KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Negyvenkettedik évfolyam. 45. szám. *Budapest, 1898. november 6.*

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.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Donogány Zakariás: Közlemény a müncheni Reisingerianum Schech tnr. vezetése alatt álló gégészeti osztályáról és Heymann P. docens poliklinikájáról (Berlin). Az álhangszalag izmáról s működéséről hangképzés alkalmával. 551. l.

Dollinger Gyula: A kir. magyar tudomány-egyetem I-sö számú sebkórodájának közlései. Az alsó végtagok csonttöréseinek ambulans gyógykezelése. 552. l.

Urszinyi Gyula: Anaemia perniciosa gravis relativ gyógyulása. 556. l.

Tárcza. Reflexiók a bécsi pestis-esetekhez. 557 l. — Perczel Dezső belügyminister jelentése az országgyülésben Magyarország 1897. évi közegészségi viszonyairól. 558. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. Th. Sommerfeld*: Handbuch der Gewerbekrankheiten. 558. l. — *Lapszemle. P. G. Spinelli*: A iuxta-cervicalis elitrotomiáról. 559. l.

Hetiszemle és vegyesek. A közegészségi tanács felterjesztése — A főváros egészsége. A budapesti orvosok szövetsége — A pozsonyi Ferencz József-gyermekkórház története 1857—1897. — Hungária-vasfürdő megnyitása. — Kitüntetés. — Megjelent. — Üzletnagyobbitás. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Sarbó Artur. — Baumgarten Sámu dr. 560. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a müncheni Reisingerianum Schech tnr. vezetése alatt álló gégészeti osztályáról és Heymann P. docens poliklinikájáról (Berlin).

Az álhangszalag izmáról s működéséről hangképzés alkalmával.

Donogány Zakariás dr.-tól.

Daczára annak, hogy az utolsó évtizedekben oly sokat foglalkoztak a gége izomzatával, feltünő kevés adatot találunk az álhangszalag működésére vonatkozólag. A tankönyvek e kérdéssel igen röviden szoktak végezni. Különösen a hangképzés alkalmával való működés ismerete hiányos; mert az már *Czermák*[2] és *Luschka*[13] óta ismeretes, hogy az álhangszalag védőkészüléke a valódinak, mert míg a Morgagni-féle tasak mirigyeinek váladéka által a beszáradástól, addig amaz a felső rés zárásával a külső behatásoktól óvja azt. Az is ismeretes, hogy minden nyelő mozgásánál, továbbá a hangrés göresös elzáródásánál az álhangszalagok az érintkezésig közeledvén, fedik a hangrést, azaz a gégebemenetet elzárják. De már az kevésbbé ismert, hogy e mozgást mely izom és mily módon eszközli, hiszen hosszú ideig még az is vitás volt, hogy van-e az álhangszalagnak külön izma vagy sem, mert hiszen oly vélemény is volt, a mely e mozgást a gégén kivül fekvő izmok működésének tulajdonította. Sőt az álhangszalagoknak nyelés alkalmával való közeledését, melynek következményeként igen erős gégeelzáródás áll elő, *Wyllie* óta némelyek azon körülménynek tudják be, hogy a kilégzési levegő kitágitván a Morgagni-féle tasakot, a két álhangszalagot egymáshoz hozza. Hogy az álhangszalag izomzatáról kellő képet nyerjünk, szükségesnek látom az eddigi vizsgálatokat röviden ismertetni.

Santorini[21] egy musculus thyreoarytenoideus superiorról tesz említést, a mely a pajzs- és kannaporczok közt kifeszítve az álhangszalagban fut le. Ezzel szemben *Hyrtl*[11] ritkán látott e szervben izmot, *Arnold*[21] szerint csak egy vékony — nem önálló — izomkötegről lehet szó, mely a musc. thyreoarytenoideus külső szélén fekszik. *Henle*[9] külön nem is tárgyalja, hanem mint a musc. thyreoaryt. externus középső és nem állandó részét emliti. *Luschka*[13] a musc. thyreoaryt. superiort, bár ez lefutásában a thyeroarytenoideus összes többi rostjaival ellenkező irányt követ, szándékosan a valódi hangszalag izomtömegéhez számitja. *Rühlmann*[23] bár a Santorini-féle musculus aryepiglotticust jól irta le, eredését s tapadását pontoson ismerte, nem említi a Morgagni-féle tasokhoz való viszonyát. *Rüdinger*[21] igen beható vizsgálataiból derült csak ki, hogy az álhangszalagnak külön izma van. De ez nem azon izom, a melyet a szerzők álhangszalag izmának leirtak, az általuk említett magasabban fekszik, azt pedig, a melyet ő felfedezett, mint ábráik mutatják, elnézték, mert az álhangszalag oldalsó részén sehol sincs izom lerajzolva. Hogy pedig ezen izomnak van jelentősége, abból következik, hogy majdnem az egész tasak izmoktól van körülvéve s a vakzsák felé is mennek egyes kötegek, melyek azután finomabb rostokban elemi kötegekkel veszik körül a nyákmirigyeket. Szerző csatlakozik *Fürbringer*-hez,* ki az általa leirt musculus thyreoarytenoideus lateralis inferior seu ascendens és superior seu descendensen kivül minden más, ezen rendszerbe tartozó köteget, eredési vagy tapadási eltévelyedésből származottnak tart. *Rüdinger* felveszi, hogy az álhangszalag izma a musculus thyreoarytenoideus egy levált része, mely azon arányban önállóbb lesz, a mint a Morgagni-tasak erősebben felfelé terjed. Az általa leirt izom kissé lapos, 1—2 mm. széles s az álhangszalag oldalának nyálkahártyája alatt fekszik, illetőleg a Morgagni-tasak belső falán ered a kannaporcz mellső felének oldalrészén a musc. thyeroarytenoideus felett s a musculus arytenoideus transversus egyes kötegei is belehúzódnak. Miután az álhangszalag oldalán elvonult, eléri a gégefedő oldalsó részét, hogy itt az alsó részen tapadjon. Ez izmot musculus aryepiglottikus inferiornak nevezi, mivel 2 cm.-nyire fekszik a plica epiglottica alatt. A valódi hangszalag izma a Morgagni-tasak oldalfalán mindinkább elvékonyodik, úgy hogy a vakzsákot nem lépi túl, legalább igy van ez oly férfi gégében, hol a tasak jól fejlett. Csak a gyengébben fejlett tasakkal biró nőknél fordul elő, hogy e két izomlemez összefügg egymással. Végeredménye az volt, hogy az álhangszalagnak külön izma van, a mely férfiaknál igen ritkán hiányzik, nőknél mindig gyengébben fejlett.

Simanowsky[24] körülbelül hasonló eredményre jutott. De az izom helyzetére vonatkozólag mást talált. Ugyanis ez az álhangszalag közepén fekszik, nem egy, hanem 3—4, sőt több sagittalis irányú kötegben, csak a köztük található frontalis rostok esnek közel a Morgagni-tasak belső falához. A pajzsporcz felé a sagittalis-izom mélyebbre sülyed, a kannaporczok felé emelkedik s kevesebb tért foglal el, bár ez utóbbi helyen az álhangszalag a mirigyállomány szaporodása folytán vastagabb. Néha azonban az izom annyira fejlett,

* *Fürbringer*: Beitrag zur Kenntniss der Kehlkopfmusculatur Jena 1875.

hogy az egész álhangszalagot elfoglalja, s dús izomállománya folytán ez a valódihoz lesz hasonló; ilyenkor a mirigyállomány csekély, annyira, hogy egyes izomkötegek a nyálkahártyát is elérik. A frontalis rostok kissé ferdén az álhangszalag felső részétől hullámos vonalban haladnak s e pajzsporcz oldalfelületén tünnek el. Néha ezen kötegektől egyes rostok elágazván, az álhangszalag tulajdonképeni redőjébe sugároznak ki s lefelé futva, mint finom rostok néha szintén a nyálkahártyáig is eljutnak. Ezen rostok a sagittaliisok közt levő szabad területet foglalják el s az itt levő mirigyek közé szorultak. A kétféle rostok viszonylagos menynyisége nem állandó, néha ezek, máskor azok vannak többségben, a többi gégeizomtól azonban függetlenek. A sagittalis-rostok működésük alkalmával az álhangszalagot ellazítják. A ferdén futó rostok az álhangszalagot képező redőt megrövidíthetik, e mellett mechanice kiszorítják a mirigyekből a váladékot, egyidejűleg a Morgagni-féle tasak űrét is nagyobbítván résszerű nyilásának tátongó szélessé változtatása által. Ő is úgy találta, hogy az izom nőknél gyengébben fejlett, mivel náluk az izom a születés után tovább nem fejlődött, hanem azon állapotban maradt meg, a mint pár hónapos gyermeknél látható. Már 2—5 éves fiúgyermeknél ezen izmok elég jól fejlettek, míg pl. 24 éves nőknél igen gyengén. Több állat gégét vizsgált meg (majmot nem), néhol talált tökéletlenül fejlett álhangszalagot, de az emberihez hasonló izmot sehol.

Legújabban *Steinlechner* és *Tittel*[25] foglalkoztak Bécsben a Toldt intézetében e kérdéssel, 70 gégét vizsgálván meg mikroskopiai úton. Eredményeik: Az izom az álhangszalag oldalán ferdén sagittalis irányban halad; még pedig a kannaporcztól eredve, hátul, alul és kivülről, előre fel- és befelé, mellfelé érve kisugárzik az epiglottis alsó részén, többékevésbbé összenyomott réteget vagy két lapos köteget képez. De a főizom más — ívszerüleg hajlott — rostokból áll, melyek az appendix ventriculit megkerülvén a musculus thyreoarytenoideus inferiorral vagy vocalissal határozottan összefüggnek. Az álhangszalag két irányból eredő izom rostjainak egyesülésénél egy ívszerű szöglet áll elő, a melybe a thyreoarytenoideus rostjai vannak elhelyezve. A sagittalis-izom néha magasabban tapad az epiglottison s akkor korán lép ki az álhangszalagból, úgy hogy alig van benne az izom kis része. Férfiak és nők közt nem találtak különbséget, csak arányban a nők általános izomzatához, ezen izom is gyengébben fejlett. Az izom működése pedig az, hogy a sagittalis irányú rész összehúzódása alkalmával az álhangszalagok a középvonalhoz közelednek. A közeledés foka ezen kötegnek az epiglottison való tapadásától függ, magasabban tapadván, a közeledés kisebb. Mivel ezen izom csak a középső és hátsó harmad határán lép be az álhangszalagba, azért ezen működés előbb itt jut érvényre, de később tovább is terjed. A thyreoarytenoideustól ívalakúlag az álhangszalagba haladó rostok ezen közelítéshez hozzájárulnak, de főleg az álhangszalagot közelítik a valódihoz s a ventriculusok űrét kisebbítik. Az epiglottisra nincs külön hatásuk.

Zuckerkandl[27] önálló izom létezését tagadja, csak annyit ismer el, hogy a musculus thyreoarytenoideusból egyes kötegek az álhangszalagba vonulnak.

Az irodalmi adatokból látjuk azt, hogy az álhangszalag izma, akár mint külön, akár mint a valódi hangszalag izomzatával összefüggő, úgy kifejlődésében, mint lefutásában különféle változatokat tüntet fel. Ez lehet az oka a szerzők elágazó véleményeinek, a melyek folytán, míg egyesek az izmot alig néhány vékony és rendetlen kötegnek minősítik, addig mások oly hatalmasnak találták, mint a valódi hangszalag izma szokott lenni. Miután a boncztani vizsgálatok nem vezettek eddig kielégítő eredményre s véleményem szerint élettani és klinikai észleletek alkalmasak lehetnek arra, hogy a kérdés megoldásához közelebb vigyenek bennünket, határoztam el magamat a rendelkezésemre álló klinikai anyagon ez értelemben megfigyeléseket tenni.

Mielőtt azonban áttérnék észleleteim ismertetésére, összefoglalni óhajtom a szerzők különböző nézeteit az álhangszalag élettani feladatát illetőleg, különös tekintettel lévén a mozgásokra.

A legrégibb idevonatkozó adat *Müller*-től[14] származik 1839-ből; ő az álhangszalagok működését is kisérletileg vizsgálta meg és azt találta, hogy a hangképzésre különös befolyásuk nincs, sem a hang magasságára. A hangképzéskor szerinte sem az álhangszalagokra sem Morgagni-tasakra nincs szükség s felhozza e nézetének támogatására azt is, hogy igen sok emlősnél, névszerint a kérődzőknél mindkét képlet teljesen hiányzik. *Rinne*[19] az álhangszalagoknak bizonyos czélirányos mozgást tulajdonít, bár a mozgások alakjáról nem szól. Céltudatos mozgásuk által képesek a Morgagni-féle tasak különböző beállítása folytán az egyes hangokat erősiteni, azaz a Morgagni-féle tasak mint resonator szerepel együtt rezegnek passive még a valódi hangszalagokkal. Az első gégetükri megfigyelés *Czermák*-tól[2] ered, ki azt tapasztalta, hogy a gége elzáráskor (nyelés) az álhangszalagok oly közel jutnak egymáshoz, hogy teljesen fedik a valódiakat, ugyanekkor ráfeküsznek utóbbiakra.

Ezen gégezár oly erős, hogy epiglottis nélküli betegeknél is képes idegen anyagoknak bejutását megakadályozni. *Reclam*[18] a hangképzéskor legfeljebb annyi szerepet tulajdonít nekik, hogy a Morgagni-féle tasak megkisebbítése folytán az oldal felé menő légrezgéseket megtörvén és elvágván, csak a hangszalagokat mozgásba hozó középső légáram jut túl a gégén.

Merkel[16] a Morgagni-féle tasaknak háromféle feladatát irja le; mint nyákelválasztó, nedvesen tartja a hangszalagokat; a hangszalagok mozgását bizonyos korlátok közt tartja, illetőleg megakadályozza azok túlnagy kilengését, mint azoknak tompitója szerepelvén; végre a bejutó levegő kitágitván az űrt, a rugalmasságot növeli. A második működés határozott mozgást igényel az álhangszalagok részéről.

Luschka könyvében a következő adatokat találjuk. Az álhangszalagok egy izomzat befolyása folytán megrövidülhetnek, egymástól távolodhatnak vagy egész az érintkezésig közeledhetnek. Ezen utóbbi működés alkalmával a felső gégeűr a cavum pharyngis mindkét alsó részétől elzáratik. Ez elzáródás a nyelés pillanatában lép fel. Ez álhangszalagokban a valódiaknak igen fontos védőkészülékét látja; mert ha összehasonlítjuk ez utóbbiak nyálkahártyájának érzékenységét az álhangszalagokénak oly kiváló érzékenységével, ez védő készüléknek látszik, mely már csekély ingerre két felét egymáshoz közelítve távoltartja az ártalmat.

(Folytatása következik.)

A kir. magyar tudomány-egyetem I-ső számú sebkórodájának közlései.

I.

Az alsó végtagok csonttöréseinek ambulans gyógykezelése.

Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanártól.

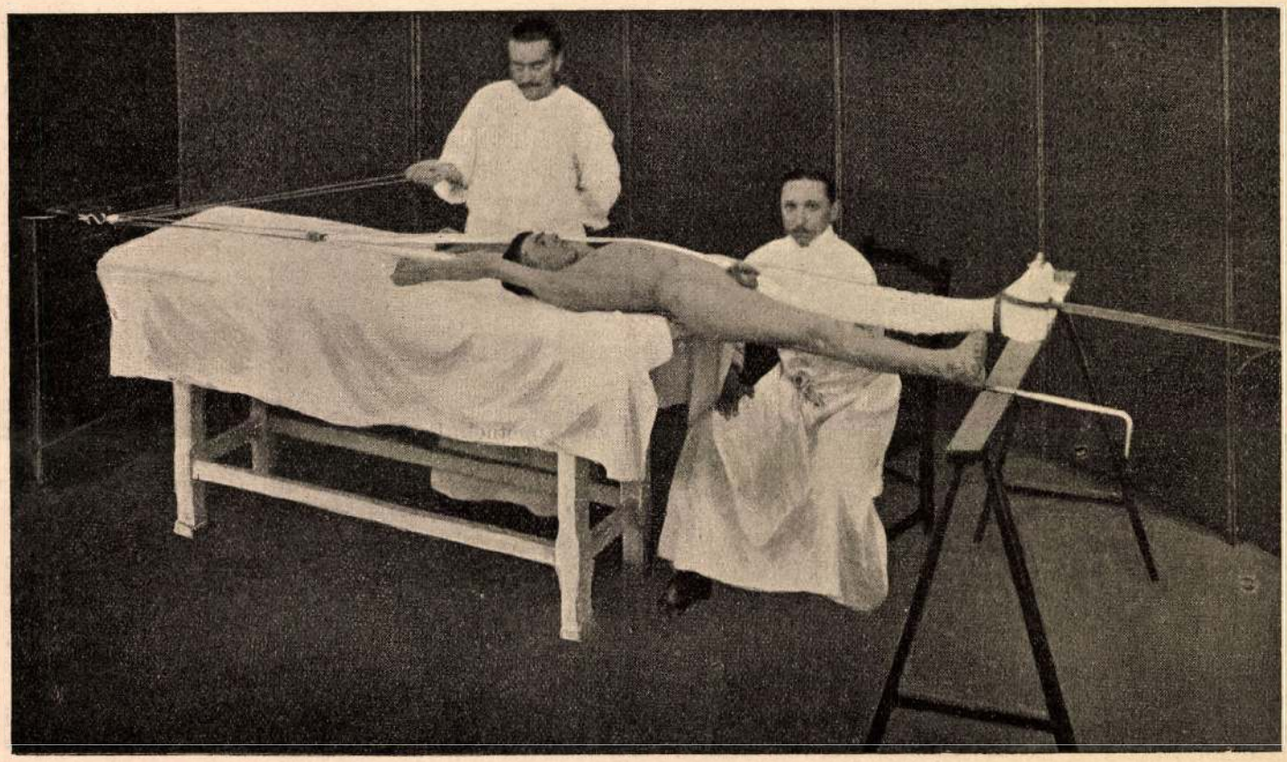
(Vége.)

A kötés feltevése a következőképen történik:

A beteg az asztalon úgy van elhelyezve, mint az alszártörésnél. A végtag a lábujjak hegyétől a czomb közepéig vékony réteg Bruns-wattával be lesz pólyázva. A talp alá a wattatalpat alkalmazom. Most elkészitem a kötésnek a lábat, az alszárt és a czomb alsó harmadát befoglaló részét. Ez alatt a lábat akként függesztem fel, mint az alszártörésnél. A talp alá gypstalpat erősítek és a kötést a bokák és a czombbütykök felett szorosan odasimitom a csonthoz, az utóbbiak felett a még puha kötést hátrasimitom és a kötés és a czomb hátulsó felülete közé betolt kézzel a térdhajlásban a lágyrészektől elhúzom. A kötés ezen részének felső fele köré, még megkeményedése előtt, felső végétől az alszár közepéig olyan gypskötelet csavarok, a milyet a distractiós alszárkötésnél leirtam. A kötés feltevése közben arra ügyelek, hogy a belső boka alsó széle a kötés külső felületén kifejezést nyerjen, mert a kötés feltevése közben eddig történik a mérés. A

kötés feltevése előtt már megmértem a törött végtagon a mellső felső csípőtövis és a belső boka közötti távolságot. Ha már most a kötés alsó felének elkészülte után a belső boka alsó csúcsának helye nem volna jól kivehető, akkor azt úgy keresem meg, hogy a spin. anterior superiortól fogva olyan távolságra mérek a belső boka irányában lefelé, a milyet azelőtt feljegyeztem. E helyet azután szines czeruzával megjelölöm. Ez a belső boka csúcsának a helye.

Ha a kötést a beteg vízszintes elhelyezésében alkalmazom, akkor az egész elrendeződés a következő (4. ábra): Egy derékaljjal befedett asztal egyik végére egy 2 meter hosszú fényesre csiszolt vasrudat fektetek az egyenes végével, míg a másik, kampószerűleg meghajtott vége egy állványon nyugszik. A beteg törzse körülbelül az első ágyékcsigolyáig az asztalon fekszik, míg a törzs többi része, a medencze és az egészséges alsó végtag úgy fekszik a vasrúdon, hogy ez az ülőgumó és a nagy tompor között, a czomb hátulsó oldalának középhosszában és a belső boka mellett vonul végig. Ha elegendő segédszemélyzettel rendelkezem, egy segéd bizbetakarom és az egészet gypsnélküli mullpólyával körülveszem. Ekkor 2 réteg 3 cm. széles calico-pólyát fektetek a törött czomb oldalán a gáttájékra, annak egyik végét a beteg hátán, a másikat a mellén felvezetem, a váll magassága felett összecsomózom, a calico-pólyát az ülőgumó alá húzom, az elkészített és még puha gypspelottát a pólya és az ülőgumót fedő bőr közé tolom, a pólya összecsomózott felső végét a csigacsin kampójába akasztom és a calico-pólya mellső és hátulsó szárát a crista ilei magasságában madzaggal összekötöm, hogy a nyújtóerő a pelottát necsak az ülőgumóhoz, de egyszersmind a lágyrészeket a czombcsonthoz is szorítsa, a mi által az ülőfelület szélesebbé válik. A csigacsint esetleg a láb felől is lehet alkalmázni. Erre megkezdem a lassú distractiót s azt fokozom, mignem a mérés, a melyet azalatt a mellső felső csípőtövistől a belső bokánál levő jelig teszek, azt nem mutatja, hogy a két végtag egyenlő. Az ezen tárgyra vonatkozó első értekezésemben is úgy irom le a kötés feltevését, hogy a nyújtást csigacsinnal végezem, „nun wird langsam mit dem Flaschenzug distrahirt“ és mégis Graff,[25] miután hangsú-



4. ábra. Elrendezés a járókötés felső felének alkalmazásánál czombtörésnél, vízszintes helyzetben.

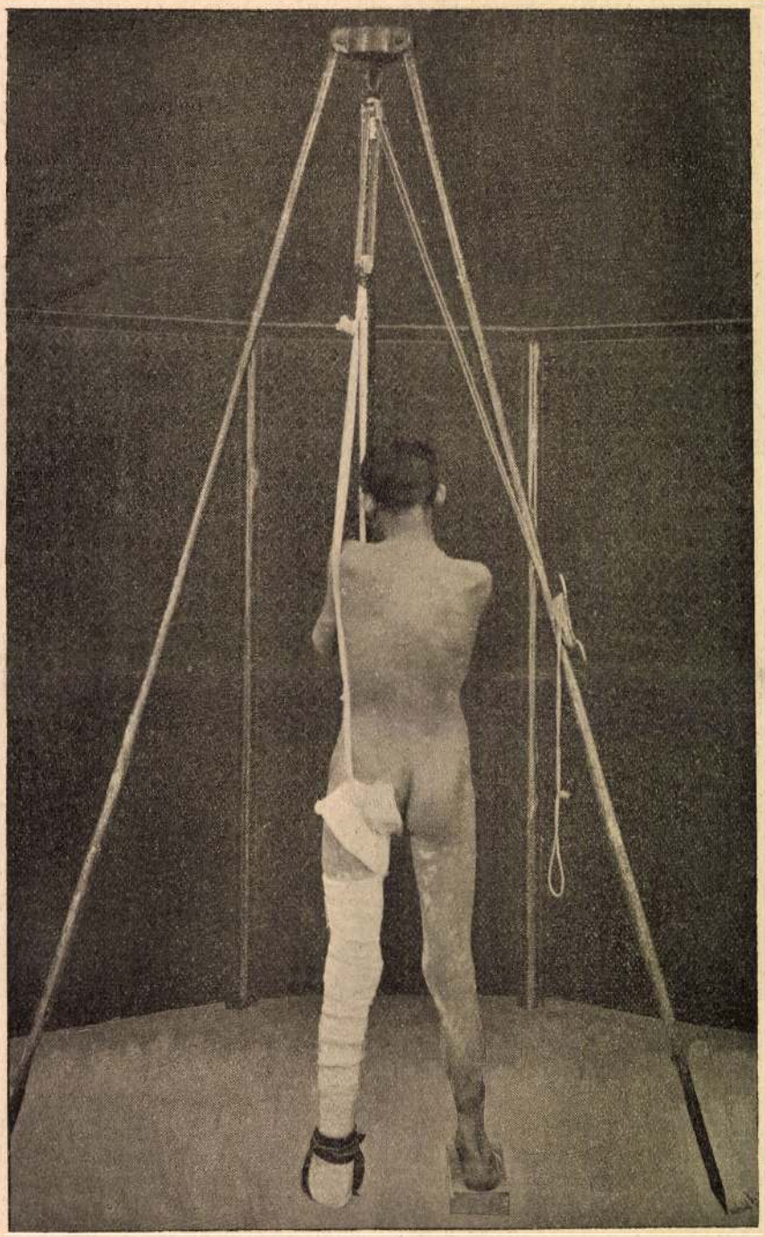
tosítja a végtagot ezen helyzetben, ellenkező esetben egy mullpólyával rögzítem a vasrúdhoz. Egy segéd a beteg oldala mellett ül és a törött czomb oldalán megtámasztja a medenczét. A kötés lábrésze köré egy szíjat alkalmazok, a melynek végét valamely szilárd ponthoz erősítem, míg magát a bekötött lábat ugyanazon állványra helyezem, a melyen a rúd nyugszik. A czombjárókötésnek egy lényeges alkatrésze a pelotta. Korsch eleinte bélelt vaspántot használt pelottának, a melyet erős sodronynyal hozott a gypskötéssel összeköttetésbe. Én kezdettől fogva, a mint azt az idézett értekezésemben le is irtam, e czélra gypspelottát használtam, a melynek a többi felett az az előnye, hogy puha állapotban alkalmaztatván az ülőgumóra, azon nyeri végleges alakját, annak tehát minden egyenetlenségéhez pontosan odasimul és így decubitust nem okoz. Ez igen jól bevált és a mint látom először Albers, később mások is elfogadták és használják. Ez a pelotta egy 20 cm. széles gypspólyából készül, a melyet előbb vízbe mártva egy asztalon 25 cm. hosszaságban, mintegy 20 rétegben összehajtok, az egyes pólyameneteket jól egymáshoz simítom, az egyik felületét egy vékony réteg Bruns-wattával lyozza, hogy mennyire szükséges a csigacsinnal való nyújtás, azt mondja: „Wir glauben nicht, dass der Vorschlag Dollinger's mit der gepolsterten Sohle und Absatz allein genügt eine ausreichende Extension zu bewirken, wenn wir auch selbst keine Erfahrung darüber haben.“ Graff figyelmét tehát úgy látszik elkerülte értekezésemnek épen ezen fontos pontja, a mely ellen polemizál.

Ha a distractio be van fejezve, a czombnak a kötésen kivüli részeit és a medenczét vékony wattapólyákkal körülveszem és a gypskötést a czombra és a medenczére folytatom, arra ügyelve, hogy a gypspelottát a későbbi pólyamenetek jól odarögzítsék a helyére. A kötés befedi a beteg oldal gluteusát és csupán egy olyan szeletet hagy belőle szabadon, hogy a székletétnél a kötés be ne piszkíttassék. A czomb alsó harmadának töréseinél a kötés csupán a nagy tomporig ér. Ha ellenben a törés a czomb felső két harmadában van, akkor a kötés az egész medenczét befoglalja és még körülbelül négy harántujjnyira a fölé terjed. Első kötéseimet az ilyen esetekben a csecsbimbóig felvittem, de a későbbi tapasztalataim azt mutatták, hogy ez felesleges. Hogy a kötés a lágyékhajlás-

*

ban el ne törjön, mellső és hálulsó felületére egy-egy gypssint, vagy pedig egynehány gypspólyaréteggel befedett vékony abrincsvassint alkalmazok a gypspólyák közé. Hogy a kötés felső fele az alsóval egy darabbá összeforrjon, a pólyarétegeket a feltevés közben a kötés felső feléről többszörösen le kell vezetni az alsóra és azokat a kigyószerű gypsköteg menetei közé erősen bedörzsölni. Ha a kötés megkeményedett, a medenczét fedő részét a középvonalban mellül felvágom és egy keveset széjjelhúzom, a miáltal azt érem el, hogy a medencze csontvázának némely élesebb és kevésbbé lágyrészekkel fedett részeit nem nyomja és azért mégis jól rögzíti a czipőizületet.

1897 tavaszáig úgy alkalmaztam a kötést, a mint az imént leirtam. A feltevés közben folyton feszélyezett azon körülmény, hogy a kötésnek legfontosabb részét, a pelottát és annak kiképződését nem látom folyton magam előtt. Ekkor *megkisértettem a beteget a kötés második felének alkalmazása közben függőleges helyzetbe hozni*; ez a gyakorlatban igen practikusnak bizonyult s azóta a fentebb felsorolt esetek kivételével ez a rendes eljárásom. A klinikán a kötés feltevése vagy ugyanazon rámában eszközöltetik, a melyben az orthopedikus fűzőkhöz szükséges gypsmintákat készitjük, vagy azon háromlábú állvány alatt, a melylyel *az ötödik ábra* mutatja a kötés feltevését. A magángyakorlatban szükség esetében egy ajtóközben is fel lehetne a kötést tenni, a melynek felső keresztfájába a csigacsin számára egy kampó van csavarva. A kötés alsó fele úgy készül, a mint azt fentebb leirtam. A midőn ez megkeményedett, a perineum köré fektetem a kettős calico-pólyát, annak végeit a beteg válla felett összecsomózom, az előbb leirt módon elkészitem a gypspelottát, a beteget, vigyázva, hogy a törött csont minél kevesebbet mozdittassék meg, az állványra függesztett csigacsin alá állitom, a beteget felszólitom, hogy az állvány egyik szárába fogodzék, a calico-pólya összecsomózott végét annak kampójába akasztom, az egészséges végtag lába alá egy 3—4 cm. vastag deszkát helyezek, a lábat fedő gypskötést egy szíjjal a ráma alsó keresztgerendájához vagy a padlóba erősitett kampóhoz akasztom, a gypspelottát még puha állapotban a calico-pólya és az ülőgumó közé tolom, a pólyának a medencze előtt és mögött felemelkedő szárát a crista ilei magasságában összekötöm és most a csigacsin kötelének lassú meghúzása közben a beteg medenczéjét annyira felemelem, míg nem a méréssel, a melyet a spina anterior superior és a belső pólya között eszközlök, constatálom, hogy a két végtag egyenlő. Most a végtagnak felső, a kötésből kimaradt részét és a medenczét vékony wattapólyával befedem és a gypskötést úgy alkalmazom, a mint azt a fekvőhelyzetben való kötésfeltételnél részletesen vázoltam. A különbség csak az, hogy én a beteg mögött ülve kényelmesebben dolgozom, mint ha a beteg rúdon fekszik, hogy a pelotta, a kötésnek legfontosabb része, folyton előttem van, hogy igy igen könnyen gondoskodhatom róla, hogy a calico-pólya két szára jól kifelé húzassék és a lágy részeket és velük a gypspelottát a czombcsont felé nyomva az ülőgumó alatt jó széles gypspelottát képezzek, a mely a törött végeket kellő distractióban tartva, a rövidülés nélküli gyógyulást biztositsa. A 6-dik ábra hátulról, a 7-dik oldalról mutatja a kész gypskötést, a mely valamivel vékonyabbra készült a rendesnél, hogy alkatrészeinek contourjait a felületen látni lehessen.



5. ábra. Elrendezés a járókötés-felső felének alkalmazásánál, álló helyzetben.

A mint a kötés meg van keményedve, a beteg egészséges lábára egy 4 cm. vastag talpú czipőt huzatok, vagy ennek hijában egy fatalpat erősittettek, a distraháló calico-pólyát levágom, a kötés lábrészét lekötő szíjat feloldatom és a beteget két oldalról támogattatva felszólitom, hogy próbáljon járni. Az első pár lépés nagyon bizonytalan. A betegnek a járást előbb meg kell tanulni. A beteg akként jár, hogy az egészséges végtagon állva és egy kissé az egészséges oldal felé hajolva, hátizmai segélyével hosszasági tengelye körül a beteg végtag oldalával mellfelé egy kis rotatiót végez és e közben ezt egy kissé mellfelé lendíti. A midőn ez megtörtént, akkor a kötésre támaszkodva az egészséges végtaggal tesz egy kis lépést előre. A beteg könnyebben megtanul járni, ha arra figyelmeztetjük, hogy eleinte inkább apró lépéseket igyekezzék tenni. Némely beteg 3—4 percz mulva mankó segélyével már eléggé jól tud járni. Legjobban járnak a fiatal egyének. Ezek közül többen az egész napot az ágyon kivül töltötték.

A járást illetőleg betegeink a következőképen viselkedtek:

1. Azonnal a kötés feltevése után vagy még az nap megtanult járni . . . . . 20 beteg
2. A kötés feltevése napján rosszul járt, egynehány nap mulva azonban jól tudott járni . . . . . 4 „

Ezek közül az egyik gyenge, beteg volt, a másiknak zúzódásai voltak.

3. A kötés feltevése napján egyáltalában nem tudott járni, később azonban járt . . . . . 7 beteg

Ezek közül az egyik részeg volt, az egyik osteotomia után chloroformmámorban, kettőnek erős zúzódásai voltak.

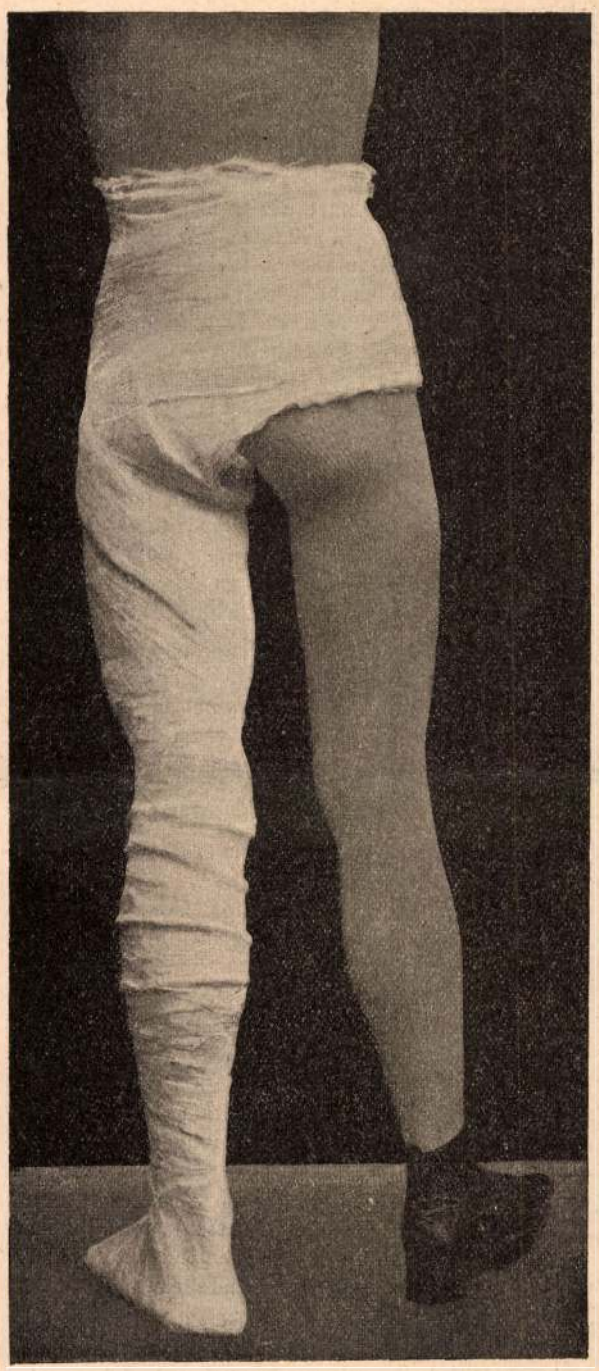
4. Mindig rosszul járt . . . . . 3 beteg

Ezek között van egy beteg bordatöréssel és kulcscsonttöréssel, egy nyilt czombtöréssel és erős zúzódásokkal a gerincz mentén.

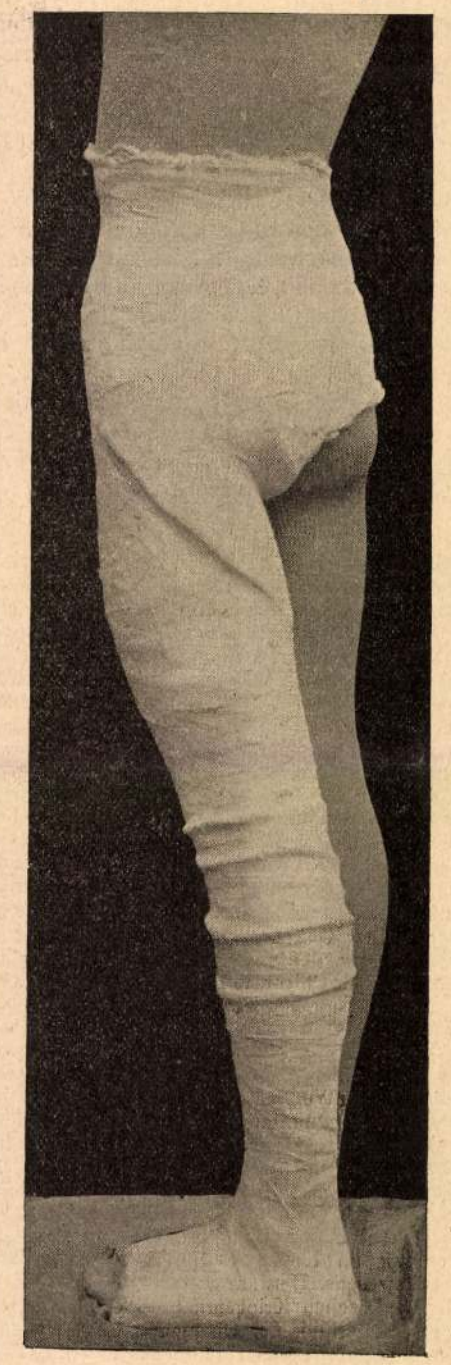
5. Egyáltalában nem járt az egész gyógyulási idő alatt 4 beteg.

Ezek között volt egy 2 éves gyermek, a kinél a kötést kisérletképen alkalmaztam, egy 64 éves törődött aggastyán, egy beteg mindkét czomb törésével és egy beteg a bal czomb és a jobb alszár törésével.

Nem fektetek reá különös nagy súlyt, hogy a beteg a kötés feltevése napján megtanulja-e a járást vagy nem. Ha a kötés jól van alkalmazva és valami különös gátló körülmények nem forognak fenn, a melyek egyik-másikát fentebb felsoroltam, akkor a beteg a járást rendesen nagyon hamar megtanulja. De ha a beteg nem jár is fenn a kötéssel, sokkal könnyebb a vele való elbánás, mint az olyan beteggel, a ki pl. súlynyújtással kezeltetik, mert a beteget tisztitás nélkül könnyebben lehet egyik ágyból a másikba áthelyezni és mert a törvégek, ha a kötés azokat a kellő helyzetben egyszer rögzíti, elmozdithatatlanok. Azon pillanattól fogva, a midőn a beteg egyszer megtanult fenjárni, ő a kórházi ápoló személyzetnek már alig okoz dolgot, mert csakhamar maga tanul meg az ágyáról felkelni, arra visszafeküdni, több betegünk maga vetette meg az ágyát, többféle apróbb munkát végzett és társai ápolásában segédkezett. Azon betegeim, a kiket a budapesti kir. orvosegyesületben bemutatattam, maguk jöttek le a kórház első emeletéről az utczára és miután kocsin az egyesületi helyiségbe szállittattak a nélkül, hogy ez a szállítás nekik fájdalmat okozott volna, ott maguk mentek ismét fel az emeletre, az előadás befejeztével pedig ismét megtették ugyanazon utat. Lauenstein az 1894. évi német sebészcongressuson ez adatokat még kétségbe vonta, azóta bizonyára személyesen meggyőződött róla, hogy bennük semmi túlzás sem rejlett. Egy nagy előny, a melyről még külön kell szólanom, a betegnek szállithatósága, a mi a régi kötés módok mellett izomtörésnél alig volt lehetséges. A szállítás ezzel a kötéssel egészen fájdalmatlanul történhet meg, a mint azt egynehány betegem, a kit hozzátartozói engedelmemmel egynehány nappal a kötés alkalmazása után hazaszállitottak, bebizonyította. Ez különösen a tábori sebészet szempontjából nagyon fontos, a mint azt a bécsi orvosegyesületben tartott előadásaiban Habart főtörzsorvos hangsúlyozza. Szerinte az ambulans gypskötés az alsó végtagok töréseinél már a tábori kórházban is igen jó szolgálatot van hivatva teljesiteni, azonkivül pedig szerfelett nagy haszna lesz a beteg visszaszállításánál és a tábori kórházak minél gyorsabb kiürítésénél.



6. ábra. A czombtörésnél alkalmazott járókötés hátulról.



7. ábra. A czombtörésnél alkalmazott járókötés oldalról.

A legfiatalabb egyén, a kin czombtörés miatt járókötést alkalmaztam, 2 éves volt. A törés rövidülés nélkül gyógyult meg, de a beteg az egész idő alatt nem járt.

A legfiatalabb egyén, a ki a kötéssel járt, 5 éves volt.

A kötést fiatal egyénnél többnyire a 7-dik héten, felnőttnél a 8-dik hét végével távolitom el. A mint már említém, inkább valamivel később távolitom el a kötést, mintsem, hogy a beteget azon esetre, hogy az összeforrás még nem tökéletes, egy újabb kötésfeltevés alkalmatlanságának tegyem ki.

A baleset következtében létrejött czombtörések közül kettőnél nem jött létre az egyesülés a rendes időben. Az egyiknél az egyesülés a 92-dik napon volt befejezve, a másiknál a 90-dik nap után. Ez esetben hiányzik a kórtörténetben a datum, a midőn a III-dik kötés el lett távolitva. Álizület miatt végzett czombcsontösszevarrás után 61 nappal a műtét után még nem volt szilárd egyesülés. Ekkor a beteg új kötést kapott, a melylyel hazabocsátottuk. Az álizület műtéte alkalmával kitünt, hogy a csontvégek körül callusnak semmi nyoma sem volt. Ez volt az álizületképződés oka. Vajjon az összevarrás után képződik-e callus, azt a tapasztalás fogja megmutatni.

A végleges eredmény a következő volt:

rövidülés nélkül gyógyult a czomb . . . 16 esetben
alig mérhető, $^1/_2$—1 cm.-es rövidülés volt . 9 „
2—$2^1/_2$ cm.-es rövidülés volt . . . . . 5 „
3 cm.-es rövidülés volt . . . . . 1 „

Meg kell jegyeznem, hogy a kötéseket nem mind magam személyesen alkalmazhattam, hanem egyik-másikát kezdő tanitványaimnak kellett átengednem.

Egy beteget kénytelen voltam saját sürgetésre a vidékre hazabocsátani, ott a meghatározott idő előtt levette a kötést és később 4 cm.-es rövidüléssel mutatkozott be.

A fenjáró kezelésnek még azt a nagy előnyét kell itt hangsúlyoznom, hogy midőn a kötést eltávolítjuk, a beteg, a ki a kötésben fenjárt, kötés nélkül az esetek legeslegnagyobb részében azonnal szintén jár, míg más, fekvéssel járó gyógykezelési módoknál a beteg egész izomzata rendesen annyira meggyengült, hogy előbb ennek kell megerősödnie és csak azután képes a beteg ismét kitartóbb járásra.

A mi a czombtöréseknek gépekkel való kezelését illeti, arra vonatkozólag mindeddig nem volt alkalmam tapasztalatokat szerezni, mert a gépek költségesek és kórházi gyógykezelésre nem alkalmasak. Legjutányosabb, legegyszerűbb és ennélfogva kórházi gyakorlatra legalkalmasabb a Bruns-féle sín.[6]

Különben egy jó coxitis-gépet könnyű volna erre a czélra átalakítani.

Ezek azon tapasztalataim, a melyek alapján az alsó végtagok csonttöréseit, most már évek óta ambulanter, a fentebb leirt kötéseimmel gyógykezelem s ettől csak akkor térek el, ha arra a felsorolt külön okok kényszerítenek.

