések sokkal ritkábban fordultak elő (*Riess* statistikája szerint 13·2%-ban, míg salicylsav-kezelés mellett 31·3%-ában az eseteknek!). Az izületek fájdalmassága nem akadály a vízgyógyítás kivitelében. Bekezdésül ugyanis olyan procedurák alkalmazhatók (részleges lemosás, óvatos nedves ledörzsölés az ágyban, longette-kötések), a melyek kevés passiv mozgással járnak, 2 legfeljebb 3 nap mulva pedig a fájdalmak annyira enyhülnek, hogy megfelelő nedves pakkolást és utána félfürdőt is igénybe vehetünk.

Dr. *J. Fodor* (Bécs) *a variatiók szerepéről az orvoslás terén s főleg a hydrotherapiában* ír egy szellemes czikket (XIII.). A contraer ingerek hatása a vízgyógyászatban számtalanszor kerül érvényre, számos physiologiailag jól megmagyarázható előnyös befolyás alapszik ezen s nemcsak az egyes procedúráknál, de hosszas bántalmak esetén az egész kezelésben is súlyt kell helyeznünk a változatosságra. Hogy mikép, az iránt az eredeti közlemény ügyes fejtegetéseire kell hely szűkén utalnunk.

Dr. *C. Kraus* (Kaltenleutgeben) *az arterio-sclerosis bizonyos alakjainak aetiologiájáról és gyógyításáról* értekezik (XIV. czikkely). Főleg, mert az arterio-sclerosis kóroktanában manapság bizonyos anyagcsere-zavarok mindjobban előtérbe lépnek, jogosult e bántalomban a vízgyógyításmód, melyről *Strasser* vizsgálatai kimutatják, hogy az anyagcserét a normalis mederbe birja emelni. A beavatkozás maga az eset súlyossága szerint irányul. Előhaladott esetekben nagy óvatosságra van szükség; gyenge reflektorikus szívingert kell alkalmaznunk, a mely a peripherián egyszersmind csökkenti a vérkeringés akadályait (fokozatosan alábbszálló hőmérsékü részleges lemosások). Anaemiásoknál a hüvös procedura előtt egy *Winternitz*-féle kád-gőzfürdő alkalmazható, esetleg a szívtájékon hütőcsővel, stb. A bántalom kezelésében a hydrotherapián kivül a jodra vagyunk leginkább ráutalva.

Dr. *J. Sadger* (Bécs) tollából való a XV. közlemény: „*Miképen hat a hydro- és elektrotherapia idegbetegségekben?*“ Őszinteséggel telt dolgozat úgy az elektromosság, mint a vízgyógyításmód therapiai használt illetőleg az idegbántalmak keretében. Fejtegetései oda csúcsosodnak össze, hogy súlyos idegbetegségekben általános kezelésre van szükség, localis vagy körülírtabb beavatkozások többnyire haszontalanok. Ezért van oly sok helyütt jogosultsága az egész test farados kezelésének, ezért van szervi gerinczvelő bántalmakban pl. egyedül a lehütött félfürdő még a relative legtöbb eredménynyel használatban.

Felette érdekesek *L. Herzl* (Bécs) orvostörténeti adatai, melyeket a következő (XVI.) czikkelyben: „*A hószámzavarok hydrotherapiája a régi korban és manapság*“ foglalt össze. *Hippokrates* a hószámbeli anomaliák gyógyításában már meleg borogatásokra és meleg fürdőkre fektette a fősúlyt, az ephesusi *Soranus* pedig ezelőtt több mint 1500 esztendővel olyan kezelésmódot (dysmenorrhoeánál: meleg borítás, ülőfürdők, félfürdők, menorrhagiánál hidegvízbe mártott spongyák gyakran változtatva, hideg fürdők) írt le, a melynek csak a jelen században akadtak ismét követői, miután időközben újból felfedeztetett. Napjainkban a hydrotherapia a hószámzavarok gyógyítása körül bőven szerepel és pedig a physiologiás jogosultság szilárd alapján.

A XVII. közlemény Dr. *B Buxbaum* (Bécs) tanulmánya *az enteroptosist kisérő anaemia kór- és gyógytanáról*. Hivatkozással arra a *Winternitz* által közölt esetre (anaemia spuria acutissima), a melyben egy trauma kapcsán az illető egyén hasi erei ad maximum kitágultak (*Goltz*-féle kisérlet!), a beteg úgyszólván saját ereibe vérzett el, bizonyítani törekszik, hogy az enteroptosissal egyetemben jelentkező szegénységnek is hasonló oka van. A hasüreg, legkivált a bélcsatorna vérereinek abnormis teltsége pedig főképen a bél-peristaltika lomhaságából vezethető le. Olyan vizes procedurák, a melyek a féregszerű mozgást emelni birják, a bélizomzat tonusát emelik, javítanak a rendellenes véreloszláson és kedvező gyógyítási eredményeket adnak.

A következő czikkely Dr. *Alois Strasser*-nek, *Winternitz* jeles tehetségü assistensének további vizsgálatairól számol be a *vízgyógyításmód befolyásáról az anyagforgalomra* (XVIII.). Részben kiegészitik, részben helyreigazitják ezek az ő első tanulmányát e tárgyról (Wiener Klinik, 1895.). Mortelli eredményei az alábbiak: thermikus beavatkozások révén a tápláló anyagok nitrogenje jobban használódik ki a szervezetben; vizes procedurák a nitrogen-assimilatiót jelentékenyen fokozzák; a húgyanyag-termelés lassabban fokozódik, de azután a növekedése tartósabb; a húgysav mennyisége mindjárt a fürdőzési periodus első napján emelkedik, a harmadik napon a szaporodása 25% és a növekedés (átlag 12·7%-kal) a fürdőzés szaka után 3 × 24 órán át fenmarad. Épen ellenétesen viselkednek a xanthinbasisok. A fürdőzés 3-dik napján az összes nuclein-N mint húgysav választatik ki. A jelenség oka csak a vízgyógymód okozta jobb oxydatio lehet, melynek útján a basisok rovására több húgysav termeltetik (fontos a köszvény therapiájában!). Az absolut ammoniak-mennyiség enyhén emelkedik, a relativ azonban csökken a fürdőzés alatt. Az ammoniak a szervezet savmérője lévén, e jelenség azt mutatja, hogy hydriatikus kezelés alatt savképző anyagok mennek a testben tönkre. De az anorganos savak quantuma nem szállt alá, tehát az organos savképző anyagokból kellett — a fokozott oxydatio révén — egy részuek elveszni. A phosphorsav resorptióját igen jelentékenyen emeli a vizes beavatkozás; a chlor-forgalom végül szintén emelkedik. Mindent összevéve, a hydrotherapiával az anyagcserét quantitative és qualitative jelentékenyen befolyásolhatjuk és pedig az élő szervezet normalis tevékenységének szellemében. Ez a fokozódás kellő táplálkozás mellett soha sem haladja meg a megengedhető korlátokat.

Végül még két dolgozat következik a munka függelékében. A vízgyógyászattal rokon két tárgyból egy-egy bemutató. Az első diaetetikai, a második klimatologiai foglalattal.

Dr. *E. Löwy* (Salz-Stangau) *50 hizlaló curával kezelt esetről* ad számot (XIX.) Az esetek (részben szigorú, részben módositott *Weir-Mitchell*-kezelés) casuisticájához a hizlaló eljárások rövid tárgyalása, valamint a salz-stangaui vízgyógyintézetben e részben követett módszernek tüzetes ismertetése járul.

Az utolsó czikkely (XX.) *Kuthy D.* dr.-tól való: *a ritkított levegő befolyásáról a pneumococcus Fraenkel virulentiájára*. A Turinban A. Mosso professor intézetében készült dolgozat német közlése, mely a Magyar Orvosi Archivum V. évfolyamának 6. füzetében magyarul is megjelent s azért ismertetése fölöslegessé válik. *Kuthy* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **A hemicrania** *Herter* szerint a legtöbb esetben emésztési zavarok következtében beálló toxaemia tünete. A hemicrania gyógyítását illetőleg tehát azt ajánlja, hogy mindenekelőtt a belet mossuk ki 40° C. hőmérsékü vízzel, vagy ha ez nem volna lehetséges, itassunk meleg vizet. Ezenkivül valami hashajtót adunk, továbbá meleg szappanos vízzel klysmát. *Allen Starr* jó eredményeket látott az úgynevezett Rachford-só alkalmazásától, melynek összetétele a következő: 10 rész natriumphosphat, 4 rész natrium sulfuricum és 2 rész natrium salicylicum; ebből reggel éhomra 4 gramm veendő be. *Collin* a következő orvosságot szereti hemicrania ellen alkalmazni: Rp. Phenacetini 1·0; Natrii salicylici 0·65; Coffeini salicylici 0·35. (Therap. Monatshefte, 1897. márczius.)

2. **Makacs bőrviszketés** orvoslására *Brocq* a következő eljárást ajánlja: Ha a bőr nagyon száraz, előbb alaposan beszappanozandó, azután meleg kamilla teával lemosandó és gyapottal megszárítandó. Ezután következik csak az 1%-os carbolkenőcs alkalmazása. (Rp. Acidi carbolici 0·3; Lanolini, Ol. olivarum aa 15·0). Ezenkivül behintés rizsporral vagy dermatol és talcum egyenlő mennyiségéből készült hintőporral. Ha sebek vannak, vagy lobos helyek, akkor czélszerübben következő kenőcs használandó: Rp. Zinci oxydati 7·5; Acidi carbolici 0·3; Acidi salicylici 0·6; Lanolini 10·0; Vaselini 30·0. M. f. ungu. (Wiener medic. Presse, 1897. 21. sz.)

TÁRCZA.

Német gynaecologikusok egyesületének VII. congressusa.

Lipcse, 1897. junius 9.

Már kora reggel megtelik résztvevőkkel Zweifel tnr. előadás terme, a congressus helye. Ott látjuk majd az összes német egyetemek tanárait. A külföld között Németalföld, Franczia-, Olasz-, Oroszország, Ausztria van képviselve egynéhány résztvevő által. Hazánkból itt vannak Kézmárszky, Elischer tanárok, továbbá Ákoncz, Neumann, Pfeiffer és Fleischmann dr.-ok. Az elnöki asztal mellett ott látjuk Credé sikerült mellszobrát. Egy másik mellszobor a szónoki asztal előtt foglal helyet. Ez hazánk fia szobra, a híres Semmelweisé, melyet Róna szobrászunk küldött ez alkalomra. Pontban 8 órakor Zweifel elnök megnyitja az ülést. Utána *Georgi* polgármester röviden üdvözli a város nevében a tagokat.

A tulajdonképeni megnyitó beszédnek, melyet Zweifel tartott, Semmelweis működése képezi a tárgyát. E nagyszabású beszédben ráutal azon körülményre, hogy épen 50 éve annak, midőn Semmelweis az antisepsist bevezette a szülészetbe. Szükségesnek tartja megemlékezni e lángelméről, a ki sajnos nem láthatta tanainak eredményeit. Vázolja Semmelweis szerénységét, a ki az első két évben nem lépett eszméivel a nyilvánosság elé, hanem azt Hebra és Scodára bizta.

Végre 1850-ben előadást tart, hogy aztán ismét tíz évig hallgasson. De nem tesznek így ellenei, ezek érthetetlen kitartással egyre támadják. Ezek között nem utolsó saját főnöke Klein, kinek végre sikerül Semmelweist Bécsből elmozdítani. Hogy Semmelweis tanai nem nyertek követőket, sokan magát Semmelweist okozzák. Miért nem közölte a Rókus-kórházban elért eredményeit? Nos, ebben van igazság, mondja a szónok. Igaz ugyan, hogy közvetlenül volt főnöke Klein halála után ismét megszólal a Pester medicinische Presseben, de sajnos, e sorok nem juthattak az érdeklődök kezeihez.

Mint minden találmánynál, új eszménél, úgy Semmelweis tanai felett is megindult a prioritásért való czivódás.

Furcsának találja, hogy Tarnier nagy munkájában tagadja Semmelweis prioritását és egy amerikai orvost (Neeland) említ fel, a ki 1864-ben desinfectiót használt. De ha mi közelebbről vizsgáljuk Neelandnak állítását, úgy látjuk, hogy az még sem azonosítható Semmelweisszal. Neeland ugyanis azt állítja, hogy a *levegő* átviszi a gyermekágyi megbetegedést. Ezt azonban maga Semmelweis megczáfolja, midőn állítja, hogy a gyermekágyban megbetegedettek kilehelt levegője nem okozhat gyermekágyi lázat.

Igen szellemesen mondja a szónok, hogy feltéve, de meg nem engedve, hogy Neeland tudta ezt Semmelweis előtt, vajjon nem-e azé az elsőbbség, a ki practikusan fel is használja?

Furcsa volna az x-sugarakat nem Röntgen után elnevezni, mert Nürnbergben 1893-ban Lénárd azokat bemutatta, fel nem ismerve azonban practikus voltukat.

Maga Tarnier más helyen félig igazat ad Semmelweisnak, elismeri, hogy Semmelweis ismerte a hullaméreg, de nem az ú. n. streptococcus által okozott puerperalis lázat. Ezt, mondja szónok, könnyen visszautasíthatjuk. Hisz ismeretes Semmelweis ama szomorú tapasztalata, midőn egy medullar carcinomában szenvedő szülőnő más 11 mellette fekvő szülőnő megbetegedését és halálát okozta az által, hogy közvetlen az ajtó mellett fekve őt vizsgálták meg előbb és azután a többi e szobában fekvő 11 szülőnőt. A 11 szülőnő gyermekágyban halt el, míg a carcinomásnál rendes lefolyású a gyermekágy. Egy más esetben (1844-ben) egy caries-ben szenvedő szülőnő hasonlókép veszélyeztette szobatársait. Ez időtől Semmelweis izolálja a beteg szülőnőket. Hasonlókép bizonyítják, hogy nemcsak a hullaméreg infectióját ismerte Semmelweis, ama nyúl kisérletei, melyeket Brückevel végzett. Hogy e kisérletek nem mindenben egyezők, ennek oka, hogy Semmelweis, nem tudva, tuberculosis genyet is használt.

Ha Semmelweis felismerte a fertőzés okát, vajjon kisebb az érdeme azért, mert nem tudta a fertőzhetés összes módjait. Mert ezzel is vádolják őt ellenei. De vajjon kisebb volt annak érdeme, ki a gőzgép vagy mondjuk a villamosságot fedezte fel azért, mert nem ismerte a gőz, a villamosság összes szabályait!?

Hogy mennyire birta Semmelweis az ő chlorvíz-mosásával az antisepsist, az 1863. junius 22-dikén végzett ovarotomiája bizonyítja legjobban.

Igaz, hogy korunk nagy vívmányai e téren Pasteur és Lister nevéhez fűződnek. De kérdéses, vajjon lett volna egy Pasteur, Lister, Semmelweis nélkül?

Sajnálja hogy még ma sincs elismerve Semmelweis. Vele megtörtént, hogy talált egy német egyetemen működő professort, a ki semmit sem tudott Semmelweisről. Reméli, hogy ez a jövőben nem fog ismétlődni. Semmelweis iránti nagy tisztelete jeléül Lipcsében készíttetett egy igen sikerült rézmetszet arczképet, melyet a tagok figyelmébe ajánlva felkéri őket, hogy Semmelweis iránti tiszteletük jeléül álljanak fel.

E beszédet követő hivatalos kijelentésekből felemlítem, hogy a legközelebbi congressus helyéül (1899-ben) Berlin lett választva. Elnöknek Olshausen, társelnöknek pedig Gusserow. Discussio tárgyául kitüzetik: Nőgyógyászatból: Myoma és kezelése. Szülészetből: A puerperalis infectio gyógykezelése.

A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus.

(London, 1896. augusztus 4—8-dikáig.)

(Folytatás.)

Stephen Mackenzie (London): Bár az utóbbi években, a mi a kórfelismerés pontosságát és a kórszövettant illeti, sok helyes dolgot találunk az irodalomban, az erythema multiforme csoport pathologiája mégis keveset nyert. A kórfelosztás alapját az aetiologia kell hogy képezze és a klinikus változatok meg a histopathologiai leletek alig birnak súlylyal az okok felismerésére alapított beosztással szemben. 167 esetet gyüjtött össze a londoni kórházakban Mackenzie és ezek alapján osztályozza az erythemákat. A megfelelő táblázatot be is mutatta.

Igen érdekes volt a syphilis sectióban augusztus 7-dikén végbement megvitatása a *syphilis malignanak*. *Haslund* (Koppenhága) volt az első szónok: A syphilis maligna a secundaer syphilis egy alakját képezi, a harmadlagos syphilissel összefüggése nincsen, ámbátor más syphilis alakokkal, különösen a harmadlagos syphilis alakokkal sokszor összetévesztették. A syphilis maligna elnevezés nem helyes, egyrészt azért, mert többféle kóralakra alkalmazták, másrészt pedig azért, mert nem lehet a rendes orvosi felfogásnak megfelelőleg rosszindulatúnak neveznünk a megbetegedést. A prognosisa aránylag jó. 8691 megfigyelt syphilis eset között csak 39-szer észlelt syphilis malignát, egyenlő arányban férfiaknál és nőknél. A gyógykezelés esetenként különböző, általános szabályokat adni reá nem lehet.

Neisser (Breslau): Syphilis maligna alatt egy qualitative eltérő megbetegedés alakot értünk, a mely jelenleg igen ritka s a melyet meg kell különböztetni a syphilis gravis és a syphilis anomalis gravis eseteitől. A syphilis maligna jellegző tünetei súlyos általános symptomák és számos, korán fellépő, gyakran kiújuló nagy pustulosus kivirágzás és fekélyedés. A haemorrhagikus alakok csak complicatiót képeznek. Továbbá jellegzi a syphilis malignát a kivirágzások bősége, nagy száma és nagy terjedelme. Hogy a syphilis maligna nem számítható a harmadlagos (tertiaer gummosus) alakok közé, a mellett következő okok szólnak: 1. az ulceratiók nem serpiginosusok; 2. a jodnak igen bizonytalan hatása van rájuk.

Neisser úgy hiszi, hogy az egyének különös érzékenysége hozza létre a syphilis malignát, nem pedig a syphilis virusnak volna nagyobb a ható képessége. A mi a staphylococcus jelenlétét illeti a fekélyedésekben, azt csak másodlagos dolognak tartja. A syphilis malignát úgy szerezni, mint örökölni lehet. A mi a prognosisát illeti, általában véve jó, de a specifikus szerek sokszor felmondják a szolgálatot és roboráló kezeléssel tovább érünk.

Tarnowsky (Szt.-Pétervár): a syphilis maligna rosszindulatúságának fokát az általa előidézett következmények összességé-

nek alapján kell megitélni. Ebből a szempontból a betegségnek alakja vagyis symptomái, valamint ezek localisatiója birnak befolyással a súlyosság fokára. Sokkal súlyosabbak lesznek a tünetek és eltérővé válik a lefolyás akkor, ha a szervezetet a syphilis mérge és a genyesztő coccusok egyszerre fertőzik, vagyis, ha egy pyosyphilitikus infectio történik. A staphylococcus pyogenes albus et aureus és még egy más különös faja a bacteriumoknak igen jó talajra találnak némely szervezetben és ugyanazon időben támadják meg ezt s szaporodnak el benne, mikor a syphilis virusa. Ezek a bacteriumok okozzák, hogy az ulcus induratum phagadaenikussá válik, ezek okozzák a szomszédos nyirokmirigyek genyedését, ezek okozzák, hogy a bőrön egymásután tünnek fel a genyedésbe átmenő kivirágzások (pyosyphilitikus elváltozások), a milyenek: ecthyma profundum, rupiaforme, rupia syphilitica, syphilis pustulo-crustacea. Ezek a vegyes fertőzés okozta elváltozások ugyanakkor fejlődhetnek ki, a mikor a tisztán syphilitikus kivirágzások is feltünnek, a melyeket rendesen találunk a syphilis másodlagos korszakában. A vegyes fertőzés befolyásolja a betegség lefutását és különösen a secundaer időtartamban nagyobb acuitast kölcsönöz neki, több hajlandóságot a recidivákra, különösen az imént említett alakokban jelentkező recidivákra. Ellenben a vegyes fertőzés épenséggel nem vonja maga után szükségszerűleg a gummák kifejlődését, a gummás időszak sok évvel később fejlődik ki csak, vagy pedig az enyhébb esetekben hiányozhatik is. A genyesztő coccusokkal való fertőzés a syphilis secundaer szakában bármikor megtörténhetik és a bőrszövetben képződő, elgenyedésre hajlandó csomók által jellegeztetik, ezen csomókban a közönséges genyesztő coccusokat találjuk és még egy különös bacteriumot.

A pyo-syphilitikus csomók megfelelő kezelés alatt felszívódhatnak, de megtörténhetik az is, hogy kifekélyednek és ezen fekélyek révén a syphilis más egyénekre átruházható. Épen ez a fertőzőképessége különbözteti meg a pyo-syphilitikus csomókat a gummosus csomóktól és fekélyektől, a melyek már nem képesek ragályozásra. Meg kell még továbbá jegyezni, hogy a genyesztő coccusok nagy bőségben vannak jelen a pyo-syphilitikus csomókban, már akkor, a mikor ezek elpuhulásnak, elgenyedésnek indulnak, de tökéletesen hiányzanak a meglágyult és még ki nem fekélyesedett gummákban. Igen ritkán fertőződik a syphilises egyén a harmadik időszakban genyesztő coccusokkal. De hogy ez mégis megtörténhetik, arra bizonyítékot képeznek azon gummákból származott fekélyek, a melyek phagadaenikusokká lesznek. Mindazok a körülmények, a melyek valamely syphilitikus egyén szervezetét meggyengíteni képesek, hajlamossá tehetik a genyesztő coccusokkal való fertőződésre. Ezen alkalmi okok közül szerepet játszanak az alcoholismus, diabetes, a heveny fertőzések, physikai túlerőltetés stb. Azonban, eltekintve a pyo-syphilis vegyes kóralakjától, a syphilis mint ilyen, magában véve is válhatik rossz indulatúvá. Az ilyen syphilis gravis igen erősen megtámadja a sclerosis területén levő véredényeket, a mely által ez megnagyobbodik, helyileg tovahaladóvá válik és necrosisra ad okot (ulcus induratum gangraenosum). Az ilyen syphilis gravisok más jelét képezi, hogy a gummosus időszak korán áll be, sőt néha beáll a nélkül, hogy a másodlagos tünetek mutatkoztak volna a betegen; másszor ismét megesik, hogy ugyanazon időben jelentkeznek harmadlagos tünetek, a mikor a másodlagosak: a betegségnek első vagy második esztendejében. Hogy mi okozza ezt a korai megjelenését az ilyen harmadlagos tüneteknek, az még megfejtendő kérdés volna. De az a felfogás, hogy a hiányos gyógykezelésnek volna ez betudandó, nem fejti meg kielégítő módon a kérdést. Úgy látszik, hogy az inveteralt malariának némely alakjai, a melyeket Északi- és Közép-Oroszországban láthatni, valami befolyást gyakorolnak a gummás időszak korai megjelenésére. A tünetek localisatiója a szervezetben hasonlóképen igen nagy befolyást gyakorol a betegség súlyosságának fokát illetőleg, mert természetes, hogy még egy olyan syphilis is, a melynek tünetei histologikus szempontból felületesek, meg könnyűek, halálossá válhatik localisatiójánál fogva. Fordítva: harmadlagos súlyos tünetekkel járó syphilis is olyan helyen jelentkezhetik, a hol valami nevezetes befolyást a szervezetre s annak erőbeli állapotára nem gyakorolhat.

(Folytatása következik.)

A venereás megbetegedések statistikája zárt körökben és azok prophylaxisa.[1]

A venereás megbetegedéseknek statistikáját különféle módon iparkodtak eddig elkészíteni. E statistikák sohasem készültek azon czélból, hogy általuk a valamely helyen létező syphilitikusok, illetőleg venereások pontos száma tudassék meg. Senki nem számított arra, hogy a venereás betegségekről, a melyekre nézve tudvalevőleg bejelentési kényszer sehol sem létezik, ily pontos statistikát készíthetne. A czél mindig csak az lehetett, s csupán az is volt, hogy tájékozódás szereztessék be arra nézve, hogy valamely városban vagy országban a venereás illetőleg a syphilitikus megbetegedések vagy betegek száma körülbelül mekkora, s hogy vajjon emelkedőben vagy csökkenőben van-e, illetőleg, hogy hozzávetőleg mily arányban csökken vagy növekszik. De az eddig alkalmazott módszerek eredményei még az ily hozzávetőleges tájékozódást sem nyujthatták; az általuk eredményezett számadatokról a kellő kritika a legnagyobb könnyűséggel deríti ki, hogy azok viszonya a valósághoz semmiképen sem határozható meg, hogy nem állapítható meg, hogy azok nagyobbak vagy kissebbek-e a valóságnál; az pedig már absolute nem, hogy ezen eltérés a valóságtól mily fokú.

Ilyforma statistika például az, a mely összegezi a valamely város nyilvános ambulatoriumaiban, kórházaiban és klinikáin jelentkező venereás betegeket s azok számát az összmegbetegedések, illetőleg a lakosság számához viszonyba hozza, s ezen összehasonlítás több éven való megfejtése alapján jelenti ki, hogy csökken vagy emelkedik-e a venereások száma. Hasznavehetetlen továbbá azon statistika is, a mely egyedül a valamely városban állomásozó katonaság infectióinak számából von következtetést a lakosságnak fertőzöttségére stb. stb.[2] A velük elért eredmények ezek szerint teljesen alkalmatlanok a tájékozódásra.

A syphilis, illetőleg a venereás bajok statistikájánál még egy körülmény szerepel, a mely ezt még pontatlanabbá teheti és sokszor teszi is, mint a minők más betegségek morbiditási statistikái lenni szoktak. Itt t. i. a pártszenvedély, sőt nem ritkán az önérdek is szerepel és kiszíneztetheti, megmásíthatja az eredményeket, süketté tevén a vizsgálót minden ellenérvvel, vakká minden az általa védett álláspontal ellenkező ténynyel szemben. Szükségtelen itt bővebben kiterjeszkednünk azon heves vitákra, melyek az abolitionisták és azok között folynak le, akik a prostitutio reglementatióját tartják szükségesnek, s bizonyítanunk, menynyire befolyásolja az a venerián való adatgyüjtés s az eredmények feldolgozásának módját az eleve elfoglalt álláspont. De hogy miképen lép itt közbe még az önérdek is, erre nézve legyen szabad Herbert Spencer sorait idéznünk. (Einleitung in das Studium der Socialogie. Herausgegeben von Marguardsen. II. Auflage. I. Theil. 1896 S. 101.) „Wie die Gründung von Gesellschaften, so ist die Gründung von Agitationen und Vereinen in bedeutendem Grade ein Mittel sich vorwärts zu bringen. Wie in den Vereinigten Staaten die Politik ein Handwerk geworden ist, das man ergreift, um sich ein Einkommen zu verschaffen, so ist bei uns, wenn auch im kleineren Umfange, eine handwerksmässige Philanthropie erwachsen, welche mit Absicht auf Stellung oder Gewinn oder beides betrieben wird . . . . . so macht sich bald hier, bald da ein Mann von Erziehung, der viel Musse und geringe Einnahme hat und von irgend einem abzustellenden socialen Übel . . . . . tief durchdrungen ist, zum Mittelpunkte einer Gesellschaft oder zum Sporn einer Bewegung dafür. Und da sein Erfolg hauptsächlich von der Grösse des Nothstandes, den er nachzuweisen vermag, abhängt, so ist nicht zu erwarten, dass er die zu behandelnden Übel mit schwachem Pinsel ausmalen oder seinem Plane entgegenstehende Thatsachen stark hervorheben wird.“ . . . . . „Und da ein grosser Theil des sowohl vergangene wie gegenwärtige sociale Erscheinungen betreffenden Zeugnisses durch derart zur Trübung derselben geneigte Apparate zu uns gelangt, so ist hier

[2] A magy. kir. Orvosegyesületben május hónapban *Friedrich* főorvos által tartott előadás nyomán.

[1] Ezen methodusok számos elkerülhetlen s jórészt ki nem rekeszthető és ki sem javítható hibáira egyikünk két, a „Gyógyászat“-ban megjelent czikkben (Török: „A syphilis elterjedése Budapesten“ 1894. és „A venerikus bántalmak statistikája“ 1895.) bővebben terjeszkedett ki.

ein weiteres Hinderniss für klares Erscheinen der Thatsachen gegeben."

A mondottak bizonyítására azután Spencer épen a syphilist hozza fel például, a melyre nézve daczára annak, hogy majdnem általánossá vált az orvosok közt annak tudata, hogy a syphilis szerfelett vesztett erejéből, mégis sikerült Angolország közvéleményében és törvényhozásában azon hiedelmet kelteni, hogy folyton terjedő „pestis"-ről van szó, a mely ellen a legdrákóiabb intézkedések szükségesek.