Irodalom:

[1] *Larrey:* Clinique chirurgicale. Bd. III. S. 427. Paris, 1829. [2] *Bérard:* Memoire sur l'apparail inamovible dans le traitement des fractures. Archives générales de médecine. Tome II. 218 u. III. 375. Paris, 1833. [3] *Seutin:* Der abnehmbare, unveränderliche Pappverband, übersetzt von Burger. Stutgart, 1851. [4] *Krause:* Beiträge zur Behandlung der Knochenbrüche der unteren Gliedermassen im Umhergehen. Deutsche med. Wochenschrift 1891 Nr. 13, Seite 457. — Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1894 I., Seite 114. [5] *Bardeleben:* Über frühzeitige Bewegung gebrochener Glieder, mit besonderer Rücksicht auf die untere Extremität. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1894. [6] *P. Bruns:* Über den Gehverband bei Fracturen und Operationen an den unteren Extremitäten mit Beschreibung einer neuen Geh- und Lagerungsschiene. Beiträge zur klinischen Chirurgie, B. X., Heft 2. 1893. [7] *Korsch:* Über Behandlung von Ober- und Unterschenkelbrüchen und von complicirten Brüchen mit ambulatorischen Gypsverbänden. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1894. [8] *Albers:* Über Gehverbände bei Brüchen der unteren Gliedmassen. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1894. [9] *Schmid H.:* Centralbl. für Chirurgie 1893, Nr. 32, S. 681. [10] *König* (Wiesbaden): Moderne Behandlung der Fracturen der unteren Extremitäten. Zeitschrift für ärztliche Landpraxis 1894, Nr. 11. [11] *Liermann:* Über die Behandlung von Knochenbrüchen und schweren Erkrankungen der unteren Extermität im Umhergehen vermittelst einer Extensionsschiene. Deutsche medizinische Wochenschr. 1893, Nr. 32, Seite 765. — Die ambulatorische Verbandmethode bei schweren Verletzungen der unteren Extremität und ihre Verwendung in der Kriegschirurgie. Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1894, Nr. 1, Seite 10. [12] *Kocher:* Klinischer Ärztetag in Bern am 20. November 1895. Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte. XXVI. Jahrg. 1896, 1. Febr., Nr. 3. [13] *Coste:* Über die sogenannten „Gehverbände" unter besonderer Berücksichtigung ihrer etwaigen Verwendung im Kriege. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medicinal-Abtheilung des königl. Preussischen Kriegsministeriums. Heft 11. Berlin, 1897. [14] *Graff:* Über die Behandlung der Oberschenkelbrüche mit Gehverbänden. S. 1894. Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Heft 2, Band I., 1897. [15] *Dombrowski:* Mittheilungen aus der Dorpater chirurgischen Klinik. Deutsche Petersburger med. Wochenschrift 1881, Nr. 32, S. 280. [16] *Selenkow:* Zur Behandlung der Fractura simplex. Deutsche Petersburger med. Wochenschrift 1889, Nr. 9, S. 71. [17] *Habart:* Über Formen und Grenzen der Gehverbände in der Armeepraxis mit Demonstration diesbezüglicher Apparate. Wissenschaftlicher Verein der k. u. k. Militärärzte der Wiener Garnison. Wiener klinische Wochenschrift 1896, Nr. 38. — Wissenschaftlicher Verein der k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien. Wiener klinische Wochenschrift 1897, Nr. 3. — K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Wiener klin. Wochenschrift 1898, Nr. 17. [18] *Harbordt:* Eine neue Schiene zur Behandlung von Oberschenkelbrüchen ohne dauernde Bettlage. Deutsche med. Wochenschrift 1889, Nr. 37, S. 764. [19] *Dollinger:* Adatok az alsó végtagok csonttöréseinek ambulans gyógykezeléséhez. Orvosi Hetilap 1893, 43. sz. — Einfacher abnehmbarer Gypsverband zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelfracturen. Centralblatt für Chirurgie 1893, Nr. 46. [20] *Dollinger:* Alszártörések és bokaizületi lobok ambulans gyógykezelésére szolgáló sines csizma. Orvosi Hetilap 1894, 5. sz. — Schienenstiefel zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelfracturen. Centralbl. für Chirurgie 1894, Nr. 10. [21] *Dollinger:* A czombcsonttörések ambulans gyógykezelése. Orvosi Hetilap 1893, 50. sz. — Einfacher Gypsverband zur ambulanten Behandlung der Oberschenkelfracturen. Centralblatt für Chirurgie 1894, Nr. 1. [22] *Liermann:* Zur Behandlung der Schenkelbrüche. Deutsche med. Wochenschr. 1896, Nr. 46.

Anaemia perniciosa gravis relativ gyógyulása.

Közli: *Urszinyi Gyula* dr.

(Folytatás.)

A bélantiseptikus eljárások inkább a belek obligát bakteriumainak túlságos felszaporodása ellen vannak hivatva jótékony hatást kifejteni, czéljuk az egyfajta bacteriumoknak túlságos *felszaporodását* és *virulentiáját* gyengíteni.

Az első feladat mindig a belek kiürítése; e czélra legjobb szer a calomel, ha azonban székrekedés áll fenn, úgy előbb beöntést, majd ricinust adok. Ha a belek kiürültek, 4—6 gr. salolt vagy egy enyhe sós hashajtót (budai vizet) rendelek; előbbi erjedést gátlólag hat, utóbbi a toxinok felszívódását van hivatva gátolni, mert a sós hashajtó savó-átömlést okoz a belekbe, diffusio útján, tehát a felszívódásban levő toxinokat ismét a belekbe juttatja, a honnan pedig kiürülnek.

Ha az erős bélperistaltica vizes kiürüléseket okoz, a mi az erjedést fentartja, úgy a belek opiummal való megnyugtatása helyén való, sőt a bélsarat sűrítő szerek, mint bismuth, tannalbin stb. dugasztó szerek adagolása is helyén való.

A sós hashajtóknak kemény széknél való nyujtását székrekedés ellen erélyesebb beavatkozásnak tartom, mint szükséges és hasznos lenne a belekre, azok további functióját illetőleg.

A belek ugyanis máskor is megkivánják ezen ingert, és spontan nem fognak kiürülni.

A belek antiseptikus kezelésével elértem azt, hogy a beteg étvágya javult, eleinte szabad sósavat nem lehetett kimutatni a gyomorban, a későbbi gyomormosások után *igen;* mégis az anaemia nem javult, ez ellen ferrum lacticumot, liqu. ferri albuminati-t, arsent, levicói vizet, haemalbumint kiséreltem meg, de eredménytelenül; az anaemia haladt előbbre, a beteg ágyba került, járni már nem tudott, mivel szédült, hőmérséklete 37° alatt volt, a reggeli órákban $35^4/_{10}$-re szállt le, a vital-capacitas pedig csak 500 köbcentimeter lett.

Evés után folytonos gyomornyomást érzett, ha székletéte nem volt 3—4-szer naponta, fájdalmai jelentkeztek a meteorismus miatt.

Székletéte mindig híg volt és rendkivül büzös, hús-rostokat bőven tartalmazott és igen sok bacteriumot; nyár lévén, egy két óra alatt szabad szemmel is kivehető volt a folyadék mozgása.

A székletét sürítése s az erjedésnek ily módon való csökkentése végett megpróbáltam bismuth. subnitric., tannalb. 1—1 gm.-os porokat rendelni opiummal, székletéte csakugyan kevesebb lett, de rosszabbul is érezte magát; a bélnyomás fokozódott, émelygés és hányinger is jelentkezett, a mi azt bizonyítja, hogy a bélmozgást gátló és dugasztó szerek még nem voltak indicáltak.

Továbbra is csak hetenként egyszer calomelt, salolt vagy gyenge sós hashajtót rendeltem.

A beteg objectiv és subjectiv tünetei súlyosbodtak, behunyt szemmel látva őt feküdni, halott benyomását tette; bőre viaszsárga lett, lehelete melegét érezni nem lehetett, a mellkas emelkedése alig látszott, bőre hideg, pulsusa alig érezhető volt.

Álmából sokszor felriadt, üldöztetési gondolatai, hallucinatiói voltak, nappal pedig töprenget betegsége felett, senkihez nem szólt, úgy hogy öngyilkosságtól is féltettem.

Mindezek daczára a test súlya 78 kg.-ról csak 75 kg.-ra apadt le, zsírpárnája alig fogyott meg valamit, a has körfogata $1^1/_2$ cm.-rel, a felkar és alkar körfogata $^1/_2$ cm.-rel, a czomb és alszár körfogata 1 cm.-rel lett csak kevesebb.

Az egész élet csak a vegetativ functiókra szorítkozott már; azért nem vesztett sokat súlyából a szervezet, mivel a sejtélet lett lehangolt, az éleny hiánya miatt és ennek volt kifejezése a lehangolt anyagcsere; a szövetek táplálkozása nem volt annyira felfüggesztve, mivel a vérplasma nem igen változott meg.

A sejtlégzés azért lett kisebb, mivel az oxygent vivő közeg, a *piros vérsejtek* számban megfogytak, velök tehát a *haemoglobin* is csökkent.

Azért nem fogyott meg a zsírpárna, mert nem volt elegendő haemoglobin, mely elegendő oxygent vitt volna a sejtekhez a felhalmozódott hájraktár elégetéséhez.

A diagnosis felállítása nehézségekbe nem ütközött, az anaemia *elsődleges* volt, mivel vérzések nem előzték meg; ki kellett még zárni az *anchylostomum duodenalet*, különösen mivel bányászról volt szó, a *bothryocephalus latus* kevésbbé jöhetett tekintetbe, de mivel sem vér, sem peték, sem proglottisok a bélsárban nem találtattak, kizárhatók voltak.

Leukaemia lienalis nem lehetett, mert a lép normalis volt, sem lymphatica, mert a nyirkmirigyek nem voltak megnagyobbodva, sem myelica, mert a fehér vérsejtek absolute felszaporodva kimutathatók nem voltak.

Vérvizsgálatot a betegség lefolyása alatt többször végeztem és constatálhattam a piros vérsejtek megfogyását, a vér színbeli elváltozását, valamint sürüségének csökkenését is.

Eleinte a megszúrt ujj hegyén kibugygyanó vér világosabb volt már ugyan, mint a normalis, *de még gömbalakot képezett*, mert még volt benne annyi piros vérsejt, hogy a viscositas törvényeinél fogva vércsepp képződhetett.

Később már rögtön lefolyt az ujj hegyéről, nem volt fénylő, hanem *halványvörös, opálszínű*, vékony rétegben nem is piros, de *sárgáspiros és igen nehezen alvadt meg.*

Górcső alatt a piros vérsejtek eleinte még pénztekercsszerűen rendezkedtek, később már nem, sőt egymástól elkülönítve hevertek, nem is érintkeztek, könnyen meg voltak olvashatók, nem birtak lekerekített széllel, kisebb és nagyobb sejtek, piskótakalapácsalakúak, sőt egész idomtalan alakok voltak láthatók. Thoma-Zeiss vérsejtszámlálóval egy □ mm. vérben 300,000 piros vérsejtet olvastam meg. A fehér vérsejtek relative voltak kissé felszaporodva, a piros vérsejtek közt maggal biró sejteket is találtam.

A haemoglobin mennyiséget nem határozhattam meg, mert Fleischel-féle haemometerem nem volt, de nagy mértékben megfogyhatott ez is, mert az ujj hegyéről lefolyó vércsepp nem piros, de halványvörös, sárgába átmenő színárnyalatot mutatott. Oligocythaemia volt tehát jelen, a mely szemeim előtt fejlődött ki oly fokra, hogy a vér már alig volt képes az anyagcserét fentartani.

A piros vérsejtek száma 4—5 millióról 300,000-re szállt le, ezzel arányosan csökkent körülbelül a haemoglobin mennyiség is.

A vizeletben eleinte leucin és tyrosin volt kimutatható, vér sohasem, fehérnye csak vége felé nyomokban.

Az elmondottak után, hogy a diagnosis „*anaemia perniciosa gravis*“ volt, bizonyítja még azon *Immermann* által leirt és jellegzőnek tartott tünet: *hogy organikus elváltozás nem volt kimutatható, sőt szerinte az aetiologiai ok is ismeretlen kell hogy legyen.*

Minálunk csak egy kórtörténet van ismertetve *Ángyán* tanártól *Wagner* klinikájáról.

Bizonyára több betegedés fordul elő, mert Orosz-, Franciaországban és Svájczban, már is több megbetegedés lett leirva.

Az irodalomban több kórokról van említés téve, de csak kettőt említek fel. Voltak, a kik bakteriumokat irtak le a vérben, mások ellenben csak toxinok felszívódását veszik fel a belek felől.

Én utóbbit fogadom el és *Viltschur* nézetéhez csatlakozom, ő ugyanis a belekből létrejött autointoxicatiónak tartja ezen betegséget, mely létrejött a felszaporodott bakteriumok termelte toxinok által.

A vér szerintem valószinűleg a vena portalis rendszerben érintkezik a belekből felszívódott toxinokkal és ott betegszik meg mindjárt, haemolytikus úton. Ezen nézet mellett szól azon hullalelet, hogy a gyomor és belek mucosája annyira sorvadt, hogy hasonló lett valamely savós hártyához, azaz belső fala olyan lett, mint a külső.

Ezen degeneratiót csak a belekben létrejött erjedés, mondjuk toxinképződés képes előidézni, legvalószinübb, hogy a belekben kell a megbetegítő oknak jelen lenni, *nem a vér betegszik meg tehát elsődlegesen bakteriumok által, de megfordítva.*

Az ismeretlen aetiologiai ok jelen esetben megmagyarázható: a gulyás, mely ugyan pathogen bakteriumokat nem tartalmazhatott, de undort keltő befolyása alatt a sósav- és pepsin-elválasztás szünetelt, a gyomorba jutott étel tehát nem került emésztés alá.

A gyomorban, majd a belekben időzhetett az étel napokig és felszaporodtak ezen ételekre a bakteriumok csak úgy, *mintha a tenyésztő kályhában mesterségesen tenyésztve lettek volna.*

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Reflexiók a bécsi pestis-esetekhez.

A bécsi pestis-bacillus-fertözés harmadik áldozata, Pecha Albina 22 éves ápolónő is elhunyt betegségének 10-dik napján, október 30 dikán. Újabb betegedések nem merültek fel, így tehát ezidő szerint feltehető, hogy a közijedelmet okozott, két heti tartamú esemény már a multé és hozzá nyugodt reflexiók füzhetők.

Első reflexiónk ez eseménynyel kapcsolatban a pestis-bacillus aetiologiai és diagnostikai jelentőségére vonatkozik. A pestis-bacillus felfedezése alig több négy évesnél. Hogy az kórokozója-e valóban az emberi pestis megbetegedésnek, eddigelő a teljes bizonyíték hiányzott. Valószinüség szerint lehetett csak felállítani az okozati kapcsolatot azon körülmények folytán, hogy a szóban forgó bacillus előfordul majdnem minden pestisben elhalt ember bubós mirigyében, vérében és egyes váladékaiban, hogy továbbá a pestises holttestben talált bacillusokhoz hasonló bacillusok egyéb fertőző betegségben elhalt egyének váladékában és egyéb részében nem találhatók, hogy végre ezekkel a bacillusokkal apró állatokon, különösen patkányokon az emberi pestishez hasonló betegséget lehet kisérletileg előidézni. A valószinűség a bécsi szerencsétlen esetek folytán bizonyossá változott. Alig lehet kétséget támasztani az iránt, hogy az első haláleset, a Barisch esete, csakugyan pestis-eset volt. A klinikai vizsgálat ugyan az első két napon csak kétoldali tüdőgyuladást állapított meg és kétségbe vonta a pestis-fertőzést, teljesen azonban ki nem zárhatta azt, mert a köpetben, habár nem tisztán, hanem pneumococcusokkal elegyest, a pestisre gyanus bacillusokat lehetett találni. Az első napi köpettel beoltott patkány a második napon még élt, a második napi köpettel beoltott patkány harmadnap már elhullott és benne nagyszámú pestis-bacillust találtak, ugyanaz nap halt meg Barisch és az elsőnapi köpettel oltott patkány is, a melyben, valamint a Barisch harmadnapi köpetében is nagymennyiségü pestis-bacillust észleltek. Barisch tehát kétségen kivül pestis-tüdőgyuladásban halt el, habár pestis-bubói nem is voltak. Még positivebb bizonyítékul szolgál a pestis-bacillusok specifikus fertőző voltára Müller dr.-nak és az egyik ápolónőnek Barisch halála után pár nappal bekövetkezett megbetegedése, kik csak a Barisch ápolása folytán és nem mint Barisch közvetetlenül voltak kitéve a pestis-fertőzésnek és a kiknek köpeteiben mindjárt betegségük első óráiban megjelent a pestis-bacillus, mely mindkettőjüket, úgy mint Barischt, szintén tüdő-pestisben pusztította el. A bécsi szomorú pestis-esetek tehát a pestis-bacillus és a pestis-megbetegedés közötti aetiologikus kapcsolatot emberre vonatkozólag is bebizonyították.

Ugyanezen esetekben felmerült tapasztalatok azt is bebizonyították, hogy a pestis-bacillusoknak a köpetben és a köpetből inficiált állatokban való kimutatása a pestis megállapítására diagnostikus értékü. Maga a bacillusok kimutatása azonban gyakorlatot igényel. Müller dr. maga, ki Bombayban mint klinikus sok pestis-esetet észlelt, az első két napon csupán bilateralis tüdőgyuladásnak tartotta az esetet, a pestis gyanúját a köpetvizsgálat alapján Gohn dr. állitotta fel, nyilván annak következkeztében, hogy ő mint pathologus és a pestis-bacillus tenyésztője gyakorlottabb volt a bacillusok felismerésében.

Barisch betegségének harmadik napján már Müller dr. maga is Gohn dr.-nak adott igazat és pár nap mulva saját magán és Pecha ápolónőn is a köpetvizsgálatból tette meg a pestises tüdőgyuladás diagnosisát. E körülmény arra szolgál útmutatóul, hogy a pestis-bacillusoknak élő tenyészetekben való vizsgálata adhatja meg a biztos gyakorlatot azoknak helyes felismerésére.

Ugyane körülmény adja tollunk alá a további reflexiókat is. Barisch betegsége pestis voltának megállapítása után, mely fájdalom, csak a halál bekövetkezése idejekor történt a végrehajtott szigorú elkülönítés és egyéb óvószabályok pontos betartása lokalizálták a bajt. Müller dr. és Pecha ápolónő kétségen kivül még Barisch halála előtt annak ápolása közben kapták meg az infectiót; azután, hogy Müller dr. és Pecha szigorú elkülönítése történt és a talán túlzott, de szigorúan keresztülvitt óvórendszabályok szorosan megtartattak, sem a betegek kezelését átvevő Pöch dr., sem az ápolónők nem kapták meg a bajt Pecha betegségének hosszas lefolyása daczára. Ezekből kitünik az, mennyire fontos az első pestis-eset természetének pontos felismerése, a melyre a módot az állatkisérlettel kapcsolatos bakteriologiai vizsgálat adja meg, a mely azonban csak úgy végezhető sikeresen, ha a köpetben vagy vérben talált bacillusnak pestis-természete diagnostizáltatik, a mi megint biztosan nem a leirásokkal vagy rajzokkal, hanem az élő pestis-bacilluskulturákkal való összehasonlítás útján történhetik meg.

Nyilvánvaló a mondottakból az, mennyire indokolatlan és érthetetlen volt az a hajsza, mely az elmult két hét folyamán úgy Bécsben, mint részben nálunk is a bacillusok és egyáltalán a bakteriologia ellen keletkezett. Nem szólunk egyes alármkeltő napilapok hecczes közleményeiről, hanem szólunk arról, hogy úgy Bécsben, mint nálunk hivatalosan el lett rendelve az egyes tudományos intézetekben a pestis-bacillusoknak és az azokkal netán beoltott állatoknak megsemmisítése, sőt egy túlbuzgó félreértés valamennyi és bármily anyaggal beoltott kisérleti állatot is el akart intézeteinkből pusztitani. Ha a közijedelem pillanatnyi csillapítására alkalmasnak látszott is a laboratoriumi pestis-bacillusoknak ilyetén erőszakos kiirtása, nem volt az indokolt, sem a tudomány, sem a közegészség szempontjából, nem pedig különösen nálunk. Valószinü ugyan, hogy ha a bécsi kórboncztani laboratoriumban nem tenyésztik vala a pestis-bacillusokat, a szóban forgó pestis-esetek sem keletkeznek, de az is kétségtelen, hogy ha ama laboratoriumban nem foglalkoztak volna megelőzőleg pestis-bacillusok vizsgálatával, nem ismerték volna fel Barisch esetében az igazi bajt és őt egyszerü tüdőgyuladással befekteték volna a közkórház többi betegei közé és ki tudja, vajjon lehetett volna-e csupán két áldozat árán localizálni az egész betegséget? Nálunk pedig épen indokolatlan, sőt közegészség ellenes koczkázatos dolog volt a meglevő pestis-bacillusok megsemmisítése, mert az által meg voltunk és meg vagyunk fosztva attól, hogy egy netalán idejutott pestisre gyanus fertőzés esetén összehasonlítás hiján idejekorán felismerhessük a bajt és kellő gyorsasággal megtehessük a baj localizálására szolgáló hygienei intézkedéseket. Épen ez okok alapján közegészségügyi tekintetekből nem elpusztítani kellett volna a laboratoriumainkból a pestis-bacillusokat, sőt inkább, ha nem lettek volna is, el kellett volna látni intézeteinket, klinikáinkat, kórházainkat ily minta pestis-bacillustenyészetekkel. Szerencsére ez idő szerint nincs okunk tartani attól, hogy ily pestisre gyanus esetek merüljenek fel nálunk. Jövőre azonban okulást szerezhetünk a mostaniakból arra, hogy túlbuzgó, de rövid szemhatárú intézkedésekkel épen azon ügynek ne ártsunk, a melyen segíteni akarunk.

Perczel Dezső belügyminister jelentése az országgyülésben Magyarország 1897. évi közegészségi viszonyairól.

(Folytatás.)

Már előző évi jelentésemben kiemeltem azon feltünő különbözetet, a mely a bejelentésre kötelezett fertőző betegségek okozta halálozások adatait illetőleg a törvényhatóságok részéről bejelentett és az anyakönyvekben feljegyzett adatok között mutatkozik, a mennyiben különösen a vármegyei törvényhatóságokból bejelentett halálozások száma némely fertőző betegségnél még felét sem teszi ki az anyakönyvekben ugyanazon betegség folytán feljegyzett halálozások számának. Azon jogos feltevés alapján, hogy a fertőző betegségek bejelentését az illetékes törvényhatósági közegek elhanyagolják, körrendeletben intézkedtem az iránt, hogy a fertőző betegségek bejelentésére vonatkozó fennálló intézkedéseket a törvényhatóságok a lehető szigorral hajtsák végre s intézkedtem arra nézve is, hogy e tekintetben a központból is behatóbb ellenőrzés gyakoroltassék. Miután sok jelenség arra mutatott, hogy az anyakönyvi bejegyzések és a törvényhatósági bejelentések alapján rendelkezésemre álló adatok már jelzett feltünő számbeli különbözete nem csupán a bejelentések elhanyagolásából, hanem a halál-okoknak a nem orvos halottkém által történt hibás megállapításából és feljegyzéséből is származik, a m. kir. központi statistikai hivatallal érintkezésbe lépve intézkedtem az iránt, hogy a halottvizsgálati bizonyítványok alapján az anyakönyvekben feljegyzett halál-oki megnevezések a hibaforrások kiderítése czéljából szakszerüen közelebbről megvizsgáltassanak. E vizsgálatok — mint az sejthető volt — azt derítették ki, hogy a nem orvos halottkémektől származó halál-ok-megállapítások igen tekintélyes része a valóságnak meg nem felelő, megbizhatatlan, részben a halál-ok megnevezése nem szabatos.

A halál-okok megnevezését illetőleg az orvos-halottkémek feljegyzései is még igen sok kivánni valót hagynak. Tudva azt, hogy az országban, ott hol orvos-halottkém nincs, általában mily csekély műveltségü, gyakran irni-olvasni sem tudó egyének végzik a halottkémlés fontos teendőit, alig lehet kétség az iránt, hogy a jelzett nem kicsinyelhető bajokon csupán az orvosi halottkémlés lényeges kiterjesztése segithet gyökeresen. Addig is azonban, míg ez a tervezett közigazgatási reformok keretében elérhető lesz, megtettem a lépéseket arra nézve, hogy a halottkémlési rendeletek revisiója, a nem orvos-halottkémek fokozatos kitanítása, a halál-okok megállapításának behatóbb ellenőrzése útján a haláloki adatok nagyobb megbizhatósága elérhető legyen.

Az egyes bejelentésre kötelezett fertőző bántalmak elterjedéséről a következőket jelenthetem:

A hólyagos himlőben elhaltak száma az előző évhez viszonyítva lényegesen kevesbedett, a mi kétségkivül az első oltások és újraoltás behatóbb foganatosításának tulajdonitható. Ugyanis 1896-ban 2019 egyén halt el e betegség folytán, míg 1897-ben csupán 1506. E szám — tekintve azon müvelt államokban elért eredményeket, hol kényszeroltás van elrendelve, mint hazánkban — még mindig igen magas. Magyarázza ezt azon rendkivüli nehézség, a melylyel a szétszórt tanyákon lakó nép, valamint a vándorczigányok beoltásának foganatositása és ellenőrzése jár hazánkban. A tanyai lakosság orvosi ellátásának fokozatos javításától e tekintetben is üdvös eredmény várható. Legnagyobb mérvü volt a halálozás a hólyagos himlő folytán Erdélyben, hol Csik és Hunyad vármegyékben járványszerüen uralkodott. Igen csekély mértékben mutatkozott e bántalom a Tisza-Maros szögében. A vármegyei törvényhatóságok közül csupán Komárom és Moson vármegyék maradtak mentesek a betegségtől, míg a városokban nehány kivételével egyetlen halálozás sem mutatkozott, világos bizonyitékául annak, hogy a hol az oltások pontosan keresztülvitetnek, a bántalom megkiméli a lakosságot.

Diphtheritis és croup folytán az anyakönyvi adatok szerint 14,007 egyén halt el 1897. évben az országban. (A törvényhatóságok 6681 halálozásról számolnak be.) Az előző évhez viszonyítva is lényegesen enyhült e betegség pusztítása. Ez évben is különösen Erdélyben (3402 h.) mutatkozott tekintélyesebb mérvben e betegség, hol Hunyad vármegyében járványszerü jelleget öltött. Egyébként az egész országban csak szórványosan volt elterjedve.

A diphtheria elleni serum-gyógymód eredményéről az 1897. év folyamán beérkezett jelentések alapján az alábbiakban adhatok számot:

	Serummal kezeltek száma	Serummal kezeltek közül meghaltak
Duna balpartja	679	126
Duna jobbpartja	1516	351
Duna-Tisza köze	1694	318
Tisza jobbpartja	679	126
Tisza balpartja	767	174
Tisza Maros szöge	600	128
Erdély	2017	321
Kórházakban	1478	321
Összesen	9430	1865 = 19·8%

Ezek szerint a diphtheria elleni serummal kezelt betegeknek csupán 19·8%-a halt el, holott — mint ismeretes — a serum-gyógymód alkalmazása előtt hazánkban a diphtheriás betegeknek 40—50%-a halt el. Nem hallgathatom azonban el, hogy az általában kedvező statistikai adatok daczára szakkörökben több oldalról kételyek merültek fel a diphtheria elleni serum-gyógymód kedvező hatása iránt s ennek is tulajdoníthatni, hogy a diphtheriában megbetegedettek jelentékeny %-a Magyarországon serummal nem kezeltetik. Az uralkodó kételyeket bizonyára csupán hosszú időn át gyüjtött alapos megfigyelések lesznek képesek eloszlatni s ezért intézkedni fogok az iránt is, hogy az országban végzendő diphtheria elleni serumoltásokról — habár egyelőre kisebb területen — pontos, beható feljegyzések gyüjttessenek.

Mint az előző években, ez évben is gondoskodtam arról, hogy a lakosság számára állandóan megfelelő hatású olcsó diphtheria elleni serum álljon rendelkezésre s az a szegényeknek az ország minden részében azonnal díjtalanul kiszolgáltassék.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Handbuch der Gewerbekrankheiten, von **Dr. Th. Sommerfeld**. Berlin. Verlag v. Oscar Coblentz. 10 Mark.

Mióta *Hirt*-nek a munkások megbetegedéséről szóló, az ipari megbetegedés s az ipar egészségtan terén úttörő munkája meg-

jelent, azóta az ipari s foglalkozásbeli megbetegedésekről csak igen kevés könyv látott napvilágot. Kisebb monographiák s értekezések voltak többnyire azok, melyek egyes üzemek s gyárak veszélyességét, a különböző iparnemek veszélyességét ismertették, vagy olyanok, melyek a kisipar és a házi ipar kártékony voltát tárgyalták, részben pedig olyanok, melyek az egyes foglalkozásoknál előforduló megbetegedéseket megbeszélték. Mindezek vagy csak általánosan foglalkoztak a foglalkozások megbetegedéseivel, vagy azokat csak socialis szempontból (pl. *Kley*) méltatták. A nagyobb munkák közül *Popper*-é nem annyira a munkások idegbetegedéseit tárgyalta, mint inkább technikusoknak akart orvosi tanácscsal s útbaigazítással szolgálni; *Weyl*-nek nagyipari egészségtanában inkább a nagyobb ipari ágazatok lettek tárgyalva, míg a kisebb ipari foglalkozások kevésbbé lettek vagy egyáltalában nem, figyelembe véve.

Sommerfeld, ki önálló megfigyelésein s észlelésein alapulva, leirta volt a kőfaragók, kőszobrászok, a porczelánmunkások megbetegedéseit s viszonyait, ki az üvegmunkások egészségügyi helyzetét ép oly hüen ecsetelte orvosi szempontból, mint a hogy megirta a munkások tüdővészéről szóló észlelését, ezen egyenként megjelent czikkeit, valamint az ezekben felemlített egészségügyi reformokat s befektetett elveket kibővitette s a még hiányzó ipari megbetegedésekkel megtoldotta, úgy hogy mindez jelenleg egy műben csoportosítva foglal helyet. Ezen fáradsággal összeállított munka egy szakmabeli hiánynak felel meg, mert Hirt s Popper munkáinak megjelenése óta számos új iparág alakult, melyek a velük foglalkozók részére új s új veszélyt rejtettek magukban. Ez idő óta a gépipar is nagyot lendült, miáltal a balesetek gyakrabbakká s változatosabbakká váltak; mindezzel lépést tartott a vegyészet széltébeni alkalmazása az iparban, miáltal a heveny s idült mérgezések sorozata kifejlődhetett. Ezzel egyidejüleg fejlődött az orvostudomány minden téren, a bakteriologiai ismeretek tökéletesbültek, a traumatikus eredet folytán keletkezett belső bántalmak — a tüdő, szív, idegrendszerben — ismeretessé lettek, úgyszintén a munka, a túlerőltetés által keletkezett szívtágulás tana. A haladás mindeme különböző nemeiről ezen könyvben említés van téve az új s legújabb irodalomnak figyelembe vételével.

Ezeknek összegyüjtése egy könyvben annál inkább vált szükségessé, mert az orvostanhallgató ritkán jut ama helyzetbe az egyetemen, hogy figyelmét az ipari betegségekre fordíthatja. Csakis idövel sajátíthatja el magának már személyes megfigyelése alapján ama gyakorlati tapasztalatokat és nem ritkán tapasztalja a tanításnak ezirányú hiányát, különösen, ha mint betegpénztári orvos vagy mint más socialis intézmény — baleset-, rokkant-intézet — bizalmi orvosa, eddig előtte ismeretlen betegségek s jelenségekkel szemben találja magát.

A könyvnek első 170 oldalra terjedő része az általános ipari kórtan s ipari egészségtannak van szentelve. Az ipari üzemnek az egészségre hátrányos s kártékony befolyása, általános óvó rendszabályok, az ipari munkások egészségét s életét védő törvényes intézkedések, a szövetségtanács által kiadott különböző iparnemekre vonatkozó (pl. szivar-, gyufa-, gummi-gyár, nyomda, sütőde stb.) rendeletek vannak e fejezetekben laikusok számára is könnyen érthető, egyszerü irályban tárgyalva s magyarázva. Ezen fejezetek egyikében Sommerfeld kiemeli ama jelentékeny befolyást, melyet az iparfelügyelök a munkások egészségügyére kifejteni képesek volnának, ha soraikba orvosok is belépnének[1]. Az ipari felügyelök technikai elöképzettsége s vegyi tudománya még nem elegendő, mert feltétlenül szükséges volna, hogy az orvosilag is kiképezve legyen. Igen helyesen volna beosztva, ha az iparfelügyelök főleg a kazánok felülvizsgálásával, az üzemek biztonságával tüz s baleset ellen foglalkoznának, míg az orvosilag képzettek figyelmüket általános, egészségügyi viszonyokra fordítanák.

A könyv nagyobb második felében Sommerfeld részletesen foglalkozik az ipari megbetegedésekkel. Az első fejezetben a kövek s a föld ipara tárgyaltatik s pedig külön-külön kőfejtők, kövágók, kömívesek, mész- s gipszégetők, a czement s pala-iparosok, az üvegmunkások, az optikai s keramiai (tégla-, porczellán-, agyagárú-) munkások egészségügye. A második fejezetben le van irva a vas, ólom, chromat, réz, horgany, higany, arany s ezüst feldolgozásának módja s az azzal foglalkozók, úgyszintén a vésnök, a galvanotechnikus s hasonló foglalkozásúak egészségi viszonyai.

Ezen fejezetek mindegyike mély betekintést nyujt az illető iparág egészségi, megbetegedési s veszélyességi viszonyaiba, mert a szerző ép oly beható alapossággal taglalja a feldolgozandó anyag különböző sajátosságait, a módot, melylyel ez feldolgoztatik, mint a munka-termek vagy a műhely leirását; e mellett sohasem téveszti szem elől megfigyelni ama befolyásokat, melyek a munkás szervezetét kártékonyan befolyásolhatnák. Ezen feljegyzésekhez társulnak a betegpénztárak s az anyakönyvekből szedett morbiditási s mortalitási statistikák, életkor szerint rendezve s összehasonlítva az általános morbiditási s mortalitási statistikákkal. Egy fejezet sem nélkülözi ama balesetek statistikai számértékeit s feljegyzéseit, melyek ama foglalkozásnál előfordulni szoktak, valamint a balesetek elleni törvényes s nem törvényes óvintézkedéseket.

A szerző mindezeken felül minden alkalommal a munkások socialis helyzetével is foglalkozik, úgymint a munkabér s a kereset magassága, lakás s élelmezési viszonyok, a szeszes italokkal — sör, pálinka — való visszaélés mérve stb.

E könyvben az élettani, kórtani s óvgyógymódi megfigyelések ép oly behatóan vannak tárgyalva, mint a különböző iparnemek technologiai része, úgy hogy annak elolvasásával az orvos ép úgy húzhatja a tudományos hasznot, mint a gyáros, gyárvezető, ipari felügyelő s technikus, kiknek számára ezen mű hálás tanulmány volna.

A könyvnek olcsósága mellett remélhető, hogy az rövid idő alatt sokak által olvasva lesz, mi által az egészségügyi ismeretek terjedni fognak; az ipari megbetegedésekre pedig nagyobb, őket megillető figyelem lesz fordítva. *F—ch.*

[1] Sommerfeld ezen nézetét már 1896-ban hangoztatta Friedrich (Gyárak egészségügyi intézményei. Klinikai füzetek VII/1.), csakhogy eddig eredmény nélkül.

II. Lapszemle.

A iuxta-cervicalis elitrotomiát ajánlja *P. G. Spinelli* savós vagy genyes pelvi-peritonitisnél, a lig. latum phlegmonejánál, periuterinalis haematocelenél, pyosalpinxnál vagy elgenyedt cystáknál. 20 ilyen esetről számol be, melyek mindegyikénél teljes gyógyulást ért el. A tumor elhelyeződése szerint a mellső vagy hátsó hüvelyboltozaton egy semicircularis harántmetszést végez, a collum egész szélességében. A kés lapátvégü nyelével tompán készit utat a tumor faláig, melyet ujjal vagy ollóval nyit meg. A tumor (vagy tumorok) kiürítése után vastag double-courante sondával bőven kiöblíti az üreget valamely antiseptikus folyadékkal. A tumor falát 4 selyem-öltéssel oda tűzi a vaginalis-seb széleihez; e fonalakkal széttárva a nyilást, jó erősen kitamponálja az üreget steril-gazezel, a mely ichthyol-glycerin vagy protargol 10%-os oldatába van áztatva. 24 óránkint megújítása e tamponadenak, előzetes antiseptikus kiöblítés s ujjal való kitakarítás után. 4—8 nap mulva két, egymással egyesített, gummi-csövet vezet az üregbe, melyeken keresztül napjában 2—3-szor végez üregöblítést, sublimattal, itrollal vagy lysollal. A csövek 18—40 nap mulva spontan kilöködnek. Ekkor okvetetlenül szükséges vastag sondával a residualis-üreget átkutatni, hogy megtudjuk, vajjon a csövek kiesése tényleg az üreg kitelődése következtében történt-e? Ha még néhány cm.-nyi ürmenet maradna meg, akkor a külső nyilást még mindig nyitva kell tartani s az üreget öblíteni; esetleg a nyilás tágítása vagy bemetszése is szükségessé válhatik. Ez elővigyázatok nélkül ki vagyunk téve annak a veszélynek, hogy a periuterinalis tumor újra képződik. Az elitrotomia indicálva van: minden oly medenczebeli, periuterinalis genyedésnél vagy vérfelhalmozódásnál, mely combinált vizsgálattal a vaginán át elérhető s ha legalább egy havi megfelelő kezelésre (absolut nyugalom, jégtömlő, tejdiaeta, hashajtók) nem szívódik fel a gyuladásos tumor, ha a fájdalmak továbbra is fennállanak, menses idején erősödve és a lázas hőemelkedés állandóvá lesz. Contraindicálva csak az abdominalis fejlődésű, perimetro-salpingitises tumoroknál van e műtét, melyeknél a megvastagodott peritoneum s régi exsudatumokba ágyazott uterus és adnexa áttörhetetlen diaphragmát képeznek, melyen az abdo-

minalis fejlődésü, gyuladásos tumor fekszik, mint genyes, savós vagy véres savós rekeszek agglomeratuma. (Arch. ital. di Ginecologia. 1898. Nr. 4.) *Nádory* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. november 4.

Az országos közegészségi tanács f. hó 3-dikán tartott üléséből a bakteriologiai tudományos vizsgálódások érdekében a következő felterjesztést intézte belügyminiser úrhoz:

Nagyméltóságú belügyminister úr!

A Bécsben előfordult laboratoriumi pestis-esetek következtében úgy ott, mint nálunk, oly mozgalom keletkezett, mely nemcsak a tudományos haladásnak, hanem a közegészségügynek is legnagyobb ártalmára válik.

A félrevezetett és minden valódi indok nélkül megriadt közvélemény a bakteriologiai vizsgálatokat oly veszedelmesnek tartja, hogy még hatósági intézkedéseket is követel azok elnyomására, melyek tényleg a közvélemény nyomása alatt el is lettek rendelve.

Ily körülmények között hivatásunkból folyó kötelességünknek tartjuk, a téves felfogások által nagy mérvben veszélyeztetett közegészségügyi érdek szemmeltartásával, álláspontunkat ezen ügygyel szemben jelezni és nagyméltóságodnak tudomására hozni:

A bakteriologia fejlődése és az ezzel egybekötött vizsgálatok nem csak a szenvedő emberiségre váltak üdvösekké, hanem az állatokon végbezvitt s bizonyos betegségeik ellen, mint: anthrax stb. hatályos oltások tagadhatatlan és elismert eredményei azokat nemzetgazdászati szempontból is igen értékesekké tették.

Mai napság senki se fogja már tagadásba venni, hogy a diphtheria ellenes gyógyserum, úgymint a veszettség ellenes oltások a gyermekeknek ezreit s számos megmart gyermeket és felnőtt egyént mentettek meg a haláltól.

Ugyszintén tagadhatatlan az is, hogy a bakteriologiai vizsgálat folytán állapithatók meg leggyorsabban és legbiztosabban az emberiséget pusztító nagy járványoknak, mint kolerának, pestisnek első esetei és ez által megadatik a lehetőség arra, hogy azon első esetek elszigetelése által az öldöklő járványok tovaterjedése meggátoltassék.

Midőn tehát a bakteriologiai vizsgálatokkal az egész ország, sőt egy világrész lakóinak, pusztító járvány ellen való sikeres védelmezése van összefüggésben: azokat megakasztani azért, mert Bécsben, vagy bárhol máshelyt, ki nem derített okokból, vagy a kellő óvatosság elmulasztása folytán a gyógyserumok készitésével foglalkozók esetleg meg is halhatnak, az egész emberiség ellen elkövetett bűn volna.

Azok közül, kik saját életük veszélyeztetésével szolgáltak a tudománynak, már sokan estek áldozatul hősies elszántságuknak; tanárok, tanársegédek, kórházi orvosok s magángyakorló orvosok is elég gyakran vesztik el életüket az emberiség szolgálatában, de azért még egy művelt államban sem jutott érvényre azon nézet, hogy e miatt az emberiség javára szolgáló tudományos kutatást kelljen betiltani s annak eszközeit megsemmisiteni.

Ily nézetek érvényesítése mellett majdnem minden kisérleti tudomány ápolása lehetetlenné válnék; a vegytani, természettani kisérletek folytán is fordultak elő halálos kimenetű balesetek, de azért senkinek sem jutott eszébe azon tudományok eszközeit elkobozni.

A bakteriologiai vizsgálatok kellő óvatossággal eszközöltetvén, sem a vizsgálóra, de annál kevésbbé a közönségre vesz lylyel nem járnak; az pedig, ki ily tudományos vizsgálatokkal foglalkozik, legjobban ismeri azon veszélyeket, melyek a kellő óvatosság elmulasztásából származnak s ugyanazért az ily mulasztástól legelőbb is saját érdekéből fog óvakodni; s tényleg hazánkban a szóban forgó vizsgálatok, habár azok úgy Budapesten, mint Kolozsvárt az egyetemi és más bakteriologiai intézetekben gyakoroltatnak, semmiféle balesetre alkalmat nem adtak és kellő elővigyázat mellett a jövőben sem fognak adhatni.

Czélszerűtlen és minden tekintetben czél nélkül való is lenne az ily vizsgálatokra szolgáló intézeteknek a székes fővároson vagy más városon kivül való elhelyezése, mert ez által az infectio — ha tényleg megtörténhetnék — nem lenne elkerülhető.

Tekintve az előadottakat, arra kérjük Nagyméltóságodat, miszerint, mint a közegészségügyi intézkedéseknek legfőbb őre, a bakteriologiai intézeteket, úgy mint a bakteriologiai vizsgálatokat épen a közegészségügy érdekében, az indokolatlan félelemből, vagy bármily más okból származó s a közművelődéssel is ellenkező támadások ellen védelmébe és oltalmába venni méltoztassék.

Kelt Budapesten, 1898. november 3-dikán tartott tanácsülésben.

Müller Kálmán dr., elnök. *Csatáry Lajos* dr., min. tanácsos, a tanács ügyzője.

Üdvözöljük az országos közegészségi tanácsot az orvstudományi kutatás és a közegészségügy érdekében tett e határozott állásfoglalásáért. A közegészségügyi kormányzat kezében nyomatékos fegyverül fog az szolgálni a tudományos buvárkodás szabadsága ellen bármely okból felmerülő támadások visszatartására és a tudatlanságból vagy czélzatosan félrevezetett közönségnek a dolgok igazi állásáról való felvilágositására.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. október 16-dikától 1898. október 22-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 432 gyermek, elhalt 222 személy, a születések tehát 210 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2359 beteg, szaporodás 794, csökkenés 693, maradt e hét végén ápolás alatt 2460. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 3, hökhurut —, kanyaró 8, vörheny 10, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 6, agykérlob 12, agyvérömleny 2, rángások 5, szervi szivbaj 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 28, tüdőgümő és sorvadás 35, bélhurut és béllob 42, carcinomata et neoplasmata alia 12, méhrák 3, Bright-kór és veselob 6, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, aszkór, aszály és sorvadás —, aggkór 7, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. október 23 dikától október 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 23 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 35 (meghalt —), vörhenyben 75 (meghalt 3), kanyaróban 643 (meghalt 8), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 32 (meghalt 2), trachomában 30, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 3 (meghalt —), orbánczban 40 (meghalt —), gyermekágyi lázban 2 (meghalt 1).

○ **A budapesti orvosok szövetsége** f. hó 8-dikán, kedden d. u. 6 órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében (VIII., Szentkirályi-utcza 21. sz.) ülést tart, melyen *Babarczi-Schwartzer Ottó* dr. fogja elnöki beköszöntőjét tartani, továbbá eszmecsere tartatik *Friedrich Vilmos* dr.-nak „A betegpénztárak" tárgyában tett javaslatai felett.

= **A pozsonyi Ferencz József-gyermekkórház története 1857—1897.** Ez intézet 41 évvel ezelőtt, közadakozás alapján létesült; áll egy főépületből, elkülönitő pavillonból, melyek egy szép kertben vannak elhelyezve egyéb mellékhelyiségekkel együtt; 40 teljesen berendezett ágy van a betegszobákban. A fekvő betegek évi átlaga a 100-at meghaladja; a járóbetegek száma már 1896-ban 2072-re nőtt. A kórház vagyona 1896. végén értékpapirokban 33,912 frtot, takarékbetétek ben 7427 frtot, épitési alap czimén 10,607 frtot tett ki.

△ **A Hungaria-vasfürdő megnyitása** Budapest, Nyár-utcza 7. sz. alatt f. hó 3-dikán történt. A fürdő a régi „nyárutczai vasfürdő" helyén épült a modern egészségtan, a technika és műipar minden vivmányának felhasználása mellett. Van benne egy gőzfürdő három nagy medenczével, a legnagyobb 182 m. hosszú és 72 m. széles, belégzőteremmel, szárítókamarával, két gőzkamarával, zuhanyteremmel, tornakamarával és egy nagy társalgó-teremmel. Az I-ső emeleten 50 kád, a souterrainben kőfürdők vannak. Víz bőven van; 12,000 hektoliter naponként. A fürdő belső berendezése maga 200,000 frtba, az egész fürdő több mint félmillió frtba került. A fő- és székváros ismét egy hasznos hygienei intézménynyel lett gazdagabb. *Ringer Géza* és *Ringer Lajos* dr. urak, mint e szép fürdő tulajdonosai, megérdemlik, hogy vállalatukat a főváros közönsége kellő anyagi pártolásban részesítse.

— **Daniel Ödön** dr. fogarasvármegyei kórházi igazgatónak ezen minőségében kifejtett buzgó és sikeres működéséért a király elismerését nyilvánitotta.

= **Megjelent füzetek.** Prof. *C. Binz*: Receptbűnök és azok következményei, fordította *Hell Aladár* sz. o. Budapest. Ára 20 kr. — *Kossa Gyula* tnr. Mesterséges köszvény előidézése mérgek által. Különlenyomat. — *Chotzen*: Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten für Studirenden und Aerzte. Hamburg und Leipzig XI. és XII. füzet. 1898. — *Werler O.* Über chirurg. Erfahrung mit löslichen metallischen Silber etc. Különlenyomat. 1898. — Dr. *Josef von Körösy*: Zur Serumstatistik. 1898. Különlenyomat a Therapeutische Monatshefte folyóiratból.

Üzletnagyobbítás. Keleti J. orvos-sebészeti műszer- és kötőszergyáros Budapest, IV., Koronaherczeg-utcza 17, üzletét tetemesen megnagyobbította és a modern kor legmesszebbmenő igényeinek megfelelőleg rendezte be. Állandó kiállítást tart: a legújabb orvosi műszerekben, vizsgáló-asztalok, műszer-szekrények, valamint villanygépekben. A t. cz. orvos uraknak becses figyelmébe ajánljuk ezen állandó kiállításnak megtekintését. Műszereknek javítását, angol működszörűlést pontosan és gyorsan eszközöl a fenti czég javítóműhelye.

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.
Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**
A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Rosányi Béla.**

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.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár **ideggyógyintézete** Compenzáló gyakorlati gyógymód (Dr. Frenkel-féle módszer). Elektrotherapia. VI., Podmaniczky-utcza 10.

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/2 2—1/2 4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXII. rendes ülés 1898. október 29-dikén.) 561. l. — A düsseldorfi orvostörténelmi kiállitás. (1898 julius—október.) 562. l. Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon. (1898. május 15-dikén tartott közgyülés.) 563. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés 1898. október 29-dikén.)

Elnök: **Székács Béla**; jegyző: **Lévai József.**

Tihanyi Mór dr. a következő indítványt nyujtja be:

1. Örökitse meg a budapesti kir. orvosegyesület a mai ülésről szóló jegyzőkönyvben *Müller Hermann* dr.-nak hivatása teljesitése közben pestisben történt gyászos elhalálozása fölötti őszinte fájdalmát és emléke iránt érzett nem muló tiszteletét. 2. Bizassék meg a tisztelt elnökség azzal, hogy a bécsi császári orvostársulatot e határozatunkról átiratilag értesitse és egyszersmind felkérje, hogy a budapesti kir. orvosegyesület igaz részvétét a megdicsőült kartárs családja előtt tolmácsolni sziveskedjék.

Mycosis fungoides d'Alibert.

Róna Sámuel: A mycosis fungoides ritka betegség; évekig tart, progressiv és csaknem mindig halálos. Ma két főtypust vesznek fel az autorok az eddig közölt esetek alapján. I. typus a classikus Bazin-féle typus. Ez eléggé tanulmányozott, általánosan ismert: kezdetétől kimenetéig. Ennél három periodust vagy stadiumot különböztetünk meg: *a*) az eczematoid stadiumát, mint a betegség kezdeti stadiumát. Congestio, futólagos vagy maradandóbb erythemaszerű foltok vagy eczemaszerű hámló vagy alig nedvező jelenségek, vagy urticariaszerűen pöffedt, legtöbbnyire igen viszkető laesiók jelentkeznek a bőrön, váltakozva vagy bizonyos egyhangúsággal — és a jövő nagyszerű fejleményekre nem mindig jellemzően — különböző nagyságban. Ezen szak hónapokig, évekig tarthat. *b*) A lichenoid stadiumot, a mikor az emlitett laesiók helyén a bőr megvastagszik, kiemelkedő kemény, lapos, a legkülönbözőbb: kör, félkör, kigyózó, korong alakokat mutató állandóbb papulák, barnavörös plaque-ok képződnek a viszketés fokozódásával, ezt követő elváltozásokkal, excoriatiókkal, mechanicai és fertőzési dermatitissel stb. Ugy az első, mint ezen stadiumban a laesiók nyomtalanul nagy pigment visszahagyásával visszafejlődnek, majd újabbak keletkeznek, és pedig úgy, hogy mindkét stadiumbeli laesiók egyidejűleg is észlelhetők, és ezen két stadium hónapokig, évekig elhúzódhatik, hogy végül átmenjen a következőbe: *c*) a fungosus, ulcerosus, daganatos stadiumba. Már az előző stadiumban megváltozik a közérzet a folytonos viszketés által okozta nyugtalanság, álmatlanság folytán; nagy anaemia, gyengeség, étvágytalanság, rosszullét érzete és lesoványodás is észlelhető már ekkor, de kiemelendő, hogy a teljes jó érzés és munkabirás évekig is intact maradhat. Mindezen általános tünetek a daganatos szakban a maximumig fejlődve, teljes cachexiát okoznak. Láz (remittáló vagy intermittáló) főleg a daganatok heveny vagy subacut rohamokban kifejlődésénél mutatkozik, különben csak társuló fekélyedések, lymphangioitis, erysipelas folytán. Ugy az általa 1885-ben leirt, mint a most bemutatandó eset ezen typushoz tartozik.

Mycosis d'emblée a II. typus, a mikor a két primaer prodromalis, praeliminaris szak kimaradásával egyszerre körülirt daganatok keletkeznek ép bőrön, vagy kissé kiemelkedő, maradandóbb jellegű foltokon. Ezen alak is lethalis kimenetelű. Ugy ez, mint az irodalomban még ismertetett alfajok még rászorulnak a klinikai és kórbonctani kutatásra.

A betegség aetiologiája, pathogenesise teljesen homályos és a laesiók localisatiója, a localis laesiók bonctani charaktere is vitás.

A mi az aetiologiát illeti, némelyek infection alapulónak tartják. *Hanner* és *Rindfleisch*, majd *Schiff* és *Hochsinger* coccusokat találtak a daganatokban; mig mások: *Köbner*, *Géber*, *Neisser* nem. Valószinű, hogy külső fertőzésről volt szó. Mindazonáltal ezen irányban kiterjedten fog vérvizsgálatokat is eszközölni. A mi a localisatiót illeti, a régibb nézetekkel szemben, ma határozottan állitható, hogy a legkülönbözőbb belső szervekben is vannak a bőréhez hasonló elváltozások, sőt hogy a nyirokmirigyek megbetegedése is hozzátartozik a kórfolyamathoz. A bonctani elváltozások szöveti jellegét némelyek lymphadeniának (Pseudoleukaemia) fogták fel. *Gillot*, *Ranvier* kezdeményezésére azonban ma még a pseudoleukaemia fogalma és lényege sem tisztázott; mások által sarcomajellegűnek, ismét mások által lobos újképletnek tartatik. A betegség haematologiája teljesen elhanyagolt; újabb, behatóbb vizsgálatokra van szükség. Annyi ténynek látszik szóló előtt, hogy a leukocytosis és a vérelváltozás ezen bántalomnál következményes.

A diagnosis csak ritkán ütközik nehézségekbe, ha az anamnesist pontosan veszszük fel és kellő jártasságunk van a localis laesiók elbirálására, a vérvizsgálatot is megejtjük és az egész szervezetet átvizsgáljuk.

A therapiára vonatkozólag csak a kisérletek határán állunk; csak *Köbner* látott gyógyulást arsensubcutan injectiójára és *Pick* javulást, *Basin* erysipelas után gyógyulást. Mindez azonban arra kötelez bennünket, hogy a kisérleteket fel ne adjuk. A localis leirás által okozott subjectiv kimeneteket sem tudták eddig befolyásolni. Az eset röviden a következő:

I. I. 50 éves, nős, földmives, falusi biró 1898. julius 1-én jött az osztályra, honnan 11 napi tartózkodás után, a nagy dologidő miatt kiment, hogy folyó hó 3-án újból felvétesse magát. Anamnesis: jelen baja 8 év előtt kezdődött a hátán és törzs oldalain vöröses, száraz, hámló, nem nedvező, mérsékelten, főleg éjjel viszkető, krajczárnyi, egész tenyérnyi foltokkal. 4 évig csakis ilyen gyengén hámló, a bőrből ki nem emelkedő kiütések jöttek-mentek. I. periodus. 1895-ben a felső végtagokon is foltok. 1897-ben a foltok mindinkább vastagodtak, szaporodtak, az alsó végtagot is részben elfoglalták. II. periodus. Ezzel jött be julius 1-én. Ekkor az egész törzsöt, felső végtagokat, a czombokat a psoriasis vulgaris inveterált plaque-jait teljesen utánzó, de kiemelkedőbb, száraz, vastag hámrétegekkel borított telepeket constatált bemutató, melyek helyenkint berepedtek és csak a scrotumon voltak papillaris felületűek. Mindkét cruralis, inguinalis tájakon mogyorónyi, diónyi, az axillaris tájakon diónyi, nyakon mogyorónyi kemény mirigyek. Mérsékelt viszketés, de vakarás nyoma sehol. Jó közérzet; láztalan állapot, nagy munkakedv és munkabirás; kisfokú anaemia. Kátrány-kezelésre csekély javulás. 11 nap mulva kiment és f. hó 3-án igen szenvedő állapotban jött vissza. Az erythemás és kifejezett lichenoid stadium mellett már számos kiemelkedő göb kifoszlott, nedvezett, fekélyedett, egyesek nodosus kiemelkedéseket mutatva. Pokoli viszketés, esti hőemelkedés kisérte a bajt; étvágytalan lett, lefogyott. A mult télen 73 kiló volt, szeptemberben már 68 kiló. A mirigyduzzanatok azonban tetemesen megkisebbedtek. A betegnél *Hochhalt* dr. vizsgálata szerint kisfokú emphysema volt jelen és a léptompulat a VIII. bordánál kezdődött és XI-ig terjedt. Szék rendes. Vizeletben semmi idegen alkatrész. Napi menynyisége: 1800 kcm, fs. 1014. Vérvizsgálat *Körmöczi* dr. által több izben végezve: a vérben, melynél a vörös vérsejtek száma 4.200,000, a fehéreké 10,000, a haemoglobin 88% volt, semmi rendellenesség nem található.

A kimetszett bőrrészlet szöveti vizsgálata a plaque szélén a subpapillaris rétegben jórészt kimutathatólag az edények körül fellépő sejthalmazokat tüntet fel, melyek sejtjei túlnyomó részben gömbsejtű sarcoma sejtjeihez hasonlók, közöttük nagyobbszámú orsóalakú sejtek, mint a fix kötőszövet sejtjeinek proliferatiói. A tömött új képződés területén ezen sejthalmazok egy összefolyó kötőszöveti sejtekből (sarcoma-sejtekhez hasonló) álló tömeget képeznek, nagyszámú mitosissal és lefelé a cutis felé élesen határolt széllel, fölfelé a papillák felé diffus infiltratiót képezve. A papilláris sejttömeg közt gyérszámú plasmasejt, kevés fehér vérsejt. Elszórtan mindenütt sok „tömött" sejt.

Lefolyás. A beteg 1 havi itt léte alatt 4 kilót fogyott. Subjectiv tünetei absolute nem engedtek, álmatlanság tartós. A bőrlaesiók helyenkint apró tumorokká fejlődtek. A törzs és karok képletei legtöbbnyire kifoszlottak, nedvezők, genyedők, fájók. Itt-ott e kifoszláshoz lymphangoitis társult, innen apróbb lázak. A kezelés local, Burow-oldatos kötésekből és arsen-injectiókból állott. (Most sol. arsen. 1 : 25 vízben naponta 2 Pravatz).

Úgy a vérvizsgálatok, mint a szöveti vizsgálatok folytatva lesznek és részletesen közölve.

Visszapillantva az esetre kétségtelen, hogy a Bazin-féle typussal állunk szemben, és pedig annak részben lichenoid, részben tumorképződéses szakában.

Kiemelendő a 8 évi tartam az utolsó időkig meglehetős jó közérzet mellett és hogy a daganatos szak csak egy hó óta fejlődik. Fontos, hogy a mirigyrendszer nagyfokban részt vett a folyamatban és a maximalis megbetegedési foka nem most az ulcerativ stadiumban, hanem a lichenoid stadiumban volt észlelhető. Ez arra vall, hogy hibás azok nézete (Lukasiewich), a kik a mirigytumorok képződését a vakarásra és secundaer infectióra viszik vissza. Azok hozzátartoznak a kerethoz. Feljegyzendő az is, hogy a léptompulat 1 bordával fölebb kezdődik. Legfontosabb azonban a haematologiai vizsgálat negativ eredménye.

A szöveti leletet ez alkalommal még nem veszi tekintetbe.

Havas Adolf: A mycosis fungoides aetiologiájához kiván néhány megjegyzést tenni. Úgy, a mint azt már 1883-ban közölt eseténél kijelentette, úgy ma is azon nézetet vallja, hogy a szóban forgó megbetegedés lobos természetű. E nézetének támogatására szolgál úgy a kórszövettani elváltozás, mint a bántalom klinikai lefolyása. A mycosis fungoides histologice a sarjdaganatokhoz sorolandó. A sarjdaganatok legtöbbjéről, nevezetesen: tuberculosis, lupus, syphilis, rhinoscleroma stb. már bebizonyodott, hogy azok növényi élősdiek behatása alatt reactiv lobos tünetek mellett fejlődnek; a mycosisra az élősdi még nem találtatott, de *Havas* előtt kétségtelen, hogy ez csak idő kérdése. Különben egyik esetéből *Pertik* tanár tenyésztés czéljából oltásokat csinált, ezek eredményeseknek is látszottak, de — sajnos — a culturák tönkrementek. A lefolyásnál azon észleletek, hogy a kifejlődött pir, infiltratio és daganatok spontan visszafejlődnek, máskor necrobiosis folytán elfekélyesednek, szintén a fent emlitett nézetet támogatják. Therapeutice többékevésbbé tehetetlenek vagyunk, még legtöbbet várhatunk az arsentől; ott, a hol nagyterjedelmű kifekélyedések és esetleg vérzések lépnek fel, a thermocauter vagy galvanocauter alkalmazandó, más esetekben pedig a 10% pyrogallus-kenőcscsel roncsolandó szét a kóros képződmény.

(Folytatása következik.)

A düsseldorfi orvostörténelmi kiállítás.

(1898 julius—október.)

(Vége.)

A római gyógyászat tárgyai között legmeglepőbbek a sebészi műszerek. Jellegzetes rájuk, hogy legnagyobbrészt mind a két végükön használhatók s hogy művészien vannak kidolgozva. A „megsebesült Aeneas“ (l. Vergil Aeneis XII. ének), egy Pompejiben kiásott falfestmény, egy vérzéscsillapító eszköznek applicálását ábrázolja. A köpölynek gyakori használatát annak temérdek válfaja — részint eredetiben, részint utánzatban és fényképekben — mutatja. A rómaiak katheterjei, vagina-dilatatorjai alig különböznek a maiaktól. A III. században élt S. Polleius Solemnis és G. Firmius Severus szemorvosok instrumentariumait jó karban megtartva Deneffe tanár (Gent) küldte be.

A görögök műszerei korántsem voltak ily tökéletesek, miként azt egy görög műszer-etui (köpölyöző készüléke egy alexandriai orvosnak) bizonyítja; ez az egyedüli maradványa a görög műszereknek.

A középkor elején a keresztények és zsidóktól az *arabok* vették át a vezetést a művelődésben. Különös érzékük volt a természettudományok iránt. A gyógyászat az ő kezükben magas szinvonalra emelkedett, különösen később Spanyolországban, jelesül Cordovában. Kiváltképen a vegytant, növénytant és gyógyszertant művelték, s ezen idők emlékét számos gyógyszerünk arab származású neve őrizi. E nép legjelesebb alakjai közé tartozott Ibn Sinah (Avicenna). 1491-ben nyomtatásban is megjelent Canon medicinae-je érdekes darabja a kiállításnak.

Gyönyörű kidolgozásával feltünik egy arab atlas: Hagi Khalifának Gihân numâ-ja; megjelent 1154-ben Konstantinápolyban.

A legrégibb arab nyomtatvány egy a XI. századból származó orvosi rendelvény: Medicamentum ventrem laxans. (Hasonmása a „papyrus Erzh. Rainer“-ben. Wien, 1894). Mellette látható egy török sebészet 1218-ból.

Az ó-germán gyógyászatról keveset tudunk. Egykori római irók értesítése szerint annak ápolása a családanya házi kötelességeihez tartozott. Ily viszonyok mellett kézen fekvő dolog, hogy a füvek és növenyek gyógyító hatása jutott első sorban érvényre.

A középkorban nyiltak meg végül az első egyetemek. Az arab gyógyászat födél alá jut Salernoban. Galenus a megdönthetlen, csalhatatlan tekintély, ki autoritásával sok időn át békóban tartja a szabad kutatás szellemét. Csupán a sebészet az, mely ez időben nagy eredményeket mutat fel; az első plasticai műtétek, a nyúlajk műtéte, a narcosis első kisérletei — a betegek elkábítása narcotikus szivacsokkal — ezen korban történtek, miként azt az egykori ábrák bizonyítják. Nagy számmal látjuk a kiállításban az ezen időbeli kolostorokban — az egyetemek e megelőzőiben — készült orvosi tartalmú kéziratokat.

A *renaissance* idejéből számosnál is számosb könyv maradt fenn épen megtartva. Nyomatásuk legnagyobbrészt gondos, a legtöbbjéhez mellékelt ábrák feltünően szépek. Egyaránt számos a növénytani, mint állattani könyv. Valóban művészi kivitelű rajzokkal ékeskedik Caspar Hornius nagy monographiája: „Elephas, das ist Historischer und Philosophischer Discurs, von dem grossen Wunderthier dem Elephanten. (Nürnberg, 1629).“

Imponáló gyüjtemény e kor *boncztani könyvei;* ezek közül legérdekesebbek: a XV-dik századbeli Galenus-kéziratok pergamentre festett boncztani miniaturekkel; Mundinus „Anathomia“-ja, nyomatott 1513-ban; Leonardo da Vinci boncztani tartalmú kéziratai és rajzai, melyek az angol királynő szivességéből — a kinek birtokát képezik — 300 példányú reproductióban hozzáférhetővé tétettek; azután Michel Angelo boncztani tanulmányai; Ketham „Fasciculus medicinae“-je 1495-ből, Vesalius „De humani corporis fabrica Libri septem“ 1537-től 1725 közt megjelent összes kiadásai; Harvey eredeti könyve: „Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in animalibus“ (1628), Barth. Eustachius „Opuscula anatomica“ (1726). Legfinomabb kivitelű modern boncztani atlasainkat is felülmulják finomságuk és fényes kiállításukkal: Renatus des Cartes „De homine Figuris“ (1664), melynek első lapja egy a bonczasztalon felbontott emberi hullát ábrázol; azután Bidloo „Anatomia Humani Corporis (1685)“ a folionál is nagyobb, szemléltető alakban; Albini „Tabulae Sceletici et Musculorum Corp. Hum.“-jai még ennél is jóval nagyobbak. Petri Paaw „Primitiae Anatomicae“-ja az első boncztermi ábrázolás (1645). Ott látjuk továbbá Joh. Remmelini „Catoptrum Minocosmicum“-ját (Ulm, 1660), melyet még ezelőtt rövid ideig az első csapó-ábrának (Klappbild) tartottak. Töply azonban nemrég Ricardus Hela-nak két ilyen ábráját fedezte fel 1493-ból, Nürnbergben. Mint curiosumok érdemelnek említést Fr. Ruysch ábrái. Ennek a kiváló tudósnak egyáltalában nagy hajlamai voltak a különczségekhez. Muzeuma a raritások és különlegességek gyüjteménye volt. E helyütt kiállított két képén egy fiú- és egy leánygyermeket látunk; mind a kettő teljesen eviscerált állapotban van; csontjaik a földön szétszórva hevernek, idegeik és izmaik az eredés helyéből a legkülönfélébb irányokban mint szálak és kötegek nyúlnak ki, ők maguk könyező szemekkel szemlélik a saját maguk látványát és felemelt omentumukba fujják erősen secernáló orrukat. Ezek valóban alaposan fel vannak boncolva.

A boncztani atlasoknak még egész sora, a legkülönfélébb kivitelben, tölti be ezen oldal szekrényeit. Az utolsó 1876-ból való: Witkowski „Anatomie iconoclastique“. Ez egy modern csapókép, mely azonban már annyira complicált, hogy tanítási czélokra alig lehet alkalmas, mert a szemnek túlságos sokat kell egyszerre áttekinteni.

Ezek után elérkezünk a XVI—XIX. század *sebészetének* kiállításához. A műtéti eszközök hosszú sora, lehetőleg történelmi fejlődésük menete szerint, tárul elénk; majd a sebészi könyvek és ábrák következnek. Taliacozzi a kar bőréből készülő orrképlést mutatja be egyik ábráján 1597-ből; W. H. Ryff „Grosse Chirurgio oder vollkommene Wundarzenei“-jában egy amputatiót mutat be: a beteg egy karosszékben ül és jupiteri nyugalommal nézi alszárcsontjainak átfürészelését. G. Bartisch „Augendienst“-je (Dresden, 1583.) az első nagy szemészeti munka.

A *szülészeti* műszerek gyüjteményében sokszor akár csak modern eszközöket látnánk magunk előtt. Azonban egy minden jó ízléssel ellenkező spanyol „szüzességi öv“ (helyesebben erényöv) figyelmeztet rá, hogy még csak a XVII. század elején tartunk.

Ezen szerek szomszédságában a szülőágyakat megelőző szülőszékek különféle alakjai vannak ábrákban feltüntetve. A könyvek közül már czímük szerint is érdekesek: Eucharius Rösslin „Der Swangern Frauwen und Hebammen Rosegarten“ (1513); „Des Getreuen Eckarths Unvorsichtige Heb-Amme“ (1715); Joh. v. Horn „Die durch Fragen und Antworten treulich anweisende Wehemutter“ (1754) stb. Chr. Völter 1722-ben megjelent „Neu eröffnete Hebammen-Schule“-jában már ágyat és nem széket találunk lerajzolva szülési czélokra.

A *curiosák* közt természetesen több könyve szerepel a már említett Ruyschnak. Azonkivül itt van elhelyezve Ph. May „La chiromancie medicinale“-ja (1665); Leuwenhoeknek, az első tökéletes mikroskop feltalálójának hires könyve: „Arcana naturae detecta“, melyben az infusoriumoknak általa történt felfedezését is közzé teszi (1722). A bélférgek ezen időben szintén még mint curiosumok szerepeltek; nehány kiállított könyv róluk szól.

Inkább culturtörténeti értékkel birván, mint orvosival, nem ismertetem közelebbről a régi orvosi népkönyveket s az alchemistikai symbolica tárgyait, csupán megjegyzem, hogy szépen összeállított, mulattatóan tanulságos része a kiállításnak.

A *gyógyszerészet* tárgyai is a legrégibb időktől fogva lehető teljességgel össze lettek gyüjtve.

Nem érdektelen, bár a kegyelet emlékénél egyéb értéke az ilyesminek nincs, Riolannak nyugtája 1645-ből, melyen mint Medici Máriának első orvosa, a párisi egyetem orvosi tanártestületének dekanja, a boncztan, növénytan s gyógyszertan tanára félévi fizetése = 600 livres (körülbelül 350 frt) hiánytalan átvételét elismeri.

Egy külön üvegszekrény *Nicaise* párisi sebésztanár emlékének van szentelve († 1896), ki lelkes kutatója volt a sebészet történelmének, a ki első adta ki az *asepsis felfedezőjének* Guy de Chauliacnak 1363-ban irt Grande Chirurgie-ját és Henri de Mondeville sebészetét (1306).

Érdekes csoportozat a Töply bécsi m.-tanár orvostörténeti *taneszközei*, melyekkel hallgatói részére szemléltetővé teszi előadásait.

Legteljesebb gyüjteménynek mondható a *Paracelsus*-kiállítás. Ennek összes tárgyai Sudhoff birtokát képezik. Paracelsusnak 150-féle kiadása, mintegy 500 értekezés róla és munkáiról, Paracelsus családi czímere, arczképe Dürertől s mintegy 40 egyéb photographiája, ezek képezik e kis teremnek szeretettel összeállított tárgyait. És last, not least: Sudhoff tekintélyes munkái Paracelsusról.

A duisburgi 1655-ben alapított s 1818-ban Bonnba áthelyezett *egyetemre* vonatkozó okmányok s iratok, főleg az ott működött tanárok összegyüjtött művei külön össze vannak állítva.

Hogy az alsórajnavidéki tudósok műveiből, leveleiből egy magában álló kiállítási csoportozatot csináltak, ez a helyi patriotismusnak szép és e mellett teljesen indokolt megnyilatkozása. Mert nem kisebb férfiak kerültek ki a világ elé e vidékről vagy működtek itt, mint Lavater, Naegele, Langenbeck, Jung-Stilling, Graefe, Sprengel, Gall, Pagenstecher, Kortum stb. Utóbbinak humoros „Jobsiade“-jának összes, csaknem megszámlálhatlan kiadásai ki vannak állítva.

Egy külön csoportozat *Goethenek*, mint természetbúvárnak van szentelve. Ismeretes róla, mennyit foglalkozott az orvosi tudománynyal. Leipzigben szoros összeköttetésben állott Ludwiggal; Strassburgban a vegytant, szülészetet és boncztant tanulta szorgalmasan. Jenában egészen az anatomiának élt. Az os intermaxillare-t ő fedezte fel, s megirta a koponya-csigolyaelméletet. Goethenek munkái ezen nevezett tudományok, továbbá a földtan, földrajz és természettan köréből összegyüjtettek és a kiállításnak e neki szentelt helyén rendszeresen összeállíttattak. E nagy és széles érdekű munkát *Schimmelbusch*, a híres Goethe-kutató végezte.

A *járványokat*, inséges esztendőket, drágaságokat, üstökösöket stb. megörökítő érmek és amulettek úgyszólván teljes számban össze lettek gyüjtve és kiállítva. Komor emlékei ezek a korábbi századok legszomorúbb jeleneteinek, melyek a változó népfelfogásba messze betekintést engednek meg.

Az elmondottakban futólagosan végig kalauzoltam az olvasót a kiállítás útjaiban. A csarnok és melléktermek falain a nagy orvosok és természetbúvárok arczképei vagy metszetei függenek. Mivel lehettek volna e falak méltóbban felékesítve, mint a kegyelet e decoratióival!

Tudom, hogy nagyon kevés az, a miről e sorokban megemlékezhettem; a kiállítottak túlnyomó része mellett észrevétlenül kellett itt elsietnünk. Hisz csak megnézni mindezt, napok munkája volt. De leirni lehetetlen lenne, a mi mindenből tanulságot meríthettünk e kiállításban, a mi érdeklődésünket, sokszor bámulatunkat felköltötte. Csak maga a kiállítási tárgymutató 220 oldalt töltött be!

Ha ezek után még hozzáveszszük azt is, hogy a düsseldorfiak önfeláldozó készséggel, a magyar vendégszeretettel is vetélkedő szívességgel fogadták vendégeiket, úgy elképzelhető, hogy mily jól érezte magát mindenki a komoly munka és tanulás közben is.

Szabadjon e tanulságos, reám oly nagy haszonnal járt kiküldetésemért hálás köszönetemet mondanom megbizómnak, Wlassics Gyula dr. m. k. vallás- és közoktatásügyi minister úr ő Excellentiájának. Az orvostörténelmi sectio a maga nevében is leróni törekedett háláját, midőn elnöki indítványra ő Nagyméltóságának táviratilag fejezte ki érte hódolatát, hogy ezen a többi kormányok által figyelemre is alig méltatott, de mindamellett izmos fejlődésben lévő, nagyfontosságú tudományág értékét méltányolva, a kiállítás tanulmányozására magyar embernek megbizást adott.

Győry Tibor dr.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon.

(Folytatás.)

(1898. május hó 15-dikén tartott közgyülés.)

1. **Elnök** üdvözölve a határozatképes számban megjelent tagokat, megemlékezik az egylet munkásságának lefolyt évéről. Kiemeli azt a tényt, hogy az egylet, az azt alkotó orvosi kar az elmult évben is melegen érdeklődött az orvosi rend erkölcsi és anyagi érdekei iránt. Ez érdeklődésének adta tanújelét akkor is, a midőn melegen üdvözölte az „Országos orvos-szövetség" megalakulását és annak fiókszövetségét megalapitá. Az egylet tagjait további tevékenységre buzdítja s arra, hogy hivatásukat az eddigi szellemben teljesitsék ezután is az egylet keretén belül s azon kivül is. Főkép az ifjabb kartársakhoz intézi e szavait s biztositja őket az idősebbek támogatásáról. Ezután a közgyülést megnyitja.

2. **Berkovits Miklós** dr. titkár a lefolyt 1897/98. (XXX-dik) egyleti év működéséről szóló titkári jelentését olvassa fel:

Tisztelt Közgyülés!

Immár 30-dik esztendeje, hogy e napon ünnepélyesen összegyülünk, számot adni s vetni egy év leforgása alatt kifejtett tevékenységünkről, melynek eredményét összegezni, megvilágitani, tanulságait megrögzíteni a titkár feladatává teszik alapszabályaink. Egy egészen új nemzedék váltotta fel ez idő alatt a régiek helyét: alapvetőink közül csak néhányan — mindannyian tisztelt alakok — élvezik a 30 év gyümölcsét, magam is szinte beleöregedtem eme tisztségbe, melynek díszével az Önök bizalma oly hosszú időn át felruházni kegyeskedett, egy új gárda sereglett egybe egyletünk helyiségében, a modern kor életnézetével, haladott tudományával, a fiatalság eleven lüktetésével, fékezhetlen tetterejével. A vérkeringés folytonossága, mely a nemzedékek emez egymásutánjában leli magyarázatát, egyletünk actualitását, a szinvonalon maradását hozza létre s míg a régibb generatio a tapasztalat, a megállapodottság gyümölcseit halmozza fel egyleti életünk éléskamrájában, az ifjabbiknak a friss légáramlatot, az üde haladás szellemét köszönhetjük. Ebből resultálódik egyletünk hézagpótló volta, melyet akár mint orvos-természettudományi, akár pedig mint társadalmi intézmény lankadatlan munkássága által az orvos-természeti ismeretek, valamint a közegészségügy s az orvosi közélet terén ismételten bebizonyított. Egyletünk oly orvosi közszellemet teremtett, melynek hatása alól különösen városunk területén senki sem vonhatja ki magát, de a melynek jótékony hatását viszont mindenikünk érezi. Nem kell e tekintetben messze mennünk, hogy emez állitásomat tényekkel igazoljam. Ott van a nagyváradi orvosi szövetkezet megalakulása, melytől talán többet várhatott volna az, a ki azt hiszi, hogy az élet soha csalódásokkal nem jár; de a melynek eredményeivel van okuk megelégedve lenniök azoknak, a kik tudják, hogy a sikereket nem a pillanat, hanem a kitartó, az akadályoktól vissza nem riadó küzdelem szerzi meg. És ha orvosegyleti életünk más eredményt nem tudna is felmutatni, mint azt, hogy városunk orvosi és gyógyszerészi karát egy táborba gyüjtötte egybe, mely férfiasan, egyértelműleg száll síkra azokért az érdekekért, melyek a rend díszét, tekintélyét, erkölcsi és anyagi boldogulását, s ebben a közegészségügy fellendülését vannak hivatva megvalósitani, ha — mondom — semmi egyebet nem tett volna, mint hogy lassan-lassan tömörítette rendünket, magasra emelte a zászlót, melynek jelszava, az önkéntes szövetkezés, ime országos actióban talált megtestesülést, az eredménynyel, mely minden ténykedésnek kriteriuma, akkor is meg lehetünk elégedve. És akkor tisztelettel kell meghajtanunk lobogónkat azok előtt, kik böles előrelátással életre keltették ez intézményünket s a kik már korán, akkor, a midőn még az orvosi tömörülés acut szüksége csak a pessimisták képzeletvilágában élt, előre látták a helyzetet, a mely az általános socialis forrongás közepette a rokonfoglalkozásúaknak egymáshoz simulásával, érdekeiknek kölcsönös tisztelésével s összhangzatba hozatalával nyerhet egyedül kielégitő megoldást. De egyletünk tevékenysége nem merült ki egyedül a rendi érdekek védelmében; hiven kitűzött feladatához istápolta az orvos-természettudományokat s főleg a gyakorlati élet tapasztalatainak leszűrésével, az ott összegyüjtött anyag lelkiismeretes feldolgozásával a tudományt is híven szolgálta. A közegészségügynek nem egy izben értékes szolgálatokat tett ez az intézmény, melyet szivesen ismernek el hatóságaink mindannyiszor, a midőn arról van szó, hogy egyletünk dús tapasztalatai a közélet terén értékesittessenek.

Ma, t. közgyülés, új viszonyok közé léptünk. A rendi érdekek védelmére új szervezkedés történt, s a munkafelosztás természettudományilag világnézetté alakult elve immár e tekintetben is érvényesülni kezd. Magában városunk és megyénk területén is megalakultak az Országos orvos-szövetség fiókjai, melyek főkép hivatottak a rendi érdekek védelmét megvalósitani. Ennélfogva egyletünk bizonyos mértékig szükebb területre korlátozhatja munkásságát, mert hisz feladatainak egy elég jelentékeny részét a szövetségi fiókok vállalták át, melyek duzzadó vitorlákkal indulnak ki az orvosi közélet hullámos tengerére, melyen egyletünk annyi megérdemelt diadalt aratott. Annál nagyobb erővel, buzgalommal láthatunk a fentmaradt feladatok megvalósításához, annál is inkább, mert meggyőződésem szerint tulajdonképen az orvosi közélet kizárólag a rendi kérdések tárgyalásával sem kimerítve, sem kielégitve nem lehet. Mindezeken túl is fenmarad az az idealis szükséglet, mely a tudományos kiképezés továbbfejlesztésében áll s mely egyedül kölcsönözhet tisztességet, tekintélyt. És mégis, habár egyletünk kötelezettségei a rendi érdekek védelmét illetőleg most már megoszlanak is, teljesen meg nem szüntek azok. Nemcsak a multnak hagyománya, de a jelen is kötelez, s annál biztosabb az eredmény, minél több oldalról jön a támogatás. És azért meggyőződésem, hogy egyletünknek a rendi élet mezején is jut még feladat, melyet a fiókszövetséggel karöltve hivonyára eredményesen fog tudni megoldani.

És igy, mélyen tisztelt közgyülés, egyletünk hiven a régi lobogóhoz, a küzdelmek hevétől megizmosodva indul további pályafutására, melyen eddig is a tudomány szeretete, a kölcsönös tisztelet, a kartársi összetartás vezette.

És t. uraim, nekünk egyletünkre fokozottabb szükségünk van. Én úgy látom, orvosi világnézletünk válságos pontra jutott. Minél inkább közeledünk ahhoz a ponthoz, a melynél az orvosi foglalkozás a művészet jellegét elveszíti s az exact tudomány köntösét ölti magára, annál nagyobb a kisértés, hogy e foglalkozás a chablon köznapiasságába vész el. Rég vitatom, hogy a mi foglalkozásunk a tudásnak egy oly neme, mely nem önczél, miként az absolut értelemben vett tudomány, hanem csak a beteg emberre való alkalmazásában lesz azzá. A tudás egyik ágára sem alkalmazható jobban *Claude Bernard*-nak mondása: a tudomány nem a tények halmazából áll, hanem az azokból levonható következtetésekből. (La science ne consiste pas en faits, mais dans les consequences, que l'on en tire.)

Minden tudományra nézve a megismerés önczél s nem törődve az abból eredő gyümölcsökkel keresi tovább a maga útjait; az orvos előtt azonban hivatásának legmagasabb czéljaként az lebeg, hogy minden tudását a szenvedő emberiség hatékony szolgálatába állitsa, hogy a betegségnek s a halálnak minél szükebb határokat jelöljön ki. Laboratoriumi eredményeknek a gyakorlati életbe minden birálat nélküli való átvitele, az újnak örömujongó elfogadása, a therapeutikai csalódások okainak ki nem fürkészése, a chemiai ipar versengése s követni is alig birt túlproductiója s — last, not the least — a specificumok keverése, sajnálatosan stigmatizálják mai orvosi irányzatunkat, melynek kinövéseit orvosi tudományunk legnagyobb alakjai méltán korholják. A gyógytani sikerek káprázatában háttérbe szorul a klinikai megészlelés, a pathologiai megismerés s ha évtizedekkel ezelőtt a gyógytani nihilismus okozott óriási visszaesést, ma félő, hogy a józan kritikát elhallgattató optimismus fog válságot előidézni. Pedig csak a kórtani megismerés, a klinikai megészlelés adja meg az egészséges fejlődés alapját. Jól mondja *Unverricht*, hogy valamint a borostyánnak szüksége van támasztékra, melyen ágai felkúszhassanak a szellős magaslatba, azonképen a therapiának is a kórtani megismerés fáján kell a magasba jutnia.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

11,234/898. köz. szám.

A nagyszentmiklósi járáshoz tartozó **ó-besenyői körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázat hirdettetik.

A kör székhelye Ó-Besenyő, a körhöz tartozik Bolgártelep és a f. évi 1041. kgy. számú törvényhatósági határozat folytán Keglevichháza.

A körorvos javadalmazása áll Ó-Besenyő részéről 500 frt, Keglevichháza részéről 74 frt 75 kr., Bolgártelep részéről 37 frt 73 kr., összesen 612 frt 48 kr. készpénzfizetés, 40 kr. nappali, 80 kr. éjjeli látogatási díj és 20 kr. halottkémlési díj. Mütétek dijazása egyezség tárgya.

Ó-Besenyő községe 6500, Bolgártelep 650 és Keglevichháza 1160 lélekkel bir. A megválasztandó körorvos köteles a megyei orvosi nyugdij-egyletbe belépni.

Felhivatnak mindazok, kik kérdéses állást elnyerni akarják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitést igazoló kellőleg okmányolt kérvényeiket alulirt főszolgabirói hivatalhoz **f. évi november hó 24-dikén** annál inkább nyujtsák be, mert a később beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Nagy-Szent-Miklós, 1898. évi október hó 28-dikán.

3—1 *A főszolgabirói hivatal.*

10,893/898. V. szám.

Torontál vármegye t.-kanizsai járáshoz tartozó **Szanád** községben megüresedett 800 frt évi fizetés, nappali látogatásért 40 kr., éjjeli látogatásért 80 kr., a halottkémlés és hasszemlészi dijak élvezetével egybekötött **orvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik, s felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesitésüket s eddigi alkalmazásukat igazoló okmánynyal felszerelt kérvényeiket **f. évi november hó 24-dikéig** alulirt főszolgabirói hivatalhoz adják be.

A választás Szanád községházánál 1898. évi november hó 26-dikán délután 2 órakor fog megtartatni.

T. Kanizsa, 1898. évi október hó 29-dikén.

1—1 *A főszolgabirói hivatal.*

6341/898. kig. szám.

Torontál vármegye antalfalvai járáshoz tartozó **Csenta** községi orvosi állás lemondás folytán megüresedett, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 800 frt évi fizetés, 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli látogatási díj élvezete van egybekötve.

Felhivom pályázni óhajtókat, hogy képesitésüket, eddigi alkalmazásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket f. évi november hó 20-dik napjáig hozzám nyujtsák be, a megválasztott orvos köteles a torontál-vármegyei orvosegyesület nyugdij-intézetébe lépni.

Antalfalva, 1898. évi október hó 25-dikén.

1—1 *Szávits Gerő*, főszolgabiró.

5082/898. kj. sz.

Bereg vármegye m.-kászonyi járásban a **nagydobronyi** körorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, ezen állás választás útján leendő betöltése czéljából pályázatot hirdetek, s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. és 144. §-ában körülirt képesitésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat hozzám f. évi november hó 20-dikáig annyival is inkább nyujtsák be, mivel a későbben érkezettek hivatalból fognak visszautasittatni.

A kör 6 községből áll Nagy-Dobrony székhelylyel. Évi javadalmazás 400 frt, mely évnegyedenkint utólagosan a vármegyei pénztárból fizettetik ki; továbbá 100 frt úti átalány, melyért a körorvos községeit havonként beutazni tartozik és a szabályrendetileg megállapitott beteglátogatási dijak.

M.-Kászony, 1898. évi október hó 26-dikán.

2—2 *Morvay Zoltán*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

Saxlehner András. cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

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

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

FRANZENSBAD.

NATALIE-FORRÁS.

SZÉNSAVDÚS LITHION FORRÁS

Sikeresnek bizonyult a húgysavas diathesis minden eseteiben, a húgysav hiányos kiválásánál a vérből, húgydara és fóveny, vese- és hólyagbajoknál, köszvény, csúz, podagra stb. ellen.

Orvosi tekintélyek kitünő sikerrel rendelik.

Húgyhajtó hatás. **Kellemes iz.** **Könnyen megemészthető.**

Kizárólagos szétküldési jog: MATTONI HENRIK, Franzensbad, Karlsbad, Bécs, Budapest

---

Klimatikus gyógyhely német Déltirolban. **Évad: szept.—junius.** Egyenes (háló-) kocsik **Bécs-, München-, Lipse- Berlin-** és **Budapestről.**

MERAN (Meran, Obermais, Untermais, Gratsch.)

Kiváló szélesendes téli állomás, gyönyörü fekvés. Kivált légzési szervek bajai, idegbántalmak és görvélykór számára alkalmas. Minden kényelemmel ellátott pensiók és privátlakások. **Oertel-féle terepkúrák.** Jeles orvosok. Pneumatikus fülkék. Komprimált levegő belégzés Mathieu szerint, só, ásványviz és orvosság, pára-belégzések. **Ozon** és **Lignosulfit** inhalatiók. Felszerelt fürdő. **Szénsavas fürdők, szőlőssavó- és ásványviz-kúrák. Hygienikus** és **óvórendszabályok** szigorú felügyelete. Jó iskolák. Katholikus, protestáns, orosz, angol és izraelita isteni tisztelet. Színház, hangversenyek. Lawn-Tennis és Croquet játszóterek. Nagy fedett sétahely. Látogatás 12,000 beteg, 10,000 tourista.

Előrajzok ingyen. **A gyógybizottság.**

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (u. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex-** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

San Remoban **Med. Dr. Steinberg** a bécsi egyetem pract. **Nyáron: Reichenhall-Grossgmain.**

Oophorin Freund

igen hasznosnak bebizonyult szer Chorosisnál amenorrhoicus és klimacterikus nehézségeknél. Irodalom és kisérletezési anyag orvosok és kórházak számára ingyen küldetik.

Zisarsky Em., okl. gyógyszerész, Bécs, I., Kurrentgasse 12. Budapesten: **Dr. Egger L.** (Váczi-körút 17) és **Török József** (Király utcza 12) gyógyszerészeknél.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

III. ker., Leonhard-utcza 3—5. szám alatt.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.

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

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Görbersdorf (Porosz-Szilézia).

Dr. RÖMPLER sanatoriuma

tüdőbetegek részére.