Az eddig divott statistikai módszerek úgy *objectiv, mint subjectiv hibaforrásait nélkülözi*, illetőleg módot nyújt a becsúszott hibák eliminálására, vagy pedig alapot annak megbecsülésére, hogy az elért eredmények mily viszonyban állanak a valósággal, *azon módszer, mely nagyobb zárt körök* észlelésével iparkodik a lakosság egy részénél nyert számadatokat az egész lakosságra viszonyítani. A módszert egyikünk (l. a fentebb idézett czikkeket) egy kisebb zárt körre és csupán a syphilisre vonatkozólag már előbb alkalmazta. A jelen dolgozatunkban egy, Budapest lakosságának majdnem 1/5-ét felölelő zárt körre és az összes veneriás megbetegedésekre (syphilis, lágy fekély és kankó) terjesztettük ki figyelmünket.

Az említett statistikai módszer, a *zárt körök észlelése* nagyobb taglétszámmal biró betegpénztáraknál alkalmazható. Itt valamely város lakosságának tetemes része kerül észlelés alá s az itt talált arányszámra nézetünk szerint joggal alkalmazhatók az egész lakosságra. Az elért számok értékesíthetőségétől nagyobb fokban még az által győződhetünk meg, ha kisebb taglétszámmal biró egyesületeket is, a melyeknek tagjai más lakossági osztályokhoz tartoznak, vizsgálunk és itt is hasonló arányszámokra teszünk szert. A midőn egyikünk (l. f.) a Budapesten előforduló syphilis esetek statistikájával foglalkozott úgy a munkás betegsegélyző-egyletnél, mint a kereskedelmi kórház-egyletnél és végre az egyetemi hallgatóknál is hasonló számadatokra tett szert. Világos bizonyítéka az annak, hogy a munkásosztálynál a venereára vonatkozólag talált számadatok az egész lakosságra alkalmazhatók.

A bemutatandó statistika is a munkásosztályra vonatkozik. Az észlelés tárgyát Budapest két legnagyobb betegsegélyző-pénztára ú. m. a kerületi betegsegélyző-pénztár és az általános munkás betegsegélyző-pénztár képezték, a melyeknek taglétszáma együttvéve közel 100,000 ember, Budapest összes lakosságának körülbelül 1/6-át teszi ki. Minthogy pedig a betegsegélyző-pénztárak tagjai 12—70 évesek, bátran mondhatjuk, hogy Budapest 12—70 év közötti lakosságának 1/5-e állott észlelésünk alatt.[1] Tekintettel arra, hogy a venerikus betegségek ketteje (syphilis, gonorrhoea) lappangási időszakokkal bir, vagy oly csekély jelenségeket okozhat lefolyása alatt, hogy a beteg munkás nem tartja érdemesnek miattuk az orvost felkeresni, eltekinthettünk az *összes* venerikus betegek összeszámításától, hanem csupán a *friss infectiók* registrálására szorítkoztunk, azt iparkodván megtudni, hogy bizonyos számú munkás között, hány esik évenként venerikus betegségbe.

Az adatok a következőkép szereztettek be. A *kerületi betegsegélyző-pénztárnál* az összes rendelő orvosok íveket vezettek 12 hónapon keresztül, a melyekre a megbetegedett egyén nevén, foglalkozásán, családi állapotán, életkorán kivül feljegyezve lett, hogy a kérdéses infectio friss-e vagy régi, hogy hol szereztetett, hogy felveheti-e az, hogy a fertőzés az utolsó közösülésből ered és végül, hogy hány orvos kezelte és melyek ezen orvosok, valamint, hogy jelen bajával volt-e már kórházban, poliklinikán, vagy más betegpénztárnál. A venerikus fekélyekre vonatkozólag még a következő rovatok voltak kitöltendők: 1. hogy alakult-e át kemény fekélylyé, 2. hogy követte-e exanthema. Az *általános munkás betegsegélyző-pénztárnál*, a melynek már évek óta működő ambulatoriuma van, ugyanezen feljegyzések történtek, de csupán azon betegekről, a kik a rendelő intézetben megfordultak. A vidéken megbetegedett és ott kezelt munkások vagy azok, a kik saját orvosukkal vagy más intézetnél kezeltették magukat vagy orvost egyáltalán nem kerestek fel, azaz az észlelő orvosoknál nem jelentkeztek, természetesen hiányoznak statistikánkból, a mely tehát egy a *valóságnál kisebb számot* mutat. Az ugyanis, hogy egy és ugyanazon eset többször forduljon elő listáinkban, az által lett elkerülve, hogy az év végén az egyes nevek index alapján összehasonlítva lettek. *Minden eset tehát csakis egyszer fordul elő a listákban.* Ennélfogva — a fertőzöttek egy része nem jelentkezvén az orvosoknál — számadataink, különösen az általános munkás betegsegélyző-pénztár adatai, mögötte maradnak a valóságnak, vagyis több volt a fertőzés, mint a mennyit statistikánk feltüntet.

(Folytatása következik.)

[1] Budapestnek 1894-ben volt 552,000 lakosa. Ebből levonandó a 12 éven aloli és 70 éven felüli lakosok száma, vagyis 103,687 + 9207 = 112,894. Az észlelés alatt állott egyleteknél talált arányszám tehát körülbelül 440,000 emberre lesznek vonatkoztatandók, illetőleg 440,000-hez hozzáadva az 1895. és 1896-diki gyarapodást; ezek között pedig 1894-ben volt körülbelül 220,000 férfi.

Heti szemle.

Meghivó *a magyar orvosok és természetvizsgálók 1897. évi augusztus hava 22—25-dikéig Trencsénben tartandó XXIX. vándorgyülésére.* Hazánk északnyugati részében, Trencsén vármegyében és székhelyén a magyar orvosok és természotvizsgálók vándorgyülése, mely több mint félszázad óta a culturalis intézmények kiváló tényezőjeként orvosi és természettudományt művel, terjeszt és népszerűsít, még nem fordult meg.

Örömmel fogadta tehát Trencsén vármegye és székhelye Trencsén városa a magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülései állandó központi választmányának azt a határozatát, hogy az idén, 1897-ben augusztus 22—25-dikig vándorgyülését Trencsénben tartja meg.

Alulirottak, mint a XXIX. vándorgyülésnek, annak előkészitésével is megbizott tisztikar, teljes bizalommal fordulunk hazánk orvosaihoz, természetvizsgálóihoz, a természet- és rokontudomány iránt érdeklődő közönséghez, s felkérjük, hogy e vándorgyülésen résztvenni, munkálkodásukkal, látogatásukkal annak sikerét biztositani szíveskedjenek.

A Kárpátok kiágazásai alatt elterülő eme föld, a természet szépségeivel megáldott Vágvölgye, a tudomány s művelődés iránt fogékony, de zajtalanul működő polgársága várja megjelenésöket. Jöjjenek és lássák, hogy a tudománynak és művelődésnek itt is vannak képviselői és kedvelői, kik tudják annak a feladatnak nagy fontosságát, hogy hazánk felvirágoztatására culturalis eszközökkel közreműködni kell; kiket ebben ugyanaz a buzgóság és hazafiság vezérel, a melylyel a vándorgyülések kezdeményezői és fentartói czéljuknak szolgáltak és szolgálnak.

Jöjjenek ide, mennél nagyobb számban hazánknak ezen kies tájára. Trencsén vármegye és Trencsén városa hazafias lelkesedéssel, igaz vendégszeretettel fogadja a vándorgyülés tisztelt tagjait, kivánva, hogy itt magokat jól érezzék, működésüket siker koronázza.

Trencsén, 1897. május hava. *Szalarszky Gyula* v. b. t. t., főispán, elnök. *Brancsik Károly* dr. m. t. főorvos, alelnök. *Smialovszky Valér* orsz. képviselő, alelnök. *Thuróczy Károly* dr., kir. tanácsos, m. t. főorvos, alelnök. *Rauchbauer József* főgymnasiumi igazgató, titkár. *Biringer Ferencz* dr., közkórházi főorvos, titkár.

A magyar orvosok és természetvizsgálók XXIX-dik trencséni vándorgyülésének előrajza. 1897. augusztus 21-dikén, szombaton: Megérkezés, este ismerkedési estély. *Augusztus 22-dikén, vasárnap:* Délelőtt: ünnepélyes megnyitó gyülés. *Augusztus 23-dikán, hétfőn:* Délelőtt: szakülések. *Augusztus 24-dikén, kedden:* Délelőtt: szakülések. Este: tudományos estély. *Augusztus 25-dikén, szerdán:* Délelőtt: ünnepélyes záró ülés.

Kirándulások: Trencsén-Teplicz, Pöstyén, Rajecz-Teplicz fürdők megtekintésére.

Tudnivalók. „A vándorgyülés tagja mindenki lehet, ki az orvosi, természeti és rokon tudományokat műveli vagy kedveli."

Ezen XXIX. vándorgyülésen való résztvevés dija *5 frt*, melyért a tagok a vándorgyülésről szóló munkálatokat megkapják. A tagsági dij vagy augusztus 15-dikéig Szalkay Gyula dr. pénztárnokhoz (Budapesten, VII., Kerepesi-út 44. sz. I. 6.) előre beküldendő, vagy a személyes beiratkozásnál augusztus 19-dikétől kezdve Trencsénben, a vándorgyülési irodában fizetendő le.

A vándorgyülés tagjai a m. kir. államvasutak és az ezek kezelése alatt álló vasutak, valamint a kassa-oderbergi vasút vonalain következő *kedvezményben* részesülnek:

az I-sö osztályon II-od osztályú egész
a II-ik „ III-ad „ „
a III-ik „ II-od „ fél jegygyel utazhatnak,

a vándorgyülés pénztárnoka útján a jelentkezés, illetve résztvevés dijának beküldése alkalmával szerezhető *igazolvány* alapján.

Minden iránt, a mi a vándorgyülésre vonatkozik, a központi választmányi titkároknál (Lakits Ferencz dr., Budapesten, VIII., Csokonay-utcza 8/b. sz. és Prochnov József dr., Budapest, VIII., József-körút 55. sz.) tudakozódhatni, úgyszintén a vándorgyülésen tartandó előadások náluk bejelenthetők.

Vegyesek.

Budapest, 1897. junius 18-dikán. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. május 30-tól 1897. junius 5-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 435 gyermek, elhalt 264 személy, a születések tehát 171 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, roncsoló toroklob 1, hökhurut 2, kanyaró 6, vörheny 3, himlő 1, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 15, agyvérömleny 4, rángások 10, szervi szívbaj 17, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 48, tüdőgümő és sorvadás 51, bélhurut és béllob 28, carcinomata et neoplasmata alia 7, méhrák 2, Bright-kór és veselob 3, angolkór 2, görvélykór 2, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 5,

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 25. számához. 1. SZ. Budapest, 1897. junius 20.

UJABB GYÓGYSZEREK ÉS GYÓGYMÓDOK.

Szerkeszti BÓKAY ÁRPÁD egyet. tanár.

Tartalom: *Vámossy Zoltán* dr.: Az „anesin“-ről, egy teljesen veszélytelen érzéstelenítőről. — *Vámossy Zoltán* dr. és *Fenyvessy Béla:* Phesin és Cosaprin (két új antipyreticum). — *Schultz Henrik* dr.: Az argentaminról. — *Fenyvessy Béla:* Az 1897. év első felében felmerült fontosabb új gyógyszerek.

Közlemény a budapesti M. Kir. tud. egyetem gyógyszertani intézetéből.

Az „anesin“-ről, egy teljesen veszélytelen érzéstelenítőről.

Közli: dr. *Vámossy Zoltán*, tanársegéd.

Mai napság, a humanitás századában igen sokszor van arra kényszeritve az orvos, hogy műtéteit a betegen narcosis vagy helybeli érzéstelenités mellett végezze. És épen a „humanitás“ érdekében hányszor történt meg, hogy a beteget, csakhogy a műtéttel járó csekély fájdalomtól megszabadítsák, a narcosis veszélyének tették ki, arról nem is szólva, hogy még a legrendesebben lefolyt chloroformnarcosis is milyen kellemetlen utótünetekkel jár. Épen ezért nagy értékű felfedezés volt úgy az orvosok, mint a szenvedő emberiség érdekében a cocainnal való helybeli érzéstelenités, a mi a helybeli érzéstelenítők között a vezérszerepet a mai napig fenntartotta. Azonban csakhamar volt alkalom bőven ezen különben kitünő, bár drága szer hátrányait is tapasztalnunk, mert bizonyos előre meg nem határozható idiosyncrasia esetén annak már medicinalis 1—2 centigrammnyi adagai is súlyos mérgezési tüneteket, nem egyszer halált is okoztak. Ezt illetőleg csak utalok 2 évvel ezelőtt ugyanezen helyen megjelent statistikai összeállitásomra, a mi a cocain veszélyességét elég jól feltünteti. Nagyon is indokolt volt tehát az a törekvés, hogy a cocain más kevésbbé mérgező, de jól érzéstelenítő szerek által pótoltassék, s ezen alapon jöttek egymásután forgalomba a tropacocain, eücain, holocain stb. Ezen szerek azonban, míg érzéstelenítő hatás tekintetében határozottan a cocain mögött maradnak, a másik czélt sem érték el, nevezetesen többé-kevésbbé szintén mérgezőek, bár gyengébben, mint a cocain. És valóban el kell ismernünk, hogy a cocainnál jobb érzéstelenitőt nem is kivánhatunk, mérgező hatása azonban egy oly fontos körülmény, a mely indokolttá teszi még azt az eljárást is, ha helyette egy bár gyöngébben ható, de absolute nem mérgező szerhez nyúlunk. 2 év előtt a tropacocaint irtam e helyen le, mint a mely ezen kivánalomnak részben megfelel, mert — Chadbourne kisérletei szerint — csak félannyira mérgező, mint a cocain, de mint látjuk, s mint azt a tapasztalat is mutatta, nem teljesen mentes ezen hátrányos tulajdonságtól. Az eücainról maga a felfedező kimondja, hogy görcsokozó méreg, s azt nekem is volt alkalmam tapasztalni, ugyanis nyulak fülvenájába fecskendezve, azok már milligrammos dosisoktól azonnal görcsök között tönkre mentek. A holocain subcutan injectiója után is súlyos mérgezési tüneteket irnak le. Ezenfelül az eücainnak erős, s a többieknek gyengébb helybeli izgató hatása van, a mitől még a cocainoldat sem teljesen mentes.

Mindezek a körülmények arra inditottak engem, hogy egy újabb helybeli érzéstelenitővel szaporitsam a már meglevők számát és orvostársaim figyelmébe egy oly szert ajánljak, a mely érzéstelenitő hatásra nézve a 2% cocainoldattal ér fel körülbelül, de úgy a helybeli izgató hatásoktól, mint az általános mérgező hatástól *teljesen mentes*. És ez az általam „anesin“-nek[1] nevezett szer, a mely nem egyéb, mint egy már ismeretes vegyületnek, a *Willgerodt* által felfedezett trichlorpseudobutylalkoholnak vagy acetonsavtrichloridnak vagy még más néven acetonchloroformnak vizes oldata. A szerrel legelőször Kóssa Gyula dr. kisérletezett, tőle kaptam én is azt bővebb vizsgálat végett, s kisérleti eredményeimet közöltem a Magyar Orvosi Archivum V. évfolyamának 6. füzetében. Az én vizsgálataim Kóssa dr. vizsgálataival megegyezőleg azt mutatták, hogy az acetonchloroform egy bódító szer, mely medicinalis dosisban (embernél 0·5—1 gr.) normalis álmot okoz kellemetlen melléktünetek nélkül. A vérre nincs hatással, a légzésre, vérnyomásra, szivre csökkentőleg hat mint általában a bódítók, nagy adagok direct a venába fecskendezve megállítják a szivet. A szer helybeli érzéstelenítő hatását már Kóssa dr. megemliti, s nekünk is volt alkalmunk arról több izben meggyőződni, nemkülönben feltünő volt a szer erős bódító hatása tisztán helybeli alkalmazás után a szabaddá tett motorikus és érző idegtörzsekre (békánál az ischiadicusra). Ennek daczára a praxisban alkalmazni nem lehetett vizben való oldhatlansága miatt, mint azt a Kóssa dr. kérelmére többek által végzett klinikai kisérletek is mutatták.

Az alkalmazás ezen akadályát leküzdeni óhajtván, hosszas kisérletezés után végre sikerült is egy circa 1·2%-os oldatot kapnom, a mely határozottan helybeli érzéstelenítő sajátsággal birt. Ezen vizes oldat vagy vizes assorbtio a nyelven, a garatban a cocainhoz hasonló idegen test érzést kelt és analgesiát, ha oda cseteljük, a nyúl szemét pedig megfürösztve vele (az alsó szemhéj el- és felhúzása által képezve fürdőt) az váratlan mértékben teljesen érzéstelen lett a legcsekélyebb helybeli izgalom nélkül. Egy percznyi fürdő után 8—10 perczen át, 3 percznyi fürösztés után *több órán át* fennállott a teljes corneális anaesthesia. Vivisectióink alkalmával az ily kisérletekre alkalmas ijedős és túlérzékeny kutyákon is kipróbáltam, olyanokon, a melyek már úgyszólván az egyszerű érintésre is vonitottak. És az ily állatoknál a bőr alá fecskendés helyén 2—3 cm.-nyi, mély sebet ejthettem, sőt azt be is varrtam ismét, a nélkül, hogy az állatok reagáltak volna, míg más helyen egy tűszúrásra is éktelen vonitásban törtek ki. Végül miután még ismételten láttam, hogy ha ezen oldatból nyulak fülvenájába fecskendezek egymásután 5—6 Pravazzal, semmi észrevehető általános tünet se mutatkozik, s csak ha az altató adagot elértem, tehát 1 kilogrammos nyúlnál a 15—20 Pravaz-fecskendőt adagoltam, kezdett fellépni bódulat, meggyőződtem arról, hogy ebben a szerben egy elég jó helybeli anaestheticumot birunk, a melynek főelőnye mind a többi felett, hogy *absolut veszélytelen*. Többet és kimerítőbben egy helybeli anaesthesiás hatást laboratoriumban nem vizsgálhatván, elhatároztam, hogy azt a praxisban is ki fogom próbáltatni és a márczius eleje óta folyt vizsgálatok eredményeiről közlöm most a következő szakvéleményeket, előrebocsátva, hogy épen az objectivitás kellő betartása végett a kisérletezők irásbeli véleményét változtatás nélkül teszem közzé.

Az orr- és gégebántalmak terén dr. Irsai Arthur tanár úr volt szives segédeivel együtt a vizsgálatokra vállalkozni, bár az eredmények nem igérkeztek kiválóaknak, miután ők 5% cocainnal dolgoznak, melylyel oldatunk nem versenyezhet. Véleménye a következő:

„Az anesinnel, melyet Vámossy tanársegéd úr volt szives nekem kisérletezés czéljából átadni, úgy magángyakorlatomban, mint a klinikai

[1] A szert eredetileg anaesinnek kereszteltem, de a gyáros által a Franczia országban való forgalomba hozatal kedveért e-vel jelentetett az be, s igy ezen letéteményezett „anesin“ névhez kell, hogy ragaszkodjunk.

és poliklinikai ambulatoriumban tettem vizsgálatokat. A végleges eredményről a közlendő kóresetek kapcsán lehet majd pontos véleményt adni, ha a folyamatban levő kisérletek be lesznek fejezve. De már most is következőket tapasztaltuk:

1. Az anesinnal való becsetelésre a garat nyákhártyája érzékenységét nagy mérvben veszíti, mint azt különösen a lobos bántalmak fejlődése közben lehetett észlelni.

2. A gége nyákhártyáján hasonlóan beáll az anaesthesiának jele, mit többek között a fájdalmas fekélyesedési folyamatok viselkedése mutatott.

3. Az orr nyákhártyája anesin ecsetelésekkel szintén érzéstelenithető (egyebeken kivül pl. galvanocaustikus kezelés alkalmával).

Megjegyzendő, hogy az anesin-ecsetelésekre igen gyorsan áll be a hatás. Mérgezésnek tünetei nem mutatkoztak. Fel kell azonban említenem, hogy a cocain hatását el nem éri."

Irsai tanár úr véleményére még majd visszatérendő, álljon itt dr. Grósz Emil docens és tanársegéd úrnak véleménye Schulek tanár úr szemészeti klinikáján végzett kisérletek alapján:

„Az *anesin*-t a budapesti egyetemi szemklinikán négy módon alkalmaztuk. Egyszerű *becsöppentés* a conjunctivát és corneát érzéstelenitette ugyan, de oly mérvü érzéketlenséget, mint a cocain 5% oldata nem idézett elő. *Fürösztés* (a hanyatt fekvő beteg alsó szemhéját elhúzva 1 perczig folytonosan csöppentve a szert) teljes felszines anaesthesiát idézett elő. De az iris megfogás s kimetszés (iridectomia) fájdalmasságát épenséggel nem befolyásolta, míg a cocain legalább csökkenti. A *subconjunctivalis* injectio az enucleatio fájdalmasságát nem csökkentette, a Tenon-tok alá műtét közben való juttatását pedig már azért sem kisérlettük meg, mivel a 15—20 másodperczet igénybe vevő műtétet kár lenne meghosszabbitani s a cocain a legtöbb esetben sikerrel alkalmazható. A *subcutan* injectio könytömlő-kiirtásnál teljesen bevált.

A szemet a becsöppentések, sőt a fürösztések sem izgatták (míg az eücain, az erythrophlein nagy izgalmat idéznek elő); a pupilla nem tágult vagy szükült.

Az eddigi tapasztalatok további kisérletekre biztatnak. Annyit azonban már most is mondhatunk, hogy a cocaint nem pótolja, mivel a nagy szemoperálásokra ez utóbbi szernek az irisre való érzéstelenitő hatása s hályogoperálások alkalmával a keletkező mydriasis nagy előny. Ellenben kis idegen test eltávolitására épen a mydriasis elkerülése, valamint a szer állandósága az anesin javára szolgál. Hogy nem mérgező, az csak a subconjunctivalis és subcutan injectiók alkalmával jöhet szóba, mivel a cocainnak a szembe való egyszerű becsöppentése általános mérgezési tüneteket nem szokott előidézni."

A sebészet terén dr. Hültl Hümér, Navratil tanár alorvosa volt szives kisérleteket tenni. Hültl dr., ki vizsgálatait Navratil tanár beleegyezésével és jelenlétében a szt. Rókus-kórház II. sebészi osztályán végezte, a következőkben volt szives nekem tapasztalatait összefoglalni.

A dr. Vámossy-tól küldött anesint minden esetben a szövetbe fecskendezve használtuk. Eleve jelezzük, hogy a szer soha semmiféle helybeli (szövetelhalás) vagy általános mérgezési tünetet nem okozott, ámbár a használt adag 1—10 fecskendő közt ingadozott.

Eljárásunk ez volt. Meghatározva a bőrmetszés irányát, annak jobb kezünkhöz közelebb eső végébe beszúrtuk a bőr alá a Pravaz-fecskendő tűjét, s a metszés irányában előretoltuk. A befecskendés alatt a tűt lassan kihúztuk, úgy hogy a fecskendő tartalma 3 cm. hosszú területen, ennyi ugyanis használatos tűink hosszúsága, ömlött szét. Ha a teendő metszés 3 cm.-nél hosszabb, újból megtöltöttük a fecskendőt s most a már érzéstelenitett terület bal kézhez közelebb eső részébe szúrtunk be és toltuk a tűt azon bőrrészletek alá, a melyek még beleesnek a műtét körébe. Ezen ismétlést annyiszor végeztük, míg az egész műtéti terület el volt anaesinnel árasztva. Igy egy felső álkapocsresectiónál 8, egy arczplasticánál 6, sérvműtétnél 3, légcsőmetszésnél 2 fecskendővel kapott a beteg. Az infiltrálás megtörténte után azonnal megkezdtük a czélba vett beavatkozást. Ily módon csakis a legelső beszúrást érzi a beteg, a többit vagy a metszést egyáltalán nem.

Az infiltrált területen a bőr alatti kötőszövet a kés alatt, hogy úgy mondjuk serczeg, fehérnek, vérszegénynek és vizenyősnek mutatkozik, a mi első műtéteknél kissé szokatlan, de nem zavaró.

Valamennyi betegünk jelezte az anesin érzéstelenitő hatását, de az érzéstelenités mértékére nézve tett kérdésünkre igen különböző módon adtak választ. A fájdalomérzés iránt az egyének különböző módon fogékonyak; nekünk volt alkalmunk látni öreg paraszt embert, kin carcinoma miatt állkapocs-resectiót végeztünk egy jaj nélkül, s fiatal leányt, ki súlyos arczplasticát tűrt szoborszerű nyugalommal. Másrészről tudunk eseteket, hogy erős férfi egy naevuslemetszésnél állitólagos fájdalomtól egyik ájulásból a másikba esett. Vegyük ehhez még hozzá, hogy némely beteg mennyire ki tudja szinezni vélt szenvedéseit: a mit egyik borzasztónak, pokoli kinnak mond, a másik bogárcsipéshez hasonlitaná. Czélszerűnek láttuk ezért a beteg kimondása mellett azt is megfigyelni, milyen a viselkedése (kiáltás, nyöszörgés, védekezés, mimika stb.) a műtét alatt. És mert semmi módunk nincs, hogy némiképen is ellenőrizzük a beteg kimondásait, hogy biztosan következtessünk a fájdalom mértékére magatartásáról, bizonyos osztályozásnak kell eseteinket alávetnünk, midőn az anesin értékéről akarunk itéletet mondani.

Nem értékesithetők pl. a tracheotomia esetek. A nehezen légző, fulladozó beteg tudatában van az életveszélynek, mely öt fenyegeti, ennek elhárítására ő is mindent meg akar tenni, műtevő orvosának — mint kinél a szabadulás van — szaván csügg. Osztályunkon a beavatkozás előtt mindig figyelmeztetjük öt arra a veszélyre, mely abból származhat, ha a légcsőmetszés alatt nyugtalan, fejét ide oda mozgatja. Ezért is betegeink feltünő nyugodtan tartanak, akár érzéstelenitve vannak, akár nem. Legcsőszűkület miatt végzett tracheotomiáknál tehát az anesin megbirálására nézve csakis a beteg kimondására voltunk utalva, s e kimondás minden esetben (4 eset) kedvező volt.

Kevés becsüeknek tartjuk a megbirálás szempontjából azon két állkapocs-resectiót is, melyeket álképlet miatt anesin alkalmazása mellett csináltunk. Még ha sikerülne is ilyen nagyobb terjedelmű beavatkozásnál a műtét területét, mint azt fennebb kivánatosnak mondottuk, elárasztani, természetesnek találjuk, hogy a csontok vésésével, kifeszitésével járó recsegés borzalmas érzést adván, ezt nevezhetik a betegek fájdalomnak.

Ennek a körülménynek tudható be, hogy 50 esetben anaesinnel végzett foghúzásnál, legalább a betegek egy harmada, kiknél a befecskendés után a foghús fehér és egészen érzéstelen volt, a fog luxálásával, az alveolus külső lemezének esetleges repedésével járó recsegésre panaszkodtak, behatóbb kikérdezésre azonban, úgy a mondott operáltak, mint ezen fogfájósak elismerték, hogy a sebzés sokkal kevésbé fájt, mint a hogy ők azt gondolták, már előbb szenvedett sérülések (foghúzás, késmetszés stb.) alapján.

Az anesin érzéstelenitő hatása mellett bizonyitónak sokkal inkább felhasználhatjuk azon 5 herniotomiát, melyeket kizáródás miatt ezen szer befecskendése mellett végeztünk. Hogy a fájdalmasságra nézve összehasonlitásokat tehessünk, a sebzendő terület egyik kis részét szándékosan nem árasztottuk el anesinnel. Ezen betegek a műtét alatt semmi fájdalmat sem külöltek, míg a kés az infiltrált rétegeket választotta szét, de igenis „heves sütés"-ről panaszkodtak, midőn az emlitett, controlnak érzően hagyott területhez érkeztünk. Megkérdeztetve, azt mondották, hogy a metszés „alig" vagy „semmit sem" fájt. Egyik sérves elesett betegnél 59 cm. vékonybelet resecáltunk sikerrel, a Murphy-button 16-od nap távolodott el, egy másiknál 39 cm. hosszú bélrészlet távolittatott el (Murphy-gomb még bent van). A sikerre kétségtelenül kedvezően folyt be azon körülmény, hogy nem chloroformáltunk.

Carcinoma coli descendentis-nél sikerült anesin alkalmazása mellett úgyszólván minden fájdalom nélkül anus praeternaturalist képeznünk a jobb lágyék tájban.

Két carcinoma labii infer., lipoma, projectil eltávolitás, öt verruca, több naevus, egy torzító hegek miatt végzett arczplastica esetében a betegek fájdalmat nem külöltek és ezzel jellemezték a műtétet „a metszés semmit sem fájt", „alig éreztem valamit".

Különösen kerestük azon eseteket, hol a betegen két atheroma, naevus, vagy két cariosus fog volt. Ilyenkor egyiket anesin anaesthesia mellett vettük ki, s igy láttuk, hogy míg a befecskendéssel praeparáltnál semmi fájdalmat sem mutatott a beteg vagy legfeljebb nyöszörgött, a nem érzéstelenitettnél felkiáltott vagy egyébkép jelezte kinjait.