550 m. a tenger szine felett. 1875 óta áll fenn. Magyarországi betegek részére legközelebb fekvő tüdőgyógyintézet; magyarok által látogatva. Az első assistens magyar (volt klinikai gyakornok Korányi tanárnál). Egész éven át nyitva. Prospektust kivánatra küld Dr. Römpler.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A **dugulás** és annak következményei ellen, ú. m.: **aranyérbántalmak, vértódulás, fejfájás, étványhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.**

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyösen alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semmiemü drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készitve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A **Tamar Indien Grillon** Franczia-ország első tekintélyei által javaltatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenkettedik évfolyam. 46. szám. *Budapest, 1898. november 13.*

ORVOSI HETILAP.

M. KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
SEBÉSZETI KLINIKUM

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Friedrich Vilmos: A tüdőmegbetegedés kérdése az ipari munkások között. 564. l.

Donogány Zakariás: Közlemény a müncheni Reisingerianum Schech tnr. vezetése alatt álló gégészeti osztályáról és Heymann P. docens poliklinikájáról (Berlin). Az álhangszalag izmáról s működéséről hangképzés alkalmával. 566. l.

Urszinyi Gyula: Anaemia perniciosa gravis relativ gyógyulása. 567. l.

Tárcza. *Frenkl Sándor*: A „Fango"-gyógymódról. 568. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. W. Kley*: Die Schwindsucht im Lichte der Statistik und Socialpolitik. 572. l. — *Lapszemle.* A gonorrhoea kezelése Neffke-féle bougiekkel. — *Heymann*: Somatose és szoptatás. 572. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Belügyministeri körrendelet a nyilvános alapok számlájára való gyógyszer-rendelés tárgyában. — Tiszti-orvosi képesítések. — Kinevezések. — Fürdőorvosi gyakorlat. — Az egyet. I. sz. női klinika szülészeti poliklinika forgalma. — Lakásváltoztatások. — Elhunyt. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Sarbó Artur. — Baumgarten Samu dr. 573. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A tüdőmegbetegedés kérdése az ipari munkások között.

Közli: *Friedrich Vilmos* dr. a budapesti kerületi betegsegélyző-pénztár főorvosa.

A megbetegedési s halálozási statistikának feljegyzését rendszerint csak nagyobb községek, városok, elszórva nagyobb körök, megyék vagy országok kimutatásaiban találjuk.

Ezen feljegyzés rendszerint igen hézagos, mert a bejelentést eszközlők, az orvosok — még az ú. n. kényszerbejelentésnél is — nem helyeznek nagy súlyt a betegség nemének vagy a halál-oknak pontos s megbizható bemondására. A megbetegedési statistika feljegyzése azonfelül többnyire vagy majdnem mindig igen hiányos s szerfelett hézagos, mivel rendszerint csak azon betegségekre vonatkozik, melyekről az orvos kénytelen a hatóságnak jelentést küldeni, vagyis csak a fertőző megbetegedésekre vonatkozik. Pedig e számok, ha teljes oly egészet képeznek, melyben minden betegségi nem benfoglaltatnék, mig egyrészt értékes anyagot szolgáltatnának a betegségek elterjedése, gyakori előfordulásának felismerhetésére, addig másrészt, ha e statistika kort s foglalkozást is feltüntetne, útbaigazítást adhatna az egyes megbetegedéseknek gyakoriságára bizonyos korban vagy bizonyos munkanemnél s sokkal közelebb hozna bennünket ama még *Ramazzini* óta sem egészen tisztázott fogalomhoz, hogy — eltekintve a par excellence ipari megbetegedésektől — mikép befolyásolja a munka egyes iparágaknál s egyes foglalkozásoknál bizonyos betegségek fellépésének gyakoriságát, s az erre való hajlamot, valamint hogy bizonyos iparág röviditi-e az élettartamot s mennyivel, hány évvel. De ezen irányú számadat oda is terelné a közegészségügygyel foglalkozók figyelmét, hogy mily intézkedésekkel kellene, illetve lehetne ezeknek a kóros tényezőknek elejét venni, mily fegyverekkel lehetne megakadályozni a terjedést és a bajt sanálni, s mily óvintézkedéseket kellene megtenni egyes iparoknál, az iparteleppeken, valamint a gyárakban.

Tagadhatatlan, hogy maga a testi munka, mint ilyen, sohasem egészségtelen, de az ipari s kereskedelmi alkalmazottaknál a munkaidőn belül és kivül, annyi mindenféle látszólag csekély, néha egészen kicsinyes, de összességükben hátrányos, sőt kártékony mellékkörülmény társul, hogy ezek összessége a testi munkát nemcsak egészségtelenné teszi, hanem együttesen a tüdőmegbetegedések gyakori fellépését elősegíti. Ezen mellékkörülményekre utalni, ezeket fürkészni, ezeken segiteni, őket enyhiteni, esetleg eliminálni, mindez közegészségügyi szempontból szerfelett fontos, közgazdasági szempontból igen üdvös, különösen akkor, ha a megbetegedés igen elterjedt vagy a kórfolyamat maga veszélyes.

A tüdőbetegségek lényegének felismerése, a bakteriologiai ismeretek szaporodása szerfelett nagy lendületet adtak úgy a megbetegedés gyógyithatóságának (melyet különben már a 70-es években, számos példa felemlitésével, hangoztatott úgy *Brehmer*, mint *Massini*, kinek dolgozatában a tüdősorvadás irodalma bőven tárgyalva van), mint a tüdőtuberculosis elleni védekezés czéljainak s módjainak, különösen mióta tudva van, hogy a tüdővész a népet pusztító ama fertőző betegség, mely sok esetben elkerülhető lett volna, számos esetben ismét gyógyitható, de a melynek ma a mai viszonyok szerint az emberiség $^1/_6$—$^1/_8$-ad része áldozatul esik. Mert rég elmultak már azon idők, midőn nemcsak a közönség, hanem az orvos is ama betegség kórismézésekor, melyet *Koch* előtt tüdővésznek vagy tüdősorvadásnak neveztek, mintegy halálos itéletet mondtak a betegre vagy a közvetlen jövőben, vagy a testi erők lassú, de állandó sorvadásával a távoli időre.

***

Az ipari munkások igen gyakran ki vannak téve meghülésnek, mely számos iparágnál (vasaló, mosó, fütő, gépész, pék, czukrász, kövező, palafedő) nem ritkán egymaga okozza az elsődleges megbetegedést a felső légutak nyálkahártyájának vérbőségére s lobjára vezetve, melyet úgy a munkatermek változó hőfoka s vizgőz tartama, mint azok hiányos élenymennyisége kártékonyan befolyásolhat s jelentékenyen rosszabbithat.

A feldolgozandó anyag káros, sőt mérges alkatrészeinek állandó belégzése folytán a tüdőkben beállanak idővel kóros folyamatok, melyek később a fertőző csirok letelepedését elősegitik s azok tovább fejlődésére a legkitünőbb talajt szolgáltatják. Igen kevésre tehető azon munkások száma, a kik a testi megerőltető munkát minden káros behatás nélkül a szabadban végezhetik (pl. hajós, kocsis, napszámos, kádár, részben a házi szolga).

Jóval több már ama foglalkozások száma, melyeknél a nehéz munkához a gőz- vagy gáznemű test belégzésének hatása a felső légutakra — orr, garat, gége, hörgök — társul. Legyen ezen kártékonyan ható belégzett anyag akár az *arsen* gőze (üveg, tükör, sárgaréz, vaspléh, festék gyártásánál), vagy a *kén* (ruggyanta, gummi, gyufa, lőpor gyártásnál, szalma vagy selyem halványitásakor, petroleum- vagy parafin-tisztitó telepeken, az ezüstnek arany vagy réz-

től való elválasztásakor), *phosphor* (gyufagyártás), esetleg a *higany* gőzei (tükörfoncsorozás, vas s aczél étetésénél, állati szőrök páczolásánál), a *jod, brom, fluor, osmium* gőzei (üveg-, porczellángyár), vagy *chlor* gőzei (papir, üveg, agyag, soda, kattun s kékfestőgyártásnál), akár a *salétrom* (fegyver-, festék s bronzgyárakban, selyem s állati tollak festésénél, nemes fémek kiválasztásánál, réznek étetésénél), *ammoniak* (gáz- s gépgyáraknál, peczegödör tisztításakor) vagy ama *gőzök*, melyek *szervi savak* (butor-, gyertya-, szappan-, trágyagyár), *faeczet* vagy faszén feldolgozásánál keletkeznek (ily gőzöknek ki vannak téve a kovács és lakatos műhelyekben, a gázgyárban dolgozók, mosónők, szakácsnők, vasalónők).

A munkások nagyobb része azonban oly iparágaknál van foglalkoztatva, melyeknél *por* fejlődik az ipar folytán, akár nagyobb műhelyekben vagy gyári telepeken űzetik az, akár pedig szobában végeztetik a munka, mint pl. a kisiparnál. Ezen por nemcsak mennyiségénél fogva, de minőségénél s vegyi összetételű alkatánál fogva is nemcsak izgathatja az orr, garat, gége, légcső nyákhártyáját, hanem a nyákhártya felületnek állandó lobját is előidézheti, sőt a mélyebb s alsóbb légutakat, esetleg a tüdőszövetet is bántalmazhatja, pneumonokoniosisokat okozva.

A por állandóan belehelve veszélyes lehet, akár zárt, akár nyitott helyeken folyik a munka. Hátrányos a légutakra úgy az *ásványi por,* melyet belélegzeni kénytelen: a csiszoló, a nyomdász, a nyomdai segédmunkás, a tömöntő, a kőfaragó, a kőfejtő, kőműves, a szobrász, a kéménysepről, a szénégető, a gombkészitő, a sárga- s veresrézöntő, a bányász, a kohász, achát, drágakő- és gyémántcsiszoló, porczellán- és vasmunkás stb.; mint a *növényi por*, a melyben majdnem állandóan dolgozik: az asztalos, a famunkás, a takács, a molnár, a malommunkás, a pék s czukrász, a papir-, len-, kender-, gyapot-, watta-, juttagyári munkás, a rongyszedő, a szabó, a dohány- s vegyi-gyárak munkásai; valamint az *állati por,* melyet a timárok, fodrászok és borbélyok, a szűcsök s sapkások, tolldiszitők, legyezőkészitők stb. is gyakran belélegezni kénytelenek.

A különböző por gyakran vegyesen (többnyire ásványi s növényi együtt) kering a munkateremben. Nemei közül legjobban sérti a tüdőt Benoiton de Chateauneuf szerint a növényi, kevésbbé az állati s az ásványi por (mások szerint, kiknek szószólójuk Lombard, a por nemei ép ellenkező sorrendben sértik a tüdőt). E pornemek eleinte csak a garat s orr nyákhártyáját támadják meg; midőn azonban a hosszú ideig tartó behatás folytán a nyákhártya ellazul, vagy lobosodik, vagy helyenkint elpusztul, akkor nemcsak a küllevegőnek physicalis előkészitésének módja s az orrüreg részéről tapasztalható porfelfogó képesség elesik, de megszünik a legfelsőbb légutak nyákhártyának csirokat elpusztító illetve eliminaló képessége is.

Az orri légzésnek hiányossága vagy megszünése esetén a belégzett por, különösen ha az nagyobb mennyiségben kering a levegőben, a légcsőbe, hörgökbe, sőt a tüdő alveolusaiba is eljut. A hörgökben s hörgöcsökön levő csillószőrös hám épségének esetén az idegen test gyorsan kitakaritatik onnan, mig a mélyebbre jutott por reflectorice köhögési ingert s köhögést vált ki s ily módon távolittatik el a szervezetből.

A szervezetnek ezen veleszületett védő készüléke, mely az idegen test eltávolithatóságát a tüdőkből elősegiti, a pornak folytonos belégzése mellett idővel tönkre megy, vagy pedig megsérül, minek következménye a tüdőutak nyákhártyájának lobja, ellenállásának csökkenése, fekélyképződés a hörgökben stb.

Ha a munkás ilyenkor abbahagyná munkáját, az idült hörghurut is nemsokára elmulnék. Mivel azonban ezen időszak még subjectiv panaszokra sem ad okot, hisz a munkába lépésnek napjától fogva hozzászokott a köhögéshez s kiköpéshez, a munkát ezen pordús levegőben rendszerint folytatja. Ennek következtében az idült hörghurut mindinkább terjed, sőt ezen egyszerű fekélyesedő folyamatból a nyákhártyának áttörésével s a folyamat átterjedésével a tüdő szövetére származhatnak — *Zenker* s *Hirt* szerint — lassanként a tüdőkben nagy üregek is. Ily stadiumban a por, mely a tüdőbe jutott, már nem expectoráltatik, hanem részben visszatartatik s a tüdő szövetébe lerakatik, hol szöveti lobokat okoz. Ezen lobok következménye az ektatikus s atelektatikus góczok fejlődése a tüdőben, melyeknek hosszabb időn való fennállása után elénk tárul a pneumonokoniotikus tüdőnek pathologikus s anatomikus képe (Clark szerint heg, göb s caverna képződéssel). Ennek kórismézése és megkülönböztetése a tuberculotikus tüdőtől szerfelett nehéz, de annak felismerését elősegiti a Koch-féle bacillus hiánya, a láztalan állapot, a lassú terjedés, a nagy szövetroncsolásra következtethető physikalis tünetekkel szemben a gyors erőhanyatlás hiánya, a megbetegedésnek inkább egy oldalon való fellépése.

És mégis, bár a munkások a porbelégzésnek jelentékenyen s hosszú időn át ki vannak téve, náluk a *porbelégzés okozta pneumonokoniotikus tüdőnél sokkal gyakoribb a tüdőtuberculosis.* Ennek főoka, hogy a pneumonokoniotikus tüdő a tuberculosis bacillusának letelepedésére s tenyésztésére a legjobb s legkedvezőbb talajt képezi, valamint azon figyelembe veendő körülmény, hogy a munkások életében számos a test ellenállását csökkentő s a szervezetre károsan beható egyéb tényező is szerepel.

Szerfelett tanuságos s ép oly érdekes volna egy nagy számokon alapuló, az összes foglalkozásokat felölelő és egységes rendszeren felépült statistikával, az úgynevezett *foglalkozásbeli megbetegedések statistikájával* rendelkezni, melyből kitudható volna, vajjon tényleg fellép-e a tüdőtuberculosis gyakrabban egyes foglalkozásoknál, mely korban lepi meg leginkább a munkást, fellép-e gyakrabban nőknél vagy férfiaknál, vagy megfordítva?

Természetes, hogy ezen számoknak nem szabadna egyedül a kórházi anyagból nyert adatokból származni, mivel ép a tüdőtuberculosis a bajnak hosszú tartamánál fogva oly megbetegedés, melynek részleges vagy teljes gyógyulását a betegek nem várják be, hanem a megbetegedés alatt több izben is kerülnek be s hagyják el újból a kórházat, a mi a statistikai számok emelkedését okozná s igy vagy az egyénenkénti megbetegedés figyelembe vétele, vagy a halálozási szám adhatná az útbaigazitást.

A meglevő, terjedelménél fogva aranylag igen szerény statistika, szerfelett hézagos, a mennyiben sokszor csak egyes foglalkozásokra vonatkozik, pl. vasutasokra, bányászokra, katonákra. Még a legtöbb erre vonatkozó adatot lelhetni, igaz, igen szétszórva, *Hirt*-nek az ipari megbetegedéseket teljesen felölelő könyvében, a melyben az egyes foglalkozásoknál előforduló megbetegedési s halálozási százalékszámok különös figyelemben részesittetnek, s pedig az esetek nagy számában külön található ott a tüdőbajok fellépésének gyakorisága is és külön a tüdővészé.

Pedig e kérdéshez hasonló fontosságú egészségügyi themával már 1835 óta foglalkoztak az egészségügy s a statistika legkiválóbbjai, mint *Combard, Neufoille, Neison, Heym, Körösy, Conrad, Popper, Fodor, Westergard, Müller*, kik többnyire egyes városok halálozási tábláiból iparkodtak következtetni a foglalkozásoknak veszélyes, esetleg indifferens voltára, valamint az életkorra. Körösy e kérdéssel még behatóbban foglalkozva, a Budapesten az 1876—1881. év közt elhaltakból a következő szerfelett tanuságos táblát állitotta össze, a melyen a légzési szerveket külön csoportban tüntette fel (l. a táblát).

Ezen táblázat tanúsága értelmében a tüdőmegbetegedés szerfelett gyakori ama foglalkozásoknál, melyeket porban vagy hő mellett, ülő vagy álló foglalkozás mellett, vagy melyeket zárt helyiségekben végeznek.

Körösi ezen számadatokkal mintegy megerősitette *Lombard* régebbi nézetét, hogy a tüdővészt elősegiti az ásványi s egyéb por, ülő életmód, meleg vagy száraz levegő, ülő munka zárt helyiségben, hajlott testtartás, mig annak kifejlődését gátolja a jó s activ életmód, a szabadbani tartózkodás, a vizgőzzel telt levegő. Míg u. i. Genfben ezer haláleset közül átlag 114 esett tuberkulosisra, addig az első helyen említett foglalkozások közül 176, az utóbbiaknál pedig csak 89 esett.

Meghalt 1000	Idegbajban	Lélekzési szervek megbetegedésében	Emésztőszerv megbetegedésében
Szellemi munkával foglalkozó közül[1]	148	487	64
Testi megerőltető foglalkozásbeli közül[2]	86	495	63
Magas hőnél dolgozók közül[3]	64	534	78
Porban dolgozók közül[4]	64	569	72
Ülő foglalkozásbeli közül[5]	99	559	59
Álló foglalkozásbeli közül[6]	67	552	69
Zárt helyiségekben foglalkozók közül	91	556	60
Szabadban dolgozók közül	74	507	60

(Folytatása következik.)

Közlemény a müncheni Reisingerianum Schech tnr. vezetése alatt álló gégészeti osztályáról és Heymann P. docens poliklinikájáról (Berlin).

Az álhangszalag izmáról s működéséről hangképzés alkalmával.

Donogány Zakariás dr.-tól.

(Folytatás.)

Már határozottabb befolyást tulajdonítanak a hangképzésre az álhangszalagoknak a következő szerzők. *Gareia*[9] szabályszerűen látta azt, hogy fejhangoknál az álhangszalagok oldalfelé vonulnak. Ezzel szemben *Grützner*[8] épen rövidülésről és közeledésről tesz említést. *Gougenheim* és *Lermoyez*[7], *Störk*[26] *Mandl*[15] szerint pedig ilyenkor az álhangszalagok lefelé nyomulnak s ráfeküsznek a valódiakra.

Rossbach[20] állandóan úgy találta, hogy hangadáskor az álhangszalagok egymáshoz közeledtek.

Fournié pedig magas hangoknál közeledést, mélyeknél távolodást észlelt. Az álhangszalagok működésének egyik legkiválóbb vizsgálója *E. Cutter*[1] szerint: 1. Az álhangszalagok nyeléskor zárulnak. 2. Záródnak, ha a légzés visszatartatik. A „coup de glotte"-ot az álhangszalagok okozzák, mert ezek tartják vissza a levegőt. 3. Meghatározzák a köhögés jellegét és színezetét.

Hogy azonban mindez észleleteknek csak egyrésze ment át a köztudatba és fogadtatott el tények gyanánt, erre legyen szabad az *Ewald*[4] nézetét közölnöm. „Az álhangszalagok a normal hangképzésben nem vesznek részt. Sokkal távolabb állanak egymástól, hogysem a valódi hangszalagok rezgését tompítanák vagy akár a hangot mélyítenék." Az álhangszalagoknak csak annyi szerepük van, hogy valódi hangszalag hűdéskor pótlólag léphetnek föl, s nyeléskor a gégebemenetet elzárják.

Ez a legelterjedtebb nézet ma is, daczára, hogy egy igen értékes adat áll *Rüdinger*[22] egy vizsgálata folytán rendelkezésünkre. Ugyanis egy kivégzett gonosztevő gégéjét 11 perczczel a lefejezés után rendelkezésére bocsátották, s ő a nervus recurrensnek electrodokkal való izgatásakor közvetlenül megfigyelte azt, hogy az álhangszalagok élénken mozogtak be és lefelé. Megfigyelését megerősítik a *kóros körülmények* közt szerzett tapasztalatok. Általánosan ismert azon körülmény, hogy az álhangszalagok a valódiakat — ha ez utóbbiak a hangképzésre képtelenek — működésükben helyettesíthetik. *Merkel* kísérletileg mutatta ki, hogy az álhangszalagok érintkezésükkor mint rezgő lemezek szerepelhetnek, durva krákogásszerű hangot hozva létre.

Az ide vonatkozó észleletek oly számosak, hogy azoknak felsorolására ki nem terjeszkedhetem, legfeljebb csak annyit említek meg, hogy az első észleletek *Rossbach, Bruns*[13] és *Jelenffy*[12]-től erednek; közleményeik óta lépten-nyomon tapasztalták e tünetet.

Azonban nemcsak helyettesítőleg képesek az álhangszalagok működni, hanem előfordul oly eset is, midőn görcsszerűleg húzódnak össze, a mint ez *P. Heymannak*[10] egy közölt esetéből kitünik. Az eset egy 13 éves gyermekre vonatkozik, a kinél a hangszalagok ép volta daczára, a hangadás legcsekélyebb kisérleténél az álhangszalagok görcsösen egymáshoz illeszkedtek, úgy hogy a beteg csak suttogva beszélhetett. Ezen tünet csak akkor állott elő, ha a beteg hangot akart kiadni. Szerző e kóralakot az álhangszalagok phonatorikus görcsének nevezte el. A második hasonló esetet *Dundas-Grant*[3] mutatta be a londoni gégészeti társulat 1887 márcz. 10-diki ülésén. A két eset között az volt a különbség, hogy míg az elsőben a tünet állandó volt, addig a másodikban csak pár napig tartott.*

A két poliklinika rendelkezésemre álló bő beteganyagán igyekeztem annak felderítésére, hogy mozognak-e és mily mozgásokat végeznek az álhangszalagok a hangképzés alkalmával ép és kóros körülmények között. Észleleteim gégetükri megfigyelések. Legelső sorban is az öklöndöző mozgásokat kellett kiküszöbölni, ezért lajstromomba csak oly egyéneket vettem fel, a kik már az első vizsgálat alkalmával egész nyugodtan tartottak, vagy erre kellően begyakorolhatókká váltak.** Ezen megszorítás eredményezte azt, hogy több mint 1000 esetből csak 150 kifogástalan esetem maradt.

Vizsgálataim az egyszerű, a gyakran és hirtelen megszakított és a „h"-val való hangképzésre vonatkoztak, az egyént ez utóbbi esetben arra szólítottam fel, hogy ne a-, e-, i-t, hanem ha, he, hi-t mondjon.

Ez ép viszonyok közötti hangképzés alkalmával a valódi hangszalagok az érintkezésig közelednek egymáshoz, de ugyanekkor az álhangszalagok sem maradnak mindig tétlenül, legalább az esetek legnagyobb részében pontosan megfigyelhető mozgást végeznek. Ezen mozgás mindig a középvonal felé történik, azaz a két álhangszalag közeledik egymáshoz. A közeledés lehet alig észrevehetően kisfokú, vagy oly nagy, hogy majdnem érintkezik a két álhangszalag egymással. Nagyobb mozgást találtam az esetek 28%-ában, kisebbet 34%-ában, mozgást 38%-ban nem voltam képes megállapítani. *Kifejezettebbek lesznek e mozgások* általában akkor, ha a megfigyelt egyén hangszalagait magasabb hangra állítja be; de még a legmagasabb hangokat sem kiséri több esetben semmi mozgás. Meg kell még e helyen jegyeznem, hogy nem szabad e vizsgálat alkalmával az egyéntől, rendes hangterjedelmén kivül erős, magas hangokat kivánnunk; mert az erőlködésnél mindig közelednek az álhangszalagok egymáshoz. A mozgás által létrehozott alakváltozás leirása előtt, az álhangszalagok nyugalmi helyzetéről kell megemlékeznem. Mély légzés alkalmával, a midőn a hangrés tág, az álhangszalagok rendesen kissé görbült, kivájtságával a középvonal felé néző ív alakjában foglalnak mint kissé lapos redők helyet, néha az ívvonal helyett többé-kevésbbé egyenest látunk, sőt a középen mindkétoldalt egymás felé néző csekély kidomborodást is. Ez utóbbi esetben az álhangszalagok mozgása élénkebb.

A hangképzés pillanatában az eddig lapos kötegek kissé gömbölyűbbek, azaz vastagabbak lesznek s közelebb jutnak egymás-

[1] Tisztviselő, tanító, művész, ügyvéd, orvos, pap; összesen 1755 eset.

[2] Bádogos, lakatos, kovács, mészáros, ács, timár, érczöntő, mezőgazdasági munkás; összesen 1522 eset.

[3] Pék, gépész, érczöntő; összesen 268.

[4] Pék, kőfaragó, szűcs, molnár; összesen 532 eset.

[5] Tisztviselő, czipész, szabó, kézi munkásnő, kocsis, könyvkötő, ékszerész; összesen 3200 eset.

[6] Kőmíves, asztalos, ács, mezőgazdasági munkás, nyomdász, pék, mosónő, gépész, fodrász és érczöntő; összesen 2404 eset.

* Heymann P. docens szives szóbeli közlése folytán értesültem arról, hogy azóta az eset értelmezését annyiban változtatta, hogy lehetségesnek tartja ez esetben is az álhangszalagoknak helyettesítő (vicariáló) működését, mely görcsszerűleg jelentkezett; bár sem a hangszalagok működés hiányát, sem az ezt előidéző okot kideríteni nem lehetett.

A Dundas-Grant esetét is, bár csak a Semon Centralblattjából ismerem, hajlandó vagyok hasonlóképen értelmezni.

** Kezdetben a czél elérése végett a cocainozáshoz fordultam, de csakhamar elhagytam, egyrészt a beteget a kellemetlen melléktünetektől kímélni óhajtván, másrészt tartottam attól, hogy e körülmény esetleg zavarólag szerepelhet.

hoz, ezen közeledés vagy a középen nyilvánul, mint ezt leggyakrabban tapasztaljuk, ugyanis e helyen kis elődomborodás lép fel. Vagy a közeledés a mellső harmadban nagyobb, a midőn egy az alapjával a hátsó fal felé tekintő háromszögű rés keletkezik. Az első esetben lehet a domborodás olyan, hogy majdnem egyenes vonalból emelkedik elő, vagy pedig a most már befelé görbült ív legkiemelkedőbb része. Ezen alakváltozás a hangszalagok közeledésével egyidejűleg lép fel, rendesen csak pillanatnyi ideig tart, néha azonban mindaddig fenmarad, míg a hangképzés tart.

Élénkebbé válnak a mozgások akkor, ha hangterjedelmének legmagasabb hangjait képzi, különösen, ha — mint rendesen mondani szokták — hangját erőlteti, ilyenkor a nyugodt hangképzéskor nem mozgó álhangszalagok is mozgást végeznek befelé, a középen fekvő kis kiemelkedéssel érintkezhetnek is. Nagyobbfokú erőlködéskor az álhangszalagok egész mellső részükkel érintkeznek egész a processus vocalisig s csak hátul marad kicsiny háromszögű rés. Kivételesen előfordul ezen észlelet ellenkezője is, a midőn magas hangoknál az álhangszalagok egymástól távolodnak. Csak két esetben volt alkalmam a feltünő jelenséget észlelni.

Legélénkebb az álhangszalagok közeledése akkor, ha a hangszalagok zárása többször egymásután, mindig hirtelen történik s a zárás csak igen rövid ideig tart, értvén ezalatt, hogy a hangképzés kis ütésekhez hasonlóan folyik le, s nem pedig egy állandó hang megszakításokkal, ez utóbbi esetben a mozgások még nem érik el élénkségük tetőfokát. A közeledés a leirt alakokban nyilvánul, azaz legtöbbször csúcsosan a középen, néha a mellső harmadban nagyobb a közeledés. Ezen mozgás minden eddig megfigyelt esetben kivétel nélkül bekövetkezett, még azokban is, a hol nyugodt hangképzés alkalmával semmi álhangszalagmozgás nem volt észlelhető. Az álhangszalag ez alakváltozása a hangrés zárásával egyidejűleg lép föl, a zár megszünéseig tart, a hang magasságától független.

Eddig oly esetekről volt szó, a melyekben hangképzés alkalmával a hangrés mindig teljesen zárt volt, most áttérek azon hangképzésre, melynél e zár nem teljes. A mint ismeretes, a „h"-t úgy képezi a gége, hogy a hangrést csak részben zárja, ezen rés rendesen háromszögű, a háromszög alapja a hátsó falon van, néha pedig orsóalakú, hasonlóan az internus hűdéshez.

Ilyenkor azt lehet észlelni, hogy *az álhangszalagok mindig szabályosan távolodnak egymástól*. Az eddigi rés nagyobb lesz, még akkor is, ha különben a hangrés zárásakor befelé való mozgás nem is észleltetik. Élénken mozgó álhangszalagok e tüneményt még feltünőbbé teszik. A két álhangszalag laposabb és egymás felé tekintő szélük homorú. E mozgást kivétel nélkül minden esetben láttam. Ennyiben összefoglalván az élettani esetekre vonatkozó észleleteimet, áttérek a kóros esetek tárgyalására.

Ezen észleleteimben csak annak felsorolására szorítkozom, hogy mikor és mily alakban jelentkezik az álhangszalagok úgynevezett helyettesitő működése, bár mindig figyelemmel voltam a megszakitott hangképzés és a „h" képzésekor fellépő mozgásokra is; de mivel ezen szabályszerűen fellépő mozgások mindig úgy jelentkeztek, mint azt élettani körülmények közt láttam,* külön felemlitésre nem érdemesek.

Általában mondható, hogy minden oly esetben, a hol a hang rekedt, az álhangszalagok működése élénkebb. Az álhangszalag mozgásainak foka a valódi hangszalagok működészavarának nagysága szerint különböző. Egyszerű rekedtségnél e mozgás nem sokkal nagyobb az ép esetekben észleltnél. *Nagyobb lesz a közeledés azonban akkor, midőn a hangrés zárása nehézzé vagy lehetetlenné vált.*

Ezt észlelni lehet akkor, ha

1. a heveny vagy idült gégehurut izomhűdésekkel (m. internus, m. transversus) jár.
2. A hangszalagok fekélyesedésekor.
3. Ha a hangszalagok mozgásaiban mechanikus akadályok szerepelnek, ilyenek daganatok, perichondritisek, beszűrődések a hátsó falon, anchylosisok.
4. A hangrészárók és feszitők tulajdonképeni hűdésénél, ha az álhangszalagokra a hűdés át nem terjedt.*

Minden ily esetben az álhangszalagok közelednek egymáshoz. A közeledés a teljes érintkezésig mehet. Az érintkezés lehet teljes vagy részleges. A teljes érintkezés esetén az álhangszalagok mint hangképzőszerv szerepelnek a valódiak helyett. Ilyenkor az érintkezés — természetesen — az egész hangképzés tartalmára kiterjed. Az ilyen esetek nem ritkák, az ilyenkor keletkező hang sajátságosan érdes, igen csekély modulatióval bir. Az úgynevezett „jühköhögés" az álhangszalagok érintkezése folytán áll elő.

Ha az álhangszalagok csak részben érintkeznek, ez leggyakrabban a középen történik, némely esetben a hátsó, máskor a mellső harmadban, néha a processus vocalisig terjedvén.

(Folytatása következik.)

* E mozgások csak teljes hűdéskor, az álhangszalagok nagyfokú beszűrödésekor s mechanikus akadályok jelenlétekor hiányoztak.

Anaemia perniciosa gravis relativ gyógyulása.

Közli: *Urszinyi Gyula* dr.

(Folytatás.)

Valószinű, hogy a belekben rendes viszonyok közt is ott vannak ezen bakteriumok; csakhogy míg más esetekben az ételeknek a bomlását csak bizonyos processusig segítik elő, annyiban tehát hasznosak a szervezetre; addig jelen esetben, a megevett étel csak a bakteriumok tápanyagául szolgált; csak arra lett felhasználva, hogy a bakteriumok óriási módon felszaporodhassanak, sok toxint termeljenek, a mely felszívódva, a vér piros alakelemeit fogyasztotta meg.

Ha a kórosan erjedő bélpép, mely a toxint a bakteriumok útján termeli, kellő időben el nem távolíttatik, úgy a toxin mérgezi a vért, a mit látni is minden heveny erjedésen alapuló gyomorhurutnál, *mert az illető hirtelen sápadt lesz.*

Jelen esetben a beteg már anaemiásan jött hozzám, de sikerült pathogeniás alapon a kórokot eltávolítani, jobban lett; csakhogy később az ételek a belekben ismét úgy alakultak át a bakteriumok felszaporodása következtében, hogy folyton toxin termeltetett, mivel az első megbetegedés alkalmával a gyomor emésztő mirigyei oly arányban pusztultak el, hogy a bejutott étel nem juthatott rendes emésztés alá, hanem kóros erjedésbe jutott.

Sikerült azonban mérsékelni ezen erjedést gyomormosásokkal és bélantisepticumokkal, annyira, hogy az étvágy javulni kezdett, de *már akkor a belek felőli autointoxicatio annyira megfogyasztotta a piros vérsejtek számát, vele a haemoglobint, hogy a sejtéletben egy második autointoxicatio jött létre, mivel a reducált oxydatióból kifolyólag, a sejtekben oly anyagcsere hulladékok halmozódtak fel, melyek épen a lehangolt anyagcsere miatt nem voltak kiküszöbölhetők*, mivel a végső elégési processusig még nem jutottak el.

Ez volt a második autointoxicatio, a melyen a vas nem tudott segíteni.

A mint a kályhában, ha nincs elegendő légvonata, alacsonyabb elégési productomok keletkeznek, mint a szénsav, a melyek mérgezők, ilyen a szénéleg; úgy a szervezetben is a reducált oxydationalis processusból kifolyólag oly termékek keletkezhetnek, a melyek mérgezik a szervezetet.

A lehangolt sejtlégzés miatt minden szerv, minden sejt telítve volt az anyagcserének tökéletlenül elégett productumaival, a visszamaradt toxikus anyag nem ürülhetett ki, mert a vér nem hozott magával oxygent, a mely azt elégette volna, tehát a vér nem is küszöbölhette ki.

Kerestem oly szert, melylyel a sejtlégzést fokozhatnám; az oxygen belégzés nem volt alkalmazható, mert épen *az oxygent hordozó közeg, a haemoglobin hiányzott.*

* Ezen körülmény csak elméleti következtetés eredménye, ilyen esetről nincs tudomásom.

Hirsch a „Centralblatt für die gesammte Therapie“ 1897. évi 6-dik füzetében erre a czélra az *essentia sperminum Poehl*-t ajánlotta.

A beteg mindig ágyban feküdt, ha felült szédült s visszahanyatlott.

Ha a szobán végigvezettük, lélegzete nehéz lett, fuladozott de a mellkas még egy cm.-nyit sem tágult. Ezt úgy magyarázom: miután nem volt haemoglobin, mely a belehelt oxygent absorbeálná, a tüdő, azaz a mellkas csak oly fokig jutott belégzési stadiumba, a mennyi oxygent a rendelkezésre álló haemoglobin *absorbeálni tudott*, ez pedig oly kevés volt, hogy csakis teljes testi és lelki nyugalom mellett volt képes kielégíteni a szervezetet, a legkisebb mozgásnál az oxygenhiány tünetei rögtön jelentkeztek, a beteg fuladozott, szédült, de a mellkas jobban mégsem tágult, mert szervezetünk úgy van berendezve, *hogy az felesleges munkát nem végez, hiába tágult volna a mellkas, benne a tüdő és jutott volna több oxygen a kis vérkörbe, ha nem volt ott elegendő haemoglobin, mely azt absorbeálta volna.*

A beteg desperált, gyógyszert szedni nem akart, biztattam őt, hogy külföldről hozatok neki gyógyszert, a melytől jobban lesz, de a *Szt.-Pétervárról* megrendelt spermin késett, a beteget az öngyilkosságtól féltettem, suggeráltam tehát neki, hogy a gyógyszer megjött, melytől jobban lesz és beadtam neki sulf. aurat. antim.-t czukorral; azonban a suggestiónak semmi hatása nem lett, végre megjött a spermin, ebből adattam neki Luhi-vízben, *tudtán kivül* 30 cseppet 3-szor naponta.

A beteget két nap mulva láttam, miután 180 cseppet bevett és oly csodálatos, gyors és kedvező változást betegen még nem láttam.

A beteget az ágyszélen ülve találtam, megfésülve, megborotválva, csinosan felöltözködve; kérdéseimre azt felelte, hogy jól érzi magát, hogy mitől, azt nem tudja, de úgy érzi, hogy az a víz, a mit iszik, jót tesz neki.

Pulsusa *nagyobb, erősebb, szaporább* lett, a vital-capacitás egy *cm. volt*, az anaemia oly hirtelen nem javulhatott, de *kedélye lett jobb, arcza vidámabb, színe üdébb, erősebb, hőmérséklete* $36^{8}/_{10}$—$37^{2}/_{10}$° ra ment fel, *izomereje, szellemi tehetsége* bámulatosan javult, nem gondolt arra többé, hogy beteg, sőt dolgozni akart menni.

Dohányt kért és pipázott, a mit egész betegsége alatt nem tett, bort is kért, a mit inni azelőtt nem tudott, mivel jobban szédült.

Ötödnapra hasmenést kapott, és mivel megtudta, hogy orvosságot vesz, nem akarta azt szedni, csak miután a hasmenést diaetával megszüntettem, szedte tovább a spermint, *3 üveggel fogyasztott el 6 hét alatt.*

A javulás később nem volt oly fokozódó mint eleinte, azonban 6 hét mulva dolgozni kezdett és ma is doldozik.

Az ujj hegyén kibugyanó vér megszúrás után ismét cseppet képezett, a piros vérsejtek 4—5-szörösen felszaporodtak, ennek megfelelőleg a vital-capacitás 2 cm. lett.

A gyógyulás csak relativ, mert az anaemia most is kifejezett, próbáltam is azt a spermin adagolása mellett vas- és arzengyógyszerekkel megszüntetni, de tökéletesen nem sikerült, oka pedig azt hiszem, a gyomor *emésztő mirigyeinek elpusztulásában keresendő*, a beteg elég jó étvágygyal eszik, de evés után gyomornyomást érez, most is bágyadt és hamar elfárad.

A spermin az emberi szervezetben a *szétesett fehér vérsejtek produktuma*, a sejtlégzésnek mint fermentje működik, az anyagcserebomlás termékeit oxydálja, tehát a hiányos oxydatióból származó és felhalmozódó anyagcsere produktumokat közvetve kiküszöböli.

A sejtek autointoxicatióját szünteti meg, tehát ajánlatos ott, hol a sejtlégzés lehangolt, az anyagcsere fokozására.

A spermin hatását jelen esetben úgy magyarázom, hogy a belekből felszívódott toxinok, miután a piros vérsejtek oly nagy számát pusztították már el, hogy az élet volt fenyegetve, a sejtekben végtelen lehangolt sejtlégzés jött létre, a melyen segített a spermin közvetve.

Activ spermin jutott a szervezetbe, emelte a vér alcalicitását és a vér kiküszöbölte azon lehangolt sejtélet termelte termékeket, a melyek a sejtek autointoxicatióját okozták, miután azokat a bejutott activ ferment oxydálta; míg azelőtt inactiv spermin volt a szervezetben, a mely a szövetek és sejtek működésére bénítólag ható salakjait az anyagcserének oxydálni nem volt képes.

Jelen esetben két autointoxicatio forgott fenn, az első létrejött a belek felől, ez ellen jó volt a bélantisepsis, a másik a sejtekben jött létre a tökéletlen elégési productumok felhalmozódása miatt, ezeket küszöbölte ki a spermin.

A spermin mindazon esetekben rendelhető, valószinü sikerrel, hol a sejtlégzés lehangolt és ebből kifolyólag lép fel autointoxicatio, sikerrel használható oly esetekben is, hol az életerőt emelni akarjuk; fogyott az meg bár betegség, nagy a testetlelket kimerítő munka, szegény táplálkozás, vagy testi-lelki izgalmak után; mert ezen esetekben is lehangolt az anyagcsere, csökkent a sejtlégzés, minthogy pedig utóbbit emeli, a *testre, lélekre felüdítőleg, felfrissítőleg hat.*

A leucomain migrain is autointoxicatio, beáll pedig kedélyi izgalmak, szellemi megerőltetés után, mert a fehérnye elégéséből keletkező leucomainok nem vitetnek el, *keletkezési helyét pedig, az agyat izgatva*, epilepsiát is okozhatnak, többnyire azonban csak fejfájást, előbbi esetben a psyche különben intact. Ilyen epilepsiája volt Mohamednek, Julius Caesarnak és I. Napoleonnak.

A bányászok, valamint mezei munkások közt, a kik többnyire egyfajta, de bő táplálkozást folytatnak, igen gyakran van alkalma az orvosnak a heveny autointoxicatio alakjaival találkozni, oka pedig ennek abba keresendő, hogy az egyfajta ételekkel csak egyfajta bakteriumok jutnak a belekbe, továbbá a nagymennyiségü egyfajta ételre, az egyfajta bakteriumok halmozódnak fel, mert a belek emésztő mirigyei nem képesek oly mennyiségű emésztő nedveket producálni, hogy az egyfajta ételt meg is emésszék, ebből kifolyólag tehát a belek obligat bakteriumai a bejutott egyfajta étel felbontását nem a rendes emésztési processus fokáig eszközlik csak, hanem az egyfajta ételnek a belekben való pangása folytán, *azon* túlságos módon *felszaporodnak* s ez által kóros erjedést, toxintermelést idéznek elő.

A bélbeli erjedési folyamat localis tünetekben, colica, meteorismus, rossz szájiz, bevont nyelv, büzös lehelet stb. fog nyilvánulni.

A toxin felszívódása pedig láz, levertség, fejfájás, izomfájdalmak és gyorsan keletkező anaemiás tünetekkel fog nyilatkozni.

Annyira kifejezettek ezen tünetek, hogy ambulantián az orvos rögtön felismerheti ezen kórképet. Ha a belekből kiüzzük az erjedésben levő ételt, vele az ételre felszaporodott bakteriumokat, ugyanazt teszszük, mint midőn a már általános tüneteket okozó *abscessust felvágjuk.* Itt is azon szövettörmelékeket távolítjuk el, a melyekre felhalmozódtak az egyfajta, de *pathogen* bakteriumok, azután sterilizáljuk az üreget a mint tudjuk és nyitva kezeljük tovább. A belek kiürítése után is czélunk, csak csökkenteni a bakteriumok számát, mert itt *obligát* bakteriumokról van szó; de a beleket szintén nyitva kezeljük, azaz enyhe sós hashajtókkal kiöblítjük.

Nyáron gyakoribb ezen betegség, mint télen, mert nyáron kedvezőbb feltételek vannak megadva az ételben való szaporodásához a bakteriumoknak; igy tehát már nagyobb mennyiségben jutnak a belekbe, pl. a munkás ember főtt étele vagy vize mily sokszor van a forró nyári melegnek kitéve és mennyire felszaporodhatnak azokban a bakteriumok *még odakint*; míg télen csak a belekbe jutott ételben szaporodhatnak fel.

(Folytatása következik.)

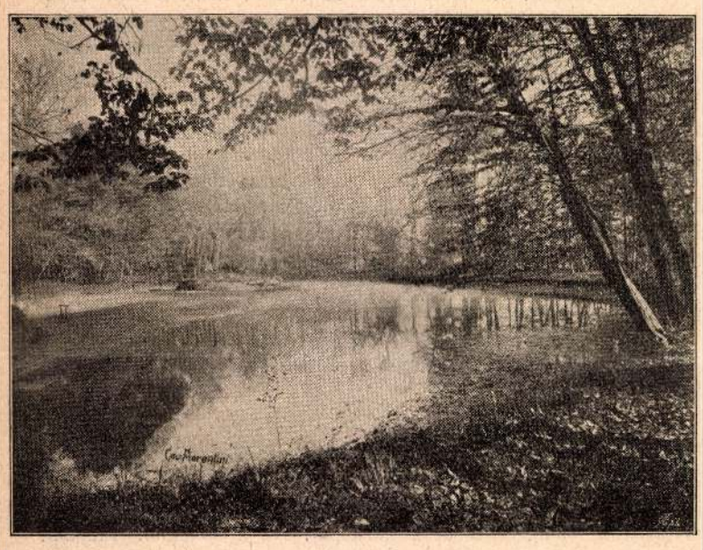
TÁRCZA.

A „Fango“-gyógymódról.