Összefoglalva pedig objectiv megészleléseinket, a betegek kimondásait és impressioinkat, következő három pontba foglalható vélekedésünk az anesin felől:

1. Használata egyszerű.

2. Érzéstelenitő hatása az infiltrált területre szoritkozik, gyorsan bekövetkezik, tartama a cocainéval egyenlőnek látszik lenni.

3. Teljesen ártalmatlan.

Hasonló kisérletezések folynak rövid 3—4 hét óta a II. sebészeti klinikán is, azonban épen az egyes eseteknek kellő scrupulositással való elbirálása miatt, a mi az ügy érdekében minden esetre kivánatos, ezen idő még oly rövid és az esetek száma is csekély ahhoz, hogy objectiv vélemény legyen adható.

A fogászatban már a többi kisérletek előtt dr. Antal János, az egyetemi kórház-egylet fogorvosa, jelenleg Árkövy tanár első segéde próbálta ki az anesint, s eredményeit az orvos-egyesület stomatologikus szakosztályában elő is adta és részletesen közölte az „Oesterr.-Ungar. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde" czimű szaklapban. Subgingivalis befecskendések alakjában alkalmazta a szert, s a foghús erre mindig teljesen elfehéredett (sikerült befecskendés biztos jele, mely után anaesthesia várható). Az érzéstelenség 3 percz mulva állott be rendesen. 60 esetről referál egyelőre, s ezek a következőleg csoportosithatók:

	Nem fájt	Kissé fájt	Fájt
Pulpitis acuta partialis	6	1	
„ „ purulenta	—	1	1
„ „ totalis	5	3	1
„ chronica parenchym.	12	4	—
„ „ hypertrophica granulomatosa	1	—	—
Pulpitis chronica gangraen.	5	3	
Gangraena pulpae totalis	6	—	—
Necrosis radicis totalis	9	—	—
Periodontitis acuta marginalis	2	—	—
„ „ diffusa	1	1	—
„ chron. „	2	—	—
Abscessus alveolaris circumscr.	—	1	—
„ apicalis	1	—	—

Látható tehát, hogy ezek közül 45 volt eredményes, 13 járt csekély fájdalommal és 2 volt fájdalmas. Kellemetlen mérgezési tüneteket soha nem észlelt Antal és az anesinről általában igen dicsérőleg nyilatkozik.

Az objectivitás szigorú betartása kedveért közlöm itt dr. Biláskónak, a polyklinika fogászati rendelésén végzett kisérleti eredményeit is, a melyek sokkal kedvezőtlenebbek könnyen érthető okokból. Dr. Biláskó 160 esetben alkalmazta az anesint különböző fogbántalmaknál, s 71 esetben fájdalmat jelzett a beteg, 44 esetben csekély volt a fájdalom, 45 esetben teljesen fájdalmatlan volt az extractio. Különösen jól észlelte az anesin hatását egy medicuson, ki mindjárt az injectio után bizsergést érzett az ajkában, s periodontiticus praemolaris gyökerének kivétele nem fájt semmit, sőt állitólag még másnap is megmaradt egy bizonyos érzéketlenség az ajkában. Biláskó dentin-hyperaesthesiánál is megpróbálta a szert, s két esetben kielégitő eredményt ért el. Végül véleményét a következőkben foglalja össze: „a szer nem veszélyes és eléggé érzéstelenit, s bárhol sokkal nyugodtabb lelkiismerettel alkalmazható, mint más eddig ismert anaestheticumok, melyek sokszor veszélyt rejtenek magukban.“

Az itt előadottak után, miután a kisérletezésre vállalkozó tanár uraknak és doktor társaimnak szives fáradságukért és valóban kifogásolhatlan objectivitásukért őszinte köszönetet mondok, legyen szabad nekem is, mint a ki ezen kisérleteket folyton figyelemmel kisértem, s a kisérletezőkkel folytonos érintkezésben állottam, — nehány szót fűzni e szakvéleményekhez. Távol legyen tőlem, hogy azok fölött kritikát gyakorolni akarjak, csupán csak magyarázatát akarom adni egy és más dolognak.

Mint azt már bevezető soraimban emlitettem, az anesint csupán a 2%-os, legföljebb a 2·5%-os cocain oldattal tartom egyenlő értékűnek a hatás intensitására nézve, s igy szerintem előre várható volt, hogy mindazon esetekben, hol ennél töményebb cocainoldatokat szokás használni, a szer nem fog beválni teljesen. Igy a gégészetben sem ütötte meg azt a mértéket, a mit a cocain 5%-os oldata elébe húzott, azonban ennek daczára tagadhatatlan az érzékenységet csökkentő hatása. Magamnak is volt alkalmam tapasztalni, hogy a reflexingerlékenysége miatt nem vizsgálható egyénnél anesin ecsetelés után mily könnyen meg volt ejthető a vizsgálat, s ha ehhez hozzáfüzzük még azt a tapasztalatot is, hogy a cocain-ecsetelésekre mindig fellépő bő nyáladzás, a mi sokszor a nyákhártyát egészen elfedi, nem következik be, akkor a veszélytelen anesin előnyei már szembetünőbben kezdenek mutatkozni. Bár nem elterjedten szokásos és bizonyára alkalmas eszközt és jó kézi ügyességet kiván, de nem lehetetlen az anesinnek a gégészetben is submucosás injectiók alakjában való alkalmazása, mire épen egy specialista kartárs figyelmeztetett, s a mi az e helyen annyira veszélyes cocain fölött jövőt biztosithatna az anesinnek. De ez iránt még kisérletek szükségek.

A mi a szemészetben való alkalmazás *kevésbbé* kedvező eredményeit illeti, az két dolgon alapszik. Az első az, hogy *az anesin tisztán csak ott érzéstelenit, a hol a szövetekkel közvetlen érintkezésbe jött*, s ennek folytán alkalmazása nem oly kényelmes, mint a cocainé, a melynek egy cseppje a szemhéj redőjébe cseppentve onnan eldiffundál az egész szemre és érzésteleniti — huzamosabb idő múlva bár — a corneát is. A szemészek a beteg fekvő helyzete mellett való szemcsepegtetést vagy szemfürösztést, tartson az bár csak 1—2 perczig, körülményes eljárásnak tartják és talán joggal is. A második dolog, a min a siker fennakadt, az iris érzékenyen maradása és a pupilla változatlansága. Az irisre nézve itélkezésünket kell hogy enyhitse az a körülmény, hogy bizony fáj az az iridectomia cocain után is; már most, hogy ez a fájdalom mely esetben mutatkozik csökkentettnek, s mikor marad változatlan, annak eldöntése oly nehéz, hogy azt csakis egy oly tapasztalt és lelkiismeretes megfigyelő teheti meg, mint a milyen épen a kisérleteket végző kartárs úr, a ki ez esetben a cocain javára, s az anesin hátrányára volt kénytelen dönteni. A mi a pupilla változatlan maradását illeti, az mig egy esetben hátrány, más esetben előny is lehet, s tényleg nagy előny is az idegen testek kivételénél, melyek anesin anaesthesia mellett is ép oly jól végezhetők, és nem marad a műtét után a látást zavaró pupillatágulat, esetleg accommodatiós bénulás. De még tudtommal vannak szemészek, kik hályogextractióknál is előnyösnek épen a pupilla változatlan maradását tartják, kik az anesin ezen hátrányos tulajdonságát is előnynek fognák tartani. A szem körül végzett sebészi műtéteknél itt is bevált, mit egy kétoldali könytömlő-kiirtás — egyike a legfájdalmasabb műtételeknek — teljesen fájdalmatlan volta is igazol.

A sebészet terén kisérletező kartárs mondhatni túlszigorú álláspontját közlött soraiból mindenki láthatja, s ennek daczára az összbenyomás, a mit a szerrel elért eredmények reá tettek, határozottan jó. Mint már bevezető soraimban tárgyaltam: a cocain oly jó érzéstelenitő, hogy nála jobbat alig kivánhatnánk, s az is bizonyos, hogy egy esmarcholt végtagba vagy plane ujjba bátran fecskendezhetjük még 10—20 centigr.-nyi mennyiségben is, plane, ha még a metszés után a vérrel együtt ki is folyik. De azt egy sebész se tagadhatja le, hogy ha nem is félve — bár még ez is indokolt volna, — de minden esetre aggódva nyúl a cocain-fecskendőhöz ott, hol a méreg felszivódásának mi sem áll útjában, pl. az arczon, a törzsön vagy nyakon végzendő műtételeknél. Hogy mennyire kiszámithatatlan, az egyén erőbeli állapotából, korából, neméből, sem a befecskendés helyéből, sem az adagból le nem vezethető esélyek azok, a melyek cocainismus kifejlődésére alkalmat adnak, azt e helyen két évvel ezelőtt tárgyaltam, s most csak annyit óhajtok hozzá fűzni, hogy épen ezekből kifolyólag semmi esetre sem vethetünk meg a cocain mellett egy olyan szert, a mely, ha érzéstelenitő hatásban a töményebb cocainoldatok mögött áll is, de biztosit bennünket teljesen a mérgező hatások elmaradásától. Hültl dr. véleményéhez nem igen kell magyarázat, szigorú objectivitását elég jól mutatja, hogy tracheotomizált eseteit, még ha kedvezően folytak is le, nem meri bizonyító erejűeknek tekinteni, de annál értékesebbnek jelzi a pompás anaesthesia mellett lefolyt haerniotomiákat, illetve laparotomiákat. Hasonlitsuk csak össze ez eseteket a chloroform-narcosisban végzettekkel! — mennyi utólagos kellemetlenség: a beteg étvágytalan, hányingerei vannak, esetleg hány is, a mi a belek nyugalmára zavarólag hat; — mig anesin anaesthesia után, de alatta is teljesen normalisan érzi magát a beteg. Arról pedig nem is szólok, hogy a narcosis alatt a legügyesebb altató kezében is életveszélyben van a beteg, s hogy cocain érzéstelenités mellett sem mentes ettől teljesen. Az apróbb sebészi műtételeknél Hültl dr. szerint a szer teljesen bevált. Magam is szaporithatom az esetek számát egygyel, melyben egy 11 éves, intelligens leánykának füle mögül egy nagy mogyorónyi, kocsányos lipomát fejtettem ki fél fecskendő anesin alkalmazása mellett, teljesen fájdalmatlanul. S kérdem már most, miért tegye ki az orvos betegét ezentúl a cocainismus kellemetlenségeinek egy nyomorult kis verrucca vagy lipoma kiirtásánál, mikor van alkalma azt az anesinnel teljesen elkerülni, s az anaethesia is ép oly biztos.

Hültl dr. lobos bántalmak esetén nem alkalmazott anaesint, s ezt jogosan tette, mert azt hiszem, mindnyájunk egyező véleménye szerint ily esetben a szurkálás és a befecskendezés legalább is fáj annyira, mint maga a késmetszés, de eltekintve ettől, hatásra sem számithatunk még a cocainnál sem.

A fogászatot illetőleg két statistica áll előttünk: az egyik túlnyomóan nem intelligens, nyilvános ambulatoriumba járó betegekről szól, a kik azt hiszik, hogy foghúzásnál ki-

általani minden esetre kell, s az fájdalom nélkül meg sem is eshetik, de meg legnagyobb részük a csontrecsegés nem épen kellemes érzését is fájdalomérzésnek jelzi; a másik statistica — Antal dr.-é csaknem kivétel nélkül intelligens patiensekről, nagyobbára az egyetemi hallgatókról állíttatott össze és ennek megfelelőleg sokkal kedvezőbb. De hiszen eddig sem volt, ezentúl sem lesz szokásban és nincs is reá szükség, hogy egy nyilvános ambulatoriumban érzéstelenitő alkalmazása mellett dolgozzanak, sem idő, sem költség reá nincsen; ellenben az nagyon is fontos, hogy a privatpraxisban, hol annyiszor van a fogorvos arra kényszeritve, hogy helybeli érzéstelenitőt alkalmazzon, álljon rendelkezésére egy olyan szer, a melyhez meglehetős biztonsággal nyúlhasson, s ne kellessék attól rettegnie, hogy egy kiszámithatatlan véletlen folytán egész existentiája megrendül.

Időközben mások is kisérleteztek az anesinnel a fogászat és sebészet terén, s magán értesüléseim útján eddig jó eredménynyel. Idővel szándékozom még a megszaporodott kisérleti adatokat szintén közölni.

Végül azt hiszem, hogy nem követek el helytelen dolgot, ha tisztelt kartársaimnak az anesint figyelmébe ajánlom és reménylem, hogy a tovább folytatott kisérletezések mind jobban be fogják bizonyitani, hogy abban egy jó anaestheticumot birunk, a melynek a többiek fölött *egy* óriási előnye van és ez *a teljes ártalmatlanság*, s ha egyéb nem is, ez elég arra, hogy jövőt biztositson neki.

Miután még újabban köszönetet mondok a vizsgálatokkal fáradozó kartárs uraknak, különösen azért, hogy szigorú objectivitásukat megőrizték, megjegyzem még, hogy a szert „F. Hoffmann-La Roche & Cie.“ chemiai gyár készíti Baselben és az nemsokára gyógyszertárainkban is kapható lesz a cocainnál jóval olcsóbb áron.

Közlemény a budapesti kir. m. tud.-egyetem gyógyszertani intézetéből.

Phesin és Cosaprin.

(Két új antipyreticum.)

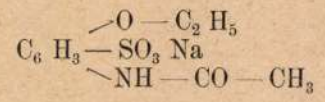
Imertetik: *Vámossy Zoltán dr.* és *Fenyvessy Béla* tanársegédek.

Hoffmann-La Roche & Cie. czég chemiai gyára folyó év április havában egy *phesin* és egy *cosaprin* névvel jelölt készitményt küldött a gyógyszertani intézetnek, véleményt kérve felőlük gyógyszerhatástani és méregtani szempontból. Főnökünk, Bókay Árpád tanár úr bennünket bizott meg az emlitett anyagok tanulmányozásával s az alábbi adatok közlésével. Kellemes kötelességet teljesitünk, midőn ezen megtisztelő megbizásért e helyen őszinte köszönetet mondunk. *Megjegyezzük, hogy e szerek a kereskedelemben még teljesen ismeretlenek, s mi foglalkozunk e helyen velük legelőször.*

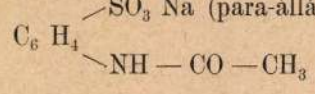
A *phesin* a phenacetinnek, a *cosaprin* az antifebrinnek sulfo-derivatuma.

Képletöket az előállitók következőleg tüntetik fel:

Phesin:



Cosaprin:



A phesin szürkés-fehér, könnyű, amorph por, szaga nincs, ize enyhén sós.

Vízben kitünően oldódik, oldata szintelen (töményebben halványsárga), gyengén savanyú kémhatású.

A cosaprin halvány barna-vörös szinű, könnyű, amorph por; szaga nincs; ize kissé csipős, sós.

Vízben igen jól oldódik, oldata Bismarck-barna szinű, gyengén savanyú kémhatású.

Már itt kiemeljük úgy a phesinnek, mint a cosaprinnak könnyen oldható voltát, mint a mely tulajdonságuknál fogva — az oldatban való rendelés lehetőségét tekintve — a phenacetintől és antifebrintől előnyösen eltérnek, s a melynek alapján hatásmódjukat illetőleg is — már a priori — különbségeket várhatunk.

Vizsgálataink főczélja ugyanis annak megállapitása volt, vajjon mennyiben egyezik meg a phesin a phenacetinnel, illetőleg a cosaprin az antifebrinnel gyógyszeres hatás, nevezetesen antipyretikus hatás szempontjából, s mennyiben a mérgező tulajdonságokat tekintve. A különbségek illetőleg megegyezés qualitativ meghatározásán kivül súlyt fektettünk a quantitativ viszonyokra is. Ugyanis az előállitók szerint — a vegyi összetételt véve alapul — a phesin úgy aránylik a phenacetinhez, mint 1·6 : 1; a cosaprin az antifebrinhez, mint 1·75 : 1, a miből már előre azt következtethettük, hogy a hatás intensitása, tehát az alkalmazandó medicinalis adagok nagysága közt is hasonló lesz az arány, vagyis, hogy ugyanazon czél elérésére az új készitményekből körülbelül kétszerte többet kell adnunk, mint a phenacetinből és antifebrinből. Már most az előállitók azon feltevését, hogy a sulfurizálás által a phenacetin, illetőleg antifebrin mérgező hatása gyengül, csak az esetben volt jogunk megerősiteni, ha a toxikus adagot illetőleg a phesin és phenacetin, másrészt a cosaprin és antifebrin közt nem a fentebb jelzett arányt találjuk, hanem aránytalanul nagyobb különbséget vagyis, ha a phesin és cosaprin mérgező adagja nemcsak kétszer, hanem pl. ötször vagy tizszer lesz magasabb, mint az alapkészitményeiké.

Midőn az elsorolt szempontokból összehasonlitó vizsgálatainkhoz fogtunk, fölöslegesnek tartottuk a pharmacologiailag és klinikailag bőven és exacte tanulmányozott antifebrint és phenacetint minden tekintetben újabb vizsgálat tárgyaivá tenni, hanem őket illetőleg nagy részt az irodalmi adatokra támaszkodtunk,* s a phesin illetőleg cosaprin mellett a phenacetinnel és antifebrinnel parallel kisérleteket csak akkor végeztünk, mikor a tünetek közvetetlen összehasonlitásának szükségét láttuk.

Ezek előrebocsátása után a következőkben ismertetjük egyenkint a phesinnel és cosaprinnal végzett kisérleteink menetét:

1. *Phesin.* Elementaris hatásáról röviden a következőket mondhatjuk: a microorganismusokra deletaer hatása nincs, a minek igen egyszerű bizonyitékát láttuk abban, hogy 10%-os oldatát kevésbbé gondos elzárás mellett néhány nap alatt ellepte a penész-gomba.

Ép úgy nem constatáltunk higabb oldatok alkalmazásakor gátló hatást a fehér vérsejtek amoeboid mozgására. Úgy ezen czélból, mint a vörös vérsejtekre gyakorolt hatásának górcsői vizsgálatakor a phesint 0·6% NaCl-ot tartalmazó destillált vízben oldottuk fel ½—3%-nyi mennyiségben s ebből adtunk egy keveset a tárgyüvegre cseppentett embervérhez; mig egy másik készitményen a vért csak physiologikus konyhasóoldattal higitottuk fel. A készitményeket a kiszáradástól óvtuk. A megfigyelés első 1—2 órájában a két készitmény közt különbséget nem észleltünk; néhány zsugorodott vörös vérsejt mindkettőben volt. Körülbelül 2 óra mulva kezdett a phesines készitményben (2—3%-os oldat alkalmazásakor) a zsugorodott majd kilúgozott és szétesett sejtek száma túlsúlyra emelkedni. Ezek szerint constatálnunk kell ugyan, hogy a phesin, ha hosszan és töményen hat, a vörös vérsejteket elroncsolja, de e hatást jelentékenynek nem mondhatjuk.

Szükségét láttuk azonban ez irányú adatainkat a vér spectroscopos vizsgálatával kiegésziteni, annál is inkább, mivel a phenacetinről irodalmunkban azt a megjegyzést találtuk, hogy mérgezéskor „a vérben methaemoglobin felléptét lehet észlelni“. Ezen kisérleteinket kutyákon végeztük. Az állatok-

* Bókay Á. Ujabb gyógyszerek. (Antifebrin és Phenacetin cz. fejezetek.) Bókay Á. Adatok az acetanilid (antifebrin) pharmacodynamicájához. (Dolgozatok a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem gyógyszertani és általános kórtani intézetéből.)

nak — kisérleteink egy részében — egyszerre nagyobb adagot adtunk per os, bőrük alá vagy valamely vivőerükbe (rendesen a vena jugularisba), kisérleteink egy másik csoportjában chronikusan mérgeztük őket (l. alább). Az előbbi eljárás mellett a vérvizsgálatot vagy még az állat életében (különböző időközökben a szer beadása után) vagy közvetlenül az állat (erőszakos úton végzett) megölése után vagy 3—4 órával később végeztük. Kisérleteink második csoportjában a vérvizsgálatot a mérgezés különböző stadiumaiban eszközöltük.

Sem az előbbi, sem az utóbbi eljárás mellett a spectrumban methaemoglobin-csikot nem láttunk, hanem az oxy-, illetőleg reducált haemoglobin rendes színképét. Végül megpróbáltunk a spectroscop elé állított vérkészítményhez phesint keverni s ekkor tényleg fellépett 2—3 óra mulva — tehát olyankor, a mikor a vörös vérsejtek nagyobbfokú szétesését górcső alatt is észleltük — a jól kifejezett methaemoglobin-csík. Hogy a phesin-oldat, mint olyan, nem adja a jellemző elnyelési csíkot — a mit a priori nem volt jogunk állítani —, arról a megfelelő ellenőrző színképelemzés meggyőzött bennünket. Tény tehát az, hogy a phesin a tárgyüvegre vagy kémcsőbe tett vért megváltoztatja. Tekintve azonban azt, hogy a phesin a szervezetbe, sőt directe a véráramba vitetve, ily változásokat sem az állat életében, sem halála után, de még a kibocsátott és állott vérben sem idéz elő, tekintve továbbá, hogy a chlorsavas kali mérgezésnél — hol pedig methaemoglobin-csik, ha egyébként nem is, de a kibocsátott, állott vérben egy idő mulva bizonyosan fellép — nem hajlandók a szerzők[1] ezen vérváltozásnak jelentőséget tulajdonitani: úgy bizonyára nem csalódunk, ha a phesint vérméregnek nem tartjuk. Hogy miért vagyunk képesek mégis phesinnel a szervezeten kivül végzett manipulatiók útján vérsejt-szétesést és methaemoglobin-képződést előidézni, a szervezeten belül pedig nem, annak theoretikus fejtegetésébe nem bocsátkozunk, csak arra utalunk, hogy előbbi esetben holt, alig ellentálló, utóbbi esetben élő, resistens vérsejtekkel érintkezik a phesin és pedig töményebben akkor, mikor mi kevertük hozzá, mint mikor az élettani felszivódási folyamatok útján jutott oda.

A phesinnek a szövetekre gyakorolt helybeli hatását fontos ismernünk különösen azért, mert könnyen oldható voltánál fogva alkalmasnak igérkezik a subcutan injectióra; viszont oldatának savanyú volta a priori azt az aggodalmat kelti, hogy a jelzett módon való alkalmazása fájdalommal, sőt talán a szövetek súlyosabb helyi izgalmával járhat. A fájdalmasságot illetőleg állatkisérleteinkből természetszerűleg biztos következtetéseket nem vonhatunk, bár meg kell jegyeznünk, hogy olynemű jeleket, melyeket az állatok fájdalomnyilvánításának szoktunk tekinteni (nyulaknál sivitás, a fülek elhalványodása; kutyáknál vonitás, a sérült hely nyalogatása stb.) nem észleltünk. Másrészt azonban határozottsággal mondhatjuk, hogy a kellő tisztasággal végzett befecskendezésre a bőralatti kötőszövetben soha komolyabb jelentőségü elváltozást, de még csak erősebb vérbőséget sem észleltünk. Ha még megjegyezzük, hogy az oldatot az e czélra közönségesen használt alkaliák bármelyikével közömbösithetjük a nélkül, hogy az egyébként megváltoznék, úgy eléggé indokoltuk abbeli véleményünket, hogy a phesin-oldat bőr alá fecskendezésre alkalmas.

A phesin távolhatásának tanulmányozására nyulakat és kutyákat használtunk, mely állatokon hol acut, hol chronikus mérgezést igyekeztünk előidézni.

A phesin egyszeri nagy adagjának hatását a phenacetinéval összehasonlitva jól mutatja következő kisérletünk:

D. e. 10 ó. 703 gr.-os fekete nyúl. Hőm. 40° C. Per os 1 gr. Phenacetin. 701 gr.-os tarka nyúl. Hőm. 39·9° C. Per os 3 gr. Phesin. A phenacetint emulsióban, a phesint oldatban gyomorsondán át adjuk.

10 ó. 15 p. Fekete (phenacetines) nyúlon gyenge remegés; hőmérsék 39° C.

Tarka (phesines) nyúlon semmi kóros tünet; hőm. 39·2° C.

10 ó. 30 p. Fekete nyúl erősen remeg, bágyadt, légzés igen szapora, dyspnoikus; cyanosis. Szivműködés szapora. Hőm. 38·5° C.

Tarka nyúlon semmi kóros tünet. Hőm. 39·5° C.

10 ó. 45 p. Fekete nyúl mozdulatlan, gubbaszkodik; oldalára fektetve nehezen kapaszkodik fel; erős dyspnoë; fokozott cyanosis; szivműködés rendetlen. Hőm. 37·5° C.

Tarka nyúl mint előbb.

10 ó. 55 p. Fekete nyúlon tonico-clonikus görcsroham, mely után az állat oldalán fekve marad, ingerlésre nem reagál. Légzés ritka, rendkivül erőltetett; óriási cyanosis. Szivműködés gyenge. Hőm. 36° C. A tünetek súlyosbodásával 11 ó. 10 p. exitus.

Tarka nyúl változatlan.

A tarka nyúlnak másnap 3, utóbb 4 gr. phesint adtunk, s csak az utóbbi adag után észleltünk a phenacetin-mérgezéshez hasonló, de igen enyhe tüneteket, melyeket gyógyulás követett.

Mig tehát 1 gr. phenacetin beadása körülbelül 700 gr.-os nyúlnál dyspnoë, cyanosis, szivgyengeség és subnormalis temperatura beállta után halált okozott, a phesin halálos adagját (u. a. testsúlyra) minden esetre 4 gr.-on felül kell helyeznünk. E tekintetben tehát a két anyag közt nem áll fenn ugyanazon arány, mint a melyet dolgozatunk elején vegyi összetételük alapján feljegyeztünk (1·6 : 1); hanem a phesin letalis adagját legalább ötször nagyobbnak kell tartanunk, mint a phenacetinét. Tehát a sulfurizálás által tényleg jelentékenyen gyengült a phenacetin mérges volta.

Hogy a phesin hatását a légzésre és a vérkeringésre pontosabban tanulmányozhassuk, külön légzési és vérnyomási kisérleteket is végeztünk. A légzés menetének graphikus ábrázolását egy a nyúl tracheájába kötött canulehez kapcsolt Marey-féle dobbal eszközöltük. 2—3 gr. phesin fokozatos (részben subcutan, részben intravenosus) adagolására a légzési görbén semmi eltérést sem észleltünk. A vérnyomási kisérleteket kutyákon végeztük, hasonlóan negativ eredménynyel; 2 gr. phesint fecskendezvén a vena jugularisba, a vérnyomás magassága semmit sem változott, a szivlökések száma szintén nem, legfeljebb jelentéktelen mértéken szaporodott és ennek megfelelőleg kisebbedett az egyes lökések magassága.

A fentieket röviden összefoglalva: a phesinnek általunk használt — a phenacetin letalis adagját jóval felülmuló — dosisai acut mérgezési tüneteket nem idéznek elő.

Másként áll a dolog, ha 2—3 gr.-os adagokat hosszabb időn át napról napra adván, chronikusan mérgezzük az állatokat. Az igy kezelt nyulak étvágytalanok, bágyadtak lesznek; utóbb hátsó végtagjaikból kiinduló bénulások lépnek fel, melyek lassankint a mellső végtagokra, majd a törzsizmokra is kiterjednek és végre a légző izmok hűdése után fulladási halált okoznak. A hűdések peripherikus természetűek; a gerinczvelőnek Nissl-féle módszerrel végzett górcsői vizsgálata semmi kóros elváltozást nem derített ki. 1 kgr.-os nyúl 2 gr.-os napi adagok mellett körülbelül 5—6 nap alatt pusztult el.

Végül, mint tanulmányunk legfontosabb részére, a phesin antipyretikus hatását illető vizsgálatainkra térünk át. Feladatunk volt megállapitani, vajjon képes-e egyáltalában a phesin a lázas hőmérséket alászállitani, s ha igen, ebbeli hatása intensitas, gyorsaság és tartam tekintetében mennyiben különbözik a phenacetinétől. Ez irányú vizsgálatainkhoz mindenekelőtt lázas állatokra volt szükség. Nyulaknál láz előidézésére különösen alkalmasnak bizonyult a bact. coli commune. Ha ennek 1—2 napos virulens bouillon-culturájából a nyúl fülvénájába $^1/_2$—1 Pravatznyit fecskendeztünk, néhány óra alatt 41—42° láz jelentkezett, mely kisebb ingadozásokkal folyton fennállott; az állatok erősen lesoványodtak, majd hasmenés lépett fel, mely még inkább gyengitette őket; ezek daczára a legtöbb 5—6 napig, egyesek 1, sőt 2 hétig is eléltek és ezalatt kitünő mediumok voltak a phesin illetőleg phenacetin antipyretikus hatásának tanulmányozására.

[1] *Bókay Á.*: Képződik-e methaemoglobin az élő vérben chlorsavaskali mérgezésnél? Dolgozatok a kolozsvári F. J.-egyetem stb.

A phesin és phenacetin antipyretikus hatásának összehasonlítására szolgáljon a következő példa:

V/14. Szürke nyúl. 750 gr. Hőm. 39·2° C. Beoltás bact. coli-val.

V/15. d. e. 11 ó. 55 p. Hőm. 41° C Per os 1 gr. phesin.
12 „ 10 „ „ 39·2° C
12 „ 40 „ „ 39 2° C
1 „ 15 „ „ 39 5° C
1 „ 45 „ „ 39·8° C
2 „ 15 „ „ 40·5° C
2 „ 45 „ „ 41° C

V/16. Ugyanazon nyúl.

d. e. 10 ó.	Hőm. 41°	½ gr. phenacetin per os.
10 „ 15 p.	39·8°	
10 „ 45 „	39·6°	
11 „ 15 „	39·5°	
11 „ 45 „	39·2°	
12 „ 15 „	39·0°	
12 „ 45 „	39·0°	
1 „ 45 „	39·4°	
2 „ 45 „	40·6°	

A fentebbi példából látható: 1. hogy a phesimek tényleg van antipyretikus hatása, 2. hogy ezen hatása gyorsabban éri el tetőfokát, mint a phenacetiné, 3. hogy rövidebb ideig tart, 4. hogy a hatás intensitása a phenacetinéhez körülbelül úgy aránylik, mint 1 : 2, tehát megfelel a vegyi alapon megállapított aránynak, 5. hogy a hőmérsék újból való felemelkedése fokozatosan történik.

A 2. alatt megjelölt tulajdonság határozott előnyt jelent a phenacetin felett, a 3. alatti azonban némileg hátrányos és mindkettő a phesin könnyen oldható voltából, s az ezzel járó gyors felszívódásából és gyors kiválasztásából magyarázandó. Meg kell még jegyeznünk, hogy ha phesin adagját a fentinek felére reducáljuk is, az apyresis változatlan gyorsasággal és teljességgel áll be, de tartama rövidebb lesz; viszont az adag megkétszerezésével meghosszabbítható, bár korlátolt mértékben, a lázmentes időszak a nélkül, hogy intensitása túlzott lenne, vagyis a nélkül, hogy subnormalissá változnék a hőmérsék.

* * *

A *cosaprin* tanulmányozásánál ugyanazon szempontok voltak irányadók, mint a phesinénél s igy vizsgálataink menete is teljesen megegyező volt; minthogy továbbá a két anyag hatása közt sok hasonlatosságot találtunk, a phesin fentebbi bő tárgyalása után a cosaprinnal rövidebben végezhetünk.

A cosaprin elementaris hatásáról ugyanazt mondhatjuk, mint a phesinéről. A vörös vérsejtek elroncsolását azonban a górcső alatt határozottan constatálni sohasem tudtuk. Szintúgy nem sikerült soha a phesin tárgyalásánál leírt eljárások egyikével sem methaemoglobinaemiát kimutatni. A cosaprinról tehát teljes bizonyossággal mondhatjuk, hogy a vérre káros hatást nem gyakorol.

A bőr alá fecskendve a cosaprin-oldat (még 20%-os concentratióban is) ép oly csekély reactiót idéz elő, mint a phesin, tehát ily módon való alkalmazásának nem áll semmi útjában.

A cosaprin távolhatásának tanulmányozására szintén nyulakat és kutyákat használtunk.

A nélkül, hogy kisérleteink menetét részletesen ismertetnők, csak annyit említünk meg, hogy ugyanazon (800 gr.-os) nyúl, mely 5—6 gr. cosaprint minden kóros tünet nélkül türt el, ½ gr. antifebrin beadása után 1 óra alatt elpusztult. Az antifebrinhez hasonlítva tehát a cosaprint úgyszólván teljesen ártalmatlannak kell tartanunk. Légzési és vérnyomási kisérleteink is megerősitették ezen tapasztalatunkat.

Nagy adagok hosszabb időn át való nyújtása mellett a cosaprin is képes a phesinnél leírthoz igen hasonló chronikus mérgezést előidézni. De a lesoványodás, bénulás, végre halál előidézésére a cosaprint a phesinnél jóval nagyobb mennyiségben, illetőleg sokkal hosszabb ideig kell adagolni.

A cosaprin antipyretikus hatásának tanulmányozásánál ép úgy jártunk el, mint azt a phesin tárgyalásánál leírtuk.

A cosaprin-hatás lefolyását lázas állatnál a következő példa mutassa:

V/13. 1010 gr.-os fehér nyúl. Hőm. 39·2°. Beoltjuk bact. coli comm.-val.

V/14. d. e. 10 ó.	Hőm. 41·2°	1 gr. cosaprin per os.
„ 10 ó. 15 p.	„ 38·6°	
„ 10 ó. 45 p.	„ 38·6°	
„ 11 ó. 15 p.	„ 39·1°	
„ 12 ó. —	„ 39·3°	
12 ó. 45 p.	„ 39·6°	

E példa mutatja, hogy a cosaprinnak antipyretikus hatása van. Ha e hatás lefolyását az antifebrinével összehasonlítjuk, úgy azt tapasztaljuk, hogy körülbelül 25 centigr. tehát ¼ résznyi antifebrin idéz elő a fentihez hasonló hőcsökkenést. A medicinalis adagok közti arány tehát itt más, mint a melyet a chemiai constructio alapján feljegyeztünk (1·75 : 1) s bár ebből az következik, hogy ugyanazon czél elérésére a cosaprinból majd négyszer nagyobb dosist kell adnunk, mint eddig az antifebrinből, mégis a cosaprint — fentebb kifejtett teljesen ártalmatlan voltánál fogva — még ily nagy adagban is kevésbbé veszedelmesnek kell tartanunk, mint az antifebrin negyedrésznyi adagjait. Tovább folytatva az összehasonlitást, ugyanazokat a viszonyokat találjuk, a melyeket a phesin és phenacetin párhuzamos vizsgálatakor állapitottunk meg; vagyis a cosaprinhatás gyorsabban éri el tetőfokát, de hamarabb is szünik meg, mint az antifebrinhatás, a mi természetes következménye a cosaprin könnyű oldhatóságának. Még csak azt jegyezzük meg, hogy ha a fenti kisérletet úgy ismételtük meg, hogy a cosaprinból csak 0·5 gr.-ot adtunk, a hőcsökkenés kisebb fokú és rövidebb tartamú volt; viszont, ha az adagot 2—3 gr.-ra emeltük, a lázmentes időszakot lényegesen meghosszabbithattuk, a nélkül, hogy e mellett subnormalis temperatura vagy bármely mérgezési tünet jelentkezett volna. Az antifebrin adagját ily módon emelnünk nem volt szabad, mert, mint már jeleztük, 0·5 gr.-jára halálos mérgezéstől kellett tartanunk.

Az előadottak alapján véleményünket a phesinről és cosaprinról a következőkben foglaljuk össze:

Mindkét szer erélyes antipyreticum, melyek alapkészitményeiket jól helyettesithetik.

Előnyeik a phenacetin és antifebrin fölött:

1. Hogy vízben igen jól oldódnak, a mely körülmény nemcsak a solutióban való rendelésüket teszi könnyűvé, de a bőr alá fecskendés alakjában való alkalmazásukat is megengedi.

2. Hogy hatásuk igen gyorsan áll be.

3. Hogy alapkészitményeikhez képest úgy szólván teljesen ártalmatlanok.

Hátrányukul legföljebb hatásuk rövidebb tartama tekinthető, a mi successiv kis adagok nyújtásával bizonyára elkerülhető leend.

Ennyit mondhatunk állatkisérleteink alapján. Végleges, döntő itélet mondására persze nem mi vagyunk hivatottak, hanem a klinikusok, a kiknek figyelmét — nézetünk szerint — nagyon megérdemlik e készitmények. Csak jelezni kivánjuk, hogy a budapesti II. sz. belklinikán már néhány esetben próbát tettek velök s eredményeik — bár határozott vélemény formálására még nem elég nagy számúak — biztatók. Ajánljuk a kisérletezést még különösen fájdalmas betegségekben is, a fájdalomcsillapitás szempontjából, oly értelemben, mint a phenacetinnél és antifebrinnél. Azt hisszük, hogy a hatás gyors kifejlődése nagy előnyt fog biztositani e két szernek a phenacetin és antifebrin fölött.

Az argentaminról.

Schultz Henrik dr.-tól.

A mikrobák elleni küzdelemben a fertőztelenitő, illetve bakteriumölő szereknek egész seregével rendelkezünk. Első helyen áll ezek között az *argentum*, melynek bakteriumölő hatását mindeddig nem méltatták ugyan kellőleg, de mint csaknem souveraen szer szerepelt mégis különösen a Neisser-féle gonokokkusok által okozott betegségeknél. Az argentumnak légenysavas sója nyert e célból alkalmazást, s az általa elért eredmények kielégitőknek bizonyultak. Vannak azonban egyes sajátságai, a melyek alkalmazását egyszer megnehezitik, máskor pedig kellemetlenné teszik.

A légenysavas ezüst ugyanis konyhasót vagy fehérjét tartalmazó folyadékokkal csapadékot képez, mi által a szövetek felületén egy vékony réteg képződik s ez a gyógyszernek mélyebbre való jutását megnehezíti vagy megakadályozhatja. A légenysavas ezüstnek e mellett izgató hatása is van, mi által a szemészetben s a férfihúgycső kezelésénél csak nagyobb időközökben alkalmazható, a mi nem felel meg a czélnak.

Oly szerre volt tehát szükség, mely a míg egyrészről a légenysavas ezüstnek bakteriumölő hatását birja, másrészt ennek emlitett hátrányaitól mentes. Az E. Schering-féle vegyészeti gyárban (Berlin) végzett kisérletek eredményre vezettek, a mennyiben az *argentamin*-ban oly szert állitottak elő, mely a fent emlitett kivánalomnak megfelel.

Az *argentamin* nem egyéb mint ezüstphosphat-oldat aethylendiaminnal, melyet a rövidség kedveért neveztek argentaminnak.

Az aethylendiamin vegyképlete: $C_2H_4 \begin{matrix} NH_2 \\ NH_2 \end{matrix}$; halmazállapota: szintelen folyadék; fajsúlya 0·97. Vízben jól oldódik, erősen alkalikus vegyhatású, ammoniak szagú s a fehérjét tartalmazó folyadékokat oldani képes.

Az argentamin is szintelen folyadék, melyben kétszer annyi aethylendiamin van, mint ezüstphosphat. Vegyhatása alkalikus, aethylendiamin tartalmánál fogva. Az argentaminnak 10% oldata annyi ezüstöt tartalmaz, mint a 10% légenysavas ezüst; tehát tulajdonképeni fertőtlenitő képessége, mely az ezüsttartalomtól függ, már e szerint sem kisebb, mint a légenysavas ezüsté.

Az argentamint Schäffer [1] tette kisérlet tárgyává, a melynek folyamán a következő eredményekre jutott:

1. *Az argentamin nem ad csapadékot fehérjét vagy konyhasót tartalmazó folyadékokkal* s csak kisfokú zavarodás áll be.

2. Bakteriumölő hatásáról úgy szerzett Sch. meggyőződést, hogy a legkülönfélébb bakteriumok kulturáit tette ki az argentamin hatásának s azt találta, hogy bakteriumölő hatása nagy fokban van meg s e tekintetben a légenysavas ezüst felett áll. A gonococcusokra nézve pedig összehasonlító vizsgálatokat végzett a különböző desinficiens szerekkel. Argentaminnak 1:4000, sublimatnak 1:10,000 s légenysavas ezüstnek 1:4000 oldatának tette ki a gonococcusokat s azt találta, hogy az argentamin a legrövidebb idő alatt tette tönkre a gonococcusokat. Az argentamin hatása alatt ugyanis $7\frac{1}{2}$ percz alatt már nem voltak gonococcusok, mig a másik kettő mellett még voltak, *e szerint tehát az alkalikus ezüstoldatnak van legnagyobb hatása a gonococcusokra.*

3. A szövet mélyébe jutásáról akként győződött meg Sch., hogy az argentamint előbb gelatinra engedte hatni s ez alkalommal kitünt, hogy mig az argentamin 9—10 mm. mélyen jutott, addig a légenysavas ezüst 1 mm.-re jutott lefelé a felszintől. Az organikus szövetekre való hatását akkor látta, midőn apró májdarabokat helyezett részben argentamin, részben légenysavas ezüst oldatába. Ezen májdarabokat azután kénsavas ammoniummal kezelte, mi által azon részek, a hova az ezüst behatolt, megfeketedtek. Ezen májdarabokat góreső alatt vizsgálta s azt találta, hogy az argentamin 3 mm.-re terjedt a mélybe s határa elmosódott volt, míg a légenysavas ezüst hatása alatt 1 mm. fekete réteg képződött éles határral. *Ugyanazon ezüsttartalom s ugyanazon körülmények között tehát az argentamin mélyebben hatol a szövetekbe, mint a légenysav-ezüst.* Ugyanezen tapasztalást tette Sch. élőben is.

[1] Zeitschrift für Hygienie und Infectionskrankheiten. 1894.

Az argentaminnak mérgező hatását illetőleg is tett Sch. állat-kisérleteket s azon eredményre jutott, hogy ezen hatása ezüsttartalmával áll összefüggésben, a melyről bővebben más helyen olvashatunk.

Az argentaminnak nagyobb fokú bakteriumölő képessége s különösen a mélybe való hatolása az aethylendiamin tartalmának tulajdonitható, mely képes az argentamin behatolását a szövetekbe elősegiteni. Ezen hatásai mellett nélkülözi a légenysavas ezüstnek mellékhatásait, a melyeknél fogva alkalmazása szélesebb körben, de különösen a gonoccocus által előidézett betegségeknél kivánatos.

Schäffer [1] 1895-ben újból közölte az argentaminról szerzett tapasztalatait, a melyek a fentieket megerősitik.

Aschner [2] Róna-osztályáról 22 férfibetegről referál, a kiknek húgycsőkankójánál az argentaminnak 1:1000 oldatát alkalmazták s azon eredményre jutottak, hogy 1. ilyen töménységü oldatot jól tűrnek a betegek, 2. a gonococcusok feltünő gyorsan tünnek el a váladékról s 3. hogy az argentamin mélyebbre hat s olcsóbb, mint a légenysavas ezüst.

Imre [3] a szemészet keretében alkalmazta az argentamint s pedig ennek 5% oldatát használta ecsetelésre. Tapasztalása szerint a szemet nem izgatja, sőt minden szem jól tűri s mélyebbre hatol; míg a légenysavas ezüst a szemet izgatja s a szövetek mélyébe nem hatol. Az argentamin naponta 2—3-szor is alkalmazható, míg a légenysavas ezüst nem Az argentamint tehát legalább oly jónak tartja, mint az 1—2%-os légenysavas ezüstöt.

Az argentamint ugyancsak Róna főorvos osztályán a nőknél is alkalmazzuk 1895 eleje óta s pedig úgy a cervicalis s uterinalis, mint az urethralis s rectalis gonorrhoeánál. Az intrauterin kezelésre 10% oldatot használunk, mely a cervixből kicsüngő váladékot kissé zavarossá teszi ugyan, de fehér csapadékot nem képez vele, mint a légenysavas ezüst. A húgycsőbe s rectumba 2% illetve 5% oldatot alkalmazunk. Az eredménynyel minden tekintetben meg vagyunk elégedve, a mennyiben a szöveteket az argentamin nem izgatja annyira, mint a légenysavas ezüst s a gonococcusok rövidebb idő alatt tünnek el a váladékból, mint a légenysavas ezüst alkalmazása mellett. Részletesebben szól e tárgyról az „Orvosi Hetilap"-ban megjelenendő közleményem.

Mindezek után az argentamin, mint megbizható desinficiens azaz bakteriumölő szer figyelmet érdemel annál is inkább, mivel hátrányait nem tapasztaltuk s az eddigi fertőztelenitő szerek fölött előnyei vannak.

[1] Münchener med. Wochenschrift.
[2] Orvosi Hetilap 1895. 10—13. sz.
[3] Orvosi Hetilap 1895. 43. sz. szemészeti melléklet.

Az 1897. év első felében felmerült fontosabb új gyógyszerek.

Referálja *Fenyvessy Béla*, tanársegéd.

Chinaphtol = βnaphtol-α-monosulfosavas chinin, vagyis egy antisepticumnak egy antipyreticummal való egyesülete, mely tehát már ezen, de az alább felsorolandó egyéb tulajdonságainál fogva is gyógyszerhatástani szempontból a salol mellé sorolandó. A chinaphtol sárga, kristályos, keserű izü por, mely hideg vizben oldhatatlan, forró vizben és alkoholban elég jól oldható. *Riegler* [4] vizsgálatai szerint a chinaphtol a gyomron változás nélkül halad át s csak a bélben hasad alkotó részeire: β-naphtol-sulfosavra és chininre, mikor is az előbbinek antiseptikus, az utóbbinak antipyretikus hatása érvényesül. Riegler e szert kitünő eredménynyel alkalmazta typhus abdominalisnál s ajánlja minden

[4] Wiener med. Blätter 1896. Nr. 47. és Therap. Monatsh. 1897. I.

fertőzéses alapon álló, lázzal járó bélbántalomnál. Egyszeri adagja 0·5 gr., napi adagja 2—3—5 gr.

Rp. Chinaphtol
gta *quinque*
Div. in dos. aequ. Nr. X.
DS. 3 óránkint 1 port bevenni.

*

Rp. Chinaphtol
gta *quinque*
Cognac
gta *quinquaginta*
MDS. 3-szor napjában 1 kávéskanállal.

Euchinin a chinin szénsavas aethylaethere, mely finom fehér tűk alakjában jegeczedik s vízben rosszul oldódik. Savakkal jól kristályosodó sókat képez, melyek közül a sósavas vízben jól, a kénsavas rosszabbul, a csersavas alig oldódik. Az euchininnel sikerül a thalleiochin-reactio, s kénsavas oldata ép úgy fluoreskál, mint a chininé. Az euchinin basis maga enyhén keserű ízű, csersavas sója pedig teljesen ízetlen; a sósavas só igen kellemetlen ízű. E tekintetben tehát a két előbbi készítmény bir csak előnynyel a chinin felett. *Noorden*,[1] ki az euchinint pertussis, neuralgiák és különböző lázas betegségek eseteiben alkalmazta, étvágytalanságot, emésztési zavarokat sohasem, fülzúgást, kábultságot — a chinin ezen kellemetlen mellékhatásait — csak kivételesen s igen kis fokban észlelt. A készítmény a fentebbieknél s ízetlen voltánál fogva ajánlja, bár malaria-ellenes hatására vonatkozólag adatokat nem nyujt. A hatás erélyét illetőleg 1 gr. chininum hydrochlor.-nak $1^1/_2$—2 gr. euchinin felel meg. Felnőttek porban vagy ostyában, gyermekek tejbe vagy levesbe keverve vegyék be.

Eucain-β a benzoyl-vinyl-diacetonalkamin sósavas sója, melyet a Schering-féle gyár hoz forgalomba, mint az eucainnak ártalmatlanabb pótszerét. Az eucain-β fehér, kristályos por, mely körülbelül $3^1/_2$ rész vízben oldódik. Chemiailag igen közel áll az eucainhoz, melylyel helybeli érzéstelenitő hatását illetőleg is megegyezik. *Vinci* és *Silex*[2] szerint ezen hatás beálltának gyorsasága, tartama és erélye az eucainétól nem különbözik; azonban az eucain-β a szembe cseppentve a conjunctivát kevésbbé izgatja, a cornea épségét nem veszélyezteti, az accommodatiót és a pupilla tágságát nem módositja és mérgező távolhatást alig mutat. Ezen körülményekben rejlik az eucain-β előnye az eucain felett. A szemészetben $2^0/_0$-os oldatát használják. Ezen oldat az eucainéhoz hasonlóan a vegyi átalakulás veszélye nélkül forralás útján sterilizálható.

Rp. Eucain-β
centigta viginti
Aquae destill.
gta *decem*
MDS. Suo nomine. Az orvos kezéhez.

Holocain[3] p.-diaethoxyaethenyl-diphenilamidin; létrejön phenacetinnek és p.-phenetidinnek vizvesztés mellett történő egyesülésekor. Előállitója Täuber, szemészeti szempontból tanulmányozták *Hirschberg*,[4] *Kuthe*[5] és *Guttmann*.[6] A holocain maga vízben oldhatatlan, ellenben sósavas sója, mely fehér, tűalakú kristályokat képez, forró vízben igen jól, hidegben körülbelül $2{\cdot}5^0/_0$-ig oldódik. Az oldat neutralis, kissé keserű, jól eltartható. Üvegedényben forralva megzavarodik, de szűrés által feltisztul; porczellánedényben a zavarodás nem jön létre. A holocainnak már 1 centigr.-ja (500 gr. állati testsúlyra) bőr alá fecskendve súlyos mérgezést (göresök, dyspnoë) okoz, miért a therapiában ily módon nem alkalmazható. Guttmann szemcseppek alakjában használta és hatását a cocainéval összehasonlitván, azt találta, hogy a holocain-anaesthesia sokkal rövidebb idő alatt, már 1—2 perczczel a becseppentés után teljes, intensitása a cocainéval azonos, tartama átlag 10 perez. A becseppentés után a conjunctiván keletkező kisfokú belöveltség $^1/_2$—1 perez mulva eltünik, a cornea fénye nem változik. Szintúgy változatlan a szem tensiója és a pupilla tágsága (bár Hirschberg néha egy kis megszűkülést észlelt).

A szem érzéstelenitésére a holocain $1^0/_0$-os oldatának 3—4 cseppje szükséges.

Rp. Holocain
centigta decem
Aquae destill.
gta *decem*
MDS. Suo nomine. Az orvos kezéhez.

Peronin a morphin benzyl-aetherének sósavas sója, melyet a Merck-féle gyár állit elő. A készitményt *Schröder*[1] próbálta ki és mint csillapitó szert a tüdővészesek tüneti kezelésében figyelemre méltónak tartja. A peronin megszünteti a köhögési ingert és nyugodt alvást biztosit. Étvágytalanságot, gyomorzavarokat nem okoz úgy, mint a morphin, sem izgalmi tüneteket, mint néha a codein. Ellenben elég gyakran észlelhetők adagolásakor, mint a morphinnal közös — bár enyhébb — kellemetlen utóhatások: obstipatio, fejfájás, bágyadtság. Szembeszökő előnyei a peroninnak a morphin és codein felett tehát nincsenek, de mint az utóbbiaknak megbizható pótszerétől jó szolgálatokat várhatunk.

Egyszeri adagja 2—4 centigr. oldatban, pilulában.

Rp. Peronin
gm. *semis*
Aquae destill.
gta *centum*
MDS. Este 1 kávéskanállal
czukros vizben.

Rp. Peronin
centigta triginta
Pulv. et succi Liquir.
āā qu. s.
Mf. l. a. pilul. Nr. XXX.
Consp. pulv. Liquir.
DS. Este 2—3 szemet.

Pyramidon[2] az antipyrinnek származéka — (4) Dimethylamidoantipyrin —, melyet *Filehne*[3] és *Spiro* állitottak elő és tanulmányoztak; forgalomban még nincs, kisérleti czélokra a höchsti gyár szolgáltatja. A pyramidon sárgás-fehér, kristályos por, melynek ize nincs s mely 10 rész vizben szintelenül oldódik. Az idegrendszerre és a hőmérsékre lényegileg épen úgy hat, mint az antipyrn. Előnyei az antipyrin felett, hogy iztelen, hogy medicinalis adagja jóval kisebb és hogy lázellenes hatása lassabban, fokozatosabban fejlődik ki és szűnik meg, tehát hosszabb ideig is tart. A fent emlitett szerzők 20—40 centigr.-os adagjait kitünő eredménynyel használták mindenféle lázas betegségek, továbbá fejfájás, neuralgiák stb. eseteiben.

Rp. Pyramidon
gta *tria*
Sacchari albi
gta *duo*
Mf. pul. div. in dos. acqua Nr. X.
DS. Rendelet szerint.
(Neuralgia.)

[1] Centralblatt für inn. Med. 1896. Nr. 48. és Therap. Monatsh. 1897. I.
[2] Therap. Monatsh. 1897. IV.
[3] Ref. Therap. Monatsh. IV.
[4] Centralblatt für Augenheilkunde 1897. I.
[5] Centralblatt für Augenheilkunde 1897. II.
[6] Deutsche med. Wochenschr. 1897. H. 11.

[1] Therap. Monatsh. 1897. I.
[2] Ref. Therap. Monatshefte 1897. Nr. 1.
[3] Berliner klin. Wochenschr. 1896. Nr. 48.

Budapest. 1897. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája (felelős vezető Müller Ágoston), Dorottya-uteza 14. sz.

Negyvenegyedik évfolyam. 26. szám. *Budapest, 1897. junius 27.*

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. sebészi osztályáról. (Főorvos: Navratil Imre, egyet. ny. r. tanár.)

A Kocher által ajánlott „normal-metszésekről".

Hültl Hümér dr.-tól.

A sebészek legnagyobb része még ma is igazságnak tartja azon regi szabályt, mely azt mondja, hogy: hosszú sebek, melyeket a test tengelyével párhuzamosan ejtenek, szemben azokkal, melyek a hosszra derék- vagy egyéb szög alatt vannak, egyesités után, egyenlő körülmények között jobban gyógyulnak. Az okot abban vélték megtalálni, hogy a sebszélek állitólag jobban összefeküsznek. Ennek folytán elfogadták műtéveseknél mindig hosszirányban bemetszeni, hacsak fontos és kényszerítő körülmények egyenesen nem követelték az ellenkezőt. Nemcsak tályog nyitásnál állott általános szabály gyanánt, hogy a metszés a test hosszvonalával essék össze, kivéve a lumbalis abscessust (mert ott csak haránt-metszés tátong), orbicularis palpebrarum táját és mammát (Nussbaum), hanem állott ezen elv az arczon, a nyakon, a mellkason és hason végzett legkülönbözőbb operatióknál is.

Így látjuk, hogy a nagy ütőerek lefutásuk irányának megfelelő metszéssel kerestettek fel, hogy a nyakon levő daganatok, strumák, az áll alatt fészkelő lymphomák függélyes metszésből szedettek ki, kis bőrseben át, a mint növendék koromban láttam, mintegy burgonyaszerűen ásva ki őket, hogy a hason nemcsak a linea albában, hanem a rectusokban, a rectusok mellett, a lumbal tájékon ejtettek sokszor a legczélszerűtlenebb, a műtét számára a legkevesebb helyet adó bőrsebek.

Lassanként úttörő műtők eltértek a szabálytól, jogot szerezve a ferde és haránt bemetszéseknek is. E tekintetben elégséges, ha Malgaigne és Langenbeckre hivatkozunk, kik pharyngotomia subhyoideánál, Fengerre, ki gastrostomiánál, Billroth és S. Wölflerre, ki pylorus resectiónál, Tait és Courvoisierre, ki cholecystotomiánál, Braunra, ki nephrectomiánál, Bardenheuerre, ki az explorativ laparotomiánál és cystotomia suprapubicánál s a kiket legelsőnek kellett volna emlitenem: Nelatonra, ki enterotomiánál, Littrere, ki colostomia inguinalisnál elsők végeztek és ajánltak általuk kezdeményezett operatióknál a test tengelyével össze nem eső bemetszési irányt. Valamennyi fent nevezett jeles sebészt azon szándék vezette, hogy a műtét területét alaposabban hozzáférhetővé tegye.

Végre Kocher részint ezen, részint saját rendkivüli tapasztalatait összefoglalva: valóságos tant alkotott a bemetszés irányáról, felállitva az ú. n. *normal-metszések* szabályát. Ezen metszések irányának megszabásánál Kocher első sorban azon idegek lefutására volt tekintettel, melyek a hosszirányú, hogy úgy mondjam, a régibb metszéseknél folytonosságukban mindig megszakittattak. De tekintettel volt a bőr repedési viszonyaira is. Nemcsak a Langer által közölt adatokat használta fel, hanem évek hosszú során az apró bemetszéseket egy semába rajzolta be, a szerint, a mint 24 óra mulva a drain kivétele után tátongtak, vagy a szélek szépen összefeküdtek. Utóbbiakról észlelte, hogy irányuk összeesik a Langer által adott vonalak irányával, s hogy általában sokkal szebb heget adnak, mint a hosszirányúak. Így minden testtájra normal-metszést állapithatott meg, magától értetődik azonban, hogy minden metszés, mely a test középvonalában vagyis a homloktól függélyesen lefelé a symphysisig és a gáton át fel a fejtetőig vont vonalba esik, szintén a normal-metszésekhez számitandó.