F. C. Müller (München) és O. v. Aufschnaiter (Bécs) dr.-ok előadásai felhivták a figyelmemet a *fango-gyógymódra*, melynek tanulmányozása czéljából a bécsi és német fango-intézeteket felkerestem, hogy személyes tapasztalatok révén szerezzek meggyőződést arról, vajjon a fango-kezeléssel elért, az irodalomban

közölt eredmények tényleg oly meglepők, hogy ne mondjam a „csodálatossal“ határosak. Az utolsó évtized therapeutikus családásai nem igen járulnak hozzá, hogy a még legtekintélyesebb oldalról is ajánlott módszereket előzetes vizsgálat nélkül bizalommal fogadjuk, s így magam is csak bizonyos scepticismussal indultam tanulmányutamra. Több heti tapasztalataim azonban meggyőztek, hogy a fango-gyógymód tényleg megérdemli azt a dicséretet és elismerést, melyben kiváló szakemberek részesítik és hogy a physicalis gyógymódok tényleg egy kiváló gyógytényezővel meggazdagodtak. Az említett intézetekben látottak után a fango lelhelyét, Battagliát is felkerestem, hogy megismerkedjem a viszonyokkal, melyek között a fango termelődik, gyüjtve, felhasználva és szétküldve stb. lesz, nemkülönben, hogy meghallgassam az ottani orvosok véleményét és így egyik-másik tekintetben útbaigazítást nyerjek.

Mielőtt tulajdonképeni tárgyamra áttérnék, legyen szabad nehány szóval a fango hazájáról megemlékezni. Padua és Bologna között terül el a velenczei síkság ama része, melyet az euganei hegyek, az e síkságból kiemelkedő hegyláncz körülövez. E gyönyörü, sok természetes szépséggel megáldott vidék vulcanikus talaj, mely csakúgy bővelkedik számtalan gyógyerejü ásványvízzel. Az euganei fürdők között talán a legtekintélyesebb Battaglia.



1. ábra. Fango-tó.

2. ábra. Fango-krater.

Battaglia 3000 lakosságú mezőváros, fekszik Paduától kilencz kilometernyire az euganei hegyek lejtőjén, lakossága földmiveléssel, gyümölcs- és olajkatenyésztéssel foglalkozik. A gyógytényezők, melyek Battaglia hirnevét megalapitották, meleg forrásai, természetes gőzbarlangja és a fango. Battagliát a Sant' Elena nevü domb uralja, melyen hatalmas kastély emelkedik, honnét gyönyörü kilátás nyilik nyugatról az euganei hegyláncra, délről a Monselice folyóra, észak felé Cattago kastélyra, kelet felé Velenczére.

A Sant' Elena keleti lejtőjéből fakadnak Battaglia meleg forrásai, egy kis erdő szélén közvetlenül a domb mellett van öt forró tó, melyekben körülbelül negyven krater müködik és a forró sósvízzel kevert finom iszapot, a fangot hozza a föld belsejéből a felszinre. Ezen tavakban folyton apró, ily vulcanikus iszapot igen kis részecskékben tartalmazó, azonnal szétpattanó buborékok szállanak fel. Az iszaprészecskék ez által ismét a tó fenekére visszasülyednek és ott lerakodva egy szürkés-fekete tömeget, a *fangot* képezik. Ezen vulcanikus iszap oly nagy mennyiségben termelődik, hogy a gyógyczélokra tavaszszal lecsapolt tó iszapos fenekét öszig megújítja. A míg a forró források el nem apadnak, nem kell tartani, hogy a fango ki fog fogyni. (1., 2 ábra.)

A fangot Battagliában már az ó-korban használták, a gyógymód általánositásának az állotta útját, hogy az ottani lakosság nem a legöszintébb, legönzetlenebb motivumoktól vezettetve, azt a hitet tudta a legújabb időkig fentartani, hogy a fango hatékonysága, jobban mondva gyógyereje csak Battagliához van kötve; mióta azonban bebizonyult, hogy sem állománya, sem vegyi vagy természettani tulajdonságai a kivitel által nem szenvednek, a fango-gyógymód mindig nagyobb és nagyobb elterjedést nyer. Szállítása hordókban vagy beforrasztott bádogládákban történik.

A fango igen finom szürkés-barna, egynemü, kiválóan plastikus tömeget képez, mely tulajdonsága arra képesíti, hogy mint a főszkötés vagy a mintázó agyag minden kiemelkedéshez és mélyedéshez símuljon, tapintata bársonyszerü, a levegőn szárítva hamúszinüvé lesz. Consistentiájánál fogva nehezen melegszik fel és mint rossz hővezető nehezen is hül ki. Kisérleti vizsgálatok mutatták, hogy bizonyos mennyiségü 40°-ra melegitett fango 12 óra alatt csak egy fokot veszit melegéből. A láp és iszap felett az az előnye, hogy állandó összetételü és nem kell ugyanazon lápterület ásványvizével, illetve a megfelelő hévvízzel alkalmazás előtt keverni, hogy hatását kifejtse, elég ha ilyenkor azt csak a víz vagy gőzfürdő felett felmelegítjük. Nem eléggé méltányolható, hogy a viszonyoknál fogva, melyek között termelődik, steril és nem tartalmaz gyökereket, farészleteket, kis köveket és bomló anyagokat, mint a láp, mely korhadási folyamatnak a végterméke.

A fango kitünő kataplasma, egyenlő consistentiája, csekély fajhője, rossz hővezető képességénél fogva, magas hőfok mellett is a test nagy felületére hathat a nélkül, hogy az érlökés gyorsaságát, a vérnyomást, a szív erejét károsan befolyásolná, avagy vértódulást vagy fáradsági érzetet okozna.

Davidsohn[1] vizsgálatai szerint a fango alig tartalmaz csírokat, minden esetre nem pathogen mikroorganismusokat; oly lemezeken, melyeken a vizsgálati anyag platin-kacscsal szétdörzsöltetett, csak öt vagy tíz nem pathogen csír nőtt, a hígitással előállított lemezek sterilek maradtak; *v. Aufschnaiter*,[2] ki hasonló eredményre jutott, néha a nem hígitott lemezeket is csírtalanoknak találta, e csekély bakteriumtartalom okát már említettem volt.

Áttérve a fango alkalmazására, úgy meg kell jegyeznünk, hogy az máskép hat mint egy közönséges meleg- vagy hévvízi fürdő, a mennyiben itt a magas hőfokon kivül még egyéb tényezők is szerepelnek, mindmegannyi feltételei egy erélyes felszívódásnak. A fango ugyanis nagyobb sürüségénél fogva a test felszinére bizonyos nyomást gyakorol és súrlódást közvetit, miáltal massage módjára hat, a fangóban levő diatomaceak a bőrbe fúródva hatalmas bőringert képeznek.[3] (L. 3-dik ábra.)

A fango C. F. Müller szerint még oly esetekben is alkalmazható, hol forró vagy lápfürdőktől tartózkodunk, miután csak helybeli borogatás és nem teli fürdő: „*a fango a legjobb kata-*

[1] *Davidsohn*: Fango-Behandlung. Berliner klin. Wochenschrift. 1897. 3. sz.

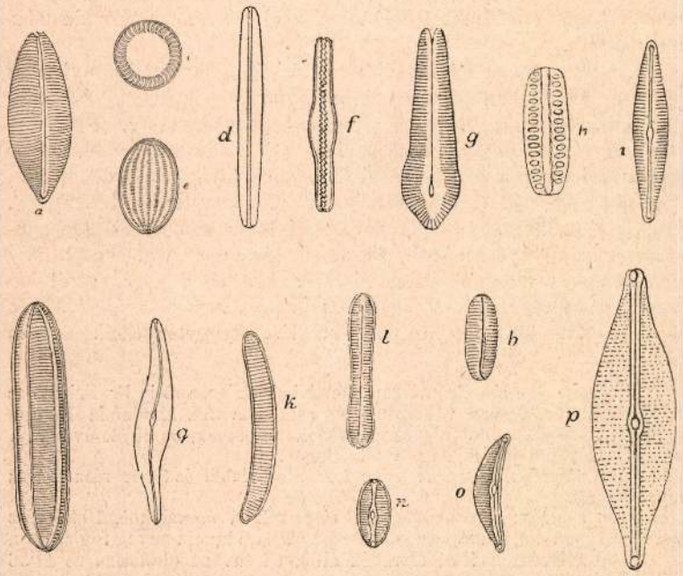
[2] *v. Aufschnaiter*: Über Fango-Behandlung. Wiener klin. Rundschau. 1898. 9—12. sz.

[3] *Davidsohn* l. c. Glax, Lehrbuch der Balneotherapie. 1897. és *v. Aufschnaiter* l. c.

plasma, a melylyel ez idő szerint rendelkezünk; csúzos egyéneket, kik csúzos folyamat szövődményeként a billentyűk lobját és ennek következtében billentyűbántalmat szereztek, nem ültetnénk minden veszély nélkül a meleg fürdőbe, holott a helyi borogatás semmiféle veszélylyel sem jár a közérzetre nézve".

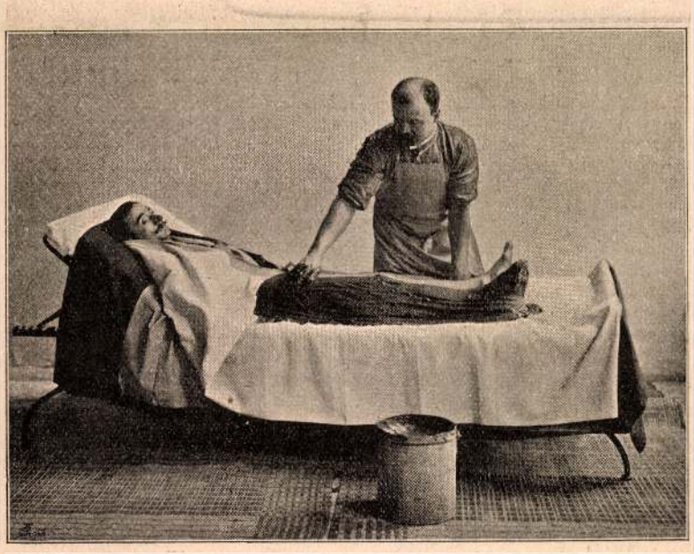
Hogy a forró fangobegöngyölítést hosszabb ideig és minden kellemetlen mellékhatás nélkül lehet eltürni, ennek magyarázatát Glax a következőkben adja: „egyrészt kisebb a fango fajhője, másrészt gyorsan egyenlítődik ki a testnek hőmérséke a testhez hozzá fekvő fangoréteggével, különösen, miután a test mindig perczig tartó emelkedést a begöngyölítés elején az érlökési szaporaság csökkenése előzi meg.

A vérnyomás a begöngyölítés elején rövid ideig emelkedik, a véredények zsongja ugyanis az edényösszehúzó idegek (N. vasoconstrictores) izgatása folytán fokozódik, a bőr halvány lesz, nemsokára azonban ezen idegek hűdése folytán az ellentállás csökken s a vér a bőr felé tódul (v. Aufschnaiter). A bőr véredényeinek ezen hűdési állapota a fangobegöngyölítés után is hosszabb ideig fennáll, a mi egyszersmind annak is adná magyarázatát, miért nem kell a fango-kezelés alatt meghüléstől tartani, lévén a hideg hatás nélkül úgy a vérnyomásra, mint a vérelosztódásra (v. Aufschnaiter). A mi a légzést illeti, a lég-



3. ábra. Diatomaceak (bacrillariaceák csal.) a Fango di Bataggliában. a, c, h leggyakoribb.

5. ábra. „Fango"-begöngyölítés; felső és alsó végtag. Izületi csúz.



4. ábra. Helyi „Fango"-applicatio (alsó végtag). Jobboldali ischias.

6. ábra. „Fango"-begöngyölítés.

ugyanazon melegítő réteg alatt marad, holott a vízfürdőben a könnyen mozgó vízrészecskék a testnek mindig újabb és újabb meleget juttatnak".

A fango alkalmazásakor beálló emelkedése a testhőmérsékenek a fangóval fedett testrészek szöveteinek helybeli felmelegedésétől függ (Maggiora és Levi), átlag véve $^1/_2$—1° C., ritkán $1^1/_2$°-ot tesz ki (Davidson). A hőmérsékemelkedés nem gyorsan, hanem fokozatosan történik, a leggyorsabb emelkedés v. Aufschnaiter szerint az első negyedórában áll be.

Az érlökések száma v. Aufschnaiter és Davidsohn észleletei szerint emelkedik és pedig többnyire csak tíz perczczel a begöngyölítés után átlag 6—8 lökéssel perczenkint, mely körülbelül tíz vételek száma az első tíz percz alatt csökken, később 2—4-gyel emelkedik perczenkint (v. Aufschnaiter, Davidsohn).

A fango-alkalmazás, a mennyiben a vért a véredények összehúzó idegeinek hűdése folytán a bőr felé tereli, így a belszervek vérbőségénél elvonólag hat.

Izzadmányok, köszvényes lerakodások felszívódását pedig a bő izzadás indítja, nemkülönben az anyagcsere élénkülése. Davidsohn a gyógyeljárás hatékony voltát annak az összszervezetre gyakorolt erőművi és thermikus behatásában keresi, mely „*az erős izzadás megindításában*" nyilvánul.

Hogy a fango-kezelésnél a szív és vesék viszonyaira ügyelni kell, az magától értetődik, billentyü-bántalmak vagy a szív

csak ideges izgalmi állapotának, úgyszintén fehérjevizelés fennállása esetén begöngyölítésektől el kell tekinteni és a fangoborogatást csak körülirt testrészekre vagy egyes végtagokra szabad alkalmazni.

Csak nagy elővigyázattal fogjuk a kezelést arterio-sclerotikus vagy vértódulásokra hajlamos egyéneknél alkalmazni, óvatosan azonban kerülni oly egyéneknél, kikre a véredények ütereinek gyors változása komoly következményekkel jár, továbbá, hol súlyos szívbajok vannak jelen, melyek a vérkeringés gyors változását nem jól tűrik, végül rosszindulatú újképleteknél.

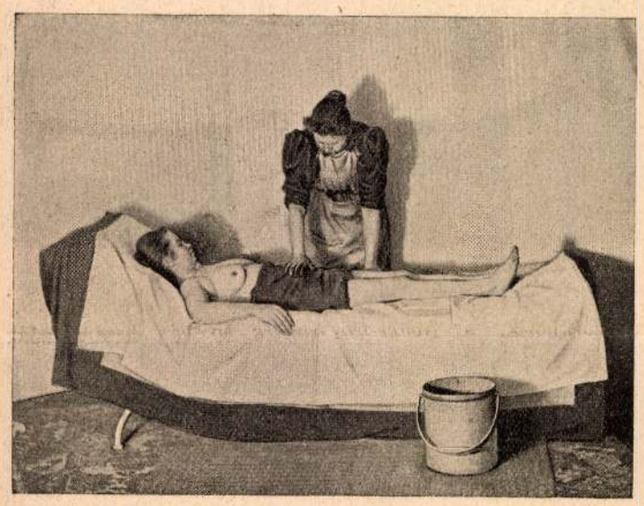
A fango-kezeléssel egy oly eljárásnak jutottunk birtokába, melylyel erélyes és hosszabb ideig folytatható és mégis kiméletes izzasztási kúrákat végezhetünk.

Az egyes fango-begöngyölítések alatt a test a folyadékveszteség folytán átlag 700 gm. súlycsökkenést szenvedhet.

Említendő, hogy az első begöngyölítések után a fájdalom épúgy, mint hévvízi fürdők után gyakran fokozódik.

A begöngyölítések technikája a következő:

Egy megfelelő pamlagra vagy vaságynak betétjére vastag, nagy (2·60—1·60 meter) gyapjútakarót, arra egy ugyanily nagyságú gummilepedőt és e fölé egy durva vászonlepedőt terítünk. A vászonlepedőre már most a beteg végtagnak megfelelő helyre körülbelül három ujjnyi vastag egyenletes réteg 42°-ra a vízfürdő felett hevített fangot kenünk fel, ebbe fektetjük a beteg végtagot, a csupaszon maradt részeket fangóval körülveszszük. A három takarót azután, úgy mint a melegedő bepakolásnál összehajtjuk, a mell felett a begöngyölítésnek csak lazának szabad lennie. A legtöbb esetben nemsokára izzadás fog beállani. Az egyes bepakolás tartama a bántalom természete és az erőbeli állapot szerint változik, átlag egy óráig szokott tartani. (4., 5., 6., 7. ábra.)



7. ábra. „Fango"-begöngyölítés nőnél. Medencze-izzadmány.

A kigöngyölítés után a beteg langyos fürdőt vagy langyos zuhanyt kap és még pihen mielőtt az intézetet elhagyná. A begöngyölítések sorrendjében minden negyedik vagy ötödik kezelési nap után pihenő nap következik.

A fango alkalmazásának *javallatai* Davidsohn, Müller, v. Aufschnaiter, Holzman és Öffinger tapasztalatai szerint következők:

1. *Arthritis urica acuta.* A heveny roham alatt alkalmazva igen jól hat a fango-borogatás, vérkeringés gyorsul, miáltal az izvégek között lerakodott húgysavas sók gyorsan felszívódnak. 2. Arthritis chronica deformans. 3. Köszvényes alapon fejlődő idegzsábák, nemkülönben köszvénynyel összefüggésbe hozható szúró fájdalmak a hasban, a bordaközökben, melyek ideges egyéneknél gyakoriak. 4. Az összes csúzos bántalmak. 5. Izzadmányok, továbbá izzadmányok nyomásai által okozott idegzsábák (ischias bizonyos esetei), nemkülönben a callus okozta zsábák is. 6. Emésztési szervek bántalmai. 7. Anyagcsere-megbetegedések. 8. A vér betegségei. 9. Légzőszervi megbetegedések. 10. Idült mérgezések. 11. Húgyszervi bántalmak. 12. Bőrbetegségek. 13. A nemi szervek betegségei.

Ellenjavallatok. Tüdőgümőkór, senyvek, tüdőlégdag és terhesség, ez utóbbi kettő különösen ha teljes bepakolásokról van szó.

A fango-kezelésnek gondos orvosi ellenőrzés mellett kell történnie, a szolgaszemélyzetnek gyorsnak és ügyesnek kell lennie, már csak azért is, hogy a betegek fájdalmait ne fokozzák ügyetlen bánásmód által.

A fango-kezelés, mint már kifejtettem, egy áldásos gyógymód, de nem szabad művelőinek azon hibába esniök, melybe eleinte a hydropathák estek, t. i., hogy minden baj ellen alkalmazták a gyógymódjukat, miáltal a módszerükbe vetett bizalmat megingatták.

Hogy a fango mindinkább tért hódít, a mellett bizonyítanak úgy az Európában nap-nap után nyiló új intézetek és hogy Gerhardt, Leyden, Neusser, Nothnagel, Schauta, v. Schrötter klinikáin alkalmazzák, nemkülönben azon körülmény is, hogy Baden-Badenban a nagyherczegi fürdőben a hivatalos fürdőorvosok, Obkircher dr. udvari tanácsos és H. Öffinger dr. is bevezették. Azon körülmény, hogy ezen hévvizéről híres világfürdő nem zárkózik el az új gyógymódtól, söt annak hivatalos fürdőorvosa egy igen alapos monographiában, objectiv kritikával élve, arról elismerőleg nyilatkozik, azt engedi remélni, hogy más fürdőhelyek is a példát követve, a fango-kezelést gyógytényezőik sorába felveszik.

A fango elemzése. Ezen iszap chemiai elemzése, a mely Fr. Schneider dr. tanár által Bécsben végeztetett és a mely a tud. akademia II. osztályának üléséről szóló jelentések LXIX. kötetében, az 1874. évfolyam januári füzetében jelent meg, a következő:

100 súlyrész légszáraz iszap 5·14 rész vízből és 94·86 rész száraz anyagból áll.

100 súlyrész száraz anyag 89·2 rész izzitási maradékot, 10·98 rész szerves anyagot ad, a melyekben 3·99 rész oldható humin-anyag foglaltatik.

100 súlyrész izzitási maradék áll 58·64 savban oldhatlan és 41·36 oldható részből.

Az utóbbiakban foglaltatik:

szénsav	9·34	kénsav	6·65
kovasav	1·14	vasoxyd	9·81
aluminiumoxyd	6·72	ammonia által lecsapható phosphat	1·83
mész	6·05	alkaliák, mint sulfatok mérve	0·94
magnesia	1·40		

A fango-iszap chemiai vizsgálatának eredménye.

A vizsgált fango-iszap barnásszürke színű, friss állapotban kénhydrogen szagú; reactiója neutralis. A levegőn való álláskor a kénhydrogenszag csakhamar eltünik. Levegőben való szárításakor az iszap egy finom porrá örölhető, világosszürke tömeggé alakul, mely eredeti mennyiségének 51%-át teszi ki. Azon légszáraz anyag 110°-on való szárításakor 3·64% vizet, óvatos izzításánál pedig 6·43% szerves anyagot veszit. Alkohol a légszáraz iszapból 0·28% zöldes gyantaszerű anyagot von ki. Híg kalilúggal hosszabb ideig tartó főzéskor 1·92 nitrogentartalmú humin anyag vonható ki. Sósav az iszap szénsavsóit és a benne levő silicátok egy részétja megbont. A légszáraz iszap chemiai elemzésének eredménye a következő számokból világlik ki:

víz	3·64%
szerves anyag (1·92 huminanyag és 0·28 alkoholban oldható anyaggal)	6·43%
szervetlen anyag	89·93%

Ez utóbbiból 42·14 rész sósavban feloldódott, míg a többi 47·79 rész nem oldódott. A felnyitott rész összetétele a következő:

szénsav	11·75	kénsav anhydrid	0·65
kovasav	8·01	phosphoros anhydrid	0·21
mész	12·04	magnesia	1·46
vasoxyd	6·34	timföld	1·07
kaliumoxyd	0·33	natriumoxyd	0·28

Mangan, kénhydrogen, illó zsirsavak nyomokban.

Bécs, 1898. év február 10-dikén E. Ludvig mikroskopos vizsgálatában Holdemann dr. a következőket mondja a fangóról:

Részben nagyon szépen kifejlődött kristályoszlopok között táblaalakú kristálytörmelékeket, továbbá amorph-testeket látunk. Az egész látómezőn elpusztult alsóbbrendű növények, diatomaceák kovasav panczélai vannak elszórva. A legjobban conserváltak a purulariák jellegeit viselik.

Az elemzés végeredménye a következőben foglalható össze: A fango vulkanikus eredetű. Ezt bizonyítja első sorban az organikus anyag csekély mennyisége. A hely, a hol találtatik secundaer lelőhely, a melyen a vulkanikus erők által kilökött iszaptömegek homokos alkatrészekkel keverve vagy saját vagy telluri víz által lesznek tovább mosva és ismét leülepítve. A diatomaceák valószinűleg a fango feletti vízben fejlődtek, hol az idő folyamán felszaporodva, majd elhalva, szervetlen részük a szép kovasav-pánczélokban maradt vissza.

Frenkl Sándor dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Die Schwindsucht im Lichte der Statistik und Socialpolitik von Dr. *W. Kley*. Leipzig, Verlag Dunker und Humblot.

Ezen 87 oldalra terjedő, három grafikai táblával felszerelt könyv a benne foglalt hasznosnál hasznosabb útbaigazítás, a számos érdekesnél érdekesebb statistikai számadat miatt, valamint irányánál fogva, hogy a tüdőgümőkór veszélyességeit feltünteti számokban illetve ama pénzértékekben, melyet ezen baj által okozott kár az államoknak okoz, nagyon is megérdemli azok figyelmét, kik e kérdéssel foglalkozni szoktak. Éles kritikával s széles látkörrel felsorolja nem nagy számú szerzőknek észleléseit a gümőkórra, s az egyes észleleteket kommentárral is ellátja. Heckelnek tapasztalatát pl. hogy Észak-Amerikában a tömeges bevándorlással karöltve jár a tüdővészes esetek fellépése, úgy értelmezi, hogy a lakosság sürüségének emelkedése folytán számos socialis baj keletkezik, melyek közül kiemelendők: rossz táplálkozás, egészségi szempontból kedvezőtlen lakviszonyok, tartózkodás a rosszul szellőzött, mindennemü hulladékkal bepiszkított s tömött lakó- s munkatermekben, csakhogy ezen aetiologikus momentum alul egy nagyobb gyári város sem zárkózhatik el, s onnan is magyarázható az ipari munkások közt a gümőkórnak gyakoribb fellépése.

Ezen kijelentéseivel, valamint a műben foglalt egyéb nézeteivel (pl. hogy a gümőkór kérdésével a modern elszegényesedés, a munkáslakás s táplálkozás, a népnevelés-kérdés, egy szóval az egész socialis kérdés áll szoros kapcsolatban, mert a mennyiben a munkásoknak jobb nevelést s jövedelmezőbb keresetforrást nyujthatnánk s tágasb lakásokról gondoskodhatnánk, a gümőkór megszünnék a munkásosztálynak oly nagy csapása lenni) igazolja *Farkas* s *Friedrich*-nek a lefolyt idényben az orvosegyesületben a tüdőgümőkórról tartott előadásuknak, valamint számos, az ezen előadást követő vitában részt vett szólónak eredményeit. Szerző szerint Németországban is a gümőkór a marhák közt emelkedőben van, s ezekre felemlíti, hogy a hegyi faj, a legelő, valamint a fiatal állat kevésbbé betegszik meg, mint a lapályon s istállókban tartózkodó vagy az öregebb marha. Átlagos számítások nyomán ama szomorú tényre utal, hogy ezen marhavész nemcsak a németországi állattenyésztőkre mér igen érzékeny csapást, de nagy kárral van az általános közgazdasági viszonyokra, úgy hogy ez ellen védekezni kellene s pedig legczélszerübben a kötelező állatbiztosítással s annak bármely formájával.

A gümőkór elleni védekezés másik fontos eszközét szintén a népnevelésben, a gyermekek kellő hygienikus iskoláztatásában keresi, valamint abban, hogy gyenge szervezetü, hajlamos gyermekek ne városokban, de falun, hegyek között, esetleg tenger mellett neveltessenek; szegényebbek számára szükség volna gyermektelepekről s tengeri hospice-okról gondoskodni.

A gümőkórra hajlamosítottaknál nagy gondot kellene fordítani a foglalkozás megválasztásánál; e végből czélszerü volna, ha ily esetekben a községi vagy állami orvos a szülőknek ily irányú tanácscsal szolgálna. Feltétlenül szükséges volna azonban, ha ily egyének oly foglalkozásbeli ágakat kerülnének, melyeknél a zárt levegőben való állandó tartózkodás szükséges s hol az izomtevékenység korlátolt; ezeknek ajánlható volna a mezőgazdasági, erdészeti vagy kertészeti pálya; míg a már tüdővészben megbetegedett tanítót, betegápolót, bábát, gyermekóvónőt, pinczért, nyilvános helyen elárúsítással foglalkozót ezen foglalkozásától el kellene tiltani.

Ezen nézetével is teljesen azonos álláspontot foglal el Friedrich-hel, valamint arra nézve is, hogy a gyermekeket már az iskolában kell tanítani a gümőkór veszélyességére, e baj ragályosságára, valamint arra, hogy az ifjúság s a nép hygienikus nevelésében lényeges segítő tényezőjét találhatjuk a gömőkór elleni küzdelemben.

Ezen értekezés igen érdekes része ama hozzávetőleges számítás, mely azokra vonatkozik, kik az 1894-dik évben Németországban a gümőkór folytán betegekké s keresetképtelenné váltak, a kikre a Cornet által javaslatba hozott, általánosan elfogadott minimalis értékeket alkalmazta s pedig egy betegségi eset tartama három év, a fejenkénti s naponkénti betegápolási költség 2·60 márka, a munkaképtelennek kereseti vesztesége 2 márka. Ha az ilyformán összeállított értékeket megtoldjuk ama veszteséggel, melyet az állam az állati tüdővész folytán szenved, akkor érhető el csak ama veszteség, mely pl. Németországban egy év alatt a mesés magasságú 380.170,000 márkányi összegre rúg. Joggal mondható tehát ezen epidemiáról, hogy a nép között dühöngő, áldozatokat bőven szedő betegségek legrosszabbika. A nagy anyagi kár, a kórnak természete s veszélyessége által is felmerül a szükség, e baj ellen küzdeni. A sikeres küzdésnek nem legkisebb eszköze a tüdővészes menhelyek, melyeket minden város közelében nagy számban fel kellene állítani, de a melyek építéséhez az államnak, a városoknak, magánosoknak s a biztosító intézeteknek kellene anyagi segélylyel hozzájárulni, mert mindenki nincs oly szerencsés helyzetben, még a kötelező aggkor s rokkantság hazájában, Németországban sem, hogy az aggkor vagy rokkantság ellen biztosítva legyen. Ezen intézeteknek, tekintve hogy a gümőkór az összes rokkantsági esetek igen magas százalékát képezi, érdekük ugyanis megkivánja, hogy minél jobban s czélszerübben vezetett intézetekkel rendelkezzenek, hol biztosítottjaikat elhelyezzék tüdőbaj esetében. Kley könyvében 24 ily, az aggkori biztosítás által fentartott tüdőmenhelyről számol be.

A Heller-féle gümőkór elleni rendszabályok felemlítésével, néhány traumatikus eredetü gümőkórnak felsorolásával zárul ezen aktualis kérdésekkel foglalkozó művecske, melynek fonala s gondolatmenete teljesen azonos módra fedi a fentemlített, honi viszonyainkon alapuló s a mi egészségügyi állapotainkból merített két felolvasás dolgozatát. *F—ch.*

II. Lapszemle.

A gonorrhoea kezelése Noffke-féle bougiekkel.

Idült gonorrhoeánál, ha a betegség a húgycső elülső részére szorítkozik, a *Noffke-féle bougiek* ép úgy használandók, mint a hevenynél; ha azonban az egész húgycső van megtámadva, akkor a pálczikák bevezetéséhez egyenes csövek (Köbner urethralpisztolyai) vagy meggörbített fémcsövek alkalmazandók, melyeken át a bougiek ruganyos obturatorok segedelmével rendeltetésök helyére tolatnak. Ezen kezelési módot természetesen az orvos maga végzi. A beteget alkalmazás előtt vizelni hagyjuk, a bougie bevezetése után a húgycsövet wattával elzárjuk, míg annak teljes elolvadása bekövetkezik, midőn a bevezetett gyógyszerből annyi visszamarad, mennyi a czélzott hatás előidézésére szükséges. Ilyen eseteknél legajánlatosabb 5% tannin és resorcin āā vagy 0·5% zinc. sulf. és 5% resorcinnal készített bougiekat használni. Oly idült urethritis-eseteknél, melyekben a húgycső mélyebben fekvő rétegei bántalmazva vannak, csakis fémkutaszokkal és dilatatorokkal fogunk gyógyulást elérni, de ily esetekben is jó szolgálatot tesznek a Noffke-féle tannin-resorcin- és zink-sulfat-bougiek, ha azokat az említett fémeszközök alkalmazása közti időközökben bevezettetjük. Ugyszintén a nőnemi gonorrhoeák gyógykezelésénél is alkalmazta *Fuerst* az olvadó bougiekat az intrauterin kezelés előtt, még pedig protargollal és pedig igen jó eredménynyel. (Allg. med. Centr.-Zeit. 1898. 85. sz.)

Somatose és szoptatás. *Heymann* dr. Berlinben a somatose kedvező befolyásáról a szoptató asszonyok emlőmirigyeire referálva kiemeli, hogy a somatose ezen Drews által 1894-ben először észlelt tulajdonságát több más szerző (*Wolfe* Philadelphia és *Taube* Madrid) is constatálta. Áttérve saját észleleteire, 25 eset megfigyelése után odanyilatkozik, hogy a somatose a szoptatós nők emlőmirigyeire *specifikus hatással bir*, az anyatej bő kiválasztását előidézi és a szoptatásnál felmerülő nehézségeket megszünteti. Az adag naponta 3—4-szer egy theakanál egy csésze meleg tej, leves, cacaóban stb. Hasonló módon nyilatkoznak *Lewy* Berlin, *Lutand* Páris, *Liebe* St. Andreasberg, *Fuchs* Bleistadt és *Joachim* Berlin. Az utóbbi nemcsak a szoptatás alatt adja, hanem gyenge vérszegény anyáknál a terhesség utolsó hónapjában is, mire az emlők nagyobbodnak s szülés után bőséges tejelválasztás következik be.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. november 11.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. október 23-dikától 1898. október 29 dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 407 gyermek, elhalt 228 személy, a születések tehát 189 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2460 beteg, szaporodás 852, csökkenés 769, maradt e hét végén ápolás alatt 2543. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 3, roncsoló toroklob 3, hökhurut —, kanyaró 11, vörheny 9, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 15, agyvérömleny 5, rángások 3, szervi szívbaj 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 22, tüdőgümő és sorvadás 43, bélhurut és béllob 16, carcinomatn et neoplasmata alia 12, méhrák 5, Bright-kór és veselob 7, angolkór —, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 14, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 8, erőszakos haláleset 11. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. október 29-dikétől november 5-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 19 (meghalt 4), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 3, bárányhimlőben 61 (meghalt —), vörhenyben 100 (meghalt 6), kanyaróban 684 (meghalt 9), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 26 (meghalt 3), trachomában 13, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 3 (meghalt —), orbánczban 40 (meghalt —), gyermekágyi lázban 2 (meghalt 1).

* * *

— **Belügyminister körrendelet a nyilvános alapok számlájára való gyógyszer-rendelés tárgyában.**

(Folytatás.)

6. §. *a*) Ugyanazt a gyógyszert, ha több beteg számára rendeltetik, minden egyes beteg részére külön vénynyel kell rendelni.

b) Ha a rendelvények nyilvános ápoló intézet betegei számára szolgálnak, a vényen az intézet neve és helye, továbbá a betegnek neve, kora és betegsége — utóbbi latin nyelven — megjelölendők.

c) Az országos betegápolási alap terhére rendelt vényeken a szegénység, illetve időleges fizetésképtelenség igazolása, valamint a vények árának kifizetése, külön rendeletben szabályoztatik. A szegénység igazolását szükség esetében ideiglenesen pótolja a rendelő orvosnak a veszély sürgősségét tanusító s e szavakkal: „sürgős veszély miatt azonnal kiszolgáltassék“ a vényre tett megjegyzése. Ily esetekben a szegénység bizonyítása utólagosan lesz beszerzendő.

d) Gyógyszerek ismétlésénél mindenkor új vény irandó és semmi esetre sem engedhető meg, hogy az ismétlés a gyógyszerésznek a vényre vezetett megjegyzése folytán történjék.

7. §. A fennálló árszabvány szerint kiszámított árt minden vényen tisztán és világosan fel kell jegyezni; nyilvános gyógyszertárakból szolgáltatott szereknél az azokat készitő és árszabályozó gyógyszerésznek neve is aláirandó, valamint minden egyes vény a gyógyszertár bélyegzőjével ellátandó.

A számlák felterjesztése alkalmával köteles a gyógyszerész az ugyanazon számlához tartozó vényeket alsó végeiken folyó számokkal ellátni s a beterjesztett vényekhez külön számlát csatolni, melyen a vények ugyanazon számok alatt bejegyeztetnek; ha pedig ugyanazon időben egy jelentés kiséretében több ily számlát küld be, köteles az egyes számlákat egy főszámlába egyesiteni s az azokon foglalt egyes összegeket, úgy mint az ezeknek összeadásából folyó főösszeget és végül a különös megegyezés alapján engedélyezett százalék levonást kimutatni.

A számla az alább következő minta szerint olyformán állitandó ki, hogy minden egyes beteg részére kiszolgáltatott gyógyszerekről szóló vények kelet szerint egymásután következzenek s ezen vények értékének összege a mintának e czélra szolgáló hasábjában még külön összegezve is kimutattassék.

Sorszám	A beteg neve	Vények sorszáma	Vények kelte: hó	Vények kelte: nap	A gyógyszer alakja	Egyes vény ára	Egyes beteg gyógyszereinek összege: frt	Egyes beteg gyógyszereinek összege: kr.	A rendelő orvos neve

A számlák csak közforgalomban levő rendes ívnagyságú irópapiron állithatók ki.

A szabályszerűen árszabványozott vények a róluk készitett gyógyszerészeti számlával minden negyedév végével a törvényhatóság útján okvetlenül felterjesztendők.

8. §. A gyógyszerek kiszolgáltatására csupán zöld, vagy a rendeléshez képest fekete üvegek és közönséges tégelyek és dobozok rendelhetők.

Ha ily edények a gyógyszertárba a vénynyel együtt küldetnek, köteles a rendelő orvos a körülményt ilyképen: „adassék a mellékelt üvegbe — esetleg tégelybe —“ a vényen megjegyezni.

9. §. Az országos betegápolási alap vagy más nyilvános alapok terhére rendelő orvosok ezen szabályzat rendelkezésének megtartásáért anyagilag felelősek s kötelesek mindazon károkat, melyeket a szabályzat figyelmen kivül hagyása következtében az államnak vagy más nyilvános alapoknak okoznak, megtéríteni.

Hogy azonban ily esetek lehetőleg korlátoztassanak, a hatósági főorvosok köteleztetnek a gyógyszertárakban időnként megvizsgálni a közalapok számára rendelt vényeket s ha áthágásokat találnának, ezekre a rendelő egészségügyi közegeket, kik különben ily áthágásokért felelősek maradnak, figyelmeztetni.

(Folytatása következik.)

— **Tisztiorvosi képesítések.** A tisztiorvosi vizsgák országos bizottságai által Budapesten 1898. október 3—26-dikáig tartott vizsgálatokon a következő orvosok képesíttettek: *Kitűnően* képesíttettek: *Sugár Márton* dr. magánorvos, Budapest; *Wagner Dániel* dr. magánorvos, Békés-Csaba. *Képesíttettek*: *Adriány János* dr. magánorvos, Budapest; *Alföldi Antal* dr. körorvos, Pomáz; *Bassa Ignácz* dr. magánorvos, Budapest; *Benzán János* dr. rendőrorvos, Fiume; *Biró Mózes* dr. magánorvos, Fiume; *Blazsur József* dr. cs. és kir. ezredorvos, Maros-Vásárhely; *Bokros Sándor* dr. fogházorvos, Gyöngyös; *Braun Illés* dr. járásorvos, Mező-Keresztes; *Eisler Hugó* dr. magánorvos, Budapest; *Eckert Jenő* dr. cs. és kir. ezredorvos, Nagy-Zsám; *Fái Mátyás Miklós* klinikai gyakornok, Budapest; *Fried Aladár* dr. ideiglenes járásorvos, Nagy-Szőllős; *Freund Márk* dr. magánorvos, Temesvár; *Gänger Arnold* dr. magánorvos, Tiszaföldvár; *Godán Ferencz* dr. községi orvos, Dobos; *Hamvai Kovács Balint* dr. községi orvos, Csanád-Palota; *Hintz Henrik* dr. bártfai fürdőorvos, Budapest; *Ilg Ede* dr. kórházi segédorvos, Budapest; *Jarinay Sándor* dr. honvéd-ezredorvos, Szeged; *Kupferschmidt János* dr. magánorvos, Budapest; *Lengyel Loránd* dr. klinikai gyakornok, Budapest; *Lichtmann Samu* dr. magánorvos, Budapest; *Neuberger János* dr. uradalmi orvos, Lengyel; *Ováry Pál* dr. községi orvos, Körös-Tarcsa; *Rózsa Zsigmond* dr. kórházi gyakornok, Budapest; *Rull Ferencz* dr. honvéd ezredorvos, Budapest; *Sági Lajos* dr. cs. és kir. ezredorvos, Foca (Bosznia); *Schönberger Gusztáv* dr. magánorvos, Sopron; *Székely József* dr. körorvos, Csögle; *Szörényi Zsigmond* dr. körorvos, Karánsebes; *Takáts József* dr. körorvos, Körös-Tarján; *Tassy József* dr. klinikai gyakornok, Budapest; *Tolnai Bernát* dr. körorvos, Ajka; *Ungar Jenő* dr. magánorvos, Baranya-Mágocs; *Uthy István* dr. helyettes járásorvos, Ózd; *Varró János* dr. községi orvos, Mohol; *Veres Sándor* dr. körorvos, Károlyfalva.

△ **Hochhalt Károly** dr. közkórházi főorvos és *Alapy Henrik* rendelő orvos magántanárrá képesíttetését a közoktatásügyi minister megerősítette.

○ **Szigeti Gyula** dr. közkórházi igazgató főorvost a belügyminister az országos közegészségi tanács tagjává nevezte ki.

= **Somogyi Zoltán** dr.-t Debreczen főispánja a városi közkórház osztályorvosává nevezte ki.

— **Borba Sándor** és *Borkéth Géza* dr.-okat Tolnamegye főispánja a szegzárdi közkórházhoz alorvosokká nevezte ki.

— **Az egyetemi I. sz. női klinika szülészeti poliklinika** segélyét — *Kézmárszky* tanár kimutatása szerint — f. év *október* havában 48 esetben vették igénybe, 37 esetben nappal, 11 esetben éjjel. Műtétel 30 esetben történt.

△ **Szontagh Miklós** dr., kir. tanácsos, Ujtátrafüredről Abbaziába költözött s a tól folyamán orvosi gyakorlatát ott folytatja.

‖ **Lakásváltoztatások**: *Krepuska Géza* dr. egyetemi m.-tanár november 1-seje óta József-utcza 4. szám alá tette lakását. — *Politzer Alfréd* dr. gyermekorvos november 1-seje óta V. kerület, Mérleg-utcza 9. szám alatt lakik. — *Pauntz Márk* dr. október 15-dike óta József-körút 7. szám alatt lakik. — *Kármán Samu* dr. november hó 1-seje óta Teréz-körút 1/c alá tette lakását.

† **Elhunyt**: Kibérdi *Simonffy Sámuel*, volt 1848/49-diki honvéd-főorvos f. hó 2-dikán 81 éves korában Baróthon.

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.
Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**
A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Rosányi Béla.**

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.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár **ideggyógyintézete.** Compenzáló gyakorlati gyógymód (Dr. Frenkel-féle módszer). Elektrotherapia. VI., Podmaniczky-utcza 10.

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXII. rendes ülés 1898. október 29-dikén.) 574. l. — Közkórházi orvostársulat. (XII. bemutató szakülés 1898. októbe 12-dikén.) 575. l. — Budapesti Orvosok Szövetsége. (Közgyülés 1898. november 8-dikán.) 577. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés 1898. október 29-dikén.)

Elnök: **Székács Béla**; jegyző: **Lévai József.**

(Vége.)

Dystrophia musculorum progressiva pseudohypertrophica.

Torday Ferencz: („Gyermekgyógyászat“ című mellékletünkben egész terjedelmében közöljük).

Lymphangioma cysticum circumscriptum (L. capillare varicosum) esete.

Deutsch Arthur: A 18 éves betegnél már kora gyermekkorában észlelhetők voltak a bal scapula táján apró bőrelváltozások, melyeknek azonban semmi jelentőséget sem tulajdonítottak. Csak 5 év előtt kezdett baja kellemetlen arányokat ölteni az által, hogy a bántalom kiterjedésben növekedett s minden új eruptio magas lázakkal (41°) járt, továbbá a hátsó hónaljhajlatban fellépő secundaer elváltozások (verruca képződés) mozgásában akadályozták.

Jelenleg a bántalom tenyérnyi terjedelemben látható a bal lapoczka felett a hónaljhajlat s árok felé huzódólag. Alapelemei a bántalomnak apró (gombostűfejnyi—borsónyi), verrucához az összetévesztés lehetőségeig hasonló, sárga-barna falú hólyagok, melyek punctiója alkalmával tiszta átlátszó folyadék, nyirok ürül ki. A hólyagcsák alapján itt-ott vérzés. A spina scapulae fölötti bőrrészleten capillaris angiomatosus elváltozások észlelhetők. A hátsó hónaljhajlatban s mögötte sűrün elhelyezett verrucák, melyek tapintáskor érzékenyeknek bizonyulnak, láthatók; a hónaljárokban babnyi, sárga falú hólyag. A hólyagok periodice jelentkeznek magas lázak kiséretében. Legutóbb 5 hét előtt jelentkeztek friss hólyagok.

A lymphangioma cysticum circumscriptum ritkán jelentkező bőrbántalom; az irodalomban 14 munkálat emlékezik meg hasonló bőrelváltozásról.

A lymphangiomákat osztályozva, először Wegener beosztását említhetjük meg, a ki három féleséget különböztet meg: 1. lymphangioma simplex; 2. limphangioma cavernosum; 3. lymphangioma cystides, melybe a mi esetünk is sorolandó volna. A bemutatott esethez hasonló alakokat először az angolok irtak le; így Malcolm Morris (kinek esetét lymphangioma cysticum circumscriptum név alatt képben van szerencsém bemutatni), Colcott, Hutchinson, ki jogosulatlanul lupus lymphaticusnak nevezi ezen lymphangioma alakokat; Unna a lymphangiomákat superficialis és hypodermal lymphangiomára osztja, az elsőhöz számítja a l. cysticum circumscriptumot, a hypodermal l.-hoz tartozik szerinte a mélyebb szövetekben a subcutisban fejlődő lymphangioma.