Ezek értékéről a következőkben van szerencsém vizsgálódásaink alapján beszámolni. A tanulmányokat Navratil tanár úr vezetése mellett és megbizásából 1895. közepe táján kezdtük meg a szt. Rókus-kórház II. sebészi osztályának változatos beteganyagán. Több izben végeztük a harántpofametszést, mely az alsó fogsorkorona irányában választja a pofát szét. Nyolcz esetben operáltunk strumát, a daganat legnagyobb domborúságán vont és a nyak irányára derékszög alatt eső metszéssel. A lymphomák és egyéb nyakdaganatok számos esetét nem is emlitem. Mindhárom operativ modusnál meglepő, hogy milyen kevéssé látható a heg. Lymphoma operáltaknál, ha az egyesités pontos volt, fél év mulva alig látszott nyoma a műtétnek, mert a heg iránya egybe esik a ferde lefutású bőrredőkkel. Ezzel szemben mindnyájan ismerjük a hosszmetszések után gyakran köteg gyanánt zsugorodó, a bőr niveaujából kiemelkedő torzító hegeket. Bordák resectiójánál a nélkül is természetesebbnek látszik a resecálandó borda irányára rámetszeni. Erről tehát nincsen megemlitésre méltó.

A legkülönbözőbb okokból végzett laparotomiáknál az összes normal-metszéseket bőven volt alkalmunk kipróbálhatni. Mint Kocher mondja, valóban a legkisebb mellékséréssel a középvonalban lévő metszés jár, mely azonban a hasűrben lateralisan fekvő szervek megközelitéséhez elégtelen. A rectusok szélén sokszorosan alkalmazott hosszmetszések helytelenitendők, mert az izomhoz haladó idegek átmetszetvén, az izom hűdése hassérvek keletkezésére ad okot. Az idegek lefutására való tekintettel egyedül a haránt vagy ferdén haránt metszések észszerűek, a midőn az idegek kimélhetők. Sőt a rectus abdominis szempontjából is kedvezőbb egy haránt metszés az izmon át, mint egy hosszmetszés az izom lateralis szélén, mert a motorikus idegek érintetlen maradván, csak egy új mesterséges inscriptio tendinea keletkezik, minek alig van jelentősége.

Hogy a májhoz (echinococcus, epekövek) hozzáférhessünk, a jobb bordaivvel párhuzamosan ejtettük a hassebet. Ugyanilyen irányú lehet a baloldalon a gyomor, lép, pancreas feltárásához alkalmatos metszés, a mint azt pylorus carcinoma, panereas cysta, pancreas lőtt sebénél, gastrostomiánál végeztük. A vesét Kocher szerint legjobban hozzáférhetővé teszi a lumbal tájék normal-metszése. Ez egy ferde harántmetszés, mely a M. sacrolumbalis széle és a XII. borda által képzett pontból kiindulva a hónalj vonalig halad. Azon idő óta, hogy a normal-metszéseket tanulmányozzuk, vesekiirtásra nem volt alkalmatos esetünk. Midőn az elmult hetekben két esetben nephrorrhaphiát végeztünk, czélszerűbbnek látszott a Simon-féle metszést megtartani, mert így lehetővé válik, hogy a vese egész domborulata erősen oda hegedjen a granuláló sebhez.

A hypogastriumok feltárására a Poupart-szalaggal párhuzamos metszések alkalmasak. Bélsársipoly esetek, vakbél

resectio két esetében és három diagnostikus laparatomiánál alkalmaztattak.

Tapasztalataink szerint a feltárandó hastáj minden esetben kitünően hozzáférhetővé vált a harántmetszések által. Azon körülmény, hogy az arteria epigastrica respective mammaria átvágatik, kellemetlenséget még soha sem okozott. A sebek egyesítése könnyű, sok esetben könnyebb harántmetszéseknél, mint a linea albában fekvő sebzéseknél, hol a transversus abdominis a széleket erősen széthúzza. Harántsebeknél a szélek közelitését igen előmozditja, ha a beteg vállát és medenczéjét az egyesítés tartama alatt megemeljük. A hegek a mint a bemutatandó néhány esetből meggyőződhetni, kifogástalanok. Sokkal rövidebb azonban a lefolyt idő, hogy arról is véleményt alkothassunk, vajjon a haránt irányú normal-metszéseknél valóban nem keletkeznek hassérvek.

Midőn az alábbiakban néhány ez idő szerint az osztályon ápolt beteg sorsáról beszámolok, nem mulaszthatom el hálás köszönetet mondani Navratil tanár úrnak az esetek átengedéséért műtevés czéljából s azon nagyszámú tapasztalaton alapuló tanácsaiért, melyekkel szükség esetén útbaigazitani kegyes volt.

I. *Struma excisio.* Lengyel Julcsa 24 éves. A pajzsmirigy helyén levő ökölnyi sima felszinű, helyenként puhább, helyenként tömöttebb strumája két év alatt fejlődött. A daganat egy nagyobb gömbölyded középső és két kisebb oldalsó lebenyből áll, melyek közül a jobblebeny a fejbiczczentő alá terjed. A daganat a gégével együtt mozog, nem fájdalmas. A bal hangszalag kissé paretikus.

Részleges exstirpatio 1897. február 19. Chloroform-narcosis. 12 cm. hosszú harántmetszés a daganat legnagyobb domborúságán. Minden véredény az átvágás előtt két pince-szel lefogatik. A baloldalon a pajzsmirigynek diónyi részlete visszahagyatik. A keletkezett seb üreget két csomós öltés szükiti, különben jodoformgaze tamponade. A kiirtott golyva colloid elfajulást mutat. Legnagyobbb átmérője 15 cm. Láztalan lefolyás.

St. pr. 1897. márczius 24. Heg hossza 7 cm., vonalas, alig látható, középvonalban kis mogyorónyi élénken sarjadzó üreg. Gége most normalis.

II. *Struma excisio.* Braun Katalin 19 éves. Négy év óta folyton nő a daganata. A nyak mellső részén két férfiökölnél nagyobb, egy középső és két oldalsó lebenyből álló sima felszinű fájdalmatlan, mérsékelten tömött ép bőrtől fedett, nagyjában a pajzsmirigy alakját feltüntető, a gégével együtt mozgó daganat. Orr, száj, garat változást nem mutatnak, bal hangszalag hüdött. Beteg panaszát szédülés, nehéz légzés képezi, alvásnál fuladozik, a mikor is felijed, teljesen zavart.

Kiirtás vital indicatióból, mint palliativ operatio 1897. február 24. Chloroform-narcosis. 16 cm. hosszú harántmetszés a nyakra derékszög alatt, a daganat legnagyobb domborúságán. Számos óriásian tágult visszér lekötése átmetszés előtt (70-nél több selyem ligatura), úgy hogy a műtételt jóformán vértelenül sikerült végezni. A sterno-thyreoid izmok átmetszettek. A daganat a légcsövet egészen körül ölelte, kiluxálása tehát kissé nehezen ment. A légcső mellső felszinével erősen kapaszkodott s itt a trachea membronasusan felpuhult és szűkült. A paizsmirigyből csak baloldalt a seb alsó zugában volt egy kis részlet visszahagyható. Struma colloides. Jodoformgaze-tamponade.

St. pr. 1897. április 24. 9 cm. hosszú vonalas haránt heg, melynek közepén fillérnyi nyilásból kis mogyorómekkoraságú, élénken granuláló, a középvonalban lévő üreghez juthatni. Teljes kiirtás daczára eddig sem tetania, sem cahexia thyreoidectomia, idiotismus nem észlelhető. Bal hangszalag kissé hüdött, légzés normalis, stenoticussá gyors lépcsőn járás mellett sem válik.

A beteget, miután majdnem az egész elfajult paizsmirigyét eltávolitottuk és pedig azon oknál fogva, hogy alig lehetett volna a kifejtésnek másutt valahol határt szabni és igy nagyobb részt a daganatból visszahagyni, a mint az az I. alatt közölt esetnél történt: most a műtét óta 4 hét mulván el, mely alatt tetania acuta jelentkezett volna, a cachexia strumipriva (mixoedéme operatoire Reverdin) veszélye fenyegeti.

Hogy tulajdonképen pajzsmirigy kiirtások után miért keletkezik némely esetben tetania vagy cachexia, más esetekben pedig nem: erről egyáltalán nem tudunk bizonyosat.

Eiselsberg úgy tartja, hogy azon eseteknél, hol a teljes kiirtást nem kisérték a kóros tünetek, alighanem visszamaradt valami a műtétnél a mirigyből, a mit azután recidiv golyvák fellépte bizonyit. A cachexia strumipriva analogját találhatjuk a paizsmirigy megbetegedésénél: az ébernyi állapotban (rachitis foëtalis), a gyermekkorban (cretinismus) és felnőtteknél is. Vagyis Wagner (Ueber Cretinismus. Mith. d. Vereins d. Ae. Steiermarks 1893) kitünő beosztása szerint a pajzsmirigy functiójának megszüntekor keletkezhető bántalmak igy classificálhatók: 1. Myxoedema foëtale s. intrauterinum. 2. Myxoedema infantile. 3. Myxoedema spontaneum. 4. Myxoedema operativum.

A *Myxoedema infantilere* érdekes esetet közölhetek: *Fekete Julianna* és *Fekete Sándor* testvérek. A leány 15, a fiú 9 éves. Szüleik normalis termetűek, hat év előtt haltak meg. Rokonok kimondása szerint egyikök sem szenvedett difformitást okozó bántalomban. A gyermekeknek kilencz testvérök volt, kik közül jelenleg hárman élnek, s míg a közbülső 14 éves, golyvától mentes fiú normalis termetű, sőt korára erősen fejlett, a két gyermek igen visszamaradt (a leányka 108 cm., a fiú 110 cm. magas, a leányka mellkas körfogata 57 cm., a fiúé 61 cm.), csontrendszerük vézna, szellemi képességeik meglehetősen korlátoltak. A leány nyakán dudorokból álló helyenként keményebb, helyenként puhább, nagyjában kétlebenyű és kiflialakú két gyermekökölnyi struma székel a trachea előtt. A fiúnál a daganat valamivel kisebb, tulajdonságai olyanok mint a leánynál. (Nyak körfogat a leánynál 31 cm., a fiúnál 27 cm.) A fiúnál feltünök a vastag nyaki visszerek. Hozzátartozók kimondása szerint a daganatokat a gyerekeknél már egy éves korukban lehetett észlelni.

A therapia úgy ezen betegeknél, mint az operált nőnél, ha t. i. a meghagyott darab elégtelensége folytán cachexia jelentkeznék: pajzsmirigy etetésben vagy thyreoid tabletták, thyrojodin óvatos adagolásában állana. A gyermeknél talán érdemes volna a Horsley által ajánlott s Lannelongue, Merkeln, Walther és Kocher által sikerrel végzett pajzsmirigy transplantatiót is megpróbálni. Eiselsberg az átültetés helyéül a hasfalnak fascia és peritoneum közötti részét ajánlja.

III. *Gastroenterostomia.* Varga Mária 18 éves. Felvétetett 1897. január 19. St. pr. Hat hét előtt lúgot ivott. Utána vérest hányt, csak folyadékot tudott nyelni, most nagy mennyiségű (1½ liter) folyadékot hány egyszerre, azután két napig is jobban van. Erősen lesoványodott. Tüdő, szív normalis, has besüppedt, gyomortáj érzékeny. Bal bordaiv alatt a felfújt gyomor mély kopogtatási hangja két tenyérnyi terjedelemben kapható. Hatos angol cathetervastagságú bougies a cardia felett, kilenczes már 28 cm.-re a fogsortól megakad. Diagnosis: stenosis cicatricea oesophagi et pylori.

Utóbbi indicatiójából. 1897. február 28. Laparotomia. 10 cm. hosszú metszés a linea albában a köldök felett. A pylorus a visszatűrt gyomorfalon még kisujj számára sem járható át. Gastroenterostomia retrocolica posterior Hacker. Braun-féle varrat, a jejunum magas kacsját Hahn szerint kerestük meg és Lücke ajánlatának megfelelőleg úgy varrtuk a gyomorhoz, hogy az elvezető szár peristalticája egyirányú legyen a gyomoréval. Külön peritonalis szűcs és csomós silkworm hasfalvarrat.

1897. április 24. Beteg műtét után magas (39°) lázaktól kisért, a bal alsó tüdő lebenyben székelő pneumonián ment át. P. p. egyesült hasfalakból a fonalak tizedik nap távolittattak el. Vonalas, alig látható heg. Műtét óta nem hányt, oesophagusát sondákkal tágitjuk. Kifogástalan közérzet mellett hízik.

IV. *Cholecystotomia et choledochotomia.* Rosenbaum Mórné 40 éves. Két év óta beteg, azelőtt mindig egészséges volt és 12 gyermeket szült. Betegsége óta icterus, időnként epekólikika, mikor is vizelete, mint mondja, sötét-zöld színű, széke pedig világos. Sokféle belső kezelésen ment át, volt Bikszádon és Karlsbadban is, hol az icterus engedett, de nem tünt el. St. pr. Felvétetett február 15. Sclera, nyálkahártyák és köztakaró sárgások, jól fejlett zsirpárna, egészséges csont- és izomrendszer. Tüdő, szív normalis, pulsus feszes, száma 68—76. Állandóan láztalan. Jobboldalon az V. borda alsó szélén kezdődik a májtompulat, mely a bordaivet lefelé három harántujjal meghaladja. Az epehólyag helyén elmosódott határú nyomásra fájdalmas resistentia. Vizelet sötét színű, epefestenyt tartalmaz, szék rendes. Panaszai gyengeség, időnként fellépő óriási fájdalmak a májtájban s egész testen jelenlevő viszketés képezik. Diagnosis: cholelithiasis.

Műtét február 23. 18 cm. hosszú ferde metszés a bordaivvel párhuzamosan, két harántujjnyival lejebb. A peritoneumot néhány csomós öltéssel kiszegjük a bőrhöz. Midőn Dollinger tanár utasitása szerint a seb distalis részét laposan felillesztett tenyérrel a gerincz felé lenyomtuk, a májkapu tájéka kitünően áttekinthetővé válik. Kevés összenövés, epehólyag hegesen zsugorodott. Benne, valamint a hüvelykujj vastag ductus choledochusban mogyorónyi kő érezhető. Sikertelen kisérlet tétetett a choledochus kövét az epehólyagba felnyomni. Két cm. hosszú metszés az epehólyag alsó falán át. A kő könnyen eltávolitható. Az epehólyagban halvány-zöldes nyálkás kissé zavaros epe. Ugyancsak 1½ cm. metszés a choledochus falában, midőn három mogyorónyi, az epehólyagban levőnél valamivel kisebb kő távolittatik el. (Ha a műtő háttal áll a beteg arczának s bal mutatóujját a choledochus alá tolja, a hüvelykkel pedig felülről tapint, kitünően végig kutatható az egész choledochus a duodenumtól kezdve, netalán elbujt tasakokban lévő kövekre nézve.) Mindkét seb két etageban finom selyem szűcsvarrattal záratott (ú. n. idealis cholecystotomia Küsster). A choledochus bevarrása feltünően könnyen ment, a mit azon kitünő segédletnek tulajdonitanék, melylyel műttenni szerencsém volt. Külön peritonealis szűcs és silkworm hasfalvarrat,

Márczius 24. Láztalan lefolyás, p. p. egyesült hassebből fonalak a 13-dik napon távolittattak el. Szép vonalas heg. Állandóan kitünő közérzet, szék sötétebb, mint műtét előtt, vizelet sokkal világosabb, epefesteny benne nyomokban. Az eltávolitott 4 darab kő facettált, sárgás-barna réteges.

V. *Vékonyból resectió bélsársipoly miatt. Fischer Dániel* 45 éves, 2 hónap előtt jobboldali lágyék sérve kizáródott és néhány nap mulva kifakadt. Ezen idő óta széklete nagyobb részt a keletkezett nyiláson

távozik. Az erősen lesoványodott betegnél a jobb Poupart középső és medialis harmadának határán heges szélektől körülvett eczemás bőrtől határolt sipolynyilás, melyen át gázok és erősen bűzös bélsár ürült. A beteg hasa több napon át gondos tisztogatásnak lett alávetve, úgy hogy az eczema megjavult.

Műtét márczius 12. A sipoly nyilása erős selyemvarrattal bezáratott és jodoform-collodiummal beragasztatott. A jobb Poupart felett 2 haránt-ujjnyira és vele párhuzamosan 12 cm. hosszú metszéssel tárjuk fel a hasüreget. Az oda- és elvezető szár felkerestetett és Lumnitzer-fogókkal leszorittatott. A bélből 14 cm.-nyi darab resecáltatott. Az egyesítés Murphy-buttonnal történt, mely fölé még egy finom seroserosus selyem szűcsvarratot tettünk. A hasfalon a sipoly leválasztása által támadt hiányt 2 etageban varrt peritoneummal fedtük. Laparotomiaseb gondos egyesítése után, az eredetileg bevarrt külső sipolynyilás felbontatván jodoformgaze-zel lett tamponálva.

Márczius 18-dikáig a beteg jó közérzetnek örvendett, teljesen láztalan volt, has nem fájdalmas, nyelv nedves, szelek mennek. Tápláló, de folyékony eledelek.

Márczius 19. reggel. Beteg heves fájdalmakról panaszkodik. Állitása szerint néhány órája szelek nem mennek. Hőmérsék 36·5, pulsus 90. Opium ½ cgrammos porokban és 500 gm. langyos keserű vizből álló klysma. D. u. 6 órakor has mérsékelten puffadt, nyelv száraz, arcz beesett, pulsus 100-on felül. Este 8 órakor részvétlen elesett pulsusa, kicsiny, igen szapora, has már a legkisebb érintésre is fájdalmas. Este 9 órakor total obstructio és valószinű bélátfúródás indicatiójából laparotomia. Aether-narcosis. A középvonalban a köldök alatt 10 cm. hosszú metszés. A hasból bélsárszagú zavaros genyes folyadék ürül. Az erősen injiciált beleken fibrin-czafatok. A Murphy-button körül a belek lazán tapadtak egymással. Az egyesítés helyén a bél arasznyi terjedelemben szennyes szürke, a buttontól a gyomorhoz proximalisan viszonyitva, 5 cm.-rel feljebb a bélen krajczárnyi necrotikus szélű lik. A button még az egyesítés helyén van, de úgy fordult, hogy lumene nem correspondeal a bél lumenével, hanem a bélfal felé tekint. A vékony bélnek említett és szenyesen elszinesedett kacsja, melyben a button és melyen a perforatiós nyilás van, a hasüregből kiemeltetett. A peritoneum toiletteje. A hasseb nyitva hagyatván, a peritonealis üreg Mikulitz szerint jodoformgaze-zel tamponáltatik.

A műtét után 3 órával collapsusban halál. Boncolatnál az inguinalis tájon levő seb p. p. tapadtnak mutatkozik. A vékonybélnek a duodenumtól mintegy 1 meter távolságban levő részén történt a perforatio. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum.

VI. *Vékonybél resectio bélsársipoly miatt.* Morvai Sándor 23 éves. Felvétetett február 8. Állitólag 4 hó előtt jobboldali czombsérve kizáródott s Nagy-Szőlősön operáltatott. Jelenlegi baja a műtét óta datálódik. A jobb lágyéktájon 5 cm. hosszú és széles Poupart-szalag közepét elfoglaló s részben a scrotumra ráterjedő, pirosas, kiemelkedő heg, melynek közepén bélsárt ürítő fistula, lencsényi nyilása látható. (A sipolyba a kutatót 8 cm. mélyen lehet a hasba tolni.)

Műtét 1897. február 17. A jobb Poupart felett 1 haránt ujjnyira 13 cm. hosszú haránt bemetszés a hasfalon át. A feltárt tájék kitünően áttekinthető. A sipolyhoz oda- és elvezető szár felkeresése után a sipoly in toto excindáltatik s a bélből 20 cm. resecáltatik. Murphy-button circularis selyemvarrattal. Hasűr a kiirtott sipoly helyén 2 etage peritoneumvarrattal záratik. A hasseb külön peritonealis szűcs- és silkworm csomós öltésekkel lesz egyesítve. A kimetszett sipoly helye jodoformgaze-zel tamponáltatik.

Márczius 24. Láztalan lefolyás, p. p. hassebből fonalak a tizedik napon távolittatnak el. A gombot a beteg 20-dik napon spontan üriti ki (sem opium, sem hashajtók.) Jelenleg a laparotomiaheg alig látható. Az excindált sipoly helyén fillérnyi élénken granuláló hámhiány.

A fogómütét a magángyakorlatban.

Közli: *Engel Gábor* ny. rk. tanár Kolozsvárott.

(Vége.)

Felhozhatom például a szülés kezelését ecclampsia esetén. Tapasztalatból megállapított tény, hogy a szülés mielőbbi bevégzése a legbiztosabb eljárás a bántalom megszüntetésére.

Fejfekvésnél — ha a fordítás feltételei már megszüntek — a fogómütét az egyetlen helyes beavatkozás e czélunk elérésére.

Míg az óvatosság arra int, hogy a rohamokat a rendelkezésünkre álló kezeléssel mérsékeljük, míg a fogó feltételei annyira jelentkeznek, hogy az anya komolyabb sérülései nélkül végezhetjük a műtétet, addig az újabb irány (Dührssen, Fraenkel) várakozás nélkül a szülőutak véres úton tágításával igyekszik a műtét kivitelét lehetővé tenni.

Óhajtandó lenne, hogy e kérdésben is a követendő helyes eljárás megállapítva volna, mert ha a szakemberek részéről sem találunk megállapodást, nem kivánhatjuk egy gyakorló orvostól, hogy ily kritikus esetekben azonnal készen legyen elhatározásával a teendők felől.

Az újabb irány követői nagy bizalommal vannak a szülés körül életbe léptetett asepsis illetve antisepsis iránt és nem tévedünk, ha a magángyakorlatban a szülészeti műtétek gyakoriságát e bizalomból kivánjuk magyarázni. Hegar és Dohrn eléggé kimutatták, hogy az antisepsis művelése óta a megbetegedési és halálozási viszonyok épen nem javultak és utóbbi szerint végzetes tévedés azt hinni, hogy az antisepsis használata óta a szülés művi bevégzése veszélytelen beavatkozásnak volna tekintendő.

Sajnos, erről van elég alkalmunk meggyőződni. Mert különbséget kell tenni egy előkészített sebészeti és egy szülészeti műtét között. Utóbbihoz olyankor jutunk, midőn már avatatlan vagy kevésbbé avatott kezek beolthatták a fertőzés csiráját, melynek következményeit műtéti beavatkozásunknak rovják majd fel. A klinikai szülések e részben is előnyben vannak a magángyakorlatban levő szülések felett, mert előbbieknél a betanult és a tisztaság iránt érzékkel biró segédszemélyzet biztonságot nyujt az előzetes fertőzés ellen.

A kedvező körülmények között végzett fogómütéteknél is felette gyakori a lágyrészek sérülése és még gyakoribb és kiterjedtebb azon műtéteknél, melyek nem prophylactikus szempontból végeztetnek. A lágyrészek gyors és egyenlőtlen tágulást szenvednek és a kellő kitágultságot csak repedések, sérülések által érik el. A sérülések gyakoriságát a klinikák kimutatásaiban látjuk kellően kitüntetve, igy a drezdai klinikán 81·4 és 85%, a baselin 84·6%, a budapestin (I. csak a varrott sérülések) 60% sérülés és repedés történt.

Első tekintetre igazat kell adnunk Münchmeyernek, hogy „a fogómütét a legvéresebb szülészeti műtét a műszer által okozott sérülések miatt“, nem szabad azonban feledünk, hogy az esetek több mint $^4/_5$-öd részében először szülőknél végeztetett a műtét, a kiknél természetes szülés mellett is a szülőrészek sérülése felette gyakori (60—70%). A fogónak nem annyira a sérülések gyakoriságára mint azok mekkoraságára van befolyása.

A szülőrészek roncsolása, mint említém, a gyors és egyenlőtlen kitágulás következménye és kevésbbé függ a műtő kézügyességétől, mint a jelenlevő körülményektől.

A magángyakorlatban még nagyobb számú és roncsolóbb sérülések fordulnak elő, mivel az orvosoknak kevesebb alkalma van műtéteket végezni és igy kevesebb gyakorlatot szerezhetnek, továbbá a műtét körüli segédkezés is fogyatékosabb.

Némi vigasztalással állithatjuk, hogy a fogó hátrányára számitható sérülések — sebészi kezelésben részesülvén — feltünő hajlammal birnak a gyógyulásra.

Ezen tapasztalatom alapját abban látom, hogy a fogó által sértett szövetek nem voltak előzetesen és hosszasan feszülésnek, vongálásnak kitéve, mint a természetes szülésnél és igy ruganyosságukat, ellenálló képességüket megtartották, a repedések egy sikban és nem rétegekben történnek, úgy hogy e sérülések inkább egy vágott, mint egy szakitott seb tulajdonságaival birnak.

Hogy a magángyakorlatban jobban sinylik meg a nők a fogó által okozott sérüléseket, ennek okát abban találom, hogy az orvosok elhanyagolják műtét után a szülőrészek inspectióját vagy azt felületesen végzik és igy a sérülések nem részesülnek kellő sebészi kezelésben. Valenta említi, hogy 26 éves gyakorlata alatt nem hivatott bába által szülés után oly czélból, hogy a berepedt gátat egyesitse. És valljuk be, nem kellemes egy orvosnak a végzett „nehéz“ műtét után még egy gátrepedést felfedezni és azt egyesiteni is, nem is a saját érdekét tartván szem előtt, csak a nőét, ki a szülés alatt úgyis „eleget“ szenvedett Ha abból a bizonyos restelkedésből, — mit orvosi hiúságnak is nevezhetünk — kevesebbet rendelkeznénk, sok teljesen hiányzó gát „ex statu nascendi“ néhány varrattal „restitutio ad integrum“ állapotba jutna és apadna azon szerencsétlen nők száma, kik mint a

*

felületes kezelés áldozatai rendes vendégei közé tartoznak a sebészi és nőgyógyászati osztályoknak.

A kórodák kimutatásaiból megnyugvással láthatjuk, hogy a fogó alkalmazása mint műtét magában nem szerepel az anyáknál halált okozó beavatkozásul, hanem a jelenlevő vagy bekövetkezhető körülményekben — melyek a műtétet szükségessé tették — kell a halálozás okát keresnünk.

A kedvező körülmények: a minutiosus tisztaság, a beavatkozások kellő megfontoltsága és az öntudatos kivitel, mely a modern klinikákon uralkodik, mind oly tényezők, melyek együttesen hozzájárulnak, hogy ezen állítás valóságához kétely ne férjen.

Csalódnánk azonban, ha a kórodákon észlelt eredményeket a magángyakorlatra nézve is valóknak állítanók. A kedvező körülmények ritkán feltalálhatók, a minutiosus tisztaság pium desiderium, a beavatkozás megfontolására hiányzik a kellő idejű észlelés, a kivitelnél a szükséges nyugodtság, a gyakorlat és segédkezés.

Ilyen viszonyok mellett hány anya pusztul el a fogóműtét miatt, arról statistikai adatokkal nem birunk, de az életből meríthetünk elég tapasztalatot.

A magángyakorlatban még mindig kisért az Osiander-féle elmélet, hogy fogóval minden fejfekvésű szülés bevégezhető. Hány — talán kis fokban szűkült medenczéjű — nő fizette meg életével szülését ezen elmélet következtében!

Midőn fogót alkalmazunk, az többnyire kettős érdekből történik, mert midőn az anya érdekében igyekszünk alkalmazása által a szülést befejezni, egyúttal a magzat érdekében is működünk és a legtöbb esetben t. i. a prophylactikus beavatkozásoknál a két érdeket együttesen kell elbirálnunk. Kevés azon esetek száma, midőn csakis a magzat érdekében siettetjük a szülést.

Ha a fogóműtétet, quo ad vitam az anyára nézve ártalmatlannak is veszszük fel, nem mondhatjuk ezt általánosságban a magzat életére nézve. A klinikákon 5% és 30% között változik a gyermekek halandósága; kimutatásaikból azon benyomást nyerjük, hogy a hol több fogóműtétet végeznek, ott a halálozási arány kisebb. Első látszatra ez a mellett tanuskodna, hogy szebb eredményeket érhetünk el, ha gyakrabban végzünk műtétet. Nem szabad azonban figyelmen kivül hagynunk, hogy a hol több esetben alkalmaztatik a fogó, ott sok könnyű eset is van, melyekben beavatkozás nélkül is természetes szülés következett volna be.

Azon halálozási százalék, mely a fogó alkalmazásának rovására esik 5%, egész 12%-ot tesz ki. Elég magas arányszám azon meggyőződésünk támogatására, hogy a hol lehet, ott a beavatkozást kerüljük, már a magzat érdekében is.

A magángyakorlatban az anya érdeke első, a magzaté nagyon is másodlagos szerepet visz. Okát ennek abban találjuk, hogy a magzat életi viszonyai, melyeknek felismerése bizonyos gyakorlati képességet kiván, csak felületesen lesznek tekintetbe véve.

Húsz évi gyakorlatom alatt végzett fogóműtéteimről 78 esetből vannak jegyzeteim és ezek a következő észleleteket mutatják.

A 78 szülőnő közül először szülő volt 59 — 75·6% — többször szülő 19 — 24·4%.

Az először szülők közül 11 — 18·6% — volt 30 évnél idősebb.