A Prospelov-féle l. tuberos. multiplexet a hypodermál lymphangiomához számítják, míg a Kaposi-féle tuberosum multiplexet a l. sorából kiküszöbölik, mert Darier és Jaquet szerint Kaposi kóralakja a verejtékmirigyek burjánzásából eredő ú. n. hydroderma vagy syringo-cystoderma. A superficialis l. a papillákban vagy a corium felső rétegeiben fejlődik.

Hazai szerzőink közül különösen Török foglalkozott úgy klinice mint histologice a lymphangiomákkal. Ő háromféle capillaris l.-t különböztet meg: 1. a l. capillare varicosumot, 2. l. tuberosumot, 3. l. cavernosumot.

Esetünk annak felel meg, a melyet ő mint lymphangioma capill. varicosumot nevez meg, mely az angolok l. cystic. circumscriptájával identikus. A mi a l. keletkezésének okát illeti, erre nézve még most is centralis pangást vesznek fel, bár kisérleti úton előidézett nyirkpangással még oedemát sem sikerült előidézni. Wegener, a ki az elsők között volt a l. vizsgálatokat illetőleg, azt mondja: hogy a pangást kimutatni nem lehet, mégis a pangás gondolatának felvételétől szabadulni nem lehet, szóval nyirokpangást kell felvenni a l. keletkezési okául. A pangás az elsődleges s a szöveti hyperplasia másodlagos; Unna, a ki a nagy vivőerekben levő pangást veszi fel elsőleges oknak, azt tartja, hogy a lymphangiektasiáknál nyirok- és vivőér-pangás az ok, a lymphangiomáknál ezen két okon kivül hyperplasia is.

Török azt hiszi, hogy a lymphangiomáknál a szöveti hyperplasia az elsődleges.

Az előadottakból azt látjuk, hogy a kérdés megoldva még nincs.

A lymphang. cyst. circumscript.-ot (l. capill. varicos.) némelyek haematangiomáknak akarják tekinteni, mert némely hólyagcsa punctiója alkalmával a savó után hirtelen vér is szokott jelentkezni; ezen vérzést azonban mások úgy magyarázzák, hogy ilyenkor egy vércapillaris repedése okozta a vérzést.

A keratangioma Mibellivel (haematangioma capillaris varicos. keratoides) való összetévesztés esetünkben, hol a verruca-képződés secundaer természetű, ki van zárva, mert a keratangioma csak a kezeken és lábakon lép fel. Minden esetre feltünő, hogy a betegnél kisfokú angiomatosus elváltozások is látszanak s így nem lehet egészen elzárkózni attól, hogy egy kevert alakkal, haematolymphang. cyst. circumscriptummal van dolgunk. A betegnél a kóros területről excisio történt histologiai vizsgálatok megejtése czéljából. A histologiai vizsgálatról leszünk bátrak beszámolni.

Sclerodermia esete.

Deutsch Arthur: A bántalom a betegnél a kézujjakra, kézre, alkarokra terjed, valamint a felső s alsó ajkak is sclerodermiásak. Csak az aetiologiát illetőleg van két megjegyzése: 1. Zambaco pasa az ő lepráról szóló munkájában felemlíti, hogy lepramentes országokban bizonyos kóralakok vannak leirva, melyeket ő mint kezdődő vagy elgyöngült lepraalakokat itél meg; ilyen a Morvan-Reynaud-betegség, a syringomyelia (Besnier maga 4 syringomyelia esetet utóbb leprának diagnostizált), sclerodermia, symmetriás asphyxia. Ezt nem azért hozza fel, mintha jelen esetre is applicálható lenne, hanem azért, mert érdekes fölfogást jellemez. 2. Azt akarja felemliteni, hogy Schwimmer tanár a sclerodermiát constitutionalis trophoneurosisnak tartotta, s a peripheriás idegekben s a sympathicusban kereste a megbetegedés okát. Egy esetben sikerült neki a sympathicus galvanisatiójával jó eredményt elérni.

Beteget massirozzuk s már is látható nála némi javulás.

Dermatitis herpetiformis esete.

Deutsch Arthur: A 76 éves betegnél ez év április havában az alsó és felső végtagok hajlító oldalán léptek fel a részben most is látható bőrlaesiók, nagyfokú viszketés, égési érzés stb. kiséretében; később a köldök körül is jelentkeztek tenyérnyi terjedelemben az erythemás foltok, papulák, hólyagok, mely utóbbiak jelenleg is néhol kis mogyorónyi nagyságot érnek el; a subjectiv tünetek jelenleg is nagy mértékben kinozzák a beteget. Tekintve, hogy a 76 éves betegnél a közérzet ezen már hét hónapja fennálló bántalomnál alig változott, továbbá tekintve a küteg polymorphiáját és a subjectiv tünetek nagy mértékben való jelentkezését, dermatitis herpetiformis diagnosisban kellett megállapodnunk. Ellene szól látszólag a kórisme helyességének ama körülmény, hogy a bántalom nem jelentkezett rohamokban, hiszen hét hónapja áll fenn az elváltozás; túlságos fontosságot ezen körülménynek kölcsönöznünk nem szabad, mert maga Duhring is említ fel oly dermatitis herpetiformis eseteket, a hol a roham hónapokon át persistál.

Huszonkét hónapos fiúnál végzett kőmorzsolás.

Alapy Henrik: A fiúnál, kit igen kínos vizelési nehézségekkel hoztak a Bródy Adél-gyermekkórházba, a vizsgálat hólyagkövet mutatott ki. Az olivákkal végzett húgycsőkalibermérésből az tünt ki, a mit a már előre megejtett külső körfogatmérésből gyanitani lehetett, hogy t. i. a húgycső 18 Char. sz. műszert befogad, mire a legkisebb: 00 sz. kőmorzsoló vezettetett be, nem kőmorzsolás, hanem inkább a kő leméréséből. A kő borsónál alig nagyobbnak találtatván, bemutató ennek elmorzsolására határozta el magát, s azt 8—10 fogással sikeresen végre is hajtotta. Állandó catheter egy napi bentartása után a gyermek gyógyulva kelt fel.

A gyermek mindenesetre a legfiatalabbak közé tartozik, kiken valaha kőmorzsolást végeztek. A műtét eredményeit a kőmetszés eredményeivel összehasonlítva, azt találjuk, hogy a halálozási arány egyforma csekély, nem egészen 2%. Ellenben a betegek aránytalanul rövidebb idő alatt és kevesebb szenvedés árán gyógyulnak meg a morzsolás, mint a metszés után, a mi gyermekeknél kétszeres súlylyal esik a latba.

Az abortus kezeléséről.

Szabó Sándor: Az abortus-kezelés históriájának rövid vázolása után kiemeli *Fehling* azon ténykedését, hogy a 80-as évek végén az abortus kezelését az activ térre átvitte. Hangsúlyozza a különbséget, mely egy, a terhesség végén s annak elején lefolyó szülés között van, majd az abortus aetiologiai momentumait sorolja fel. Körülményesen leirja tennivalóinkat abortus imminens-, incipiens- és incompletusnál. Az egyes eljárások, ú. m. a tamponálás, manualis leválasztás s curettezés méltatása után az ezen eljárásokkal elért eredményeket referálja 389 eset kapcsán a Rókus-kórház szülészeti osztályán.

A curettezés veszélyes voltát tagadja a többi eljárásokkal szemben s előnyeit elsorolja, ú. m. gyors, fájdalomnélküli és aseptikus befejezése az abortusnak.

Végre azon conclusióra jut, hogy:

1. abortus imminensnél alkalmazzunk absolut nyugalmat, de semmi esetre sem ergotint, a hogy azt gyakran látjuk;

2. abortus incipiensnél iparkodjunk hasonlóképen a terhesség conserválására minden lehetőt elkövetni, a míg arra reményünk lehet; oly esetben, midőn a terhesség megtartása a nőre nézve egyéb bajainál fogva veszélyes vagy midőn a további várakozás folytán a nőt esetleg veszélynek tehetnők ki, kötelességünk az abortust mihamarább befejezésre juttatni, a mihez a módszert esetről esetre kell választani;

3. abortus incompletusnál főczélunk legyen az abortus mielőbbi befejezése, hogy a nőt felesleges vérzéstől és infectio veszélyétől megóvjuk. E czél elérésére használhatjuk egyaránt a manualis eltávolítást vagy a curettezést — a hogy az adott eset megkivánja —, a tamponálást

mint hosszadalmas s nem teljesen megbizható eljárást, csak kivételes esetben, hol a vérvesztés nem nagy, az infectio veszélye majdnem kizárható, szóval csak kedvező feltételek mellett;

4. az abortus befejezése után a nőt minden tekintetben gyermekágyasnak tekintsük; kerüljünk tehát minden felesleges kezelést (hüvelyirrigatiót stb.) s engedjünk elegendő időt a méh visszafejlődésére.

Doctor Sándor: Előadó kimerítő referatumot nyujt az abortus kezeléséről, a régi és új eljárásokról, s referatumában végig vonul az az irány, melynek végén az activ eljárás hivének vallja magát, mely abban áll, hogy favorizálja a curettezést abortusnál a méh kiürítésére.

Utóvégre a mai áramlatban, mely az új gynaekologiát jellemzi, érthető az ilyen álláspont és a specialista meg is engedheti magának kivételes esetben az activ eljárást. De ezen tanítással ellentétben áll az, a mit a magyar orvosi generatiónak már régóta, s ma is tanítunk, az abban áll t. i., hogy az activ eljárást nem ajánljuk a gyakorló orvosnak s ezt abban formulázzuk, hogy a míg kilátásunk van akár incipiens, akár csak gyanus abortusnál, hogy a terhesség fenmarad, arra igyekezzünk, hogy az abortust feltartsuk, a miből az következik, hogy ne tegyünk semmit, még tamponálást sem. Ha már tenni kell valamit és pedig vérzés esetén, akkor tamponáljunk kimélettel, kerülve a méh izgatását, nehogy az abortust elősegítsük.

Az eseteknek másik sorában, mikor nem számithatunk a terhesség fenmaradására, s ide tartoznak az incomplet abortusok, még akkor is mintha fel akarnánk tartani az abortust vagyis lehetőleg ne tegyünk semmit, hanem bizzuk a természeti erőkre.

A gyakorló orvosok számára ez biztosabb eljárás, mint a mit előadó mondott, sőt még általános eljárásnak és specialis esetben is olyan, hogy előadó is fog idővel az előadottakból engedni, s visza fog térni a conservativ eljárásra.

Lantos Emil: Tényleg ma az abortus therapiájában két eljárás áll egymással szemben: az activ és passiv eljárás.

Bámulatos, de magyarázható, hogy a passiv eljárás, mely határozottan veszélyeket rejthet és rejt magában, még talál szószólót az activval szemben, melylyel határozottan jó eredményt lehet elérni.

A passiv eljárás veszélye kétféle:

1. direct (incomplet abortusról beszélünk a terhesség harmadik hónapjáig, míg a későbbi hónapokban az abortusok a rendes szülést utánozzák) a veszély, ha vérzés van jelen és pedig a vérzés nagyfokú lehet, mert annak foka nem mindig a mi jelenlétünktől függ, továbbá az anaemia és a láz;

2. indirect veszedelem; *Winternitz* szerint 70 eset közül ötvenszer placenta polypus, 12 esetben deciduoma és nyolczszor endometritis fejlődött ki, míg az activ eljárás veszélye körülbelül semmi, ha a tisztaság követelményeinek eleget teszünk.

Az activ eljárást illetőleg incomplet abortusnál, hol a pete in toto a méhüregben van, míg a tünetek nem súlyosak, a vérzés nem nagy, várjunk, semmit se tegyünk, esetleg hüvelyöblítést, mert ha itt tamponálunk, akkor már az abortus kezeléséhez fogtunk, mert a tampon contractiókat vált ki és siettetі az abortust.

De ha a vérzés fenyegető és lázak jelentkeznek, akkor, ha a méhszáj megnyilott, vagyis az abortus egyik tünete jelen van, akkor manuell távolitsuk el és előzzük meg azon veszélyeket, melyeknek a nő ki van téve.

Incomplet abortusnál, ha lehet, fejezzük be az abortust.

Az acut incomplet abortusnál, hol azonnal beavatkozunk a pete kiürítésére, mikor a méh száját nyitva találjuk, a vizsgálatot czélszerűen a deciduarészletek eltávolításával kötjük össze. Igen ritkán fordul elő, hogy a méhszáj zárt, ekkor várhatunk mindaddig, míg a tünetek veszélyeztetők lesznek, vagy a természet maga expulzálja a placentát.

A chronikus incomplet abortusnál, hol az abortus már hetek előtt lefolyt és csupán decidua részletek maradtak vissza s hetek óta van vérzés, ott van helye a curettnek, melyet *Schröder* is ajáni.

Curettet incomplet abortus acut alakjánál szóló nem merne ajánlani, ennél sokkal biztosabb az ujj.

Tóth István: Egy ilyen fontos tárgyban, mely olyan kérdést tárgyal, melylyel nemcsak a specialistának, hanem a gyakorló orvosnak is kell foglalkoznia, nem állhatja meg, hogy bár Doctor hangsúlyozta a szülészeti klinikák álláspontját, ne nyilatkozzék azon klinika nézetéről is, mely a legtöbb abortust kezeli. Sajnálja, hogy hamarjában nem állhat elő adatokkal. A szülészeti poliklinika a mult évben 1800 esetban nyújtott segélyt, minden harmadik esetben abortusnál müködött, tehát 600 abortusnál volt dolga: s ha megnézzük, hogy hány esetben szorult curettre, nagyon kicsiny szám az, tizekre lehet tenni.

Mig előadó 389 abortus közül 68 esetben alkalmazott curettet, azt meri állitani, hogy a szülészeti poliklinika az utolsó tiz évben nem alkalmazott annyiszor curettet.

A várakozó álláspontot illetőleg, csak akkor avatkozunk be, ha arra indicatio fenforog, ha indicatio erre nincs, akkor akár szülés, akár abortus, ugyanazon elv vezessen: bizzuk a természetes erőkre, különösen ha aburtussal és nem visszamaradt peterészletekkel van dolgunk. Ha a vérzés protrahált vagy bő, úgy hogy az életet fenyegeti, vagy láz van jelen, akkor beavatkozunk, különben pedig várjunk, ez legyen a vezérelv.

Persze a burokrészletek eltávolításánál a poliklinika nem helyezkedhetik olyan conservativ álláspontra, mert akkor nem az iskolázás vezeti, hanem azon körülmény, hogy a poliklinika nem rendelkezik elég eszközzel, hogy a beteget állandó felügyelet alatt tartsa s megvárja az abortus lefolyását.

De ha van módunk rá, akkor azon idealis álláspontra helyezkedünk, a mit Doctor hangsúlyozott.

Logikusan és orvosilag minden olyan esetben, hol az ujj jól befér, s sem a hasfalak érzékenységében, sem az egyén ideg állapotában nincsen ok a műszerrel való beavatkozásra, ott ujjal hatolna be, ezzel tökéletesebben és könnyebben lehet a peterészleteket eltávolitani; sokkal enyhébb az eljárás, míg az éles műszer alkalmazásának sokszor igen szomorú a következménye.

Ha arra kerül a sor, hogy a kézzel befejezés nem sikerül, akkor még mindig nem alkalmazzák a curettet, melylyel a puha, fellazult méhet még az avatott kéz is perforálhatja, az a bizonyos recsegés nincs mindég meg.

Hanem ott van a curett helyett a kevésbbé veszélyes polypfogó s a petét azzal hozzák ki s vele a bűzös, lázas abortusnál nem csinálnak sebfelületet, a mi a felszivódásra sokkal alkalmasabb, mint a deciduával bevont méh üre; a bentmaradó deciduától nem kell félni, ezt később is el lehet, akkor már curettel távolitani.

Ha igen nagy vérzés volt, vagy a peterészletek olyan magasan feküdtek, hogy nem tudtak felnyúlni pl. a sarkokhoz, akkor curetteznek csak imperfect abortusnál, mi csak hetek mulva kerül a poliklinika elé, vagy ha endometritis, vagy decidua post abortummal volt dolguk.

S ha statistikai adatokkal fognak előállni, azok vannak olyan jók, mint előadó adatai; ismételten hangsúlyozza, hogy sokkal jobb és megbizhatóbb a conservativ eljárás s újólag figyelmeztet a curette veszélyeire.

Szabó Sándor: Doctornak a feltartható abortusoknál való eljárásra vonatkozó nézete egyezik szólóéval, a fel nem tartható abortusokat illetőleg Doctor olyan általánosságban beszélt, hogy így szólóval nem kerülhet össze, szóló véleménye eddigi tapasztalatain alapul s így azt nem változtathatja meg.

Tóth nézetével előadónak véleménye sokban egyezik, előadásában nem nyilvánul a túlságos activ eljárás, hiszen hangsúlyozta, hogy azon módon sorolja fel az eljárási módokat, a mint azokat alkalmazta, a conservativ eljárástól a legactivabbig; curettet csak akkor alkalmaztak, mikor azt okvetlenül kellett, ujjal való eltávolitást annyiszor végeztek mint curettement-t, melyet csak túlságos vérzés vagy infectio esetében vettek igénybe.

Nem tudja szóló, hogy a II. szülészeti klinikán milyen %-ot tesz ki a curette alkalmazása, de nem hiszi, hegy tiz év alatt nem végezték 68 esetben. A különbség onnan is eredhet, hogy a Rókus-kórházba sok elhanyagolt eset kerül. Különben az óvatosan végzett curettezés nem is nagyon veszélyes.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés 1898. október 12-dikén.)

Elnök: **Rózsaffy Alajos.**

(Vége.)

Gyomorcsonkolás esete.

Kuzmik Pál: Az 51 éves szabómester f. évi január hava óta beteg. Január óta fájlalja már gyomrát, s noha naponta rendesen volt székürülése, fenti idő óta eleinte ötször, később háromszor naponként hányt. Hányadékában három napos ételmaradékokat is talált. Erejének hanyatlása, valamint a folytonosan fokozódó fájdalom és hányás a klinikum felkeresésére birta.

Felvételekor 1898. aug. hó 10-dikén a beteg rendkivül sovány, cachektikus volt. Mellkasi szervei elváltozást nem mutattak. Az epigastrium jobb felében a gyomor pylorikus tájának megfelelőleg, dudoros, kemény tapintatú, könnyen mozgatható, nyomásra nem fájdalmas, ökölnyi terimenagyobbodás volt tapintható. A gyomor alsó határa mesterséges tágításánál a köldök alatt két harántujjnyira volt kikopogtatható s ez alkalommal kitünt, hogy az epigastrium jobb oldalában székelt tumor is jóval alább szállt. A vastagbél felfúvásakor a tumor feljebb s kevésbbé volt tapintható. Beteg étkezés után rövid idő mulva az elfogyasztott ételeket kihányta. Hányadék savanyú szagú; hányadékban kevés sósav mellett sok tejsav volt kimutatható.

Carcin. ventriculit diagnostizáltak s a stenosist a tumornak tulajdonitották.

Három napi gyomormosás s a belek kellő kiürítése után aug. hó 13 dikán operálták a beteget. A processus xyphoideus és köldök között a linea albában ejtett 10 cm. hoszú metszéssel megnyitott hasüregben azonnal szembe tünt a tágult gyomor, melynek jobb felén a serosa pirosan elszínesedve, dudoros felülettel birt. A gyomor megtapintásánál kitünt, hogy annak jobb fele körülbelül 15 cm-nyi terjedelemben körkörösen éles határral, egyenetlen felülettel majdnem porczkemény tapintatú. A gyomor egész terjedelmében könnyen volt kiemelhető s a terimenagyobbodás a pylorus előtt 2 cm.-nyire végződött.

Előbb emlitett diagnosisukat beigazolva látták, s tekintve, hogy a tumor szabadon volt mozgatható, a radical operatióra határozták magukat s azonnal hozzá is láttak a gyomor körkörös csonkolásához. Az operatóit következőkép végezték.

A gyomornak a megkivánt hosszaságban az omentum majus és minusról történt leszabadítása után mindenek előtt elzárták átható selyem matracz-varratokkal a visszamaradó gyomorrészletet, míg a gyomor daganati részletét két hosszszárú peanba fogták. Ezután harántirányban átmetszették a gyomrot és ellátták a visszamaradó csonkot, illetőleg először is egyesitették catgut szűcsvarrattal a mucosát, majd felette betüremlítve a sebszéllel a matracz-varratot is, csomós Lembert-féle varratokat helyeztek. Hasonlóan jártak el a gyomor pyloricus csonkjával is, melyet kellő ellátás után azonnal el is sülyesztettek. A

gyomorbél összeköttetést az egyszerű gastro-entero-anastomosis retrocolicával hozták létre, melynél — mint a klinikumon rendesen — a Lembert-varratokon kivül a megfelelő nyákhártya sebszéleit is egyesitették catgut szűcsvarrattal. A gyomor s belek megtisztítása s elsülyesztése után a hasfalakat rendes szokásuk szerint egyesitették, peritoneumot: catgut szűcs, rectusokat: catgut csomós, bőrt: selyem csomós és szűcsvarratal. Aseptikus kötés.

Beteg a narkosisból könnyen ébredt s úgy subjective, mint objective nagyon jól érezte magát, nem hányt. Esti hőmérséke 36·7° volt.

A gyógyulás zavartalanul, láztanul folyt le, beteg egyszer sem hányt s fájdalmakról sohasem panaszkodott.

Másodnaptól fogva, naponként emelkedőleg per os kanalanként tejet, borlevest, levest, theát kapott, per rectum pedig naponta többször tápcsőréket.

Beteg harmadnaptól fogva mindig csak éhségről panaszkodott.

Augusztus 21-dikén, azaz nyolczadnapra első kötésváltoztatás, mely alkalommal a per primam meggyógyult sebből a varratokat is eltávolították.

Tizedik napra a betegnél hasmenés lépett fel, mely csak szeptember 2-dikára volt csillapítható.

Beteg az ágyat hasmenése daczára már augusztus 29-dikén elhagyta s szeptember 6-dika óta rendesen táplálkozik, erejében azóta — noha még ma is oedematosusak lábai — tetemesen gyarapodott. Szív, tüdő, máj, vesék, épek, vizelet normalis. Gyomortáján fájdalmakat nem érez, étvágya, emésztése kitünő.

Kóresetük kapcsán röviden csak egy-két pontra akar reflectálni, még pedig először is arra, hogy miért alkalmaztak matracz-varratot a csonkok elzárására, másodszor, hogy a gyomorbél összeköttetés helyreállítására miért alkalmazták a gastro-entero-anastomosis lateralist.

A matracz-varrattal véleményük szerint a betegre nézve legkiméletesebben kerülhetjük ki a gyomor- és béltartalom kiürülését, csillapithatjuk a vérzés, helyet nyerünk s kikerüljük a csonkok felesleges vongálását és nyomását.

A gastro-entero-anastomosis lateralist pedig azért választották, mert általa teljesen kikerülhető volt az egyesítés helyén bekövetkezhető feszülés, a mi a Kocher-féle inplantatiónál okvetlenül fennállott volna, ha tekintetbe veszszük, hogy a gyomor folytonosságából 15 cm.-nél több lett eltávolítva. Általában véve véleményük szerint czélirányosabbnak tekinthető az anastomosis az inplantatiónál, a mennyiben a duodenum sohasem követheti oly szabadon a gyomor mozgásait, mint egy jejunum-kacs.

E praeparatum a kiirtott tumor, mely ma már természetesen nem birja eredeti nagyságát, hossza azonban még ma is 12 cm.-en felül van.

Hogy mily gyorsan és szépen gyógyulhatnak a fent leirt eljárásuk szerint végzett gastro-entero-anastomosisok, arra nézve bemutat egy praeparatumot, melyet oly beteg hullájából nyertek, ki a műtét utáni 14. napon halt el enteritisben s kinél a gyógylefolyás láztalan volt ugyan, de a ki már a műtét előtt is oly cachektikus volt, hogy a nyolczadnapra fellépett enteritist többé kiállni nem volt képes. A készített nyiláson a nyákhártyák hege makroskopikusan absolute fel nem ismerhető. Ez esetben is az anastomosis retrocolica lett végrehajtva.

Struma parenchymatosa operált esete.

Kuzmik Pál: A 27 éves nőbeteget nem mint valami különös kóresetet s nem is mint rendkivüli műtét eredményét mutatja be, csakis azon megfigyelésüket óhajtja közölni, hogy ez esetben a visszahagyott elfajult pajzsmirigyrészlet a műtét óta spontan megkisebbedett s hogy most a thyreojodinnal tesznek nála kisérletet.

Maga a struma nyolcz év óta fejlődött, sohasem okozott fájdalmat s csakis a legutóbbi időben léptek fel légzési nehézségek nála, mely körülmény birta beteget arra, hogy a műtétnek alávesse magát. Műtét előtt a beteg cachectikus volt s légzése időnként nagyon meg volt nehezítve.

A tracheával szoros összefüggésben lévő tumor nagyobb két ökölnyi részlete a nyak jobb oldalán foglalt helyet s a bőrben erősen tágult venák voltak láthatók. Nyak kerülete 48 cm.

Műtét augusztus 27-dikén. A körülbelül 16—18 cm. hosszú metszést a tumorra ferdén vezették a proc. mastoideustól kiindulólag a jugulum felé. Átmetszve a tumoron keresztül futó omohyoideust, kiszabadították összekötetéseiből, alákötve kettős ligaturával az egyes edényeket. Jelen esetben el lett távolitva a pajzsmirigy egész jobb fele s a baloldali részlet körülbelül 4 cm.-nyi részlete, mely helyen előzetes ligaturák alkalmazása után a tumor resecálva lett.

A vérzés teljes csillapítása és az omohyoideus folytonosságának helyreállítása után egyesitették a bőrt, kivéve egy cm.-nyi rést, a melyen az első 24 órára draincsövet helyeztek el.

A gyógyulás zartalanul folyt le, seb per primam gyógyult, beteg a kórodát szeptember 3-dikán hagyta el.

Jelenleg a visszahagyott tumorképlet tetemesen megpuhult s kisebbedett. Nyak kerülete: 36 cm.

Lymphocysta (?) esete.

Kuzmik Pál: E bemutatás esetét a kilátásba helyezett műtét végzése után fogjuk közölni.

Súlyos tertiaer syphilis esete.

Nékám Lajos: Különösen annak a többször kiemelt nézetnek abb támogatására szolgáló eset, hogy a syphilisnek ezen súlyos, késői lenségei különösen azoknál jelentkeznek, kik elégtelen kezelésben szesültek.

A beteg egy nyugalmazott rendőr, ki 1872-ben fertőztetvén s azóta számos roseolán, anginán, papulo-squamosus, crustosus, serpiginosus syphiliden menvén keresztül, melyek hegeit a háton, karokon, alszárakon lehet látni, végre egy óriási papulo-squamosus plaqueot kapott, mely a glabellától, sőt helyenkint az alsó szempillától a koponyatetőn keresztül az occiputig elfoglalta az egész bőrt.

Ez a beteg 16 évig egyáltalán semmi kezelésben sem részesült; 1888-ban 20, 1898. elején 25 higanyos kenést végzett és ugyanekkor két üveg kal. jodat.-oldatot ivott. Ez volt 26 éven keresztül összes gyógykezelése.

Syphilis palmaris esete.

Nékám Lajos: Egészen negativ anamnesis mellett, beteg két tenyerén bir elváltozásokkal. Jobboldalt egy nem viszkető, az egész tenyeret kitöltő, kissé kiemelkedő szélű vörös plaque van, mellette a csuklón apró papulák és hólyagocskák; a bal tenyéren egyes, a hám alól áttünő, livid, isolált vékony pikkelyekkel hámló papulák látszanak, melyek pár hét óta vannak jelen.

Trichophytont a gombák hiánya, psoriasist a jellegzetes, réteges, fényes, vastag pikkelyek, a vérpontok, a másutt mindenütt hiányzó megjelenés, a csak nehány év óta való megjelenés eléggé kizárnak. Nehéz azonban az eczemát kiközösiteni, mely mellett szól az anamnesis teljes hiánya, a jobb csuklón mutatkozó bőrlob, a nagy diffus plaque a jobb tenyéren, végre a koronkint fellépő kisebb viszketés. Azonban ha meggondoljuk, hogy a folyamat évekig unilateralis maradt, hogy egészen indolens, hogy spontan gyógyulásra nincs hajlama, hogy a jelenleg szemünk előtt fejlődő folyamat a bal kézen világosan egyes isolált területekben nő, hogy evidensen a hám alatt, a coriumban székel, hogy a folyamat szélén sehol hólyagokat találni nem lehet, hogy az infiltrált, éles s a környezetbe nem megy át, hogy csak kevés vékony pikkely mutatkozik, mindezek tekintetbe vételével közelfekvőnek kell venni a luest s a kezelést okvetlenül ebben az irányban kell vezetnünk.

Ismeretlen természetű köröm-affectio esete.

Nékám Lajos: Egy 14 éves leány négy hó óta szenved jelen bajában, mely a kezek tíz körmét lepte el. Az észlelhető elváltozások az eddig ismert bajokhoz nem hasonlitanak. Ezen elváltozás oka a matrixban keresendő.

Budapesti Orvosok Szövetsége.

(Közgyülés 1898. november 8-dikán.)

Elnök: **Babarczi-Schwarczer Ottó**; titkár: **Temesváry Rezső.**

Elnök a közgyülést következő beszéddel nyitotta meg:

Igen tisztelt uraim! A midőn a mai ülésen az elnöki széket elfoglalom, egyben legmelegebben átérzett hálás köszönetemet fejezem ki megnyilatkozott nagybecsű bizalmukért, a melylyel engem megválasztani méltóztattak.

Jól tudom azt, hogy elnökké való megválasztásom nem az orvosi rend érdekében kifejtett működésemnek elismerése — hisz ebben az irányban alkalmam sem volt magamnak elismerésre méltó érdemeket szerezhetni —, hanem előlegezett bizalom és ez fokozza a személyemet ért kitüntetés értékét, melyet a szón kivül lelkiismeretes és ügybuzgó munkálkodással akarok meghálálni.

És a midőn az elnöki széket elfoglaltam és egybevetettem a tennivalók sokaságát gyarló emberi erőmmel, az eredményes munkálkodásba vetett bizalmamat csak percznyire ingatta meg kétkedésem, melyet lerombolt egyrészt kötelességérzetem, másrészt az a tudat, hogy a közös bajok sanálására tömörült orvosi rend tagjai a hű bajtárs segitő kezét meg nem tagadhatják tőlem, a ki önzetlenül küzdeni akarok annak a rendnek érdekeiért, melynek tagja lehetni, öntudatos büszkeséggel szerencsésnek érzem magamat.

Tehát kötelességérzetem kidomborodott tudata és kartársaimba vetett csorbitatlan bizalom kisérőim tevékenységem ez új területére, melynek földjét a társadalom üdvére is, termékenyné tenni, dús kalászt hullámzó terekké átdolgozni, mindnyájunk közös érdeke.

És, hogy elkerüljük az ámító délibábot, hogy megismerhessük erényeiben és hibáiban is azt a talajt, melyen szántani és vetni akarunk, hogy majdan arathassunk is, lépjünk fontos feladatunk tudatában áhitattal annak téreire, vizsgáljuk át alkotó elemeit minden irányban, merítsünk reményt jó minőségű, erényes részeiből, de összpontosítsuk egyúttal minden erőnket a terméketlen részek javítására, ne szépitgessük a futóhomok áldatlanságát, hanem kössük azt meg és emeljük minőségét.

Mi tagadás benne: rendünk bajainak kutatására rávezetett bennünket az életért való küzdelem fokozódó nehézsége, melynek kútforrása a társadalom irányában mindinkább súlyosbodó kötelességek és ezzel szemben a jogok hanyatlása.

Bajaink kútforrása tehát egy és ugyanaz a nagy társadalom belső bajainak kútforrásával; bajaink *mennyisége* és *minősége* azonban jóval túlszárnyalja a közösség bajait, mert fenkölt hivatásunk csúcspontját: segíteni embertársainkon, tévesen értelmezi a nagyközönség, a midőn azt kizárólag csakis a humanismus idealis elveivel hozza összeköttetésbe és megfeledkezik arról, hogy fenkölt hivatásunk egyúttal kenyérkereső pálya, mely a társadalmat fentartó kölcsönös támogatás elvén alapszik. S a midőn a társadalom és a törvényhozó, az általa alkotott és rendünkre sérelmes intézkedéseiben, rendünkkel szemben negligálja a kölcsönös támogatásnak mindkét félre egyaránt kötelező elveit, ő szitotta azt a küzdelmet, melybe rendünk kelletlenül bár, de kényszerítve belemegy, hogy megóvja anyagi és erkölcsi positióját, emberi jogait.

Emberi jogokért való küzdelemről van tehát szó, a melyben az orvosi renddel szemben áll a társadalom; emberi jogokért való küzdelemről, mely azonban nem a bőségért, a fényért és a pompáért, nem a gondnélküli kényelemért, hanem csakis a biztos megélhetésért és rendünket megillető erkölcsi positióért harczol, azért a jogért, mely a föld minden élő lényét megilleti.

És feljajdulásunk nem túlzás, ha végig tekintünk azon a kiméletlen harczon, melyet a társadalom anyagiakban is ellenünk folytat, ha szemügyre vesszük a társadalom alkotta intézményeket, melyekben az önfeláldozó munka súlya az orvosokra nehezedik, az erkölcsi és anyagi jutalom dicsősége pedig a hivatalnoké, ha objectiv szemmel nézzük a közigazgatási szolgálatra utalt kartársaink kínos vergődését az életért és azt a lealacsonyító alamizsnát, melynek neve tiszteletdij.

Ez a sors az orvosi tudomány szolgálatában állók átlagának osztályrésze, osztályrésze a férfi kora delén álló orvosnak. És ha ehhez a képhez hozzárajzoljuk a hátteret, egyrészt azt a sok nélkülözést és lemondást, melyen keresztül gázol az ifjú, míg a jogosító diplomát eléri, másrészt azt a nyomort, melyet az életért való küzdelemben elfáradt és örök pihenésre tért gyakorló orvosok túlnyomó többsége, örökség gyanánt hagynak szeretteikre, úgy ebből az összképből feleletet kaphat a társadalom arra a kérrdésre, miért csökken évről évre az orvosi pályára lépők száma és miért jajdulnak fel azok, a kik arról a pályáról már nem menekülhetnek, hanem kénytelenek azon végig gázolni egészen a sírig.

És erről a képről a társadalom leolvashatja indokolását annak a reánk háramló kötelességnek is, hogy az önvédelmi harczot a megengedett alkotmányos eszközökkel és humanus hivatásunknak megfelelő méltósággal bár, de a legerélyesebben végigküzdjük.

Rendünk bajai olyanok, melyek részint társadalmi, részint törvényhozási úton sanálandók.

Az érdekeinkért való tevékenységnek tehát mindkét irányban kell érvényesülni. És tekintettel egyrészt a megoldandó kérdések sokféleségére és súlyos voltára, másrészt pedig a velünk szemben álló tényezők hatalmasságára, a küzdelemre tömörülnünk kell, abban rendünk minden egyes tagjának részt kell venni, nemcsak a gyengének, a ki a nyomasztó viszonyok alatt szenved, hanem az erősnek is, a kinek kedvezőbb positiója a nagyobb erőkifejtést lehetővé teszi.

A tömörülésnek egyik elengedhetlen alapfeltéle az *összetartás* és az *egyetértés.*

Ez az a hatalmas mótor, mely rendünket kifelé is erőssé és hatalmassá tehet, ez az a feltétlenül szükséges alap, melyet mindenekelőtt meg kell teremteni, mert csak ezen az alapon épithetünk eredményesen.

Igenis meg kell teremteni az alapot, mert ne ámítsuk önmagunkat, sem az összetartás, sem az egyetértés a maga idealis valójában rendünknél kidomboritva nincsen, és fájdalom, a magyar orvosi rend multjában sem találunk oly phasisokra, melyekre mint követendő példákra rámutathatnánk.

Psychologice megmagyarázhatlan ezen csorba, de a tényt nem tagadhatjuk.

És elmélkedve ezen kérdés felett, lehetetlen, hogy lelki szemeink előtt fel ne tünjék a multnak egy véghetetlen szomorú képe, mely azokat a kimondhatatlan lelki kinokat ábrázolja, melyeket elszenvedett századunknak egyik legnagyobb tudósa, egyik legmesszebb látó buvára, a ki korszakot alkotó eszméivel szemben látta a részvétlenséget és a közönyt, a ki a tudományos működésének magaslatán elhagyatva állt kartársai között, a ki nélkülözni volt kénytelen a bizalomnak és a szeretetnek, mint az egyetértés és az összetartás legszebb megnyilatkozásának buzditó érzését, és a kit csakis mosolygó, szánakozó tekintetek kisértek ahhoz a kórágyhoz, melyben kilehelte ezrekre áldást hozó, de a tudományos meggyőződéseért vivott küzdelemben elfáradt és ködbe borult nemes lelkét.

Semmelweist értem.

És ha a mindnyájunkat még ma is megdöbbentő képnek pendantját nézzük, ha szemléljük azt a buzdító és lelki erőt kölcsönző lelkesedést, mely a nemzeti őserőből fejlődött és mely büszkén francziának, testvérének nevezte Pasteur-t, a ki a világé volt, úgy lehetetlen el nem komorodni ezen psychologikus kérdőjel előtt, mely rendünkre mint nemzetünknek egyik testrészére kórtünetként nehezedik.

Mi más a lélekben való megértés és az alkotó műveibe helyezett vak bizodalom, mint az összetartózandóságnak egyik praegnans tünete.

És szólhatunk-e egyetértésről ott, a hol a közönyösséget nyomban követi a bizalmatlanság, melynek árnyékában jár a kicsinylés? Szólhatunk-e egyetértésről ott, a hol csorbult annak egyik leghatalmasabb talpköve: az őszinteség; ott, a hol mankón jár az objectiv kritika, a hol bekötött szemmel pislognak az egyéni értékre, ott, a hol a sympathiák és antipathiák hullámain járatják az emberszeretetet és ezeken sajkáltatják az individuum boldogulását, ott, a hol harczba viszik a vallást, a társadalmi positiót és válaszfalat épitenek belőle?

Nem, ily konkoly között az egyetértés virágszála meg nem élhet, ez nem az a talaj, melyben gyökeret verhet az éltető idealismus, ezen a talajon nem épülhetnek fel századokra szóló alkotások, csak bálványoltárok, melyeknek alakjai olyképpen változnak, mint a kirakatok divatos bábúi.

Tudatában élek annak, hogy erős szavakban sokat mondottam, de nem zárkózhatom el azon alapigazság elől, hogy hibáink leleplezetlen feltárásában törhetünk utat az egészséges állapot felé, hogy csak a kórtünetek kellő mérlegelése alapján állapithatjuk meg a kórismét és ezen alapon a tennivalókat.

Mindenekelőtt hadat kell üzennünk az őszinteség hiányának, a bizalmatlankodásnak, mint belső bajaink legveszélyesebb tüneteinek, melyek hinár módjára övedzik az egészséges testet és lerántják azt a mélységbe, ha az életért ellentállással küzd.

Ezen kórság ellen az ollózás valóságos önámitás és gyermekjáték, mert gyökerében kell kiirtani a hinárt, és az ily módon létesitett szűz talajt ápolni, hogy még a magva s kiveszszen az emberi léiek ezen alacsony megnyilatkozásának.

Küzdenünk kell az egyéni értéknek feltétlen elismerése mellett.

Az a rend, melynek tagjai vagyunk, nem a véges emberi ész alkotta törvények alapján gondolkodik és cselekszik, hanem a természet, a mindenség, az Istenség örök igaz törvényeinek kútforrásából meríti eszméit, gondolkodásához és cselekvéséhez az anyagot, ebből él.

Az igazságot nem a hullámzatosan változó és incidentaliter felmerülő emberi eszmékben és szokásokban, nem a folyton más alakot öltő társadalmi törvényekben keresi, hanem a természet fenkölt megmásithatlan törvényeiben, melyek a lét parányait egyformán kormányozzák, alkossák azok bár a bibor által fedett testet, vagy a homokban fetrengő férget.

A tekintélyt nem a külső positióban, hanem a belső értékben keresi, emberi bálvány előtt le nem borul, csak örök igazságok előtt!

És ha ez igy van, a mint hogy másként nem lehet, kérdem, mily módon nyerhettek rendünkben is talajt azok az eszmék, azok a szokások, melyek a magasztost csalékony külsőségekben keresik, a melyek az egyéni értéket nem mérlegelik a belső tartalom, hanem a külső máz szerint és melyek ezen elvekből épitik fel az ellontállásra képtelen piedestált?

A nemzetek psychologiája megadja a választ.

A természettudományi alapon való realis gondolkodásunk nem volt eléggé izmos arra, hogy eredményesen ellentállhasson századunk egyik veszélyes kórtünetének, annak a bóditó áramlatnak, mely az emberi peripherikus hatalom bálványozásában keres üdvöt.

Az a bóditó áramlat magával ragadta az emberiséget és ezzel egyetemben mi is rátérünk a boldogulásnak ezen ösvényére. De mert ezen áramlat ellenkezik a természet törvényeivel és gyökereit nem táplálja az örök igazság, ezért vélt értéke csak transitorikus és mi kétség abban, hogy előbb-utóbb kibontakozik az igazság, mely csak belső tartalmat, erős agyrendszeren alapuló individualis belső hatalmat ismer.

És mert szaktudományunk alapján mi orvosok első sorban vagyunk hivatva a népek psychologiájának elfajulási tüneteit kutatni, mérlegelni és azokra rámutatva a sanálás munkájához hozzálátni, ezért mindenekelőtt rendünkben kell elhinteni azokat az eszméket, melyeknek végczélja idealis valóságban kidomborítani és érvényesiteni az individuumnak egyik legnagyobb hatalmát, annak belső értékét.

És ha általánosságban érvényre juttattuk ezt a nagy hatalmat, akkor leromboltuk egyúttal rendünkben is mindinkább észlelhető azt a válaszfalat, melynek neve *társadalmi positio.*

Ha nem az üzletszerűen kapaszkodással foglalkozó theoriája szerint, hanem a népek boldogulásának psychologiai törvényei szerint itéljük meg a társadalmi positiót mint a válaszfalat, akkor lehetetlen az utóbbiban fel nem ismerni az emberiség gyengeségeiből összetákolt torzot, mely hiú alakjában veszélyes, mert üres, és minden haladásnak ellensége, mert tartalomnélküliségben csak döczögni képes.

Ennek a fogalomnak tehát mint válaszfalnak létjogosultsága nincsen, legkevésbbé közöttünk, a kik hivatásunknál fogva a természet törvényeiből fonjuk az objektiv itélet szálait, ezek pedig nem folynak a hiúság orsójáról.

Es ezzel a válaszfallal egyetemben kell, hogy mentől előbb romba dőljön az a rozoga alkotmány, mely a vallásfelekezetek közé szorult és mely válaszfalat akar emelni Isten egyenlő teremtményei között.

Századunkban a népek psychopathologiájának egyik legveszedelmesebb tünete a vallások szeplötlen fogalmaival és törvényeivel való undok játszás, a hit tételeinek avatlan kritikája és könnyelműen hamis értelmezése, az a törekvés: megbélyegezni az individuumot a valláshoz való ragaszkodásában.

Kétféle kategoriába sorozhatók azok, a kik a vallásban boldogságot keresők nyugalmát megzavarják. Az egyik kategoriába tartozók álarcz nélkül küzdenek az emberiség e kincse ellen, ezek nem veszélyesek, mert elborult lelkük ábrázatát mindenki láthatja.

A másik kategoriába tartozók a vakandmunkát végzők, kik jellemüket álarczczal födik, kik lelkük érzelmei felett kétféle ábrázattal uralkodnak, kik szóval hirdetik a vallásbékét, de tettben titokban ellene törnek, kik veszedelmes ellenségei az emberiségnek, mert látatlanban csorbítják a testvériséget, titokban elhintik a tudatlanság talajába az egyenetlenség magvát és függöny mögött építik azt a válaszfalat, melynek czélja: vallás szerint elkülöníteni az emberiséget.

Mondanom sem kell, hogy ennek a törekvésnek gyökereit nem táplálja a természettudomány ősforrása.

És, hogy a vallás elleni harcz mily homlokegyenest ellenkezik a természet szeplőtlen törvényeivel, erre nézve fényes bizonyiték az az elvitázhatatlan tény, hogy lelkileg elvakult hívei sorában hiába keresünk csak egyet is, a ki igazán nagyság a természettudomány terrenumán.