A műtétet végeztem:

az anya érdekében	44-szer	— 56·4%
az anya és magzat érdekében	9-szer	— 11·5%
a magzat érdekében	7-szer	— 8·9%
az anya életveszélye miatt . .	13-szor	— 16·6%
a magzat életveszélye miatt .	5-ször	— 6·4%

A műtétek végzésére még a következő körülmények folytak be:

ecclampsia 6, ikerszülés 1, arczfekvés 3, fejtető fekvés 2, homlokfekvés 2, szűk medenczénél a szükület áthaladása után 6, köldökzsinór előesésnél 1, elülfekvő lepénynél 2 esetben.

Az anya életveszélyét a következő okok idézték elő: elhanyagolt szülés, lázzal 6, ebből meghalt 3 anya, 6 gyermek
variola vera stad. erupt. 1 „ „ 1 „ 1 „
ecclampsia 5 „ „ — „ 1 „
vitium cordis, halál után 1 műtét halott gyermekkel.

A halálozási viszonyokat illetőleg, anya meghalt 6 — 7·6% —, gyermek halva született 16 — 20·5% —, levonva a maceráltakat 4-et, 12 — 15%.

Midőn adataimat összeállítottam, örömmel győződtem meg, hogy azok a nagy klinikák kimutatásaiban közlött eredményektől túlságosan nem térnek el és ez megnyugvással szolgál azon tekintetben, hogy a magángyakorlatban előforduló mellékkörülmények nem gyakoroltak lényeges befolyást működésemre. Megvallom, némi idegenkedéssel végeztem mindig fogóműtétet, mint egy Damocles kardja függött működésem felett azon gondolat, hátha már infectio van jelen és azt a műtét következményének tekinthetik. Mert 20 évi gyakorlatom alatt nem jutottam oly esethez, mely előzetesen más által vizsgálva ne lett volna. A láthatatlan ellenséggel való küzdés pedig egy fáradságos és gyakran hálátlan munka.

A klinikák adataiból azon tanuságot meríthetjük, hogy a természet erőinek működésére kellő időt hagyva a fogóműtétet sok esetben elkerülhetjük. Ezzel szemben azon kérdés merül fel, hogy miért végeztetik oly sok műtét a magángyakorlatban és mint lehetne azt — mint szükségtelent — megakadályozni, illetve annak ismert káros hatásait csökkenteni.

Kételkedem abban, hogy a klinikák conservativ irányának érdemleges befolyása legyen a gyakorló orvosok működésére és ezen kérdést csak úgy képzelném megoldhatónak, ha a klinikák a tanulságos statistikai kimutatások helyett a tudományt inkább azon irányban művelnék, hogy az orvosok mielőtt a gyakorlatba lépnének, ne csak elméletileg tanulják meg a fogó, esetleg más szülészeti műtétek feltételeit, javalatait és kivitelét, hanem azokat hullán — és a mennyiben lehetséges élőn — látva és sajátkezűleg végezve — természetesen kellő elővigyázat mellett — szerezhessék meg azon gyakorlatot, mely későbbi működésük alapját képezze.

Így remélhető csak, hogy az orvosok műtéteiket „öntudatosan“ végezzék és számolván a körülményekkel, ismerve a következményeket, tartózkodjanak az elkerülhető beavatkozásoktól.

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem gyógyszertani intézetéből.

Az opium alkaloidák hatása a bélmozgásokra.

Irta: *Vámossy Zoltán* dr., tanársegéd.

(Vége.)

Az ezután következő opiumalcaloidákkal történt kísérleteimet ugyanazon berendezés mellett végeztem, mint azt a morphinnál részletesen leirtam, azonban többnyire nem éheztetett nyulakat használtam, hogy a normalis állapotban is kaphassak a vagusok izgatásával eredményt.

Narcotin.

Gyógyszerismei munkák nyomán az opiumban százalékos mennyiségre nézve a morphin után a narcotin következik. *Schneider-Vogl*[1] commentárja szerint a kis-ázsiai opium narcotintartalma 1·3—7·5% közt ingadozik, a perzsiaiban pedig 9—11%-ot is találtak, a kelet-indiaiban végül több narcotin van, mint morphin. *Schroeder*[2] vizsgálatai szerint nyulaknál alig van észrevehető bódító hatása, emeli a reflexingerlékenységet és inkább centralis jellegű, mint gerinczvelői eredetű görcsös állapotot okoz, a légzésre izgatólag hat, a pulsus-

[1] Commentar z. Oesterr. Pharmak. 1892. 430. old.
[2] Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. XVII. k. 100 old.

számot alászállítja, a vérnyomásra igen csekély csökkentő hatása van, s a peripherikus idegekre és izmokra semmi észrevehető befolyást nem gyakorol. *Leubuscher*[1] kisérleti eredményeit összefoglalva azt állítja, hogy nyulaknál a vena jugularisba (?)[2] fecskendve 0·04—0·06 narcotinum muriat.-ot, ha nem is valami jelentékenyen, de mégis észrevehetőleg alászállítja a belek ingerlékenységét a fulasztás ingerével szemben.

Az én kisérleteim azt mutatták, hogy a bőr alá fecskendett narcotinum muriat. a belek helybeli vagy a vagusok ingerlésével szembeni érzékenységét semmit sem befolyásolja, még 0·10 gm.-os adagokban sem, sőt magán a nyúlon sem mutatkozott bódulat. Ha a narcotinsót direct a bélbe vittem, akkor az ott alcalikus közegbe jutván, azonnal kicsapódott, a mi az illető bélkacsnak egy jól észrevehető sárgás-fehér színt kölcsönzött. A kicsapódást megakadályozandó, fölös sósavat nem vihettem a bélkacsba, mert ez ott erős belöveltséget okozott volna és végül só alakjában eldiffundálván, mégis csak megtörtént volna a kicsapódás. Néhány csepp alkohol hozzátétele sem segitett a dolgon; de észrevettem, hogy félórai várakozás után gyengül, mintegy tünik a bél erősen tejfehér színe, a mit a kicsapódott alcaloid lassú felszivódásával magyaráztam, s ezentúl a bélkacs helybeli ingerlékenységét csak huzamos idő mulva kezdtem vizsgálgatni.

A narcotin helybelileg adagolva sem gyakorol a bél ingerlékenységére állandó hatást. Volt ugyan reá eset, hogy némi csökkenést tapasztaltam, pl. konyhasó-jegeczre rövidebb hullámot, vagy épen csak helybeli behúzódást, de ez a tünet annyira nem mutatkozott állandónak, hogy bátran mondhatjuk, a *narcotin a bélfalzat ingerlékenységét alig csökkenti, bélmozgásokat gátló hatással nem bir.*

Papaverin.

A kis-ázsiai opium körülbelül 1% papaverint tartalmaz, ritkán többet is (Schneider-Vogl, Kobert). Erről az opium alcaloidáról a legellentétesebb nézetek keringtek. *Leidesdorff*,[3] de különösen *Baxt*[4] kitünő narcoticumnak hirdették, még dühöngő elmebetegeknél is, mig *Cl. Bernard*[5] tisztán görcsokozónak tartotta. *Schroeder*[6] vegyileg megvizsgált, tiszta papaverinnel kisérletezve, azt találta, hogy nyulaknál, kutyáknál egy bizonyos adaggal lehet elérni narcosist, a melyben az állatok bódultak, de nem anaesthetikusak, de az adag növelésével a narcosist fokozni nem lehet, ellenkezőleg az mind kevésbbé kifejezett lesz, s jobban előtérbe lép a II. vagy tetanikus stadium. Minden nagy mérgező adag után (0·5 gm. per os középnagy házinyulnál) néha több napig tartó *hasmenést* észlelt.

Leubuscher[7] a belekre való hatásáról azt mondja, hogy legközelebb áll a morphinhoz. Nem oly biztos és prompt hatású, de azért eléggé intensiv. 0·02—0·04 gm. befecskendése után a fulasztás ingere csaknem teljesen hatástalan lett.

Én, miután láttam, hogy állataim csak 0·02 gm. sósavas papaverin venába fecskendése után is azonnal görcsök között tönkre mentek, a papaverin-sót bőr alá és direct a bélbe adtam. Kisérleteim változó eredménynyel jártak, annyi azonban bizonyos, hogy a bélmozgásokat a morphin után legjobban gátolja, de a morphinnal azért össze sem hasonlitható.

0·02—0·05 gm. papaverin-só bőr alá fecskendése után a 700—900 gm.-os nyulak $^1/_4$ óra mulva már bódulatban voltak, de ilyenkor még a vagusok ingerlésére a bélmozgások alig csökkent intensitással léptek fel. Néhány esetben azonban már ilyenkor csökkent a bélfalzat helybeli ingerlékenysége. Szemmel látható volt a csökkenés akkor, ha papaverinből egy enyhén lekötött (a vérkeringés tökéletes épségben tartása mellett!) bélkacsba vittem, a mely vagus izgatásra sem vett részt a többi belek mozgásában és konyhasó-jegeczczel érintésre csak helybeli, de tartós behúzódással felelt. Megtörtént továbbá gyakran az is, hogy a papaverines bélkacsot érintettem a NaCl-jegeczczel és nem ott, hanem a szomszédos normalis bélkacson támadt 1—2 cm.-nyi hullám, az érintés helyén pedig nagysokára egy helybeli behúzódás. A mellékvesék kiirtása után azonban a papaverin sem bőr alá, sem helybelileg alkalmazva, nem tudta a bélmozgásokat csökkenteni a vagus ingerléssel szemben. Konyhasó-jegeczczel ilyenkor a papaverines kacson is kaptam 2—3 cm.-nyi hullámot, mig a normalis beleken 4—5 cm.-nyi is volt. Ha azonban sokáig, pl. 1 óra hosszat állott a papaverin ugyanazon bélkacsban, akkor azt lassanként belöveltté, ingerekre érzékenyebbé tette, a mi talán megegyezik a mérgezésnél észlelt hasmenések Kobert szerinti magyarázatával. Szerintem tehát abban igaza van Leubuschernek, hogy *a morphin után következik bélmozgást gátló hatására nézve,* de az általa táplált szép reményeket, hogy nevezetesen a papaverin ezen tulajdonsága a therapiában is felhasználható legyen, *a hatás bizonytalansága miatt* nem tartom megvalósíthatóknak. A mi azonban Leubuscher azon ajánlatát illeti, hogy a papaverin, mint semmi kellemetlen melléktünetet nem okozó szer, a gyermekek hasmenésénél nyerjen alkalmazást, mire nézve ő sikeres eredményeket is közöl, nem tartanám czélszerűtlennek, ha nálunk is végeztetnének ez irányban kisérletek. Ott, a hol az opium és morphin annyira veszélyesek és kerülendők, igen előnyös lehet, s ha gyengébb hatású is, de a kisebb szervezetű, gyógyszerek iránt fogékonyabb gyermekeknél, az elegendőt talán meg tudja tenni.

Thebain.

A smyrnai, franczia és indiai opiumban átlag 1%-ot találtak, néha kevesebbet (Schneider-Vogl, Kobert). Physiologikus hatását *Cl. Bernard,*[1] *Falck*[2] és *Baxt*[3] tanulmányozták, s szerintük az opium alcaloidák között a legerősebb görcsokozó. Narcotikus hatást épen nem lehet észlelni utána, a reflexérzékenység gyorsan növekszik, tetanikus görcsök lépnek fel, remegéssel, trismussal, opisthotonussal és fuladási halál áll be.

Schroeder megerősiti ezt a leletet; *Leubuscher* szerint nem csak, hogy nem gátolja, hanem fokozza a bélmozgásokat, s ez tökéletesen igaz is.

A bélbe fecskendett thebain mielőtt még általános hatásokat kifejthetne, rögtön a befecskendés után mozgásba hozza az illető bélkacsot. Különösen a gyűrűs behúzódások igen erősek, egészen tetanikusok, NaCl-jegeczczel érintésre a reactio igen élénk; körülbelül $^1/_4$—$^1/_2$ óra alatt a nyúl görcsök között tönkre megy. *A thebain tehát növeli a bél ingerlékenységét, sőt erős bélmozgásokat okoz.*

Narcein.

A smyrnai opiumban $^1/_{10}$—$^7/_{10}$%-ban található (Schneider-Vogl). Általános hatásáról igen ellentétes nézetek keringtek. *Claud Bernard*[4] az ő előtte kisérletező *Orfila*[5] és *Magendie*[6] nézeteit hibásoknak jelentvén ki, nagyszerű narcotikus hatásokat látott a narceintől. Szerinte ez az opiumnak legerősebben és legtisztábban ható bódító hatóanyaga, mely physiologiai kisérletek kivitelénél is használható, s halálos adagjai sem

[1] Deutsche med. Wochenschrift 1892. 180. old.

[2] Leubuscher kisérleteinél az alcaloidák sósavas sóját venába fecskendezte. Ezen nagyon csodálkozom, mert az én nyulaim a papaverin, narcotin, narcein sók venába fecskendése után (0·02 gm.) azonnal olyan heves tüneteket kaptak, a melyeket nem az alcaloida hatására, hanem a vérben azonnal kicsapódó papaverin, narcotin vagy narcein jegeczek okozta emboliákra kell visszavezetnem. Ezen kicsapódás folytán a venába fecskendés semmi esetre sem alkalmas módja az adagolásnak.

[3] Zeitschrift der Wien. Aerzte 1868. 115. old.

[4] Arch. f. Anatom. u. Physiol. 1869. 112. old.

[5] Compt. Rend. LIX. 406. old.

[6] Schroeder l. előbb.

[7] Leubuscher l. előbb.

[1] L. előbb.

[2] Deutsche Klinik 1870.

[3] L. előbb.

[4] Cl. Bernard. Compt. Rend. LIX.

[5] Orfila. Lehrbuch d. Toxicologie 1853.

[6] Magendie. Formul. 8. éd. 87. l.

okoznak görcsöket. Utána *Debout,*[1] *Béhier,*[2] *Laborde*[3] és mások a narcein therapeutikus értékéről közöltek kedvező eredményeket, ellenkezőleg a németekkel, kik közül *Oetinger,*[4] *Sichling*[5] és *Reissner*[6] elfogadták ugyan a narceint hypnoticumnak, de 4—5-szörte gyengébbnek találták mint a morphint, míg egyesek, mint *Harpprecht,*[7] *Fronmüller*[8] és *Kersch*[9] a narceint még 1·5 gm.-os adagban is hatástalannak találták. *Schroeder*[10] a narceint, melyet elementaris analysis útján tisztaságára nézve megvizsgált és megközelítőleg tisztának talált, *teljesen hatástalannak* találta. Békákra semminemű hatást sem gyakorolt, nyulak 2 gm.-ot is eltűrtek a legkisebb változás nélkül. Cl. Bernard tévedését tisztátalan praeparatumra vezeti vissza; Cl. Bernard maga is mondotta — mint *Bardet* közli —, hogy soha sem sikerült neki többé olyan hatású narceint kapni. *Leubuscher*[11] a narceinnel nem kapott eredményeket a bélmozgások csökkenésére nézve.

A narceinum hydrochloricum langyos vizes oldatban bőr alá fecskendezve 2—6 cgm.-os adagokban nyulaknál sem narcosist nem hozott létre, sem a belek ingerlékenységét nem csökkentette. Direct a bélhuzamban alkalmazva, vele épen olyan változó és megbizhatatlan eredményeket értem el, mint a narcotinnal, úgy hogy a két alcaloidát egymás mellé sorozhatjuk. *A narceinről sem állítható tehát, hogy az opiumban foglalt morphin bélmozgást csökkentő hatásához bizonyos plussal hozzájárul.*

Codein.

A codein a smyrnai, franczia és indiai opiumkalácsban $^1/_5$—$^2/_5$% mennyiségben található fel (Schneider-Vogl). Legelső vizsgálója *Kunkel*[12] azt találta, hogy erős helybeli lobokozó és az idegcentrumokra izgató hatása van. *Gregory*[13] is csupán izgató hatásúnak találta. Később *Barbier*[14] és *Magendie*[15] betegeknél tiszta, jó narcotikus hatást láttak tőle minden kellemetlen mellékhatás nélkül. Az ellentétes nézetek miatt a franczia akademia 1834. február 24-diki ülésén egy bizottságot is küldött ki a codein physiologikus hatásának megvizsgálására, a bizottság működéséről azonban semmi sem került a nyilvánosság elé. *Berthé*[16] kutyákon azt tapasztalta, hogy először stupor, a hátsó végtagok hüdése, a légzés és szívverés csökkenése állott be, s hirtelen heves convulsiók támadtak, melyek között azután az állat elpusztult. A codein felfedezője *Robiquet*[17] embereknél kis dosisokban (0·01—0·02) kiváló jó narcoticumnak találta, hasonlóképen *Cl. Bernard*[18] is, a ki némely esetben még a morphin felett is előnyt ad a codeinnek, mert az álom nem oly mély és nincsenek kellemetlen utókövetkezményei. Újabban azonban *Barnay*[19] és *Bardet*[20] teljesen megtagadták a codein narcotikus hatását. Barnay szerint a codein hatását állatoknál a convulsiv görcsök jellemzik, s Bardet szerint embereknél 0·15 gm. semmi hatást, 0·20—0·25 gm. pedig erős kábultságot, izomgyengeséget okoz, az adag emelésével pedig ez utóbbi annyira fokozódhatik, hogy a járás is lehetetlen, egyszersmind oly erős fejfájás állhat be, mely még a normalis álmot is megakadályozza. *Falck*[1] is azt a nézetet vallja, hogy a codein mérgező hatására nézve rokon a picrotoxinnal, a mit azonban *Schroeder*[2] tagad. Schroeder szerint a codein rokonhatású a narcotinnal, de itt még kevésbbé kifejezett az agyhüdés és még erősebb a gerinczagyi izgalom.

Középnagy nyulak 0·01—0·02 gm. codeintől elbódulnak, de igen könnyen felébreszthetők. Az adag fokozásakor a narcotikus és a görcsös állapot mintegy küzdenek egymással, végül nagy adag esetén kényszermozgások s tetanikus görcsök lépnek fel. A vérnyomásra nincsen hatással, a szívverést alig csökkenti, a légzés számát eleinte csökkenti, azután az ismét normalis lesz, még tovább folytatott adagolás mellett a normalis határt túl is lépi. Kutyáknál a narcotikus stadium még kifejezettebb, de csakis kis adagokra.

Már Schroeder is kiemeli azonban, hogy mérgezések alkalmával jellemző a belek magatartása. A többi szerzők is megemlitik ezt. Így pl. Falck toxicologiai kisérleteiben minden esetben látta a hasmenés bekövetkeztét. Schroeder szerint kutyáknál, ha görcsokozó adagot kaptak, a bőr alá fecskendés után igen hamar hasmenések jelentkeztek, nyulaknál ez nem állott be oly hamar, de ha 0·03 gm.-on felüli adagokat kaptak, soha sem maradt el, s az állatok több napon át hasmenésben szenvedtek. Embereknél ilyent nem jegyeztek fel az észlelők, annyi azonban bizonyos, hogy a codeintől soha sem észleltek székrekesztő hatást.

Leubuscher[3] kisérletei szerint a codein bőr alá fecskendezve nem gyakorol befolyást a bélmozgásokra.

Az én kisérleteim azt mutatták, hogy a bőr alá fecskendezett codein kis adagjai, a mennyiben még tisztán csak narcotikus hatásúak, semmi befolyást sem gyakorolnak a belek ingerlékenységére, mihelyt azonban az adag olyan, hogy általános hatásában a reflexingerlékenység fokozott volta lép előtérbe, a belek ingerületi viszonyai megváltoznak és reflexérzékenységük növekedett, egy esetben spontan bélmozgások is indultak meg. Directe a bélbe vitt codein mindig azonnal növeli a bélkacs ingerlékenységét, sőt a legtöbb esetben spontan bélmozgásokat hoz létre. Huzamos idő mulva az illető bélkacs némileg megnyugszik.

A codeinről tehát azt mondhatjuk, hogy növeli a belek ingerlékenységét.

Cryptopin, laudanin.

Ez a két alcaloida már úgyszólván csak nyomokban fordul elő az opiumban, azonban mivel mégis az igen csekély mennyiségben jelenlevő opium alcaloidák között a legismeretesebbek, vizsgálataimat ezekre is kiterjesztettem. Mindkettő a görcsokozó mérgek közé soroztatik, legalább az izgató hatást megelőző narcotikus stadium oly gyengének vehető fel, hogy azt az izgalom képe teljesen fedi. A szerzők nem is észlelték s nem is emlitik azt, szerintük a két alcaloida általános hatását a reflexingerlékenység emelkedése, utóbb tetanus jellemzik.

Leubuscher nem végzett kisérleteket ezen szerekkel.

Az én kisérleteim, mint az a többi görcsokozókkal, thebainnal és codeinnel nyert eredmények után előre várható volt, mindkét alcaloidára nézve azt mutatták, hogy azok növelik a belek mozgékonyságát. Bőr alá fecskendésnél ez csak a laudaninnál kifejezett, a mely direct a bélben alkalmazva spontan összehúzódásokat is hoz létre, s jóval erősebb hatású, mint a cryptopin. A kisérletek végrehajtása nehézségekbe ütközik, mert a hamar kifejlődő tetanus complicálja a dolgot.

***

Utólagosan meg kell még emlitenem, hogy kisérleteimet többnyire éheztetett, tehát üres bélhuzammal biró nyulakon végeztem és hogy az alcaloid-sók, melyeket használtam,

[1] Debout. Bull. de Thérap. 1864. 145. old.
[2] Béhier. Bull. de Thérap. 1864. 152. old.
[3] Laborde. Bull. de Thérap. 1864. 224. old.
[4] Oetinger. Das Narcein, als Arzneimittel. Diss. Tübingen, 1866.
[5] Sichling. Therap. Wirkung d. Papaverins u. Narceins. Diss. Bonn, 1869.
[6] Reissner. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1867. 24., 27. old.
[7] Harpprecht. Versuche mit hypoderm. Injection, 1865.
[8] Fronmüller. Memorabil. 1868. 58. old.
[9] Kersch. Memorabil. 1868. 159. old.
[10] Schroeder. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. XVII. 132. old.
[11] Leubuscher. Deutsche med. Wochenschrift. 1892. 180. old.
[12] Kunkel. Journ. de Chim. méd. XI. 223.
[13] Gregory. Journ. de Pharmac. 1834. 85. old.
[14] Barbier. Gaz. méd. de Paris 1834. 10. sz.
[15] Magendie. Formul. 8. éd. 87. old.
[16] Berthé. Monit. des Hôp. IV. 1856.
[17] Robiquet. Gaz. des Hôp. 1856. 130. old.
[18] Cl. Bernard. Compt. Rend. LIX.
[19] Barnay. Étude expér. sur l'action physiol. et tox'que de la Codeine, comparée à celle de la Narceine et de la Morphine. Paris 1877.
[20] Bardet. Étude physiol. et clinique sur les Alcaloides soporifiques de l'opium. Paris 1878.

[1] Falck. Deutsche Klin. 1869. és 1870.
[2] Schroeder. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. XVII.
[3] Leubuscher. Deutsche med. Wochenschrift 1892. 180. old.

Merck darmstadti gyárából kerültek ki, azonban én még a firma garantiájával sem elégedvén meg, minden egyes esetben azokat tisztaságukra megvizsgáltam és tökéletesen tiszták-nak találtam. Ha nem is új, de minden esetre érdekes dolog volt Jacobynak a mellékvesékre nézve tett kisérleteit megismételni és azoknak igazságáról saját szemeimmel meggyőződni, annál is inkább, mert a physiologiában a mellékvesék bélgátló szerepéről még most, Jacoby első dolgozatának megjelenése után hat évvel sem igen vesznek tudomást, mint azt épen egy legújabb, a mellékvesék physiologiai szerepéről irt nagy dolgozatból[1] volt alkalmam tapasztalni, a melyben csupán arról van szó, hogy a mellékvesék oly *mirigyek,* melyek egy az élet fenntartásához okvetlen szükséges nedvet választanak el, s róluk, mint idegdús, s a bélmozgásokat annyira lényegesen befolyásoló szervekről szó sincsen. Igen kivánatosnak látszik tehát a mellékveséket ez irányban tovább vizsgálni, s a belekre gyakorolt physiologikus hatást behatóan tanulmányozni, erre azonban a jelen időben magamat még hivatottnak nem érzem, csupán a physiologia haladása érdekében tartottam szükségesnek arra kiválóbb búváraink figyelmét felhívni.

Jelen dolgozatom tehát a kitűzött kérdés felderitésére nézve negativ eredménynyel járt: *az opium a belekre gyakorolt előnyösebb hatását nem az esetleg adjuvansként ható társalcaloidáknak köszönheti.* Igen fontos körülmény az, hogy mint a physiologiai kisérletekből kiderül, a morphin bélmozgást gátló hatása helybeli hatáson alapul, s nem lehetetlen, hogy ezt a pharmako-hystologiának ma már közösen ismeretes eljárásai segélyével is be lehet bizonyitani. További dolgozásom tárgyául ez utóbbi törekvést választottam, s eredményeimről annak idején szintén be fogok számolni.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar dermatologusok és urologusok egyesülete.

(VI. ülés 1896. évi április hó 30-dikán.)

Alapy Henrik: Megtartja előadását „a cathetersterilizálás"-ról (megjelent e lap hasábjain).

Nagy kiterjedésű és szokatlan elhelyezésű eczema marginatum.

Török Lajos: Kosár Mária, 22 éves, férjezett. Baja ezelőtt 1½ évvel kezdődött jobb vállán négykrajczárnyi viszkető folttal. A baj azóta folyton terjedt, úgy hogy a folt közepe kigyógyul, helyén barnás elszínesedés marad hátra, míg ezalatt a széleken a betegség tovább terjed. Soha azelőtt semmi baja nem volt. Belső szervek részéről semmi rendellenesség. Jelenleg óriási plaques van jelen, mely manchette (gallér)-szerűen mindkét oldalt symmetrikusan terjed a mandibula alsó szélétől lefelé a manubrium sterni közepéig és innét egy kissé csipkézett, polycyclikus széllel a hónaljárok mellső falára. A több helyen megszakított határvonal ismét a hát közepéig terjed. A plaque hátsó felső határa a hajzatos fejbőr tarkói szélén van, de ez kevésbbé élesen kifejezett, mint egyebütt és itt inkább csak a pigmentatio megszünése látszik. A plaque leglateralisabb határa mindkét felkar felső harmadának alsó határa. A határvonalat kölesnyi hyperaemiás és oedematosus papillaris kiemelkedések, főkép azonban ezek összenyomulása által keletkezett halványpiros, elég éles és csipkézett szélű, körömnyi, egész ezüst forintnyi finoman hámló, helyenként felvakart és ott barnás pörkkel fedett foltok képezik. Néhány hasonló laesio látható, a nagy folt kávésbarnásan pigmentált középső areájában is. Gombák nem voltak kimutathatók.

Lichen ruber acuminatus (Pityriasis rubra pilaris) esete.

Török Lajos: A beteg 2 egészséges gyermek anyja. A jelen betegség fellépéseig állitólag mindig teljes egészségnek örvendett. Bőrbaja 9 éve kezdődött, a lábhátakon és egy év alatt a térdekre, kezekre s a törzsre ment át. Sohasem viszketett. Az első két esztendőben többször volt diffus piros kiütése mindkét karján, a melyet erős hámlás követett. Ezen rohamok egy-két hétig tartottak. Ezelőtt két évvel törzsén volt piszkos, szürkés hámlása hyperaemia nélkül. A többi laesiók száma 8 év óta változatlan. Jelen állapot: Mindkét orrszárnyon és az orrhát és a pofa szomszédos részein, valamint a felső ajkon élénkpiros pír, mely az orrszárnyakon és a felső ajkon egész körömnyi területeken diffus, egyebütt pedig kölesnyi piros foltokat képez, melyek közepén egy kis pikkelyke foglal helyet. A diffuse piros foltokon a bőr kissé rigid, feszesebb, igen finoman hámló. A laesiók egyebütt a következő localisatióval birnak: Mindkét vállon az axilla szomszédságában, még pedig annak elülső falának elülső felületén és hátsó felületének hátsó felületén mindkét felső, mindkét alsó végtagon, a glutealis és a kereszt tájon. A felső végtagokon a localisatiók különösen a kézhátakra, kéztőizület mindkét oldalán, könyökhajlatra és csúcsra vonatkozik, míg az alsó végtagokon a térdhajlatot és patellatájékot és a feszítő oldalakat keresi fel különös előszeretettel e betegség.

Az initialis laesio a folliculusokat foglalja el, melyeknek szájadéka körül élénk pir észlelhető, melyeknek szájadékát egy igen tömött szarudugasz fogja el többnyire. E szarudugasz szürkés-fehér vagy sötétebb szürke, csúcsos vagy legömbölyített, igen erősen ül helyén, mélyen terjed a folliculusba és annak fundusa felé vékonyodik. Ha letépjük, sokszor vérzés áll elő. E szarudugasz helyét, mint már említettük, sok helyen vékony kis pikkelyke foglalja el, a mely elég jól tapad be és néha a folliculus felé kis nyúlványnyal bir. A szarudugaszok régebbi laesiokón nagyobbak, kiválnak, egész borsónyiak, barnásszürkék és egyszersmind polirozott felületűek, erősen ülnek az epidermisnek egy sekély mélyedésében mintegy varszerűen. Letépésükkor a mélyedés vékony, fénylő szaruréteggel van fedve. E nagyobb szarufelrakódás körül kissé szélesebb a piros udvar és a bőr itt kissé erősebben emelkedik ki, úgy hogy levételükkor tulajdonképen egy piros domb mélyedését képezi az a hely, a hol e szarufelrakódás azelőtt helyet foglalt. Van egynehány laesio, de ezek rendkivül ritkák, a mely egészen sima felületű, ezek sokkal halványabb pirosak, legfeljebb gombostűfejnyiek. Az egész testen szétszórva alig több mint tíz fordul elő, ezek közt két polygonalis, csak igen kevéssé emelkednek a szomszédos bőr niveauja fölé. A kisebb szarudugaszok levételekor tágult folliculus-nyilás látszik, a melynek környéke kissé kiemelkedik a szomszédság fölé. Nyomásra a pir és az infiltratum egészen eltüntethető, beszűrődés itt nem észlelhető. Némely nagyobb szarudugaszok körül az ostiumok környéke piros és kissé kiemelkedő, hanem ugyanitt körülbelül körkörös irányú barázdák is látszanak. Ezek azonban nem haladnak párhuzamosan és több helyen metszik egymást és chagrinirozott külsőt kölcsönöznek a hyperaemiás udvarnak, mely a folliculust körülveszi. A laesióknak egymás mellé nyomulása következtében sávok jönnek létre, még pedig a végtagokon, a hol nagyjában a végtagok hosszirányát követik, csupán a válltájékon van eltérés a hosszirányától, úgy hogy az egymás mellett haladó sávok egymást metszvén, hálózatot képeznek, melynek területei több négyzetcm.-nyiek. A sávok 5—10 mm. szélesek, élénkpirosak, csak kevéssé és felületesen infiltráltak, igen tömött, haránt ul repedezett szaruréteggel fedvék, a mely meglehetős erősen letapad, melynek levétele után e sávon egy csekély keményedés látszik, mely utóbbit finom szaruréteg fed be. Néhány nappal a szarufelrakódások levétele után a sekély bemélyedés eltünt és a sávok helye most rovátkoltnak látszik. A sávok egymás fölé nyomulása folytán a könyökhajlatokban, a könyökök feszítő oldalán, továbbá mindkét patella táján erősebben kiemelkedő sötétpiros, még mindig felületesen kiemelkedő foltok jönnek létre, melynek széleiből sávok indulnak ki. A könyök és térd feszítő oldalán levők erősebben emelkednek ki, hegyes-völgyes felülettel birnak, granitszerű, szürkés, kemény szaruréteg-felrakódással fedvék, ezek lehullása után a plaque-ok még mindig egyenetlen felületűek, gömbölyded, egész borsónyi rovátkolt kiemelkedésekből képződöttnek mutatkozik. A könyöktáji körülbelül gyermektenyérnyi nagyságot ér el, a térdtájéki körülbelül félakkora. A könyökhajlaton a sávok közelsimulnak ugyan egymáshoz, de az itt keletkező plaque-okon a sávokból való alakulás még mindig élénken tünik fel. A sávokon itt a könyökhajlat közepén szarufelrakódás alig látszik, csak élénkpirosak és ferdén srafirozottak, helyenként a pir helyett barnás pigmentatio látszik. A felkaron némely helyen a laesiók között a látszólag normalis bőrön finom pikkelyeződés látszik. Az alsó ajkon, különösen annak baloldalán finom fátyolszerű opalescálás látható Az ujjak között halványpiros alapon tömött, vékony szarufelrakódás és közepén hosszan haladó berepedések.

Mohr Mihály: Mindkét szem fénykerülő, szemrés nehezen nyílik, nyitáskor bő könyezés áll be. A bal felső szemhéj intermarginalis részén több, mákszemnél valamivel nagyobb, egész kásaszemnyi élesen határolt göbcse, mely kissé a mélybe terjed. A felső és alsó szemhéj kötőhártyáján úgy a bal, mint a jobb szemen, közel a szemhéjszélhez, sorjában elhelyezve, az intermarginalis részen ülőhöz hasonló, csakhogy kevésbbé kiemelkedő, inkább lapos göbcsék. A kötőhártya egyébként erezett, kevéssé duzzadt. A jobb szemen erős pericornealis injectio, a kötőhártyáról véredények húzódnak gyéren a szaruhártyához, melynek felülete egyenetlen, rajta számos anyaghiány, mely részben csillogó hámmal van fedve (facette), a szaruhártya parenchymája átlátszatlan szürkés, csak kivül felül egy negyedében áttetsző. A szaruhártya görbülete is egyenetlen. Elülső csarnok mély, irisen, a mennyire megitélhető, nincs elváltozás. Látóképesség: 1 méterről olvas ujjakat.

A bal szemen az elváltozások féléve tartanak. Lényegesek a már említett képletek az intermarginalis szélen és a szemhéji kötőhártyának a szélhez közel eső részén levő göbcsék. A szaruhártyabeli elváltozás sokkal kisebb foku, felületes hámfosztott helyek, erosiók kevés ciliaris injectióval. V. = 5 méterről olvas ujjakat.

A kép, melyet a szaruhártyáról leírtam, a szaruhártyafekély képének felel meg. Kevésbbé a keratitis parenchymatosanak, mert annál a felületes elváltozások háttérbe szorulnak és a diffus elhomályosodása a corneának néha egész a porczellánszerűig, a mélyben folyik le.

[1] Function der Nebenniere. Von Dr. L. Szymonowicz Pflüger Arch. 64. köt.

Inkább a szaruhártyafekély képe ez. Ha azonban a fekély okát keressük és ezt tesszük mindenkor, hogy a trachomát, scrophulát, blenorrhoeát vagy diphtheritist stb. keressük, akkor azt itt is a kötőhártyán kell keresnünk, mert a szaruhártyán levő elváltozásnak nincs jellegzetes képe. És tényleg a szemhéjak kötőhártyáján a szemhéjszélhez közel eső részen levő göbcsék, melyek egyenes folytatását látszanak képezni az intermarginalis részen levő képleteknek, melyek viszont evidens összefüggésben vannak a szemhéj bőrének bántalmával, adják magyarázatát és okát a szaruhártya fekélyének.

Róna bevallja, hogy még nem látott hasonló esetet. Constatálni kívánja azt, hogy ezen eset nem hasonlít sem ahhoz, melyet Havas 1889-ben az orvosegyesületben Kaposival egyetértőleg, mint *L. rub. acuminatust* mutatott be, és a melyet szóló, valamint később az itt járt francziák is pityriasis pilaris Devergie-nek tartottak, sem ahhoz, melyet Havas a dermatologiai és urologiai egyesület II. ülésén (1896. I. 19.) mint typikus pityriasis pilaris Besnier-Richaud mutatott be és a melyet akkor sem szóló, sem Török nem tartott annak; de azt is constatálni kívánja, hogy a jelen esetben az arczban és a karokon a vaskos infiltratum, továbbá a felső s alsó ajkon található 1—1 babnyi nyákhártya-beszűrődés mind olyan jelenségek, melyek az eddig leírt pityriasis pilaris eseteknek sem felelnek meg. Szóló ezek alapján nem mer ezen fontos esetben ezen egy alkalomból határozott állást foglalni.

Török szerint a diagnosis helyességéhez kétség nem fér. Az összes jelenlevő tünetek a Besnier által leírtaknak megfelelnek. Megtaláljuk ezen esetben a folliculusok typikus elváltozását, az ótat granité-t a könyökök és a térdeken, a typikus elhelyezését a bántalomnak stb. Különben Kaposi is „Lichen acuminatus“ kórisme alatt közölte. Az elváltozásnak szalagalakban való elhelyezése ugyan szokatlan, de nem irányadó. Hasonló psoriasisnál is előfordulhat. Ezen tisztán külső okból nem szabad a lichen ruber acuminatus kórismét megdönteni. Az ajk határozottan nincs megvastagodva, infiltratiónak ott nyoma sincs. A nyákhártya csak az alsó ajkon kissé fehéresen elszínesedett.

Róna Török viszonválaszára megjegyzi, hogy a mondottakkal nem akarja kétségbevonni a pityriasis pilaris kórisme helyességét annyival kevésbbé, mert Török Párisban tartózkodván, neki alkalom adatott arra több olyan esetet látni, melyet a franczák ezen névvel jeleznek és mert tény, hogy typikus lichen planus papulák most nem láthatók és csak a moniliform göcsök és göbök emlékeztetnek némileg lichen ruberre.

Lichen ruber planus et acuminatus esete.

Basch Imre: Král János 37 éves, 4 év óta nős, kőmíves, van 4 élő, egészséges gyermeke, egy fiú egy éves korban, beteg előtt ismeretlen bajban meghalt. Jelen baját kivéve, mindig egészséges volt.

Baja körülbelül két év előtt kezdődött, a midőn a térdhajlatban apró pattanásokat vett észre, melyek viszketést okoztak, de terjedésre semmiféle hajlandóságot állitólag nem mutattak. Csak 3 hónappal ezelőtt vette észre, hogy az előbbiekhez hasonló bőrelváltozások mutatkoztak az alszáron, később a czombokon, a hason, a mell bőrén s legutoljára a háton és a felső végtagokon. A kiütés kapcsán mérsékelt viszketés van jelen s a beteg, ettől eltekintve, teljesen jól érzi magát, étvágya és emésztése teljesen rendben van.

Jelen állapot: A fej s az arczbőr tiszta. A mell és hát bőrén elszórtan halvány sárgás-szürke, az ép bőrétől alig eltérő színű, tűszúrásnyi egész kis gombostűfejnyi kiemelkedések, melyek tapintásra kissé érdesek. Ezeken kivül, melyek a cutis anserina-tól annyiban különböznek, hogy a kiemelkedő conusok szaruréteg felszaporodást mutatnak, találunk gombostűfej- egész mákszemnyi kerek, illetőleg sokszögű, a bőr niveauján csak csekély mértékben kiemelkedő lapos, részben sárgás-vöröses viaszfényű elváltozásokat, melyek közepén többnyire apró, köldökszerű mélyedés van, részben fehér, finom pikkelyekkel fedett elváltozásokat, melyek a pikkely lekaparása után az előbbiekhez teljesen hasonló kinézésűek. A fel- és alkarokon az előbbeni elváltozásokon kivül egészen félkrajczárnyi terjedelmű plaque-ok is láthatók, melyek szürkés-barnásak, illetőleg kékes-barnásak, vastagabb pikkelyrétegekkel fedvék. Hasonló nagyobb plaque-ok vannak a seggpofákon. A felső végtagok feszítő oldala, de különösen a czombok és alszáraké érdesebb tapintatú. Az alszárak hajlító felületén körülbelül négykrajczárnyi s ennél nagyobb terjedelmű szürkés felrakódások vannak, melyek környékén részben csoportosan elhelyezve, részben elszórtan a bőr niveaujából kiemelkedő, körülbelül gombostűfejnyi kiemelkedő kemény szaruecsappal ellátott elváltozások láthatók. A kezek háti felületén lapos kendermag nagyságú, kékes-vörös elváltozások, melyek közepét apró pikkely borítja. A jobb kéz középujján körülbelül körömnagyságú kékes-vörös elszínesedés, mely állitólag ütés folytán keletkezett. A bal ujjak háti felületén az előbb leírtakhoz hasonló conusok láthatók.

A nyákhártyák mérsékelten belöveltek, az ajkak és pofák nyákhártyáján szürkés, hámló elváltozások, a bal mandulán egynéhány vöröses, kiemelkedő, kölesnyi elváltozás.

A bemutatott betegen a bőrelváltozás első sorban a lichen ruber planus alakjának felel meg. Hogy daczára annak, planus és acuminatus elnevezéssel illetem, teszem ezt főleg azért, mert a bőrelváltozások között, bár a planus göbcsék vannak túlsúlyban, mégis lehet conussal ellátott göbcséket találni, melyek bár eleinte infiltratiót környékükön nem mutatnak, idővel esetleg átváltozhatnak a lichen ruber acuminatusra jellegző typikus conusokká. Ezen bemutatott esethez hasonlókat már többet irtak le és illettek ugyanazon elnevezéssel, mint én teszem s hogy csak egyet említsek, Lukaschiesitz a „Wiener klin. Wochenschrift“ 1894. évi 25. számában.

Az eset egyelőre egy lichen ruber planus universalis kórképének felel meg. Vajjon kezelés nélkül való, évekig tartó fennállás mellett nem-e változik át typikus lichen ruber acuminatus, illetőleg pityriasis rubra pilaris esetévé, azt tagadni nem merném.

Szövettanilag az idő rövidsége folytán nem volt alkalmam az esetet megvizsgálni, de ezt, ha az eset továbbra is észlelésem alatt marad, nem fogom elmulasztani.

Róna az esetet typikus lichen planusnak tartja. Az egyes acuminált göcsök és corneus képletek a lichen planus hozzátartozói.

Török is az esetet lichen planus universalisnak tartja. A follicularis elváltozások teljesen elütnek a T. esetében láthatókétól. Az a nézete, hogy az acuminatushoz hasonló képletek nem tartoznak a lichen planus kórképéhez, hanem inkább a keratosis pilaris tünetei. Ezen nézete mellett szól azon észlelés, hogy ezen elváltozások a folliculosok szájadékában levő szarucsapok, melyeknek basisán hyperaemia nincs vagy csak csekély mértékben. Azonkivül úgy látszik, hogy a beteg már régen vett fürdőt.

Basch megengedi, hogy a pityriasis rubra pilaris névvel nevezett lichen ruber acuminatus esetek a bemutatottól különböznek. Ő is első sorban lichen planusnak tartja az esetet, de átmeneti alakokat is talált a beteg bőrén. Betegh hat hét előtt vett utoljára fürdőt, úgy hogy némely bőrrészletek érdességének oka talán mégis más körülményben keresendő.

A hólyagba betört catheterdarab eltávolítása.

Róna Sámuel: B. A. 20 éves, nőtlen kézműves 1894. évi junius 6-dikán jött hozzám. Előadja, hogy 1889-ben első, 1890-ben második kankója volt, és hogy 1892 óta vékonyabb sugárban vizel és erős utócsepegése van. Az utóbbi időben prostatitis és strictura ellen kezelték és orvosa (a beteg vidékről jött fel) tizes angolig ment vele. Legutoljára állitólag új Nr. 10 angol *Nélaton-cathetert* vezetett be orvosa, melyen vizelet is jött ki, de a mely kihúzásnál megcsonkulva került elő.

Több centimeternyi darab a hátsó húgycsőben maradt, melyet, a beteg sürgetvén annak eltávolítását, orvosa állitólag egy sondával a hólyagba tolt. Azóta a beteg félóránként kényszeríttetett vizelésre és a vizelés végén intensiv fájdalma és vérzése volt. Erős fájdalmakat érzett a járásnál is. A beteget ekkor orvosa Budapestre küldte, hogy a catheterdarabot vétesse ki, így került a beteg jelzett napon hozzám, több mint 200 kilometernyi utat téve meg. 1½ órával hozzámjövetele előtt vizelt és ekkor úgy érezte, mintha a catheterdarab odacsapódott volna a hólyagszájba, mert a vizelet rögtön megakadt és azóta folytonos tenesmus mellett csepeg a véres húgy. Most a gáti húgycsőrészben érzi a darabot. Megvizsgálván a beteget, a következőket találtam: genyes húgycsőfolyás, véres foltok az alsó nadrágon. A húgycső pars pendulája üres, a scrotalis részben több centimeternyi kemény idegen test tapintható. Így állván a dolgok, rögtön beavatkoztam. Azt hivén, hogy a stricturás részben rögzitve van az idegen test, 24-es ch. nyilt tükröt vezettem be, némi erőltetéssel és csekély vérzést okozva, a scrotalis részig, de rögtön észrevevén, hogy az idegen test kitér a tükör elől s a bulbusba csúszik, daczára, hogy a tükör a scrotalis rész előtt az ott levő Nr. 22 ch. szűkületben fennakadt. Ekkor a tükröt kijebb húzván és a kisérő kartársnak adván át, bal mutatóujjammal a végbélnyilásba hatoltam és megakadályoztam a teltes visszacsúszást, sőt előretolva rögzitém. Ekkor a tükröt újra átvéve, láttam, hogy a catheterdarab szálkás részével elül beilleszkedett ismét a scrotalis részbe, de ott megakadt. A tükröt kihúzva, a kiegyenesedett függő részbe csekély erőszakkal beleszoritottam a catheter végét, a mely innen már csaknem magától jött ki. *Az eltávolitott darab 3 cm. hosszú* (Nélaton-catheter Nr. 10.), *merev, kiszáradt, számos harántrepedésekkel ellátott.* Ez okozta a beletörést és ez okozta azt, hogy az a megszűkült scrotalis részen spontan nem tudott kijönni.

A syphilis első nyilvánulása az emlőbimbón.

Schattelesz Mór: L. K. 23 éves, dajka, f. évi április hó 27-dikén jelentkezett Havas tanár úr poliklinikai osztályán és előadja, hogy f. é. január 19-dikén egészséges fiúgyermeket szült, kit felnevelés végett falura adott, ő maga pedig február hó elsején dajkának szegődött egy család 3 hónapos csecsemője mellé, mely csecsemő ajksebei és testén levő kiütése ellen előbb háziorvosa által, később a Stefánia-gyermekkórházban kezeltetett, hol syphilis congenitára lett a diagnosis téve és ez iránt az apa ki is lett kérdezve, de tagadó választ adott. Beteg február hó végén egy pattanást vett észre a bal mellbimbó mellett, mely után még két hétig szoptatott. E pattanás félkrajczárnyi nagyságra nőtt és a kezelés daczára maig sem gyógyult be; április 12-dikén észrevette, hogy testén elszórtan kiütések jelentkeznek és ezen idő óta állandóan fejfájásban szenved.

Jelenleg a bal csecsbimbó baloldalán egy félkrajczár nagyságú, körkörös, kiemelkedő, erősen burjánzó és könnyen vérző, kemény alapú fekélyedést tapintunk; a hónaljalatti nyirkmirigyek nagy galambtojásnyiak. A testen elszórtan papulo-maculosus kiütést látunk.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Dr. R. v. Limbeck. Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. Második kiadás. *Fischer Gusztáv* kiadónál Jenában. Ára 9 márka.

A könyv második kiadása jelentékenyen megnövekedett az elsőhöz viszonyítva, különösen a vér vegyi vizsgálata, melyben a vér megalvadást Freund írta meg kimerítőbben. Az anyag beosztása is változott, a mennyiben a vér vegyi és physikai tulajdonságait, valamint a morphologiáját egy külön fejezetbe egyesíti, a melyben feltalálhatók az egyes vérbetegeknél előforduló vérelváltozások.

Ezen körülmény folytán a mű öt részre oszlik. Az első a technikai, részletesen kiterjed a vér minden irányban való vizsgálatára, az ide vonatkozó eljárásoknál adva van az eszköz pontos leírása s az azzal való elbánás, használhatóságuk bírálva és összehasonlítva; tárgyilagosan kimutatva a lehetséges hibák nagyságát. A vérsavó lúgosságának meghatározásánál igen pontos és megbizható eljárást bocsát rendelkezésünkre, szigorú kritikai szemmel bírálván el ezt is.

A vér mennyiségéről szóló rész után következő harmadik fejezet a vegyi és physikai tulajdonságaival foglalkozik, a vegyi részben szerzőnek a serum globulin és albumin tartalmára vonatkozó kisérleti adatai kiválóan értékesek. Ugyanitt találjuk szerzőnek a vér osmosis viszonyaira vonatkozó alapvető tanulmányait. A negyedik és legbecsesebb fejezet a vér morphologiája, igen részletes tanulmányozása a vér alakelemeinek. A vörös vérsejtek képződését, alakulásait, számát, az erre befolyással biró körülményeket, előbb az élettani viszonyokat, majd a különböző gyógybeavatkozások és kóros állapotok hatását nemcsak körültekintően összeállított irodalmi adatok, de saját kisérletei és észleletei alapján is feltüntetve. A fehér vérsejtek tanával hosszabban foglalkozik, a beosztásra vonatkozólag öt csoportot vesz fel, u. i. eosinophil, neutrophil, basophil, hízott és úgynevezett velősejteket. Az eosinophil számára szerinte csak két betegségnek van szabályszerű befolyása, ezek az asthma bronchiale, a hol megszaporodnak s a pneumonia crouposa, a melyben megkevesbednek. A fehérvérsejtek számát köbmillimeterenkint 8000—9000-re teszi. Igen fontos a fehérvérsejtek számából vont következtetéseknél mint tudjuk, mindazon okokat ismerni, a melyek arra befolyással birhatnak. Ezen alkalommal különösen kiemeli, hogy a fehérvérsejtek bizonyos ingerekre a test legtávolabbi pontján is reagálnak, a vérkészítő szervekből a vérútba kisebb-nagyobb mértékben belépnek vagy azt elhagyják, ezt chemotaxisnak nevezi; ezen alapon magyarázza a leukocytosist, mely étkezés, gyógyszerek adagolása után vagy hevenyfertőzés alkalmával jő létre. Ezen ma már általánosan elfogadott nézet kimondásában a prioritás szerzőt illeti. Igen gondosan tanulmányozta a fertőző bántalmaknál fellépő úgynevezett lobos leukocytosist, megtudjuk ebből azt, hogy az egyes betegségek alatt a leukocytosis igen különféleképen viselkedik, általában — nem mindig — a lázzal együtt jár, néha a láz megszünte előtt eltünik, máskor az után is tart. Ezen lobos leukocytosis oka szerző szerint az, hogy a mikroorganismusok mérgező vegyi terméke positiv chemotactikus tulajdonságú.

A fejezetet a vérben élő parasiták ismertetése zárja be. Az ötödik fejezetben, mely a klinikai vérvizsgálatokkal foglalkozik, nagy körültekintéssel vannak méltatva az egyes kóralakok. E fejezetben szintén sok észleletét közli, főleg a másodlagos vérszegénységgel foglalkozó rész igen sok új adatot tartalmaz. A munka végén a gyermekkori anaemiás állapotokkal foglalkozik.

Az irodalmi pontos összeállításra nagy súlyt fektet. A maga nemében elsőrangú munkát kartársaink figyelmébe ajánljuk, mert abban úgy a kezdő, ki a vér ép és kóros viszonyaival akar foglalkozni, kimerítő és részletes útbaigazítást talál, mint a gyakorló orvos és buvár adatok végett felhasználhatja. *D—ny* dr.

II. Lapszemle.

Harminczhét idegen test a gyomorban. Ezen alkalommal szemelvény alakjában egy az irodalomban páratlanul álló olyan esetet ismertetek, a melyet Fricke odessai főorvos részletesen közöl a „Deutsche Medicinische Wochenschrift“ 1897. évi 4-dik számában, s a melyet a külföldi napilapok is szokatlan nagy érdeklődéssel tárgyaltak. Idegen testek a gyomorba egyáltalában elég gyakran kerülnek, de hogy azok jelenléte műtétre, nevezetesen gastrostomiára szolgáltassanak okot, az irodalomban csak a gyéren ismertetett esetek közzé tartozik. Eddigelé 54 esetben végeztek gastrostomiát; 50 esetben csakis 1 idegen test volt jelen a gyomorban (1 izben egy egész beretva), 3 esetben 3—4 idegen test s jelen esetben 37 tárgy; 261·83 gm. súlylyal foglalt helyet a gyomor ürében. A 32 éves melancholiában szenvedő asszony 3 hó leforgása alatt nyelte el a legkülönbözőbb tárgyakat. Eleinte a petroleum és carbol-oldaton kivül — öngyilkossági szándékból —, tűket, szögeket, gombokat nyelt el az asszony; de miután az óhajtott eredmény nem következett be, vagyis az asszony nem halt meg, nagyobb tárgyakhoz fordult s rövid idő alatt hajtüket, aczéltollakat, nagyobb üvegdarabokat, horgolótüt, két kávéskanalat, theakanalat, sőt egy nagy ezüst villát stb. nyelt el. Miután e három hónapi szinte hihetetlen üzelmei daczára földi léte nem szakadt meg, az erősen lesoványodott, emésztésre képtelen asszonynál olyan heves fájdalmak és hányások léptek fel, hogy Fricke főorvos gastrostomiát végzett az elszánt, makacs öngyilkosjelöltön. A has falzatát 7 cm. hosszú, a bordaívvel párhuzamosan futómetszéssel tárta fel, az izmokon áthatolva galambtojásnyi tályogra akadt, a melyben megtalálta a gyomor mellső falán átfúródott horgolótü feji részét. A tályog kiürítése és annak ürének kimosása után ujjaival tapintotta ki a gyomorban székelő kulcsot, kanalat s más tárgyakat. A gyomor mellső falát a curvatura minor mentén 4 cm. hosszúságban megnyitotta s makkfogóval távolította el a tárgyakat. A nagyobbak a gyomor fenekén, — a mely jelen esetben tasakot képezett — a kisebbek a pylorus mentén az erősen belövelt és megvastagodott nyálkahártyában fészkeltek. A tárgyak nagyobbára a gyomornedvtől elváltozásokat szenvedtek. A műtő eltávolított: 1 kulcsot 7·5 cm. hosszú és 21·38 gm. súlyú, 1 ezüst kanalat 15·5 cm. hosszú és 25·15 gm. súlyú, 1 Christophle-kanalat 14·7 cm. hosszú és 36·50 gm. súlyú, 1 villát 20·5 cm. hosszú és 84·75 gm. súlyú, 2 szöget 6·5—8·5 cm. hosszú és 8·34 gm. súlyú, 2 hajtüt 1·48 gm. súlyú, 12 üvegdarabot 8·55 gm. súlyú, 1 kampót 9·8 cm. hosszú és 74·72 gm. súlyú, 1 tollat 0·32 gm. súlyú, 9 varrótüt 0·78 gm. súlyú, 1 graphit részlet 2·18 gm. súlyú, 1 czipőgomb 0·30 gm. súlyú, 1 magot 0·03 gm. súlyú, 2 staniolgömböcske 0·04 gm. súlyú, 1 horgolótü 11·5 cm. hosszú és 2·92 gm. súlyú. Összes súly 261·83 gm. Ezen tárgyakat eltávolítva a gyomorürét steril konyhasós-oldattal mosta ki. A gyomorfalat külső selyem- és belső catgut-varrattal egyesitette. A hasfali sebet azonban nem varrta össze. Az első öt napon tápcsörékkel, majd a rendes úton táplálta a műtett beteget. Normalis és subnormalis volt a temperatura. Miután a tályogür teljesen megtisztult, secundaervarratokkal egyesitette a hasfalakat. *La Dlutu* (Revue de Chir. 1889. IX. 4. S. 315) közöl egy esetet, a hol a 27 cm. hosszú fakanál már 43 óra mulva perforálta a gyomrot, Cantani (Centralblatt für Chirurgie 1893. Nr. 30), a hol a lenyelt beretva 5 nap mulva idézte elő a halált. Igy tehát manapság azon esetekben, a hol az idegen testek jelenlétéről bizonyságot szereztünk, a gastrostomiát rögtön kell hogy végrehajtsuk. Az idegen testek jelenlétéről, igaz, hogy sokszor nem vagyunk képesek sem a tapintó kéz, sem a bevezetett sonda, sem az elektromagnes, sem a különböző chemikaliák segélyével biztos meggyőződést nyerni, de ilyen esetekben a Röntgen-sugarak még mindig meg fogják adni a biztos feleletet. *Boross* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Idült székrekedés** ellen a következő alkatrészeket tartalmazó porok vagy tabletták ajánlhatók: Extr. cascar. sagr. 0·12, Extr. nucis vomicae 0·015; Belladonnae 0·02; Pulv. capsici 0·03. (Practitioner, 1897. május.)

2. **Himlőnél** a hegképződés megakadályozására *Faure* a jodoformos collodium (Rp. Jodoformii 1·5; Collodii 30·0) használatát ajánlja. (Practitioner, 1897. május.)

TÁRCZA.

A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus.

(London, 1896. augusztus 4—8-dikáig.)

(Vége.)

A syphilis localisatiója a szervezetben függ attól, hogy mily alakban és mennyi ideig volt valamely testrész irritatiónak kitéve; hasonlóképen az ellenállás fokától, melyet a rész gyakorolni képes, vagy pedig más szóval bizonyos szervek és szövetek vele született praedispositiójától. A syphilis gravisnak három typusa, a melyet elsoroltunk, t. i. 1. a pyo-syphilitikus fertőzés, 2. a korai harmadlagos tünetekkel járó syphilis és 3. a szerencsétlen localisatiójú syphilis egymással társulhatnak.

A korán — első napokban — megkezdett higanyos kezelés, a melyet systematice két-három esztendőn át megismételünk, a syphilis gravis ellen jelentékeny ható képességgel bir. Azon kivül, ha biztosítani akarjuk a syphilis gravis által megtámadott beteg sorsát, mérsékelt klima alá kell küldenünk őt, különösen a harmadlagos időszakban. Közép- és Észak-Oroszországban mindennemü kezelési mód közül az intra-muscularis befecskendések adták a legtartósabb eredményt a syphilis ellenében. Használhatók erre: kalomel, sublimat, sárga higanyoxyd és a hydrargyrum salicylatum; mivel ez az utóbbi készítmény legkevésbbé fájdalmas, jelenleg leginkább van használatban.