És ebből a megdönthetetlen tényből okuljanak azok, a kik vakandmunkát végeznek az emberszeretet vesztén rendünkben is és a kik ily módon alapjában is megtámadják azt a hatalmas elvet, mely nélkül küzdelmünk meddő, az igazán és őszintén, bensőleg átérzett meggyőződését annak, hogy a tömörülés, hogy az összetartás és az egyetértés boldogulásunknak talpköve.

S ha elenyészik közöttünk a félreértés, ha romba dőlnek a válaszfalak, ha az önzetlen barátság és a kölcsönös tisztelet erősíti a tömörülést és ez alapon fejlődik rendünk nemzeti életünk hatalmas

tényezőjévé, akkor, de csakis akkor reményelhetjük küzdelmünk diadalmát, rendünk anyagi és erkölcsi positiójának emelését, tekintélyének öregbitését.

És, hogy ez így lészen, hogy ebbeli törekvéseinkben és küzdelmeinkben is fenkölt hivatásunk humanismusa és a törhetlen hazafiság lesz vezérünk, ebben a meggyőződésben üdvözlöm önöket i. t. uraim és kitüntető bizalmukért újból köszönetet mondva, az ülést ezennel megnyitom.

Az elnöki beszéd után *Friedrich Vilmos* tartott előadást a *betegsegélyző pénztárakról*, mire rövid eszmecsere után az általa tett indítványok elfogadtattak és az ülés bezáratott.

PÁLYÁZATOK.

11,234/898. köz. szám.

A nagyszentmiklósi járáshoz tartozó **ó-besenyői körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázat hirdettetik.

A kör székhelye Ó-Besenyő, a körhöz tartozik Bolgártelep és a f. évi 1041. kgy. számú törvényhatósági határozat folytán Keglevichháza.

A körorvos javadalmazása áll Ó-Besenyő részéről 500 frt, Keglevichháza részéről 74 frt 75 kr., Bolgártelep részéről 37 frt 73 kr., összesen 612 frt 48 kr. készpénzfizetés, 40 kr. nappali, 80 kr. éjjeli látogatási díj és 20 kr. halottkémlési díj. Műtétek díjazása egyezség tárgya.

Ó-Besenyő községe 6500, Bolgártelep 650 és Keglevichháza 1160 lélekkel bir. A megválasztandó körorvos köteles a megyei orvosi nyugdij-egyletbe belépni.

Felhivatnak mindazok, kik kérdéses állást elnyerni akarják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitést igazoló kellőleg okmányolt kérvényeiket alulirt főszolgabirói hivatalhoz f. évi november hó 24-dikén annál inkább nyujtsák be, mert a későbben beérkező kérvények figyelembe vételnі nem fognak.

Nagy-Szent-Miklós, 1898. évi október hó 28-dikán.

3—2 *A főszolgabirói hivatal.*

365/898. eln. szám.

A **pozsonyi m. kir. állami kórházban** a **kórboncznoki állás** újjá szerveztetvén, annak betöltésére a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrnak f. év október hó 26-dikán kelt 100,256/VI.—b. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvos urakat, kik ezen 800 frt fizetéssel dijazott ideiglenes jellegü két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. törv.-czikk 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal, továbbá, hogy úgy a kórboncztannal, szövettannal, kórvegytannal, bacteriologiával és a Röntgen-sugarak kezelésével, mint specialisták foglalkoztak és foglalkoznak, igazoló bizonyitványokkal felszerelt folyamodványaikat f. évi deczember hó 31-dikéig hozzám nyujtsák be.

Pozsony, 1898. évi november hó 9-dikén.

3—1 *Pantocsek József* dr., igazgató-orvos.

5128/898. szám.

A **kudsiri m. kir. vasgyári hivatalnál** nyugdijaztatás folytán üresedésbe kerülő **orvosi állomásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen állomás a X. fizetési osztály 3-dik fokozatába van sorolva, vagyis évi 800 (nyolczszáz) frt fizetés, természetbeni lakás vagy törvényszerü lakpénz, 54 (ötvennégy) ürköbméter tüzifa és szabályszerü lótartási átalány élvezetével van összekötve.

Elnyeréséért olyan okleveles orvosok folyamodhatnak, kik orvosi minőségben teljesitett több évi gyakorlatot hitelesen kimutatnak, ép s erős testalkatúak, a hivatalos magyar nyelvet szóban és irásban teljesen, a román és német nyelvet pedig orvosi működésükhöz szükséges mérvben birják.

Pályázó esetleg a házi gyógytár tartására is köteleztetik.

A pályázni kivánók felhivatnak, hogy a nagyméltóságú magy. kir. pénzügyministeriumhoz czimzett folyamodványaikat, ha kincstári szolgálatban állanak elöljáró hatóságuk, ellenesetben pedig illetékes politikai hatóságuk útján az alulirott hivatalhoz jelen pályázatnak a „Pénzügyi Közlöny"-ben való megjelenésétől számitandó **2 hét alatt** benyujtsák.

Később beérkezett folyamodványok tárgyalás alá nem vétetnek.

Kudsir, 1898. évi november hó 8-dikán.

1—1 *Magyar királyi vasgyári hivatal Kudsiron.*

Belügyminister úr ő nagyméltóságának 1898. évi 106,367. számú magas rendelete folytán a **budapest-lipótmezei m. kir. állami elmegyógyintézetnél** megüresedett, 500 frt évi fizetés, I. osztályú élelmezés, szabad lakás, fütés és világitás élvezetével egybekötött **másodorvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Felhivatnak azon orvostudor urak, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott, keresztelő- vagy születési bizonyitványnyal, továbbá orvostudori oklevél és egyéb okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. belügyministeriumhoz czimzendő folyamodványaikat alulirt igazgatóságnál **1898. évi deczember hó 15-dikéig** nyujtsák be.

A későbben beérkezendő folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Budapest, 1898. évi október hó 31-dikén.

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

1—1

HIRDETÉSEK.

MATTONI FÉLE GIESSHÜBLER legtisztább ásványos SAVANYUKÚT

Legjobb étrendi és üditő ital

Mattoni és Wille Budapest, Mattoni Henrik Bécs

giesshübli Sauerbrunn, Budapest, Franzensbad, Karlsbad és Bécs.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (u. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex-** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsöi** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

III. ker., Leonhard-utcza 3—5. szám alatt.

Görbersdorf (Porosz-Szilézia).

Dr. RÖMPLER sanatoriuma

tüdőbetegek részére.

550 m. a tenger szine felett. 1875 óta áll fenn. Magyarországi betegek részére legközelebb fekvő tüdőgyógyintézet; magyarok által látogatva. Az első assistens magyar (volt klinikai gyakornok Korányi tanárnál). Egész éven át nyitva. Prospektust kivánatra küld Dr. Römpler.

Abbazia

tengeri gyógyklimás hely

téli tartózkodásra.

Fürdőorvos:

Dr. Szontagh Miklós

kir. tanácsos.

Cs. és kir. szabadalmazott

Egyetemes Emésztőpor

Dr. GÖLIS-től.

Eddig még utól nem éretett hatására nézve az *emésztés és vértisztitás* terén, s *a test táplálása és erősitésére* nézve. Ezáltal naponkint kétszeri és sokáig folytatott használata mellett valódi gyógyszerré válik számos még makacs betegségekben is, mint p. o. **emésztési gyengeség, mellégés, a gyomor túlterhelése, a belek petyhüdtsége, ideggyengeség, mindennemü aranyeres bajok, görvély, guga, sápadtság, sárgaság, valamennyi idült bőrbaj, rák, időszakos fejfájások, férges és köves betegségek, túlnyálkásodás stb.**

Ez az egyetlen és gyökeres szer *a megrögzött köszvény és mellbajban (tuberculose). Asványviz-gyógymódnál* úgy ezelőtt, mint annak használata alatt, valamint utólagosan gyógyszerül is kitünő szolgálatot tesz. Egy nagy skatulya ára **1 frt 20 kr.** Egy kis skatulya **80 kr.** Főraktár Budapesten **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerész úrnál. *A hamisitástóli* megmenekülésre figyelmeztetek mindenkit, hogy a *valódi egyetemes emésztőpor dr. Gölis pecsétjével* van elzárva s minden skatulya a védbélyeggel, s kivülről ily czimmel van ellátva:

K. und k. concess. Univ.-Speisen-Pulver des Dr. Gölis in Wien.

Főszállitóhely: Bécsben, Stefansplatz 6 (Zwettlhof).

AIROL „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

A jodoform elismert legjobb pótléka.

Valamennyi kórházban használatban.

COSAPRIN „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

Méregtelen, vízben oldó anodinum erős antipiretikus hatással. Subcutan alkalmazható.

Egyes adag 0,5—1,0.

PHESIN „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

Méregtelen, vízben oldó antipiretikum és anodinum.

Egyes adag 0,5—1,0.

THIOCOL „ROCHE“

N. B. Sz. Név védve.

Vízben oldó, teljesen **szagtalan,** nem **izgató** és **könnyen felszívható guajacolkészítmény.**

Adag 3—5 gr. naponként.

F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie., Fabrik chem.-pharmaceut. Producte, BASEL (Schweiz) und GRENZACH (Baden).

Védjegy.

SUUM CUIQUE P.S.

Orvos-sebészi műszerek, betegápolási tárgyak, sérvkötők, kötszerek **pontos és jutányos** beszerzésére legjobban ajánlható

POLGÁR SÁNDOR

egyetem. gyakorlott mű- és kötszerész.

Budapest, VII., Erzsébet-körút 50.

Új nagyképes árjegyzék ingyen és bérmentve.

E címre ügyelni tessék.

Orvos urak figyelmébe!

Azon tisztelt **orvos urak,** kik magukat **önállósítani akarják**

KELETI J. **BUDAPEST, IV., Korona-herczeg-utcza 17. szám alatti sebészeti műszergyártó** czégnél

orvos-sebészeti műszereket, valamint **teljes berendezéseket** mindennemű **magángyógyintézetek részére, havi vagy negyedévi részletfizetésre** kaphatnak, szavatolt legjobb kivitelben és a legcoulánsabb feltételek mellett.

Prospektusok és képes árjegyzékek ingyen.

SYR. HYPOPHOSPH. COMP.

FELLOWS

Tartalmazza az emberi organismus leglényegesebb elemeit — kaliumot, meszet és vasat.

Tonicumokat — Chinint és Strychnint.

Agy- valamint idegerősítő — Phosphort, szörp alakban

Alkalikus hatással.

Hatásában minden mástól különbözik, a mennyiben igen nagy fokban előmozditja a légzés alatt az oxydatiót, kellemes izzel bir, s igen könnyen türetik a gyomor által.

Nagy bizalomnak örvend, kiváltkép a tüdőgümőkór, idült hörghurut és légzőszervek egyéb bántalmainak gyógykezelésénél. Sikerrel alkalmaztatik azonkivül a legtöbb idegbetegségben és gyengeségi állapotokban is, valamint sápkórnál, vérszegénységnél.

Gyógyító tulajdonai széles körben ismeretesek s főleg stimulans, tonicus és táplálkozást előmozdító hatásokban nyilvánulnak.

Hatása gyors, élénkíti az étvágyat és emésztést, elősegíti az áthasonítást.

A jólét érzetét kelti fel s megszünteti a levertséget, vagy búskomorságot; **ez okból felette fontos szellemi- és idegbetegségek gyógykezelésénél.** Nagyfokú erősítő tulajdonai és az elválasztások egészséges lefolyására gyakorolt jó hatása folytán a betegségek nagy számában van javalva.

Jegyzet. — Ovás. — A Fellows-féle szörp sikerei bizonyos egyéneket annak utánzására ösztönöztek. Fellows úr megvizsgált ezek közül néhányat, azonban nem talált kétféleséget sem, mely egyenlő összetételű lett volna, mindnyájan különböztek a valóditól az összetételben, a savmentességben, az oxygen behatásával szemben tanúsított magatartásban, midőn azok hő és fény hatásának tétettek ki, s végül abban, hogy a Strychnint nem tartalmazták oldatban, s nem fejtették ki ugyanazon hatást.

Orvos uraknak kisérletezésre mintaüvegek ingyen szolgáltatnak ki. Használati utasítás minden üveghez mellékelve.

Egy nagy üveg (500 gr.) ára 3 frt 50 kr. és egy kis üveg (250 gr.) ára 2 frt.

Magyarországi főraktár: TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertárában Budapesten, Király-utcza 12.

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 46. számához. 5—6. szám. Budapest, 1898. évi november 13.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Prohászka László* dr.: A protargolról. — *Béla Pál* dr.: A protargolról. — *Hauer Ferencz:* Az atropin conjunctivitisről. (Vége.) — *Leitner Vilmos* dr.: A heidelbergi szemésztársaság ez évi tárgyalásaiból. — *Irodalom-szemle.* — *Vegyesek.*

A protargolról.

Irta: *Prohászka László* dr., szemklinikai gyakornok.

A conjunctiva-bajok kezelésében az oki mozzanatok sokfélesége és a lefolyás változékonysága teszi érthetővé, hogy többféle gyógyszerrel kell rendelkeznünk. Általában adstringens, antiseptikus és caustikus szerek vannak alkalmazásban, melyek közül a szükség szerint majd ezt, majd amazt, majd a gyöngébbet, majd az erősebbet kell választanunk. Egyetlen gyógyszerrel minden indicatiónak nem felelhetünk meg. Hogy csak néhány példát emlitsünk: az atropin becseppentésre vagy a jod és calomel együttes használatára fellépő kötőhártya-izgalom többnyire megszünik már az oki mozzanat egyszerű távoltartására és ha a szem tisztántartása és megbékítése érdekében alkalmazunk is ellene valamely gyógyeljárást, az sohasem lesz oly erélyes, mint a melyet egy epidemiás jellegű, bár csak középsúlyos ophthalmia ellen szoktunk foganatositani. Vagy pl. éjjel lámpa mellett sokat iró, olvasó egyének gyakran panaszkodnak viszketés, csipés és kellemetlen nehézség érzetéről a szemhéjakban, melyeket kifordítva azt látjuk, hogy a conjunctiva ugyan elég vörös, de különben sima, vékony és nedvszegény. Ezeknek bizonyára más gyógyszert fogunk ajánlani, mint a porral, füsttel szennyezett levegőjű gyárban dolgozó munkásnak, kinek conjunctivája fellazult, duzzadt és sok a váladéka; vagy talán ez utóbbi már el is apadt, de a kötőhártya-felület egyenetlen, érdes, bársonyszerű.

Jelesen a conjunctiva hurutos-blennorrhoeás körcsoportjának therapiájában a sok gyógyszer között legnagyobb szerepet játszanak az ezüstvegyületek, melyek közül az évszázados próbát kiállott argentum nitricum mintegy specificum rangját vivta ki magának. Igen kellemetlen mellékhatása, az erős izgatás volt az, mely különösen az újabb időkben kiindulaspontját képezte ama törekvésnek, hogy az arg. nitr. hasonértékű, de kevésbbé izgató ezüstvegyülettel helyettesittessék. Igy keletkezett az argentamin, argonin, itrol, actol, melyek mindegyike fölött többékevésbbé vérmes dicséretek hangzottak el, fényes eredményekről is számoltak be, míg végre a sokoldalú kisérleti vizsgálódás megdöntötte a hozzájuk fűzött várakozást, helyreállitván az arg. nitr. superioritását.

A legújabb ezüstvegyület, mely az összes eddigieknek jó tulajdonságait egyesitené, a *Neisser* által ajánlott protargol. Nevét onnan nyerte, mivel az ezüstnek vegyülete egy proteinanyaggal. Gyári alakjában egy finom, világossárga szinű port képez, mely 8·3 % ezüstöt tartalmaz. Ugy hideg, mint meleg vízben zavarodás nélkül könnyen oldódik s csak hosszabb időn át hevítve lép fel benne némi zavarodás. Oldata sem alkaliákkal, sem higított savakkal, sem pedig fehérjékkel nem képez csapadékot.

A szernek Neisser és az urologok által földicsért kiváló tulajdonságai és a vele elért eredmények indították *Darier*-t arra, hogy a protargolt a conjunctiva és könytömlő gyuladásos bántalmainál kipróbálja. Kezdetben 5%-os oldattal végezte az ecseteléseket, majd 10 s csakhamar 20%-os, végre pedig 50%-os oldatra is áttért; még pedig a baj súlyossága szerint másodnaponként, naponként egyszer vagy kétszer ecsetelt. E mellett a kezelést többnyire 5%-os oldatoknak napjában kétszer vagy háromszor való becseppentése által iparkodott támogatni. Blennorrhoea saccinál 10%-os oldattal fecskendezte ki a könyutakat.

Darier valóságos elragadtatással számol be sikereiről s a protargol előnyeiről más ezüstsókkal szemben. Az oldatot igen állandónak mondja, melyben több nap alatt sem lép fel zavarodás. Cocainnal és egyéb anaestheticumokkal combinálható, a mi különben nem lényeges, miután ment minden caustikus hatástól s a conjunctiva reactio izgalmi állapota, fájás, csipés, erős könyezés még a legconcentráltabb oldataira sem észlelhető. A könyek chlornatriumával és a szövetfehérjével nem egyesül s igy egyfelől összes mennyisége érvényre jut, másfelől a nyákhártya felszines rétegeit nem pörkösitvén el, mélyen behat a szövetekbe. A protargollal kezelt összes esetek eredmény szempontjából felülmulták Darier várakozását, úgy hogy ő a gyógyulást gyors és radicalisnak s a protargolt összehasonlithatlan értékű szernek mondja.

Mindezen vérmes dicséretek bennünket is arra buzditottak, hogy a protargolt tulajdonságaira és értékére nézve tanulmányozzuk.

A mi a szer tulajdonságait illeti, mindenekelőtt *Benario*nak és másoknak amaz állitásával szemben, hogy a protargol egy igen állandó vegyület, mely fény behatására nem változik, *Kaufmann* és *Bloch* [1] útmutatása nyomán eljárva mi is az ellenkezőről győződtünk meg. Ugyanis az egész frissen készült közömbös vegyhatású protargol-oldatból keveset óraüvegbe öntve s fény behatásának kitéve azt tapasztaltuk, hogy a szalmasárgaszinű oldat csakhamar észrevehetőleg megbarnult, hosszabb idő mulva pedig csaknem megfeketedett. És pedig jóval rövidebb idő alatt következett be ez a szinbeli változás a direct napfénynek kitett oldatban, mint abban, a melyre csak reflektált fény hatott. Ugyancsak az oldat elbomlása mellett tanuskodik azon tapasztalatunk, hogy a fehérneműn eleinte barna, később pedig s különösen a fehérnemű mosása után az arg. nitr.-éhoz hasonló szürkésfekete foltot hagy vissza. Ha mindezek mellett tekintetbe vesszük azon tényt, mely szerint az eredetileg közömbös vegyhatású protargol-oldat fény behatása után határozottan kimutatható savanyú vegyhatást vesz fel, úgy méltán felvethetjük a kérdést, vajjon reactiónak ez a megváltozása nem-e határozott vegyi változás mellett szól? Egyébiránt úgy látszik, e körülménynyel nagyon is számot vetnek a szernek gyári előállitói, kik a világossárgaszinű port gondosan csomagolt sötét üvegekben szállitják.

Úgy *Neisser*, valamint *Benario* a protargolt jóval nagyobb desinficiensnak mondja, mint az arg. nitr.-ot s a többi ezüst vegyületeket. Nem tartozik feladatunk körébe ezen kérdés objectiv tudományos kritikájába bocsátkozni; csupán annyit jegyzünk meg, hogy Benarionak csak 20 percz alatt sikerült a friss culturából vett staphylococcusokat elpusztitani, a lépfenesporákat pedig csak egy óra mulva, holott 2 %-os, tehát magas concentratiójú oldatot használt vizsgálataihoz. Ily körülmények között teljesen indokolatlan, hogyan lehetett a protargol bactericid hatását annyira túlbecsülni. Legfeltünőbb azonban az, hogy éppen a gonococcusra vonatkozólag, a melyre pedig állitólag meglepő bakteriumölő hatást gyakorol a protargol, közelebbi vizsgálati és számadatokat még Neissernél is hiába keresünk s igy meglepetésünk annál kevésbbé lehetett nagy, mivel tudjuk, hogy az összes vízben oldható ezüstvegyületek általában is hatalmas bakterium-mérgek, de feltűnő módon deletaerhatásúak éppen a gonococcusokra.

[1] Ueber Protargol. Deutsche Medic. Woch. 1898. 14.

A protargol egyik kimagasló tulajdonságának tekintik továbbá azt, hogy sem chlornatriummal, sem pedig fehérjékkel nem egyesülvén, hatása nem csupán a nyákhártya felületére szorítkozik, hanem a szövetek mélyébe hat s így jelentékenyebb gyógyhatást fejt ki, mint a többi ezüstvegyületek, a melyeknek hatása a nyákhártya-felületen létrejövő csapadékban, illetve a sejtfehérjével képezett pörkben merül ki.

Azonban *Benario*-nak ezen mélyrehatás kiderítése érdekében végzett kisérletei mit sem bizonyítanak; ő ugyanis agaron és májdarabkákon, szóval holt objectumon végezte vizsgálatait s az azokon tapasztalt beivódási folyamatot egyszerüen átvitte az élő szövetekre. Ennek téves volta *Heidenhain*-nak korszakalkotó vizsgálataiból derül ki, melyek szerint az élő szövetek folyadék-átbocsátása tekintetében lényegesen más magatartást tanusítanak, mint elhalás után. *Darier* is megfeledkezik ezen nagyfontosságú tényről, midőn azt mondja,[1] hogy „a protargol impraegnálja a felhámsejteket, azokon áthatol s így bakteriumölő hatását a szövetek mélyéig kifejti". Ez az állítás homlokegyenest ellenkezik egy általánosan is, a szemészek előtt pedig jól ismert észlelettel, melyet *Leber*-nek köszönhetünk, ki kisérleti alapon bebizonyitotta, hogy az élő Descemet-hártya egyetlen hámsejtrétege elegendő egy 200 mm.-nyi higany-nyomás alatt álló folyadék visszatartására. Ezek után azonban alig képzelhető, hogy egy egyszerüen felecsetelt folyadék áthatoljon a hámsejteken.

Áttérve már most a protargol hatására és gyógyértékére, utóbbiak tanulmányozása czéljából a szemklinika kórházi- és ambulans beteganyagán rendszeres gyógykisérleteket végeztünk, melyeknek tartama közel három hónapra terjedt ki. Betegeink száma 40 körül volt. Ezen aránylag alacsony számot indokolja azon törekvésünk, hogy főleg, a trachomások közül lehetőleg friss, váladékos esetek kerüljenek kezelés alá. Betegeink nagyobb része conjunctivitis és ophthalmia catarrh.-ban, egy része trachomában, 5 blennorrh. adult.-ban, 3 blennorrh. neonat.-ban, 2 pedig blennorrh. sacci-ban szenvedett. Kezelésünkben az összehasonlító módszert követtük, látni akarván, vajjon mutatkoznak-e különbségek a javulás menetében a protargollal és az arg. nitr.-al ecsetelt szemek között s melyek azok? E törekvésünkben az a körülmény is segitségünkre szolgált, a mennyiben kétoldati eseteinknek legnagyobb részében mindkét szemen körülbelül egyenlő fokúak voltak az elváltozások. Valamennyi esetünkben egyszer napjában ecseteltünk a reggeli órákban, még pedig a jobb szemet protargollal, a balt pedig a szokott 2%-os arg. nitr.-al.

A protargolnak 5%-os vizes oldatával kezdtük a kezelést, miután azonban számbavehető eredménye alig volt és azt láttuk, hogy a jobb szem a javulásban napról napra a bal mögött marad, csakhamar áttértünk a 10%-os oldatra. E közben meggyőződtünk arról, hogy a könyekkel, illetve a conjunctivalis váladékkal érintkezve a legcsekélyebb csapadék sem lépett fel. Az arg. nitr.-al parallel ecsetelve a legtöbb esetben tényleg nem okozott izgalmat, daczára annak, hogy a fölként protargolt nem öblítettük le vízzel; csak egyes betegek tettek néha említést csípésről, mely azonban éles ellentétben állott az arg. nitr.-al ecsetelt bal szemen fellépő csípéssel. Ha ellenben kisérletképen a bal szemet arg. nitr. helyett csupán konyhasóoldattal vagy vízzel ecseteltük, akkor a betegek néhány percz mulva csaknem kivétel nélkül jelezték a protargol által okozott csípést a jobb szemen. csípést, izgalmi állapotot tehát a protargol is okoz, csakhogy a betegek egyéni érzékenységük szerint majd észreveszik, majd nem. Különösen nem veszik észre akkor, a midőn az arg. nitr. jóval erősebb izgalma figyelmüket csaknem teljesen leköti s elvonja a másik szem jelentéktelen izgalmától.

Ophthalmia catarrh. és conjunct. catarrh. acuta-nál az ecsetelésen kivül langyos bórsav-borogatást, bő könyezéssel járó chronikus hurutnál pedig Darier ajánlatára az ecsetelések támogatása végett collyriumképen 5%-os protargol-oldatból háromszor napjában egy cseppet rendeltünk a jobb szembe. *Darier*-nek ily módon fényes eredményeket sikerült felmutatni.

[1] Opthalm. Klinik. 1898. Nr. 7.

Különösnek látszik azonban, hogy első közlése szerint[1] súlyos kötőhártyahurutnál három nap alatt sikerült „radikális" (!) gyógyulást elérnie 5%-os oldattal, és rövid időre reá megjelent második közlésében[2] közönséges kötőhártya-hurutoknál már 20%-os oldattal való ecseteléseket ajánl. A mi eseteinkben a gyógyulás korántsem volt gyors és radikális. Igaz ugyan, hogy a váladék már 2—3 ecsetelés után jelentékenyen megfogyott s csakhamar el is apadt, de míg a bal szem javulása tovább haladt, addig a jobb szemen a kötőhártya vörössége és fellazultsága sehogy sem akart végleg engedni, úgy hogy utóvégre is csak arg. nitr.-ra kellett áttérni, mire a conj. fokozatosan halványodott és lelapult s 8—10 ecsetelés után teljes restitutio ad integrum állott be. Egy meglehetős súlyos ophthalmia esetében mindkét corneán egy-egy sarlóalakú catarrhalis fekély volt jelen; ezek közül is a baloldali gyorsan tisztult és telődött, sőt már a behámzás is megindult, a mikor a jobboldalinak alapja és szélai még mindig szürkék, infiltráltak voltak. Ez észleletünk magyarázata nem nehéz. Ismeretes, hogy a különféle conjunctivitisek kapcsán oly gyakran észlelhető gyuladásos természetű cornea-complicatiók majdnem mindig ép a conjunctivabeli folyamat, mint alapbántalom által okoztatnak és tartatnak fenn; azt is tudjuk, hogy azok magukban véve a caustikus kezelést éppen nem contraindicálják, sőt ellenkezőleg mindig az tapasztalható, hogy az ismert cautelák mellett folytatva a kezelést, a conj. kóros állapotának remissiójával a cornea-megbetegedés javulása is lépést tart. Miután pedig, mint láttuk, a conjunctivabeli folyamat javulása az arg. nitr.-al ecsetelt bal szemen gyorsabb menetű volt, ez érthetővé teszi, hogy az általa föltételezett cornea-complicatio is gyorsabban gyógyult, mint a jobb szemen, melyen az alapbántalom javulása lassubb volt s e mellett még a fekély közvetlenül érintkezésben lévén a le nem mosott protargollal, utóbbinak — ha mindjárt kisfokú — izgató hatása is késleltette a fekély reparálódását. Ily esetekben tehát a protargol egyenesen káros lehet, míg az arg. nitr.-al végzett óvatos ecsetelés rendesen jó eredménynyel jár.

Nem ritkán észlelhető azonban, hogy a cornea részéről akkor lép fel complicatio, midőn a kötőhártya-gyuladás már javulófélben van, de még az ecsetelés indicatiója fennáll. Tovább folytatva az ecsetelést, ily esetekben a kötőhártya-gyuladás javulása mellett a cornea-bántalom rosszabbodását, terjedését észlelhetjük. Kétségtelen, hogy itt a causticum által fentartott reactiv izgalmi állapot oka a cornea-complicatio súlyosbodásának; azért ilyenkor mindennemű izgató kezelést rögtön félbe kell szakitanunk s langyos bórsav-borogatás mellett nyugodtan be kell várnunk azt az időt, míg az infiltratio csökkentével a fekély gyógyulásra hajlamosabb lesz.

A chronikus hurutnak azon eseteiben, melyben a váladék bővebb volt, a protargolra tényleg mutatkozott javulás, még pedig főleg a beteg subjectiv panaszaiban; a kellemetlen viszketés és bágyadtság érzete a szemhéjakban csökkent, a szemek reggelre kevésbbé vagy egyáltalán nem ragadtak be, a könyezés alább hagyott. A kötőhártya vérbősége azonban alig, megvastagodása és érdessége pedig éppen nem változott. Hasonló észleletet tett *Pergens*[3] is, ki a conj. chron.-nál kifejlődött kötőhártya-túltengést sem argoninnal, sem protargollal nem birta eloszlatni.

Miután az észlelők már kezdettől fogva hangsúlyozták a protargolnak antiblennorrhoeikus hatását, mi is érthető várakozással néztünk a blennorhoea kezelése elé. Hét esetünk közül kettő súlyos volt, a pirosan elszínesedett szemhéjak párnaszerű duzzanatával, nagyfokú feszes chemosissal, bő genyes váladékkal és közel totalis cornea-genyedéssel; a többi középsúlyosságú eset egyikében szintén volt jelen egy széli cornealis fekély. A betegek a 2—6-dik napon vétettek kezelés alá. Az ecsetelések itt is 10%-os protargol- és illetőleg 2%-os arg. nitr.-oldattal történtek egyszer napjában.

[1] Darier: Die neuen Silbersalze und ihre Anwendung in der Augenheilkunde (Ophth. Kl. 1898. Nr. 5).

[2] Darier: Protargol, ein Specificum gegen Conjunctivitis blennorrhoica (Ophth. Kl. 1898. Nr. 7).

[3] Klinische Monatsblätter für Augenhlk. 1898. április.

Észleleteink nagyjában megegyeznek a fennebb mondottakkal. A protargolozott szemen rendesen a 2—3-dik ecsetelés után volt észrevehető a genyes váladék fogyása, mely a további ecsetelések alatt meglehetős gyorsan haladt elő, bár nem gyorsabban, mint az arg. nitr.-al ecsetelt szemen. Mihelyest azonban a váladék teljesen elapadt s a blennorrhoea chronikus stadiumába lépett, a protargolozott szem javulásában megállapodás jött létre, a mennyiben a hypertrophiás kötőhártya bársonyszerűsége, az áthajlási redő megvastagodása hosszabb időn át folytatott ecsetelésre is alig változott, mialatt az arg. nitr.-al majd később a cupr. sulph. jegeczczel kezelt szemen már nagyrészt eloszlott. Utóbbi szemen egyszersmind a corneagenyedés is gyorsabban demarcálódott, míg a protargolozott szemek egyikén a genyedés tovaterjedését észlelhettük. Eseteinkben a gyógyulás, ha a visszamaradt kisfokú kötőhártyatültengéstől eltekintünk, 4—6 hét alatt következett be. Ezek után legalább is igen merésznek tünik fel előttünk Dariernek azon már a priori is valószinütlen állítása, mely szerint oly anyákat, kik blennorrhoeás szemű gyermekük ápolása közben súlyos ophthalmo-blennorrhoeát acquiráltak, 1—2 nap alatt (?) látott kigyógyulni protargolra. Ezzel éles ellentétben *Pflüger*[1] protargollal kezelt blennorrhoea neonatorumnak egy esetét írja le, melyben a szemhéjduzzanat fokozódása és a genyes váladék szaporodása közben a conjunctiván álhártya lépett fel és fekély fejlődött ki a corneán, úgy hogy a protargolt két napi használat után ki kellett hagyni, mire az állapot gyors javulásnak indult. Egyébiránt vele együtt több szerző határozottan megbizhatóbbnak mondja az arg. nitr.-ot, melytől mindig gyorsabb és biztosabb eredményt látott.

Alkalmaztuk továbbá a protargolt a trachoma kezelésére is, daczára annak, hogy erre maga Darier is legkevésbbé ajánlja. Eleinte ugyan gyógyértékét e téren az argentaminéval körülbelül egyenlőnek mondja, csakhamar kijelenti azonban, hogy az utóbbi a trachománál talán mégis fölülmulja a protargolt. Közelebbi részleteket ide vonatkozólag nem emlit.

A mi észleleteink szerint sehol élesebben nem mutatkozott a különbség a két szem javulása között, mint éppen trachománál, melynél a protargol még a váladékot sem apasztotta el oly gyorsan, mint az eddig említett conjunctiva-bajoknál; a kötőhártya papillaris hypertrophiáján, a beágyazott trachoma-rögöktől duzzadt és göröngyös áthajlási redő állapotán pedig egyáltalán mit sem változtatott. Elég gyorsan fordul elő azonban az az eset, hogy a már javulófélben levő trachomás betegek, kik már megunták a hosszadalmas gyógyítást, érezve javulásukat, a különben is fájdalmas kezelésből elmaradnak, míg egyszerre egy heves subacut kiújulással jelentkeznek ismét az orvosnál. Ily trachomarecidiváknál az izgalmi tünetek sokszor oly hevesek, hogy a betegek az arg. nitr.-ot igen rosszul tűrik, a mint azt három izben alkalmunk volt tapasztalni. Mindhárom esetben az arg. nitr.-ot protargollal helyettesitettük, melyet a betegek jóval kevésbbé izgató hatásánál fogva jól tűrtek s a melylyel — ha mindjárt lassabban — mégis sikerült a váladék és az izgalmi tünetek csökkenését elérnünk. Ily esetekben tehát a protargol jó szolgálatot tehet.

Legtöbb hasznát láttuk mégis blennorrhoea sacci két esetében, melyben a kitágult könytömlőből meglehetős bő nyákos-genyes váladék volt kinyomható. A felhasított könycsövecskén át 10%-os protargol-oldattal fecskendeztük ki a könytömlőt s a 4—5-ik kifecskendésre a váladék teljesen eltünt, a könytömlő duzzanata lelapult. Nem hihetjük, hogy Darier ezt az állapotot tekinti prompt gyógyulásnak, mert előttünk kétségtelen, hogy ez a gyors javulás csak ideigóráig tartó, mely éppen nem teszi feleslegessé az indicatio causalis betöltését, vagyis, hogy tartós eredmény — ha egyáltalában — csakis a könycsatorna szűkületét okozó orrbántalom megfelelő kezelésétől, illetőleg a duct. naso-lacrymalis rendszeres sondázásától várható.

Hogy vajjon a protargol okoz-e argyrosist, arról ily rövid kezelési és észlelési idő alatt meg nem győződhettünk. De ha meggondoljuk, hogy a protargol fény behatására elbomlik, úgy nagy valószinűséggel állithatjuk, hogy a keletkező ezüst-oxydok a nyákhártya szövetelemeibe való lerakódásra annál bőségesebb alkalma van, a mennyiben a le nem öblített vagy becseppentett protargolnak mindig fölös mennyisége van jelen a kötőhártyazsákban.

Összegezve már most eszleleteinket, véleményünk oda irányul, hogy a protargol főleg *váladékapasztó*, anticatarrhalis szer; miután pedig a kötőhártya-gyuladások váladékdús időszakában az izgalmi tünetek sokszor még annyira intensivek, hogy az arg. nitr.-ot a betegek rosszul tűrik, ez utóbbit ilyenkor előnyösen helyettesithetjük az alig izgató protargollal, mely némileg az izgalmi tüneteket és a belöveltséget is mérsékli. A mint azonban e feladatát befejezte, a továbbiakban alig lendit valamit az állapot javulásán, a mennyiben a belöveltséget csak lassan és tökéletlenül csökkenti, a kötőhártya hypertrophiáját, diffus vagy góczokban csoportosuló gömbsejtes infiltratióit pedig teljesen változatlanul hagyja, vagyis a kötőhártyát csak kevéssé halványitja s egyáltalán nem vékonyitja.

Meggyőződtünk tehát arról, hogy a protargol az arg. nitr.-nak egynémely hátrányától ment, de e mellett arról is, hogy távolról sem fejti ki azt a gyógyhatást, a melyet az arg. nitr. Hozzá még meglehetős drága s igy a szegénypraxisban, a hol pedig legtöbb szükség volna reá, alig alkalmazható. Ha tehát el is ismerjük az arg. nitr.-nak kellemetlen hátrányait és ha manapság már nem is akarjuk *Graefe*-vel az arg. nitr. kezelésben „a szemorvosi gyógybeavatkozás diadalát“ látni, mégis bizonyos előttünk, hogy a protargol egyes esetekben *pótszer* gyanánt előnyösen alkalmazható ugyan, de általában gyógyérték, gyógyeredmény szempontjából a classikus arg. nitr. kezeléssel nem versenyezhet.

[1] Pflüger: Protargol und Conjunctivitis blennorrhoica. Ophthalm. Klin. 1898. Nr. 11.

A protargolról.

Irta: *Béla Pál* dr. szemorvos.

A mióta *Neisser*[1] gonorrhoea urethrae kezelésére a protargolt ajánlotta, a szemorvosok is siettek e szert blennorrhoea conjunctivae eseteiben alkalmazni, változó eredménynyel. *Ed. Pergens*[2] ugyanis elég kedvezően nyilatkozik a protargolról nemcsak blennorrhoea conjunctivae, de más szembajok eseteiben is, mint: conjunctivitis catarrhalis és dacryocystitis, *Pflüger*[3] ellenben mint olyan szert, melylyel az eddig megszokott kezelésnél kedvezőbb eredményt nem látott, egészen mellőzendőnek tartja. Legmelegebb ajánlója e készitménynek *Darier*.[4] Oly antisepticumnak tartja, mely a blennorrhoea conjunctivaet gyorsan meggyógyítja, és igy az argentum nitricumot teljesen pótolja. Ez utóbbit szerinte csak annyi becsülés illet meg, a mennyivel egy kiszolgált számos éven át jó szolgálatokat tevő cseléddel szemben, kinek hibáival már megbarátkoztunk, viseltetünk. Ugyancsak ily prompt és kiváló hatását észlelte a protargolnak a conjunctiva catarrhalis gyuladásainál, conjunctiv. crouposánál, trachománál stb.

Kötelességemnek tartottam ezek szerint, hogy magam is tanulmányozzam a protargol hatását. A beteganyagot részint a „Fehér kereszt“ országos lelenczház vezetésem alatt álló szemosztályán fekvő, részint a Nyilvános Ambulatorium-Egyesület rendelő intézetének szemosztályán jelentkező járó betegek képezték. Ezen kisérletek eredményéről a következőkben számolhatok be.

A protargolban az ezüst protein anyagokkal áll szerves összeköttetésben; a mintegy 8·3% ezüstöt tartalmazó sárgás por vízben igen könnyen oldódik; chlornatriummal csapadékot nem képez. Az oldat szine töménysége szerint rozsdavöröstől sötét vörösbarnáig változik; nagyobb töménységben sűrű, kissé olajszerű folyadék.

Az 1%-os oldat ép vagy kissé hurutos conjunctiván nem

[1] Centralblatt für Dermatologie. 1897. I.
[2] Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1898. április.
[3] Die Ophthalm. Klinik. 1898. 11.
[4] Clinique Ophthalmologique. 1898. mars.

okoz fájdalmat; ha 2%-os oldattal ecseteltem, a betegek egy negyed óráig is eltartó kellemetlen érzésről panaszkodtak; 5%-os oldat már határozottan fájdalmat okozott, élénk könyezés, bő váladék, de égetési pörk — mint azt argentum nitricum 1% os oldatával való ecsetelés után látunk — nem képződött. E nagyobb reactio folytán töményebb oldatot nem alkalmaztam, daczára annak, hogy *Darier* 50%-os oldatot is használ, sőt poralakban in substantia a kötőhártyára szórja. Hiszen ismeretes, hogy külföldön nem egy klinikán blennorrhoea conjunctivaenél 2—5%-os argentum nitricum-oldattal ecsetelik, vagy épen lapis mitigatussal in substantia étetik a kötőhártyát, mig a budapesti egyetemi szemklinika iskolája kifogástalan gyógyeredmények mellett legfeljebb 2%-osnál sohasem alkalmaz erősebb oldatot.

Kisebbfokú hurutnál tehát 1%-os, nagyobb gyuladásnál, blennorrhoeánál 2%-os protargol-oldattal ecseteltem; még súlyosabb és chronikus esetekben, régebbi trachománál 5%-os oldatot alkalmaztam; az ecsetelés után nem mostam le a kötőhártyát, mint azt argentum nitricum-ecsetelés után tesszük. A protargol kezelés alatt továbbá részint beszüntettem minden más kezelést, részint kétoldali megbetegedésnél az egyik szemet protargollal, a másikat pedig az eddig szokott módon gyógyítottam; végül pedig, ha hosszabb ideig folytatott protargolkezelés nem nyujtotta a várt eredményt, visszatértem a szokott gyógykezeléshez. Igy összehasonlitva törekedtem megfigyelni, mennyiben alkalmas a protargol az argentum nitricum helyét pótolni. Hosszas fejtegetések helyett közlök nehány kórtörténeti vázlatot.

1. F. R., 9 napos lelenczházi ápolt, f. é. április 16-ikán került mindkét oldali heves blennorrhoea conjunctivaevel kezelés alá. Bórsav-oldattal való igen gyakori mosáson kivül 2%-os protargol-oldattal ecseteltem. Május elején a bő genyfolyás csökkent, de a kötőhártyák duzzanata, az átmeneti redők mély ránczai még 5 heti kezelés után is fennállottak, mig végre junius elején majdnem 8 heti kezelés után lehetett gyógyultan elbocsátani.

2. K. K., 14 napos, május 2-dikán került születése óta fennálló mindkét oldali igen súlyos blennorrhoea conjunctivae neonatorum-mal a lelenczház szemosztályára. Jobb szemét argentum nitricum 1%-os, bal szemét protargol 2%-os oldatával ecseteltem. Négy heti kezelés után a jobb szem conjunctivái majdnem simák, igen kevés váladékot produkálnak, ugyanekkor a bal szemen a kötőhártya még igen duzzadt, bő váladékot ürit. Az anya fegyelmi úton az intézetből elbocsáttatván, a beteg észlelésem alól kikerült.

3. Sch. A., 14 napos, május 5-dikén mindkét szemen blennorrhoea conjunctivaeval került kezelés alá, mely 2%-os protargol-ecsetelésből állott a szokott tisztántartás stb. mellett. A genyedés igen lassan csökkent, ugyancsak sokára kezdett a conjunctivák duzzanata lohadni; hét heti kezelés után távozott gyógyultan az intézetből.

4. K. Gy., 12 napos, május 28-dikán genyes kötőhártyagyuladással került kezelés alá; 2%-os protargol-ecsetelések után, miután a geny ugyan kevesebb lett, de a conjunctivák duzzanata nem javult, 1%-os argentum nitricumra tértem át egy hét mulva; junius 11-dikén gyógyultan távozott.

5. L. J., 12 napos, május 29-dikén jött blennorrhoea neonatorum conjunctivaevel a szemosztályra; 2%-os protargol-ecsetelésre még junius 20-dikán is erős papilláris túltengést mutatnak az átmeneti redők, azért argentum nitricumot vettem alkalmazásba; julius 4-dikén gyógyultan távozott.

6. E. P.-né, 40 éves, hivatalnok neje, junius 4-dikén typikus *conjunctivitis catarrhalis acutaval* jelentkezett a nyilvános Ambulatorium-Egyesület rendelő-intézetének vezetésem alatt álló szemosztályán; 2%-os protargol-oldattal ecseteltem naponta; ecsetelés után körülbelül ¼ óráig tartó fájdalomról panaszkodott, és mert egy héten belül nem javult állapota, a türelmetlenkedőt 1%-os argentum nitricum-oldattal kezdtem ecsetelni; junius 20-dikán gyógyultan távozott.

7. K. J., 53 éves munkás, mindkét szemén levő *trachomával* jött junius 8-dikán az ambulatoriumba. Nagyfokú conjunctivalis túltengés, sok csomó, bő váladék. Ecsetelés 5%-os protargol-oldattal. Utána élénk fájdalomról panaszkodik, mely állitólag 2—3 óráig is tart; junius 25-dikéig lényeges javulás nem állván be, argentum nitricumot vettem elő kedvezőbb sikerrel.

8. W. S.-né, 58 éves, munkás neje, junius 10-dikén jelentkezett. Diagnosis: *Catarrhus conjunctivae subacut.* o. u. *Erosiones angularum et eczema palpebrarum* l. u. Therapia: 5%-os protargol-ecsetelés, mely után nincs fájdalma; 10 nap mulva sem javulván állapota, 1%-os argentum nitricummal kezdtem ecsetelni junius 26-dikán. Az erosiók gyógyulóban; váladék; könyezés kevesebb; nehézségei igy megszünvén, a rendelésről elmaradt.