***

Az eddigelé elmondottakban nagyjában megkisérlettem a congressust mozgató főthemáknak képét adni. Még számtalan vonással kellene ezt kibővítenem, hogy csak valamennyire hasonlítson az eredetihez elevenségben, változatosságban, gazdagságban. Csupán csak egyik-másik előadásról szeretnék még megemlékezni. Az első napon *Schwimmer* tartott a sarcoma cutisról előadást, a melyet körülbelül órahosszat tartott vita követett (az előadás az „Orvosi Hetilap"-ban fog megjelenni). Igen nagy vita folyt a syphilitikus infectio kérdése körül is. Érdekes adatokat közölt a syphilis és lepra viszonyairól *Sambuco* pasa Konstantinápolyból; a syphilis kezeléséről, intravenosus injectiókról beszéltek *Tommasoli* (Palermo), *Lane* (London). Ezen kezelési mód előadásához és demonstrálásához szintén nagyobb vita füződött, a melyen részt vettek *Neisser* (Breslau), *Blaschko* (Berlin), *Justus* (Budapest). Az egyes előadások közül felemlítem a következőket: *Unna* (Hamburg): Impetigo, *Sabourand* (Páris): De la Pelade, *Petersen* (Szt.-Pétervár): Lepra coloniák, *Justus* (Budapest): Syphilis okozta vérelváltozások, *Jullien*: Ulceration blennorrhagique stb. stb.

Az ilyen nemzetközi congressuson mi magyarok mindig örülünk annak, ha munkásságunkat, mint magyart elismerik s megbecsülik, s hogyha az iskolát, melyet tagjai a congressuson képviselnek, egyforma rangba helyezik a külföld elterjedt nyelvü nemzeteinek nagy, tudományos központjaival. S ebben az elismerésben a jelen congressuson a magyar dermatologusoknak részük volt. A magyar dermatológusok társulatának elnökét, Schwimmer professort, a dermatologiai sectio elnökének választották, ő proponálta az utolsó összes ülésen a jövő congressus helyéül Párist, idejéül az 1900-dik évet, a mely tervét a congressus egyhangulag fogadta el. Hasonlóképen *Besniert* ő ajánlotta volt a congressus elnökéül s *Feulard-t* annak fötitkárául, mi szintén elfogadtatott.

Jól esett nekünk magyaroknak az angolok jártassága is a politikai földrajzban, a mely nemcsak mint Austrio-Hungary részét ismeri Magyarországot, hanem mint önálló Hungaryt is, s a mely e tudomásának hivatalos és nem hivatalos alkalmakkor kellő kifejezést adott. Hogy az angol vendégszeretetben, a mely fényesen nyilvánult, a congressus tagjainak bőséges része volt, azt már tán alig szükséges felemliteni. Valamennyiünknek, a kik részt vettek a dermatologiának ezen legnevezetesebb nemzetközi congressusán, gondolom, mindenkor emlékezetünkben marad eme nagyszabásu tudományos mozgalom, a szabad és mélyre ható eszmecserék képe és az Examinations-hall nagy épülete, a melyben a börkórtan ezen consiliumát tartották a Themse partja mellett, a világ legnagyobb városa szivében s némiképen ahhoz méltóan is.

Justus Jakab dr.

A venereás megbetegedések statistikája zárt körökben és azok prophylaxisa.

(Folytatás.)

De semmi esetre sem hiszszük, hogy a két intézetnél együttesen nyert számadatok több mint 20—25%-kal maradnának vissza a valóság mögött. *A zárt körre vonatkozó egyénenkénti való észlelés tehát ama legkisebb számot eredményezi, a mely Budapest munkásai között a venerikus fertőzés gyakoriságát tünteti fel.*[1]

A kerületi betegsegélyző-pénztárnak 1896-ban volt 46,964 tagja; ezek közül volt *37,157 férfi* és *9767 nő*. *Friss* venereás megbetegedés *1089* esetben lett constatálva. Ezek közül volt:

Kankó . 611 azaz a veneriás megbetegedések 56·1%-a
Ulcus molle 340 „ „ „ 31·5%-a
Syphilis . 138 „ „ „ 12·4%-a.

Ezen hevenyen fertőzöttek nem szerint a következőkép oszlottak meg:

Férfiak	Férfiak venereás megbetegedése	Összes venereás megbetegedések
Kankó . . . 596 azaz	55·6%	illetve 54·8%
Ulcus molle . 335 „	31·8%	„ 31·0%
Syphilis . . 134 „	12·6%	„ 12·0%
Összesen . 1065 eset	azaz	97·8%

Nők	Nők venereás megbetegedése	Összes venereás megbetegedések
Kankó . . . 15 azaz	62·5%	illetve 1·3%
Lágy fekély . 5 „	20·7%	0·5%
Kemény fekély 4 „	16·8%	0·4%
Összesen . 24 eset	azaz	2·2%

A venereás megbetegedések a kerületi betegsegélyző-pénztár taglétszámához a következőkép viszonylanak:

37,157 férfi közül 1896-ban
kankót szerzett . . 596 azaz 1·60%
lágy fekélyt szerzett 335 „ 0·90%
syphilist szerzett . 134 „ 0·36%
9767 nő közül
kankót szerzett . . 15 azaz 0·15%
lágy fekélyt szerzett 5 „ 0·05%
kemény fekélyt szerzett 4 „ 0·04%.

A kerületi betegsegélyző-pénztár összes tagjait együttesen vevén tekintetbe, akkor 1896-ban a tagok
1·3%-a betegedett meg heveny kankóban
0·7%-a „ „ lágy fekélyben
0·3%-a „ „ syphilisben.

A betegek bajuk eredetére a következőket adták elő:

Bárczás nőtől kapta a bajt . . 327 azaz az esetek 30·0%-a
Nyilvános bordélyban kapta a bajt 346 „ „ 31·8%-a
Szeretőjétől „ „ 156 „ „ 17·9%-a
Feleségétől „ „ 83 „ „ 7·6%-a
Pinczérnőtől, kassirnőtől „ „ 42 „ „ 3·8%-a
Ki nem deríthető . . . . . 95 „ „ 8·9%-a.

[1] Iveink feljegyzései arra nézve is adtak felvilágosítást, hogy más statistikai módszereknél, mint pl. az összes kórházak és poliklinikumok anyagának összegezésével, miért kaphatók a mieinknél aránytalanul nagyobb számok. Kitünt ugyanis, hogy egy és ugyanazon eset egy és ugyanazon bajával, vagy pedig annak recidiváival több helyen fordult meg, sőt volt oly beteg is, a ki 2—3 pénztári és 1—2 magánorvoson kivül még klinikán, poliklinikán és 1—2 kórházban is volt. Ezen esetek kiselejtése nélkül a mi számadásaink is 4-szer akkorák lehettek volna.

Ezekből kitünik, hogy a betegek bemondása szerint 673-an, azaz az összmegbetegedések 61·8%-a rendőrorvosi felügyelet alatt álló nőktől kapta baját, míg 238, azaz 21·8% másutt szerezte azt.

Lássuk már most az *általános munkás betegsegélyző-pénztár* adatait. Itt 1896-ban 49,485 tag között *39,706 volt a férfi*, és *9775 a nő*. A venereás összmegbetegedések 547-et tesz ki. Még pedig:

kankó volt . 270 azaz a venereás összmegbetegedés 49·3%-a
lágy fekély volt 192 „ „ „ 35·1%-a
syphilis (friss) 85 „ „ „ 15·6%-a.

Ezen 547 fertőzés nem szerint a következőkép oszlik meg:

Férfiak	Férfiak venereás megbetegedése	Összes venereás megbetegedés
Kankó 262	48·9%	47·8%
Lágy fekély . . 190	35·5%	34·7%
Syphilis (friss) . 83	15·6%	15·2%
Összesen . 535	azaz	97·7%

Nők[1]	Nők venereás megbetegedése	Összes venereás megbetegedés
Kankó 8	66·6%	1·5%
Lágy fekély . . 2	16·7%	0·4%
Syphilis (friss) . . 2	16·7%	0·4%
Összesen . . . 12	azaz	2·3%

Az általános munkás betegsegélyző-pénztár 1896-dik évi taglétszámához a következőkép viszonylanak a megbetegedések:

39,706 férfi közül:
kankót szerzett . . 262 azaz 0·66%
lágy fekélyt szerzett . 190 „ 0·48%
syphilist szerzett . . 83 „ 0·21%

9775 nő közül:
kankót szerzett . . . 8 azaz 0·07%
lágy fekélyt szerzett . . 2 „ 0·02%
syphilist szerzett . . . 2 „ 0·02%

Ha pedig az 1896-dik évi összes tagokat együttesen tekintjük, akkor a kankós betegek a tagok 0·67%-át tették ki, a lágy fekélylyel fertőzöttek 0·49%-át, a syphilissel pedig 0·3%-át.[2]

A mi a fertőzés eredetét illeti, erre nézve az általános munkás betegsegélyző-pénztárnál a következő adatok szereztettek be:

Bárczás nőtől szerezte . . . . 131 azaz az esetek 23·9%-a
Nyilvános házban . . . . . 146 „ „ „ 26·7%-a
Szeretőjétől . . . . . 84 „ „ „ 15·3%-a
Feleségétől . . . . . 40 „ „ „ 7·3%-a
Pinczérnőtől, kassirnőtől . . . 28 „ „ „ 5·1%-a
Ki nem deríthető[1]. . . . . 118 „ „ „ 21·7%-a

Ezek szerint tehát 277 esetben, azaz az esetek 50·6%-ában rendőrorvosi felügyelet alatt álló nők fertőzték a betegeket.

Összegezve már most a két pénztárnál beszerzett adatokat, a következő eredményekhez jutunk:

Az 1896-dik évben Budapesten 96,449 munkás közül 1636 szerzett friss venereás betegséget, vagyis 1·7%.

Ezek közül volt	Venereás összmegbetegedés	Az észlelt munkások
Kankó . . . 881	53·9%-a	0·91%-a
Lágy fekély . 532	32·5%-a	0·55%-a
Syphilis. . . 223	13·6%-a	0·23%-a

A fertőzés eredt:

Bárczás nőtől . . . 458 esetben, vagyis az esetek 27·9%-a
Nyilvános házból . . 492 „ „ „ „ 30·0%-a
Szeretőtől. . . . . 280 „ „ „ „ 17·1%-a
Pinczérnőtől, kassirnőtől 70 „ „ „ „ 4·3%-a
Feleségétől . . . . 123 „ „ „ „ 7·7%-a
Ki nem deríthető . . 213 „ „ „ „ 13·0%-a

Hatósági orvosi felügyelet alatt álló személyektől történt a fertőzés 950 esetben, vagyis az esetek 57·9%-ában. Talán még ennél is magasabb számot kaptunk volna, ha az általános munkás betegsegélyző-pénztárnál az illető rovat vezetése kezdettől fogva a kellő pontossággal történt volna.

[1] A munkás betegsegélyző-pénztárnál hosszabb időn át a betegek nem lettek bajuk eredetére nézve megkérdezve.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

XII. nemzetközi orvosi congressus. A Moszkvában f. é. augusztus 19—26-dikán tartandó congressusban résztvevők számára *Pertik Ottó* dr. tanár mint a magyar nemzeti bizottság elnöke a tudnivalókat a következő körlevélben hozza tudomásra:

I. *Kivonat a szabályzatból.* 1. (2. §.) A congressus augusztus 19-dikén kezdődik és 26-dikán záródik; tartama tehát 8 nap.

2. (3. §) Rendes tagok csak orvosok lehetnek; rendkivüliek tudományos jogczímmel, illetve *egyetemi vagy polytechnikai diplomával biró egyének*, továbbá állatorvosok, gyógyszerészek és fogorvosok lehetnek. *Orvosnövendék vagy egyetemi hallgató, kinek oklevele nincs, rendkivüli tag nem lehet.*

3. (19. §.) A congressuson valamely tudományos kérdés előadása 20 perczénél tovább nem tarthat; a hozzászólás 5 percznyi tartamú lehet.

4. (20. §) Az eszmecserében résztvevő tagok azon napon kötelesek még a titkárságnak felszólalásuk lényegét irásban átszármaztatni.

II. *Utlevél.* Minden külföldi tag útlevéllel tartozik magát ellátni, a melyet a magyarországi utasok a budapesti főconsulnál, Lvow herczegnél, kötelesek láttamoztatni. (Láttamozási díj 3 frt, bélyegdíj 1 frt.) (Személyesen e végett nem kell a főconsulhoz fordulni, hanem a tagsági igazoló jegy mellékelése ellenébe ez postán is elintézhető. A bizottság a láttamozást magára nem vállalhatja.)

III. *Orosz pénz.* Van papir- és érczpénz (arany, ezüst, réz). Az egység a rubel, a melyben 100 kopek van. Az arany imperial = 15 rubel. A fél imperial = 7 R 50 rubel és megfelel a 20 frankos aranynak. Az ezüst pénz: 1 rubel, 50, 25, 20, 15, 10 és 5 kopek. A rézpénz: 5, 3, 2 és 1 kopek. Minden érczpénzen a megfelelő szám Papirpénz: 100 rubel (szivárványszinű), 25 (fehér alap, világos lila színnyomat), 10 (piros), 5 (kék), 3 (zöld), 1 rubel (sárga).

Ez idő szerint egy német márka = 45 kopek; 1 frank = 37 kopek.

Oroszországban a lakás, ruházat drágább; az étkezés, könyv, utazás sokkal olcsóbb, mint a continens egyéb országaiban. Legközelebb áll az orosz rubelhez a mi forintunk. 1 frt = 80 kopek, 1 rubel = frt 1·25—1·27. Az orosz központi bizottság ajánlja, hogy az utasok pénzöknek 1/3-át valamely moszkvai bankra szóló hitellevél alakjában (Credit Lyonais), másik 1/3-részét *már otthon és nem az orosz határon váltott orosz pénz alakjában*, harmadik 1/3-át pedig saját országuk pénzének alakjában vigyék magukkal. Legczélszerübb a pénzváltásnál papirpénzt elfogadni és különösen ajánlatos az 1—10 rubelig szóló papirpénz. A 25 rubeles papirpénz gyakran hamisitott, 100 rubeles pedig nehezen váltható.

[1] Hogy ez igy van nemcsak a munkás-osztálynál, de egyéb foglalkozásoknál, különösen pedig a műveltség alacsony fokán állóknál, azt könnyen illustrálhatják a következő, fővárosunk statistikai évkönyvéből vett számok. A letartóztattak, tolonczok s foglyok orvosi felügyeletekor feltünt, hogy az 1893. és 1894. évben orvosilag megvizsgáltatott

6,422 férfi és 3358 nő, összesen 9,780 egyén
15,101 „ „ 3623 „ „ 18,724 „

kik közül kórházba küldetett: bujakórral 1893-ban 118 férfi és 303 nő, összesen 421; egyéb betegséggel 114 férfi és 168 nő; bujakórral 1894-ben 148 férfi és 271 nő, összesen 419; egyéb betegséggel 196 férfi és 196 nő. Vagyis mig más bántalmakban a férfiak s nők közti arány *majdnem* egyező, addig a bujakórban sokkal több nő találtatott betegnek. Arányszámokban kifejezve: mig egyéb betegségekben 1·7% és 1·3% férfi, 5·0% és 5·4% nő volt beteg 1893-ban illetve 1894-ben, addig az összes vizsgáltak közül bujakórosnak találtatott 2·9% s ebből 8·2% nőkre s 1·2% férfiakra esik.

[2] Feltünő, hogy az általános munkás betegsegélyző-egylet számadatai a kankók és lágy fekélyt illetőleg mögötte maradnak a kerületi pénztáréinál, még pedig a kankót illetőleg 0·63%-kal, a lágy fekélyt illetőleg pedig 0·21%-kal. A syphilist illetőleg mindkét egyletnél 3‰ volt kimutatható, azaz oly szám, a mely megfelel annak, melyet egyikünk (Török l. c.) már 2½ évvel ezelőtt is constatált. A kankóra és lágy fekélyre vonatkozó eltérés úgy magyarázandó, hogy a munkáspénztár tagjainak egy része a jelentéktelenebbnek látszó és gyorsabban muló lágy fekélylyel és kankóval nem jött el az ambulatoriumba. Már pedig, a mint említettük, e bejegyzések ezen egyletnél csupán a rendelő intézetben történtek. A luesre vonatkozó szám ezért volt egyező, mivel a betegek inkább tartották érdemesnek ezen bajukkal a szakorvos tanácsát kikérni. Ezen tény is azt tanusítja egyébként, hogy számadataink *kisebbek* a valóságnál.

IV. *Az utazás feltételei Oroszországban.* A szabadjegyek első osztályra szólnak. A ki hálókocsit kíván igénybe venni, azt külön tartozik megfizetni. *Hölgyek és a congressusi tagokat kisérő más személyek a rendes vasuti árat fizetik.* A külföldi és hazai vasutak árelengedései úgy a congressus tagjait, mint azok családtagjait illetik.

A multkori körlevélben Domjanovich dr. czimére bekért adatok, ú. m. a congressus tagjának neve, a határállomás, melyen be- és melyen kilép az orosz földről s az egész útirány az orosz bizottság által kiszolgáltatandó vasuti jegyre ráirandók.

A congressus tagjai visszajövet más határállomáson is hagyhatják el Oroszországot, mint odamenet.

Minden tag a központi orosz bizottságtól a magyar bizottság közvetítésével *bizonyítványt* fog kapni arról, hogy tagdíját lefizette és hogy a congressuson tényleg részt vesz. E bizonyítvány szükség esetén a vonatokon előmutatandó. A bizonyítvány előmutatása egyúttal elegendő arra is, hogy ennek alapján az *illető congressusi tag a magyar és külföldi vasutakon a mérsékelt jegyet megkaphassa.* Tehát külön folyamodni ily kedvezményért nem szükséges. A *visszautazásra* nézve a jegy csak akkor érvényes, ha a moszkvai végrehajtó bizottság azt bélyeggel fogja ellátni, a melynek franczia szövege: „e jegy birtokosa részt vett a nemzetközi congressuson."

Az odautazásnál a jegyek a határállomáson, a visszautazásnál a moszkvai indulóháznál lebélyegezendők.

A jegyek érvényesek julius 1-től október 10-dikéig. (Multkori adatunkat, mely szerint a jegy csak szeptember 1-ig érvényes, ugyancsak a moszkvai végrehajtó bizottságtól vettük, melyet az azonban újabb értesítésben a mondott értelemben visszavont.)

Minden szabadjegy birtokosa 16 kgm. podgyász-súly ingyenes magávalvitelére jogosult.

A követendő útirányok csak direktek lehetnek, pl. Szt.-Pétervár — Moszkva; Odessa — Kiew — Moszkva. Alexandrowo — v. Granicza — Varsó — Moszkva; Odessa — Kiew — Moszkva; Sebastopol — Kharkow — Moszkva. Ellenben nem követhető pl. ez az irány: Granicza — Szt.-Pétervár — Moszkva.

V. *Megérkezés Moszkvába.* A moszkvai indulóházban lakásiroda és tolmácsok főleg tanulók, fognak az utasok rendelkezésére állani, ez utóbbiak vagy a lakásra kisérik vagy kocsi bérlésénél fognak segédkezni.

VI. *Lakások.* Igen kívánatos, hogy a t. tagok eleve bejelentsék lakásszükségleteiket. Legczélszerübb a következő czim alatt:

Mr. le professeur Schervinsky, Polyclinique générale, Dievitschié Polé, Bureau des logements Moscou.

Ezen iroda privatlakásokat, butorozott szobákat és szálloda-szobákat a különböző ár és izléseknek megfelelően tart készletben. Az árak napi 5 franktól 15-ig terjednek, beleértve a reggeli és esti kávét.

Lakásrendelésnél megjelölendő az utasok és a szobák száma, a szobák kívánatos ára és a tag által használtatni kivánt nyelv.

VII. *Étkezők.* Moszkva a maga páratlan étkező helyiségeiről híres. Elsőrangúak a Slawiansky Bazar, l'Eremitage, l'Hôtel Continental, Testow, le Grand Moskowsky-Traktir; másodrangúak: Hôtel de Russie, Hôtel Billo és az Alpenrose. (A két utóbbiban németül beszélnek.) Itt az ebéd ára 2 és 10 frank között változik.

A központi bizottság azonban a congressus helyiségének tőszomszédságában egy központi buffet-t is be akar rendezni, a hol olcsón lehet majd jól étkezni.

VIII. A congressus tartama alatt egy központi iroda (bureau) leszen berendezve a posta-, táviró- és telefon-szolgálatra, a hol mindenki leveleit átveheti, feladhatja és átveszi egyúttal még a mindennap megjelenendő Bulletin du Congrès-t, a mely az aznapi részletes programmot fogja tartalmazni.

IX. *Szórakozások.* Az ünnepély és szórakozások programmján Moszkvában ez idő szerint dolgoznak s így az csak később fog közöltetni. A congressus tagjai tagsági jegyük előmutatása mellett a nap meghatározandó óráiban akadálytalanul fogják meglátogathatni a Kreml gyüjteményeit, palotáit és monumentumait. Könnyebbség kedvéért a congressusi tagok látható, külső jelvényt is fognak kapni.

X. *Kirándulások.* A congressusi végrehajtó bizottság *leszállított árakon* kirándulásokat szándékozik rendezni a congressus megnyitását megelőző napokon és pedig augusztus 3—6-dikáig, 15—18-dikáig; sőt esetleg augusztus 19—22-dikéig is. A tervbe vett ezen rövid kirándulások a következők:

1. Szent-Sergius zárdába (1 nap),
2. Nisni-Novgorodba (2 éjjel, 1 nap),
3. Körutazás a Szent-Sergius kolostoron, Yaroslavon át a Volgán Nisni-Novgorodba és vissza Moszkvába (3 nap).

Ezenkivül a congressus végrehajtó bizottsága mindent el fog követni, hogy *a congressus zártával távolabb fekvő tájakra is rendezzen kirándulásokat.* Így a Volgán, Oroszország belsejébe és a Krimbe.

Kerbedz mérnök úr mesés olcsó áron (150 frank) szándékozik kirándulásokat rendezni a Kaukázusba, a georgiai katonai vonalon és Bakún át visszafelé a Fekete tengeren.

Az orosz bizottság sajnálja, hogy ez idő szerint pontosabb felvilágosításokkal ez iránt még nem szolgálhat, sem aláírásokat el nem fogadhat. Az eziránti felvilágosítások lehetőleg gyorsan fognak közzététetni.

Külön fizettség mellett azok, a kik Szent-Pétervárón át mennek Moszkvába, a congressus megnyitása előtt Finnlandot, nevezetesen Hangőt, Helsingforst, Vyborgot, az imátrai vízeséseket látogathatják. A kik délről utaznak Moszkvába, Odessát, Sebastopolt, a Krim déli részét, Eupatóriát látogathatják.

Ezen városokban külön fogadó-bizottságok szolgálnak útbaigazításokkal. Így a híres tengeri fürdőben Yaltában: Dmitriew dr. és Lébédew dr.; Sebastopolban: Ivanow dr.; Sakiban: Miniat dr.; Simféropolban: Greidenberg dr.; Odessában: Doukhnovsky dr. és Kievben: Prof. Tikhomirow dr. szolgálnak útbaigazítással, illetve levélbeli válaszszal.

XI. *Hölgybizottság. Madame Sklifossovsky* elnöklete alatt külön hölgybizottság alakult a Moszkvába érkező hölgyek fogadására s a város és környékének bemutatására. E bizottság minden tőle telhetőt el fog követni arra, hogy a vendéghölgyeknek moszkvai tartózkodását lehetőleg kellemessé tegye.

XII. Az összeállított útirányoknál az orosz bizottság Budapestet külön be nem vette; Bécsből azonban három útvonalat jelez, a melyek a következők:

a) Bécs—Granicza—Varsó—Moszkva (47 óra),

b) Bécs—Krakkó—Volociska—Kiew—Koursk—Toula—Moszkva (65 óra 45 perez),

c) Bécs—Kiew—Koursk—Voronèga—Riazan—Moszkva (87 óra 20 perez).

A külföldi vasutak által adott kedvezmények: az összes franczia vonalakon 50%, olasz vonalakon: 100 kilometerig 30%, 101—200 kilometerig 35%, 201—300 kilometerig 40%, 301—400 kilometerig 45%, 401 kilometer felett 50%, a spanyol, norvég, svéd és keleti vonalakon 50%.

A magyar állam vonalain II. oszt. jegygyel I. osztályon; III. oszt. jegygyel II. osztályon és a II. osztály fél jegyével III. osztályon lehet utazni.

Az orosz hajóvállalatok részben 25, részben 50%-nyi árengedést adnak. Nevezetesen a Fekete tengeren, Dunán 50%, a Volgán 25%.

Budapest, 1897. junius 20-dikán.

* * *

A kereskedelemügyi minister rendelete orvosok díjazására vonatkozólag a betegsegélyző-pénztárak részéről. Azon általános panasz orvoslása szempontjából, melylyel az orvosok a betegsegélyző-pénztárakkal szemben vannak, a kereskedelmi minister f. évi 9425/97. sz. alatt a törvényhatóságokhoz intézett rendeletében úgy intézkedett, hogy a mennyiben a községi és körorvosok kötelezhetők arra, hogy a rendes látogatási díjaik mellett a pénztár betegeit kezeljék, de ezen beteglátogatások eseteiben a körorvost a székhelyén kivül, a mennyiben ez nem a rendes körútjában történik, a betegsegélyző-pénztár által kiszolgáltatandó vagy pénzértékben kiegyenlítendő fuvar is megilleti. Ezentúl azonban nem kötelezhető a községi vagy körorvos, hogy az illető pénztárhoz tartozó betegnek a pénztárhoz való viszonyát bármi tekintetben szem előtt tartsa, vagyis nem köteles a gyógykezelés alkalmával azon rendelési szabályokat s egyéb teendőket betartani, a melyeket a pénztárak tagjainak gyógyítása alkalmával a pénztár érdekeinek megvédése szempontjából saját orvosaiknak előír, sem pedig arra, hogy a pénztárak ügykezeléséből kifolyólag valamely írásbeli munkát végezzen vagy űrlapokat kitöltsön, valamint nem kötelezhető az orvos arra sem, hogy a pénztárral bárminemű viszonyba lépjen. Ebből kifolyik, hogy a községi és körorvosok csakis a betegsegélyző pénztári tagoknak a rendes látogatási díjakért való kezelésére szorítható, de ebben az esetben is a fuvart a pénztártól követelheti, de egyéb teendőkre, nevezetesen írásbeliekre nem kötelezhető, ezekért külön díjazást jogosan igényel.

Vegyesek.

— **Kitüntetés.** A király *Nussbächer Frigyes* dr., Beszterce-Naszód vármegyei főorvosnak és *Popper Alajos* dr., debreczeni gyakorló orvosnak e minőségükben szerzett érdemeik elismerésül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

△ **Helybeli védelem helybeli orvosi bajok ellenében** Egy vidéki orvosegyesület tagjai egyértelműleg elhatározták és kötelező nyilatkozatot tettek egymással szemben, hogy élet- és járadékbiztosító, valamint a leánykiházasító egyesületeknél felvételi czélokra szolgáló orvosi bizonyítványt a biztosítandó összegre tekintet né kül öt forinton alól ki nem állítanak, a mely összegben csakis az egyszerű vizsgálat és bizonyítvány kiállítás díja foglaltatik. A mennyiben a vizsgálat külön eszközökkel teljesitendő (tükrök, sondák, stb.) vagy mikroskopos vagy chemiai vizsgálat igényeltetik, úgy ezen működést csakis külön három frtnyi díjazás mellett hajlandók teljesiteni. E határozatról az egyesület az illető társulatokat értesítette. Az eredmény az lett, hogy az illető társulatok azután ilyen módon fizetik az orvost.

— **A nagykárolyi nyilvános közkórházban** az 1896-dik év folyamán — mint azt *Aldor Adolf* kórházi igazgató főorvos kimutatásából olvassuk — 851 beteg nyert ápolást. Sebészeti műtétet végeztek 44, szemészetit 28 esetben. Mint másodorvosok működtek: *Dobi Zsigmond* dr. és *Sternberg Géza* dr.

— **A pesti izr. hitközség kórházában** az 1896-dik év folyamán — mint Stiller Bertalan dr., kórházigazgató kimutatásából olvassuk — 1580 fekvő beteget ápoltak (belgyógyászati beteg volt 806, sebészeti 536, szembeteg 238). Ingyenes ápolást kapott 464, ezek közt 239 nem zsidó. Bejáró betegek száma 15,155 volt, ezek közül 55% nem zsidó. A rendelő orvosok 1923 betegnek rendeltek. A fekvő és járó betegek összege 18,658 volt. A szegények kezelésével megbizott orvosok 5818 beteget kezeltek. A kórház összes kiadásai 69,607 frt 17 krra rúgtak. A kórházi szolgálatot 3 főorvos, 3 rendelő orvos, 3 al- és 2 segédorvos látta el számos gyakornok közreműködésével.