9. G. S., 15 éves, napszámos; junius 18-dikán jött az Ambulatorium nyilvános rendelésére. Diagnosis: *Conjunctivitis catarrhalis chronica* o. u. *Blepharadenitis ulcerosa palpebrarum super.* l. u. Therapia: 1%-os protargol-oldattal ecsetelés; 2%-os sárga praecipitat kenőcs. Két heti kezelés után szünnek az alkalmatlan subjectiv tünetek.

Az itt felemlitetteket, valamint a többi kórtörténetet átnézve, a protargol, sajnos, nem bizonyult blennorrhoea conjunctivae ellen kiváló hatásos szernek. Úgy látszik, mintha a bő genyfolyásos stadiumban a genyproductio csökkenését előmozditaná; bár másrészt szakadatlan használata sem volt képes nehány esetben a genytermelés újabb eruptióját megakadályozni. De ezen genycsökkenés csak hosszabb alkalmazása után áll be, úgy hogy tudván, hogy a geny egyszerű tisztántartásnál is megszünik jelentkezni, nagyon nehéz annak az eldöntése, mennyi tudható be a protargol érdemének. A kötőhártya papillaris vagy szöveti túltengésével szemben pedig majdnem teljesen hatástalannak bizonyult.

Ép oly kevéssé hozott létre lényeges javulást felnőtteken észlelt egyéb kötőhártyagyuladásoknál; sőt még azt az állitólagos előnyét sem ismerhetem el, hogy alkalmazása teljesen fájdalmatlan lenne. Bár nem egyszer volt alkalmam tapasztalni, hogy a betegek szivesebben tűrik a nagyobb fájdalommal járó kezelést, ha érzik, hogy gyorsabban gyógyulnak.

Tapasztalataimat tehát a protargol alkalmazása körül a következőkben foglalhatom össze: Tekintve, hogy a protargol sem blennorrhoea conjunctivae neonatorumnál, sem más kötőhártyagyuladásnál nem látszott oly gyógyeredményt létrehozni, mint az argentum nitricum; tekintve továbbá, hogy töményebb oldata fájdalmat is okoz: *az argentum nitricum helyettesítésére nem alkalmas.* Gyengébb oldatokban azonban és ott, hol gyors és mélyebbre való hatás nem szükséges, *mint a kötőhártyahurutok ellen alkalmazott szerek kiegészítése alkalmazásba vehető.*

Az atropin conjunctivitisről.[1]

Irta: *Hauer Ferencz,* szigorló orvos.

(Folytatás és vége.)

III. Kórszövettan.

A conjunctiva szövettana már hosszú idő óta kiterjedt s alapos vizsgálatok daczára discussio tárgyát képezi. Ezen vizsgálatok főleg az ú. n. trachomaszemcsék körül forogtak, melyekről el volt döntendő, hogy physiologikus előképük tényleg előfordul-e? Stieda-csatorna rendszere, a Henle-féle mirigyek, a hám mineműsége, mindezek oly kérdések voltak, melyek úgy állati, mint emberi conjunctiván, úgy ép, mint kóros viszonyok közt ismételten kerültek vizsgálat alá.

Minket a vitás kérdések közül főleg kettő érdekel: a hám és a folliculusok.

A hámot, illetőleg másodrendű fontossággal bir reánk nézve annak kérdése, hogy pl. az átmeneti redőben de norma a felületes réteg képeztetik-e laphám által, mint azt Wolfring stb. állitják (s a mélyebb réteg-e cylindrikus) vagy ennek ellenkezője áll-e, a hogy Reich találta. A mi szempontunkból inkább a hám pathologikus változásai érdekelnek, melyek közt első helyen állanak az ú. n. kehelysejtek. A vizsgálók közül

[1] A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem f. é. május hó 13-án tartott ünnepén a Pasquich-féle alapból jutalmazott pályamunka.

sokan, így Stieda, Waldeyer normalis képződéseknek tartják. Reich gyermekeknél nem találta, míg öregeknél mindig, különösen olyanoknál, kik conjunctivalis hurutokban már szenvedtek; elhelyezésük is rendetlen, egészen atypikus, miből azt következteti, hogy pathologikus képződmények. Sattler szintén pathologikus eredetűnek tartja. A két nézet közti különbség abban culminál, hogy ezek nyákot elválasztó sejtek-e, melyeknek tehát physiologikus czéljuk s működésük van, vagy, mint Reich mondja, nyákos metamorphosisai-e a hámnak? Valószinübbnek kell tartani, hogy pathologikus képződmények.

Ha conjunctivitis atrop.-ból készített górcsövi készitményre csak egy pillantást vetünk, elegendő e kehelysejtek felismerésére. Nagy, ovalis, lilásan szürkés, áttetsző, nagy magvú sejtek ezek a hám felületes rétegei közt. Némelyik készitményen különösen sok van. Minthogy mindegyik praeparatumban találtam, hajlandó volnék ezeket az atrop. conjunctiv. egyik histologiai pathognostikus tünetének tartani, annál inkább, minthogy némelyik készitményen látni, hogy nemcsak elvétve egy-két sejt, hanem az egymás felett álló hámrétegek egész sorai mutatják eme változást, alig hagyva néhány ép hámsejtet hátra. Helyenkint ezeknek szétesö formáit látjuk, melyek a váladékba kerülve, a nyákos czafatoknak lényeges alkatrészeit teszik. Festést nem vesznek fel. A photographián ezek kicsinységük miatt nem vehetők ki tisztán.

A hám azonban még egy más, feltünő jelenséget is mutat. Sok helyütt a legfelsőbb rétegei leesnek, mit oedemás duzzanata okozott. Hogy ily oedema fennáll, láthatjuk abból is, hogy helyenkint a hám bullaszerüen kiemelkedik, melynek lelökődése után a folliculusok a szabad felületre kerülnek. A hámrétegek közt továbbá vacuolaszerű üreséket látunk. Mindez a lobnak exsudativ jellege mellett bizonyit. Egy exsudativ lobbal állunk tehát szemben, melynek terméke a hám rétegeit egymással összefüggésükben meglazitja.

A hám alatt fibrillaris kötőszövet és adenoid kötőszövet következik. Az előbbi inkább a mélyebb réteget alkotja.

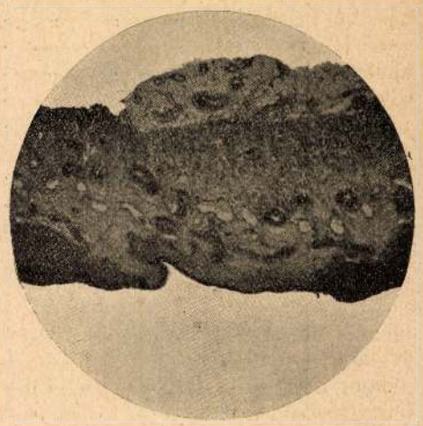
Az adenoid kötőszövet physiologikus létét úgy látszik, ma már senki sem tagadja. Sattler kimutatta, hogy újszülötteknél még nincsen jelen, csak az első életévben tünik fel. Raehlmann sem fiatal embereknél, sem fiatal állatoknál (kutya, házinyúl) nem talált adenoid szövetet, míg felnőtteknél (embereknél és állatoknál) igen. Kiterjedt sorozatos vizsgálatai alapján embereknél úgy találta, hogy az adenoid szövet először az átmeneti redőben, még pedig legkorábban a második hónapban jelentkezik. Ekkor kezd szerinte a köthártya ránczokat, barázdákat vetni. Az adenoid szövet kifejlődéséhez van Raehlmann szerint a trachoma lehetősége kötve. S ha Raehlmann állitása helyes, úgy ennek természetes logikai következménye, hogy csak ebben a korban lehetséges conjunctivit. follicul. is.

Ezen igen fontos kérdés másik kiegészitő része a folliculusok kérdése, vajjon előfordulnak-e ép viszonyok közt vagy sem? Fontos kérdés ez nemcsak általános biologiai szempontból, de a trachoma s a follicularis conjunctivit. helyes értelmezésének szempontjából is.

Tudjuk, hogy Bruch 1838-ban irta le először a folliculusokat marha conjunctiván. Ez által a figyelem a themára fel lett hiva, s a vizsgálók egész serege látott hozzá a vitás pontokat megvilágitani. Meg sem kisérlem ezen óriási munkasorozatnak vázolását még durva vonásokban sem, mert egyrészt csak közvetve tartozik tárgyamhoz, másrészt túlságos nagy helyet venne igénybe.

A vizsgálatok legnagyobb része, úgy látszik, azon nézet mellett tör pálczát, hogy folliculusok physiologice a conjunctivában nincsenek, de megvan minden lehetőség, minden feltétel arra, hogy a legcsekélyebb alkalom kifejlődésüket támogassa, lehetővé tegye, s ezek ki is fejlődnek. Mert az kétségtelen, hogy az ezekben dús adenoid szövetekben vajmi könnyen áll be a nyiroksejtek aggregatiója, s ha ez maga még nem is alkot folliculust, ez az első lépés, mint Raehlmann mondja.

Ha újra pillantást vetünk a készitményekre, vagy az itt közölt photographiára, látni fogjuk, hogy a hám alatt közvetlenül, részben egymással egybefolyó, részben meglehetősen különálló nyiroksejt-tömegek halmazai vannak, melyek a hámot kidomborítják. A lymphocyták ezen egyforma alakjai egészen olyan képet nyujtanak, mint azt akár a bél tüszőiben, akár a tonsillákban látni szoktuk. Különös kötőszöveti burkot rajtuk azonban nem látni, hanem nagy részük az alattuk elszórtan fekvő nyiroksejtekkel összefüggést mutatnak. Bennük ereket, edényeket látni szintén nem sikerül.



A mi a kórszövettani képet egyébként illeti, a lobnak typikus tüneteit látjuk. Az erek erősen teltek, tágak, körülöttük, különösen az arteriák körül hatalmas infiltratióval; s mindez oly állandósággal ismétlődik meg az összes készitményeken, hogy mindezt kórjellemzőnek szabad, sőt kell elfogadni. A typus tehát röviden összefoglalva: *fellazult, sok helyütt lelökődött hám, a hámban vacuolák, nagy számmal nyákos sejtek, továbbá folliculusok vagy körülirt nyiroksejt aggregatiók, általános lob.*

Hogy azon esetekben, melyeknél klinikailag nem állapithatók meg folliculusok, kórszövettani vizsgálatnál sem fognak találtatni, igen valószinűnek mondható. Ilyen eset lesz az is, melyre fent egyszer már utaltam, melynél azonban a conjunctivából kimetszés nem történhetett.

IV. Kóroktan.

Az eddigiekben megismerkedtünk egy olyan lobfolyamattal, mely egy orvosszerrel kezelt betegek 2·28%-ban lép fel, ezeknél bizonyos typikus tüneteket hoz létre s bizonyos typikus histologiai változásokat is idéz elő.

Mi ennek a lobfolyamatnak oka? látni fogjuk, hogy az igazi kórok helyes értelmezése sokkal több nehézségbe ütközik, mint a mennyit a priori várni lehetne.

Hogy tárgyalásunknál áttekinthető sorrendet tarthassunk, állapitsunk meg egy schemát, mely szerint haladni fogunk.

A priori 3 főcsoportját képzelhetjük el a kórokoknak a szerint, a mint a lob oka 1. a betegben, 2. a szerben, 3. olyan volna, mely sem a betegben, sem a szerben közvetlenül nem keresendő.

A betegben volna az oka, ha a gyuladás, ha idisynkrasia, bizonyos foglalkozás, valamely általános testi betegség, vagy valamely localis szembántalom, bizonyos kor volna vagy ha az egyik nem mutatna különös hajlamot a megbetegedésre.

A szer lehetne az ok chemiai, physikai v. bacterikus fertőzöttség által; ha kimutatható lenne, hogy a gyuladást előidézett esetekben helytelenül, talán túlerősen applicáltatott, vagy hogy az atropin pharmakodynamikus hatása képezi az okot.

A két csoporton kivül esik, ha az oka *egyéb fertőzés*, melynek útja nem a szerelés, vagy ha pl. a mechanikai inger, mely a becsöppentésekkel jár, lenne az.

Nézzük mindezeket behatóbban.

A) A betegben supponálható okok.

1. *A nem.* Statistikánkban azt látjuk, hogy a két nemnél nem egyformán gyakori a megbetegedés, a mennyiben a 45 beteg közt csak 9 nő volt, tehát csak $^1/_5$ része az összes betegeknek. De ha itt a férfiak nagyobb számban szerepelnek, azt tisztán s egyedül azon körülményre kell visszavezetni, hogy a budapesti szemklinikán férfibeteg egyáltalán több van. Különben nem is igen képzelhető el semmiféle módja annak, hogy a nem, mint ilyen miképen befolyásolhatná a conjunctivalis viszonyokat.

2. *A kor.* A kor szerepe szintén indifferensnek látszik. Tény, hogy felnőtt korú egyének voltak az összes megbetege-

*

dettek. A legfiatalabb is 10 éves. Ha 10—10 éves csoportok szerint vizsgáljuk statistikánk 45 esetét, azt látjuk, hogy

1—10	éves	beteg	volt	. . . .	1
11—20	„	„	„	. . . .	13
21—30	„	„	„	. . . .	10
31—40	„	„	„	. . . .	4
41—50	„	„	„	. . . .	1
51—60	„	„	„	. . . .	4
61—70	„	„	„	. . . .	6
71—80	„	„	„	. . . .	4
81—90	„	„	„	. . . .	2.

Ebből azt következtetni, hogy 10 éven alul atrop. conjunctivit. nem fejlődik, teljesen hibás volna.

Ezen tapasztalat u. i. szintén tisztán külső körülményektől függ. A fiatal kor betegségeinek zömét nem azok teszik, melyek atropinnal kezeltetnek s így az alkalom a megbetegedésre kisebb. A legtöbb beteg 11—20. korba esik. Ezen 13 beteg közül 7 szenvedett keratitis parench.-ban s 4 állott ki cataracta-műtétet. A 30 éven felüli betegek száma aránylag csekély (összesen 5). Az 50 éven felüli 16 beteg közül pedig 10 állott ki cataracta operatiót. Az egyetlen 1—10 csoportbelit szintén cataracta miatt operálták.

Ebből látjuk, hogy egyetlen kort sem praeferál az atrop. conjunctiv. nem egy bizonyos kor szerepel felötlő gyakorisággal, hanem a szembetegségek bizonyos fajai praedominálnak.

3. *A foglalkozás.* A foglalkozásnak ép úgy, mint a kornak, nincs direct összefüggése az atrop. conjunctivitissel, legalább a mi statistikánk alapján nem mutatható ki, habár theoretice ennek lehetőségére gondolni kell. Tudjuk, hogy a foglalkozások egész sora létezik, mely a conjunctivának szakadatlanul, napról napra megújúló insultusaival jár, melyekre ez hol heveny, legtöbbször azonban idült lobokkal reagál. Az ilyen irritált conjunctiva minden esetre érzékenyebb lesz s gyorsabban fog új lobbal reagálni, mint egy olyan köthártya, mely mindig egészségesebb volt s csupán egy izben betegszik meg heveny módon.

Nézzük a statistikát. Feltünő tényleg, hogy a túlnyomó számban levő földmívesektől eltekintve, sok a kézműves, iparos stb. olyan foglalkozású egyének, kiket említettem. Igaz, hogy ez részben megint azzal függ össze, hogy a klinika azon társadalmi osztályból rekrutálja beteganyagának legnagyobb contingensét, de különösen a fenti meggondolás után ezen tényezőt figyelmen kivül hagyni, legalább is felületesség volna.

4. *Általános betegségek.* Általános betegségek t. i. nem localis szembajok befolyásáról szólni nehéz. Először azért, mert a klinikai szembetegek nem igen szenvednek súlyosabb általános betegségekben s az ily betegek ambulantiára sem járnak, de azért is, mert ilyen igen valószínűtlen összefüggésre senki sem gondolván, ez irányú megfigyelések nem is állanak rendelkezésre.

Midőn ezért általános betegségekről szólok, nem is gondolok hepatitisekre, nephritisekre, stb. gondolok azon lényegükben nem is ismert különös állapotaira az idegrendszernek vagy talán specialisan a vasomotorikus idegrendszernek, mely néha egészen csodálatos jelenségeket idéz elő. Glorieux figyelmeztetésre, mondván: „ . . . effectivement nous retrouverons génèrelement cette faiblesse musculaire après un examen serieux du système arteriel.“ Ezen vasomotorikus ideggyöngeség tulajdonképen már átmenetet képez egy általánosabb fogalomhoz, melynek tárgyalását a következő pontban kezdjük meg.

5. *Az idiosynkrasia.* Az idiosynkrasiával már eddig is találkoztunk. Alig van szerző, a ki az idiosynkrasiát az atrop. conjunctivitis okai közül fel nem említené, s igen sok van, ki ezt tartja a bántalom egyedüli okának. És miért?

Ezen theoria igen kényelmes, azt mondjuk csak egyszerűen, hogy némely betegnek idiosynkrasiája van atropinnal szemben s ez átsegit sok nehézségen. Megmagyarázná u. i., hogy miért kap csak némely beteg conjunctivitist, a legtöbb nem. Hiszen az aetiologiai kérdésben ez a legnehezebb. De miért nincs — vethetjük ellene joggal — annyi betegnél *már az atropin első izbeni használatánál idiosynkrasia* s miért van a másod-, harmadizbeni használatnál; továbbá, miért nincs idiosynkrasia egy-két hónapig jelen s miért mutatkozik ez csak prolongált használat után?

Az idiosynkrasia törvényei ismeretlenek, nem is lehet őket kikutatni: szabad a játszótér. Azt felelik azért kérdésünkre, hogy az idiosynkrasia lehet acquirált is. Schweigger ugyan máskép segitett a bajon s vele együtt mindazok, kik a fertőzésben is hisznek, mondván, hogy a fertőzés és az idiosynkrasia a bántalom okai. E felfogás is csak elodázza a kérdést, de meg nem oldja. Mert mint látni fogjuk, a fertőzés ellen absolute biztos, megtámadhatatlanul döntő bizonyitékokat tudunk felhozni s így megint csak az idiosynkrasia marad.

Létezik-e egyáltalán idiosynkrasia s mi az? Glorieux igen szellemesen azt mondja: „Un mot vague, qui semble vouloir expliquer tout, ce qu'on ne peut pas fixer par des démonstrations scientifiques.“ De Glorieux kissé túlozni látszik. De facto léteznek a pathologiában tünetek, melyek idiosynkrasiával egészen tudományosan magyarázhatók, pl. bizonyos ideges és reflectorikus tünetek. S vice versa bizonyos általánosan ismerti diosynkrasiák (málna, hering, stb. urticaria) nem magyarázhatók-e mint a vasomotor reflectorikus zavarai? Ki tudja, hogy milyen finom, ma a mikrochemiának sem hozzáférhető vegyi ingerek folynak itt be az amúgy is felette labilis edényidegzetre. S ha így fogjuk fel a dolgot s így is fogták fel a viszonyokat azok, kik az atrop. conjunctivitist idiosynkrasiából magyarázták, nem lehetséges-e, hogy némely embernek labilisabb az idegrendszere, nevezetesen a vasomotoros beidegzése, elannyira, hogy az atropin ezeknél heves reflexfolyamatot indit meg? Ki tudja, hogy az atropintömecsek melyik combinatiója hat ezen neurotikus egyéneknél?

Azt több szerző említi, hogy olyanok, kik az atropintól, az alkaloidától conjunctivitist kaptak, az extr. Belladonnaetól nem kapnak, sőt ez utóbbival helyettesitik az előbbit, ha a gyuladás kitört és a mydriasist folytatni kell. (Schweigger.)

Már pedig melyik chemikus ismeri a tiszta alkaloida s az extractumban foglalt atropin közötti különbségeket? Felette finom ideges viszonyokra, ideghatásokra gondolni itt teljesen jogosult.

Az idiosynkrasia mellett más argumentumokat is hoztak fel. Így Ahlström két esetének kapcsán a fertőzést kizártnak tartja az oldatnak általa történt sterilizálása miatt, a chemiai szenyet pedig azért, mert megbizható készitményeket forditott kisérleteire. Betegénél még az orrnyákhártyáján is tudott hyperaemiát és catarrhust előidézni atropinnal, (a saját orrán nem), a mi szerinte csak idiosynkrasiával magyarázható meg, nemkülönben azon tapasztalat is, hogy némely betegnél általános atropin-mérgezés tünetei lépnek fel már minimalis mennyiségű atropinnak a conjunctivalis zsákba való bevitele után. Azért szerinte lehetséges, miszerint az atropin a localis hyperaemia támasztás által kedvező talajt nyújt a lobnak, de ezt csak az idiosynkrasia képes kifejlődésre birni.

Látjuk tehát, hogy azon esetben, ha ezen fogalmat idiosynkrasia, mint létezőt, elfogadjuk, vele tényleg igen sok tünete elég plausibilisen magyarázható meg az atrop. conjunctiv-nek.

Csak az a nagy baj, hogy az atropin conjunctivitis evidenter nem reflectorikus természetű bántalom, a minek lennie kellene, ha ezen alapon magyarázzuk. Egy gyuladás, mely hatalmas productióval jár, melynek hosszú időn keresztül szövetpusztitó és szövettermelő hatása van; egy gyuladás, mely egy csepp után is napokon át eltarthat, lehet-e reflectorikus? Olyan súlyos itt az anatomiai változás, hogy reflexeket kizártnak lehet tekinteni. Ilyen hatalmas reflexeket nem ismerünk, ilyenekre nincsen analogia az egész pathologiában. S még ha ezen e pont elején említett nehézségtől el is tekinthetnénk, mely a klinikai kép, a klinikai előfordulás egyik-másik módját ez alapon sehogy sem engedi; ezen súlyos anatomiai változások döntő bizonyitékul hatnak véleményemre, meggyőződésemre e bántalom reflektorikus, idiosynkrasikus természete ellen.

A mi pedig Ahlström azon érvelését illeti, hogy néha

általános tünetek is jelentkeznek, az atropin conjunctivitisre nem illik, mert egyrészt némely egyénnek érzékenysége, intoleranciája bizonyos orvosszerek iránt egészen más megitélés alá esik, mint ezen localis megbetegedés. Ilyen „érzékenység“ különben is a legtöbb esetben véletlenségből vagy ügyetlen alkalmazás folytán származható felszivódásból magyarázható.

Minthogy végül az atropin conjunctivitisbe eső betegek éppenséggel nem neurotikus egyének, azért ezen megbetegedés okául idiosynkrasiát sem veleszületett, sem aquiráltat felvennünk nem lehet.

6. *Localis betegségek.* Nézzük most, hogy a localis, vagyis a szembetegségek miképen viselkednek atropin conjunctivitissel szemben, hogy ezek milyen összefüggésbe, milyen relatióba hozhatók vele?

Vessünk ismét egy pillantást a II. sz. táblázatos összeállításra.

A számok közt látszólag semmi szabály sem mutatkozik.

Pedig ez az a tér, melytől az ember már a legtöbb eredményt várná.

Ahlström dolgozatát olvasva feltünt, hogy az általa idézett esetek műtét után léptek fel. Tudakozódtam Grósz magántanár úrnál, hogy nem tapasztalta-e, hogy műtétek és sérülések után gyakoribb volna az atropin conjunctivitis? Grósz magántanár úr azt válaszolta, hogy sérülések után nem tapasztalta, de már régen feltünt neki, hogy cataractaműtét után a betegek sokszor intoleransak az atropinnal szemben s akkor ezen alkaloidát más mydriatikummal pótolják.

Ime egy olyan fontos és hosszú éveken át biztos klinikai megfigyeléseken alapuló adat, melyre épiteni szabad. Az kitünt, hogy az irodalomban is van erről említés téve, igaz, hogy csak, hogy úgy mondjam, eldugva s csak per tangentem érintve — igy nyilatkozik például Stellwag is Lehrbuch der prakt. Augenheilk. cz. munkájában (Wien, 1892. p. 39).

A klinikai tapasztalat tehát többet mond mint a statistika, ha ezt úgy tekintjük, mint fentebb. Mert azt mutatja, hogy sérüléseknél és műtétek után igen gyakori egy faja az atropin intolerantiának s elég gyakori a valóságos conjunctivitis atropin. Azt is tudjuk, hogy ezeknél rendesen a hevenyen fellépő alakjai fordulnak elő a gyuladásnak; ezek azon esetek, melyekben a gyuladás első izben vagy hosszú szünet utáni atropinozásnál áll be s végül ezek többnyire azon esetek, melyeket Schweigger per eminentiam idiosynkrasikusoknak tart.

Ha már most ezen szempont által vezérelve tekintjük meg a statistikát s azt vizsgáljuk, hogy a megbetegedettek közül hányan szenvedtek el sérülést vagy műtéti beavatkozást s nem az útvesztő „diagnosis“ rovatot vesszük szemügyre, egészen más adatokat fogunk találni. A 45 beteg közül 24-nél történt sérülés vagy műtét, tehát 53·3%-nál, mig csak 21 van, kinél erről említés nem tétetik. A 45 beteg közül pedig kimutathatólag a műtét vagy sérülés után 22-nél lépett fel az atropin conjunctivitis s azért, ha csak ezen eseteket vesszük irányadóknak, akkor is azt kell mondanunk, hogy a bántalomban szenvedők 48·8%-a olyan, kinél a megbetegedés előtt rövid idővel sérülés vagy műtét történt.

A nélkül, hogy a *D*) pont alatt tárgyalandókat anticipálni akarnám, emlékeztetnem kell arra, hogy a vizsgálók legnagyobb része az atropint egy helybelileg valószinüleg edényhüdést okozó és bizonyosan helybelileg izgató, hyperaemiát okozó szernek tartja. Ha a kettő bizonyos (már akár edényhüdítés útján gyakorolja e hatást, akár másképen) és bizonyos az is, hogy e hatást az idegek útján fejti ki (hiszen csak ideghatásról lehet szó, mert nem edző, szövetpusztitó szer), nem önmagától kinálkozik-e a gondolat, hogy itt, t. i. sérüléseknél és műtétek után azért fog conjunctivitis, még pedig heveny conjunctivitis beállni, mert az agens a feltárt szöveteken keresztül akadály nélkül juthat el az idegekhez, ezeket direct éri, nem pedig a physiologikus rétegeken, burkokon keresztül, közvetlenül érvényesül az atropin chemiai afficiálása s igy a hatás dynamikája is egészen más lesz.

Hát az ingerlékenysége az idegeknek hogy áll? Ez meg fokozott minden lobnál, a mit nemcsak a pathologia tanításából, de mindennapi saját tapasztalatunkból is tudunk. S a sérülés nem lobot von-e maga után, vagy legalább is egy reparáló folyamatot, mely testvére a lobnak?

Ha pedig ez mind igy van, ki kételkednék, hogy itt nem valami különös idiosynkrasiával vagy más efféle, csak erőszakos magyarázással, kiforgatott dologgal, hanem tisztán és egyedül a viszonyok által feltételezett folyamattal, egy orvosszernek természetes, csak a körülmények miatt fokozott hatásával van dolgunk? — Ezen hatásra még visszatérendek, e pont alatt csak azt akarjuk vizsgálni, hogy a localis szembántalmak miféle nexusban állanak az atropin conjunctivitissel? Egy fontos eredményre már bukkantunk: *hogy sérülések* (hiszen a műtétek ezen szempontból sem mások) *természetes okoknál fogva praedisponálnak atropin conjunctivitisre.*

De kérdhetné valaki: ha ez mind igy van, hogy lehetséges az, hogy *a*) nem minden sérülés utáni atropinozásnál lép fel a lob, *b*) miért lép fel olyankor is, mikor nincsen sérülés?

Ad *a*) A későbbiekben még ismételten fogok utalni e kérdésre, de már itt legyen annyi válaszolva: az atropin conjunctivitis, mint tünettanában s pathohistologiájában láttuk, nem egy egyszerű folyamat, nem tartozik az elementaris pathologiai jelenségek közé, mint pl. egy egyszerű hyperaemia, hanem még a lobfolyamatok közt is igen complicált. Valószinű, hogy ennek kiváltására egy faktor magában véve nem elegendő. Talán bizonyos szövetek, bizonyos része a conjunctionak reagál erősebben sérülésre s az ezt követő atropin odaférkőzés esetén; talán a sérülés bizonyos iránya, mélysége, topographiája s igen valószinüen az erek és idegek már előző állapotai gyakorolnak ez irányban befolyást. De eltekintve most ezektől (melyek utóbbikára azonnal újra rátérünk) nem tapasztaljuk-e a legenergikusabb fertőző hatányoknál, hogy sokszor daczára annak, hogy az egyén részéről a dispositio megvan, hogy fertőzésre az alkalom nyujtatik, megbetegedés még sem áll be, vagy csak igen enyhe. A bacteriologiából számos példát lehetne felhozni.

Igaz, hogy bacterikus fertőzés nem ugyanaz, mint egy orvosszer hatása. De az analogia a fenti meggondolás alapján azt hiszem jogosult.

Ki tudna e kérdésre felelni? Talán a jövő mikrochemiája. Egyelőre fogadjuk el a tényt, a mint van.

Ad *b*) Hogy azon esetek, melyeknél atrop. conjunct. sérülés vagy műtét nélkül lép fel, miképen magyarázandók, épen ez fogja alábbi tárgyalásunk anyagát képezni, azért a logikai sorrend kedvéért és ismétlések kikerülése végett részben a még ezen pont alatt, részben a *D*) pont alatt elmondandókra vagyok kénytelen utalni.

Térjünk azért most vissza a sérülések befolyásának tárgyalására és vizsgáljuk, hogy a fent leirt klinikai tapasztalatokon kivül vannak-e még más adataink is a sérülések és e bántalom közti összefüggés mellett?

Vannak, még pedig állatkisérletek. Én állatkisérleteimre a házinyulat választottam, mely könnyű hozzáférhetősége, kényelmes kezelhetősége folytán, de különösen azért, minthogy nagyfelületű conjunctivái a legkülönbözőbb beavatkozásokra tág tért engednek, igen alkalmas ilyen experimentumokra. A kisérletek azonban, melyeket ez irányban tettem, nem absolute bizonyitók, mert a nyul úgy látszik, kissé renitens és igen erős insultusokra reagál csak conjunctivitissel. Mindazonáltal mégis a következőket lehet tapasztalni.

Az első kisérletet a II. sz. nyulon (l. alább) tettem. Október 15-dikétől fogva állott kisérletek alatt, midőn november 17-dikén mindkét tarsalis conjunctiváján dr. Leitner Vilmos szives segitségével egy centiméter hosszú bemetszés ejtetik a conjunctiva egész vastagságán keresztül, miután előbb a conjunctivalis zsák 3% bóroldattal bőven kimosatott s cocainnal anaestheziáltatott. A metszés után jobb szemébe 1% atrop. borac. közönséges, nem steril oldatából, bal szemébe destill. vízből kap egy-egy cseppet. Ez reggel történt. Délben mindkét sértés körül hyperaemia látható, a seb duzzadt. Este a bal szemén még mindig a sértés körül localisalódik a lob, mig a jobb szemen az egész conjunctiva tág reczézetű activ vérbőséget mutat. Másnap reggel ugyanez constatálható. Ismét

kap egy csepp atropint s egy csepp destill. vizet. Harmadnap reggelén a conjunctivák még ugyanazon állapotban vannak, a kisérlet azonban nem folytatható, mert az állat kimul.

E kisérletet az I. sz. nyulon megismételtem. Ez szintén október 15-dikétől kezdve állott kisérlet alatt. November 24-dikén mindkét szemén a tarsalis és átmeneti redő határán levő conjunctivába 1—1 cm. hosszú, erélyes bemetszés eszközöltetik, szintén előzetes 3% bórvizes öblögetések és cocain anaesthesia után. Nehány perczczel a bemetszés után, midőn a vérzés megszünt, jobb szemébe főzés által sterilizált atropin-oldatból, bal szemébe destill., de nem steril vízből instillaltatik 1—1 csepp. 24 óra mulva mindkét metszés körül erős hyperaemia fejlődött, mely azonban a conjunctiva távolabbi részeire ki nem terjedt, hanem csak a sértés körül mintegy $^1/_2$ cm.-nyire szoritkozott. — Ismét egy csepp, főzés által sterilizált 1% atrop. borac. és egy csepp destill. víz instillaltatik. 24 óra mulva a kép megváltozik. A bal conjunctiva u. i. (melybe a destill. víz cseppentetett) alig mutat már vérbőséget. A sértés helye is csak mint egy piros csik látszik. A jobb conj. ellenben diffuse egészen a bulbaris köthártyára kiterjedő, erős activ vérbőség képét nyujtja. A sértés körül duzzadt. Ismét egy csepp steril. atrop. és egy csepp destill. víz. Újabb 24 óra mulva, tehát november 27-dikén a jobb conj. még mindig erősen hyperaemiás, haragosvörös, míg a bal szinte teljesen visszatért a normához. 28-dikán a jobb conj. a folytatott becsöppentések daczára is kezd halványulni és a seb begyógyult. Innen kezdve naponta 3-szor kap atropint, még pedig közönséges, nem sterilizáltat. De mindezek daczára ily erős hyperaemia már többé elő nem áll, s csak azon változások észlelhetők, melyek rendesen kisérték a becsöppentéseket, de nem e helyen tárgyalandók.

Habár ezek szerint a két kisérlet positiv eredménynyel nem járt, mert conjunctivitis nem lépett fel, mégis mutatta azt, hogy sértés után mindkét esetben az atropinozott conj. általánosabban, hevesebben reagál, mint a destill. vizzel kezelt.

Destill. és nem steril vizet azért választottam, hogy midőn egyrészt kizárjam a chemikus izgatást, másrészt esetleges bacterikus fertőzésnek útját ne vágjam. Annyi bacterium lehetett ebben, mint a mennyi normalis körülmények közt elég friss atropin-oldatban is lehet. Meg volt tehát az alkalom fertőzésre, ha ezt nem tette meg, csak kisérletemnek vált előnyére.

Az atropin-oldatok közül az egyiket sterilizáltam, a másikat nem. Minthogy úgy a leggondosabban sterilizált atropin-oldatnak steril eszközökkel való becsöppentése után, mint a nem sterilizált, vagyis olyan atropinnak a becsöppentése után, milyent a budapesti szemklinikán a betegeknél is alkalmaznak, egyaránt lépett fel kifejezett diffus hyperaemiája a conj.-nak, sőt a steril oldat használata után ez még erősebb volt, jogosan következtethetni belőle, hogy ezen diffus hyperaemia egyedül az atropin számlájára irandó.

Mit lehet, sőt mit kell mindezekből következtetni?

Először azt, hogy a conj. sérülései hajlamossá teszik a conj.-t az atropinnal szemben érzékenyebben reagálni, másodszor, hogy tehát a szem sérülései és az atrop. conjunct. között határozott oki összefüggés létezik.

Van-e most már összefüggés egyéb localis, vagyis szembetegségek és atrop. conjunct. között?

Nézzünk ismét a statisztikára, de ismét ne a diagnosisok rovatát vegyük szemügyre, hanem azt, hol meg van határozva, hogy az atr. conjunct.-ban szenvedett beteg mióta kap atropint. S ha itt határozott feleletet nem kapunk, tekintsük azon rovatát, melyben az van meghatározva, hogy az illető mióta szembeteg? A kettő u. i. szoros nexusban van. Hiszen tudjuk, hogy milyen gyakran vétetik igénybe az atropin. De mint látni fogjuk, nem is azon fordul meg a dolog lényege, hogy mióta kap atropint a beteg.

Most már persze el kell tekintenünk a fent kifejtettek után azon esetektől, melyek műtétek vagy sérülések után léptek fel. 45 eset közül tehát elesik 22, marad 23. Ezen 23 közül sok már évek óta szembeteg, legtöbb nehány hó óta, csak nehány van, ki 2—3 hét óta. Atropint is ennek megfelelőleg sok már évek óta kapott, a legtöbb nehány hó óta s csak kevés 2—3 hét óta. S csak ily prolongált kezelés után lépett fel a gyuladás. Mindezek között csak egyet találni (a 22-dik számú), kinél már az első csepp váltotta ki a gyuladást. Igen valószinű ugyan, hogy ez megelőzőleg szintén kapott már atropint. De ha nem kapott, ez nemcsak hogy nem bizonyit azonnal kifejtendő nézetünk helyessége ellen, sőt ezt legjobban igazolja. Ez t. i. distichiasisos beteg. És kinek distichiasisa van, nincs-e conjunctivitise is?

Mit akarok mindezekből kihozni? Azt, hogy a sérüléseken és műtéteken kivül, azon conj.-ák esnek az artrop. conj.-be, melyek már hosszú időn keresztül voltak lobos vagy legalább vérbő állapotban. Klinikai tényekkel van tehát igazolva, a mit már a foglalkozás czimű pontban elméleti alapra állitottunk. Mert heveny iritis, heveny conjunct. catarrh., heveny ulcus corneae, heveny cyklitis, heveny keratitis alig fordul elő, vagy nincs is a megbetegedések közt. Pedig mennyi atropint kapnak ezek, némelykor szinte üvegszámra! De a conj még nem vesztette el úgy mint a hosszú lobok alatt, ellentállási képességét, hogy Mark kifejezését, melyet ő ugyan más értelemben használ (l. alább), átvegyem: nem vesztette el tonusát. Kiállja az atropint, nem bénulnak meg erei, ereinek sima izomsejtjei, talán nem is jut el hozzájuk az atropin kellőképen, mert a heveny bántalom csak hyperaemiát, duzzadást okozott, de még nem tárta fel az atropinnak az utakat, melyek a chronikus betegség, a szövetek degeneratiója által méregnek kitáratnak.

Azt hiszem azért, hogy teljes jogosultsággal mondhatjuk, hogy a conj. chronikus folyamatai hajlamosak atrop. conj.-re.

Foglaljuk most e pont alatt elmondottakat tételekben össze, azok igy fognak hangzani:

a) az atrop. conjunct. és a szembántalmak közt van összefüggés;

b) atrop. conjunct.-re első sorban sérülések és igy műtétek is praedisponálnak;

c) másodsorban praedisponálnak rá a conj. chronikus folyamatai.

B Az oldatban supponálható okok.

A fentiekben, azt hiszem, elég kimeritően vettem egymás után tárgyalás alá mindazon lehetőségeket, melyek az atrop. conjunct. okául a betegben magában keresendők. Nézzük most azon lehetőségeket, melyek a szerben képzelhetők.

1. *Chemiai tisztátlanság.* A vizsgálók egy része nem magában az atropinban, hanem az oldatban, illetőleg a készitményben kereste az okot.

Tudjuk a pharmacologiából, hogy az atropin tiszta előállithatása végett a chemiai konyha egy egész sereg edényén kénytelen végig menni, s annyi mosást, tisztogatást, szintelenitést, közömbösitést stb. stb. szenved végig, hogy igen könnyen történhetik meg, hogy egy kis chemiai szeny rajta ragad. S ha ilyen chemiai szeny pl. szabad kénsav, úgy csodálkozni nem lehet gyuladás kifejlődésén, hanem épen az ellenkezőjén kellene csodálkoznunk. Ezen nézeteket az irodalomban nagy számmal lehet olvasni. *Schmidt-Rimpler*, *Schweigger*, *Vossius* és *Hirschberg* mind utalnak e körülményre, s némelyikük ennek tulajdonitja az aetiologiai momentumok közt az oroszlánrészt. Nem is lehet tagadni, hogy ezelőtt, midőn a gyógyszeripar jelenlegi magas fokát el nem érte, tisztátlan készitmények gyakran kerülhettek forgalomba. De ma másképen van. Nem is akarok másra hivatkozni, mint *Markra*. Felette fáradságos, bonyodalmas és alapos vizsgálatokkal nemcsak a budapesti szemklinikának szállító gyógyszertár különféle atropin-készitményeit vizsgálta meg ez irányban a magyar gyógyszerkönyv előirása szerint, de több más budapesti gyógyszertár készitményeit is. A vizsgált anyagokból mindig nagy mennyiséget, t. i. 3 gm.-ot vett, melyben okvetlenül nyomára akadt volna a chemiai tisztátlanságnak. Vizsgálati eredményéről azt mondja: „Constatálhatom, hogy tisztátlanságnak nyomára sem akadtam, nevezetesen nem találtam idegen fémeket, vagy azok sóit . . . Nincs okom tehát kételkedni, hogy a klinikán használt atropin-oldat vegyileg mindenkor tiszta volt.“

De ha ezektől el is tekintünk s feltételezzük, hogy igenis chemiailag tisztátlan az oldat, melyet becsöppentünk, szabad-e ezt az atropin conjunctivitis okául, nevezetesen direct okául tartani? mint a hogy azt az említett szerzők teszik. Bizonyára nem. Tudjuk, hogy a vegyi tisztátlanság csak bizonyos timsókban, szabad savakban s talán idegen alkaloidákban állhat. Ha a két előbbiből sok van a szerben, marni fognak, edzeni fogják a conj.-t, ha kevés, nevezetesen a timsókból, csak adstringálni, de ezen hatás és egy atrop. conjunct. között óriási a különbség! Nemcsak, hogy óriási különbség, de a fémsók az atrop. conjunct.-nek épen ellenébe fognak működni. Hiszen közismeretű, hogy ezen szereket az atrop. conjunct. gyógyítására ajánlották, sőt Seely egyenesen azt mondja, hogy atropinnal egyidejű alkalmazásuk által az atrop. conjunct. keletkezését meg lehet akadályozni. A sav maró hatása meg szintén egészen jellemző. Ennek a kórképe semmiben sem emlékeztet az atrop. conjunct. kórképére. Vagy talán idegen alkaloidák idézhetnék elő e bántalmat? Hiszen akkor ezek ily módon inkább előidéznék, midőn nem ily minimalis mennyiségben, véletlenül, tudtunk nélkül, hanem czéltudatosan és nagy mennyiségben adjuk. Már pedig ilyenről nem tudunk.

Direct okául azért a chemiai tisztátlanságot egy perczre sem fogadhatjuk el: *a*) mert az oldatok (legalább manapság itt Budapesten) nem tisztátlanok; *b*) mert ha ilyenek volnának is, akkor sem volnának képesek ezen tulajdonságuk által olyan tünetet előidézni. Mint indirect ok szerepelhetne a vegyi tisztátlanság legfeljebb az által, hogy hosszú időn keresztül applicálva a conj.-ra, abban hosszú ideig vérbőséget tartana fenn.

2. *Physikai tisztátlanságok.* Az oldat physikai értelemben vett tisztátlanságát nemcsak mint egy elméleti lehetőséget említem. A szerzők közül többen rójják fel ezen körülménynek is a gyuladást. De másrészt zavaros, piszkos oldatokat orvosi ellenőrzés mellett senki sem használ. Orvosi ellenőrzés nélkül pedig hosszú ideig atropin sohasem marad a beteg kezében. Azonkivül az atropin mindig destill. vízben rendeltetik, úgy hogy ezen lehetőséggel tovább foglalkozni nem is szükséges.

3. *Bacterikus tisztátlanság.* Az oldat bacterikus fertőzöttsége ellenben oly kérdés, mely annál bővebb méltánylást igényel. Tudjuk, hogy ma az orvostudomány bacteriumos korszakát éli. A fertőzésben megtaláltatott sok betegségnek az oka s a bacteriologia sok olyan tünemény megitéléséhez nyujtja a kulcsot, melyet azelőtt kalandos hypothesisek sem voltak képesek megfejteni.

Ezen felfedezések és tanok az atrop. conjunct. aetiologiai tanaira sem maradhattak befolyás nélkül s ime egyszerre a vizsgálók egész serege, eltérőleg az előbbi nézetektől az atrop. conjunct.-t mint fertőzésből, nevezetesen mint fertőzött oldatból származó fertőzésből eredő bántalomnak állitotta oda. Véleményük nemcsak a kor divatos felfogásával találkozik, de sok tapasztalattal is támogatható, úgy hogy e felfogás gyorsan terjedt s mint a legújabban megjelent tankönyvekben látom, már-már egészen kiszoritani kezdi az eddig szinte általánosan elfogadott idiosynkrasiát. Hogy ki volt az első, ki az atrop. conjunct.-t mint fertőzéses bántalmat fogta fel, nem tudom. Ma nagyon sok az apostola, kik között úgy látszik leghatározottabban *Hirschberg* és *Michel* foglalnak állást. Mielőtt ezen dolgok mélyebb taglalásába bocsátkoznánk, nézzük, mit mondanak a szerzők. *E. Strohschein* a szemészetben használt oldatok fertőtlenitő üvegeiről irt dolgozatában azt mondja: hogy a mióta a würzburgi klinikán az oldatokat sterilizálják, nem látnak atropin conjunctivitist.

Ez a leghatározottabb nyilatkozat, melyet ilyen értelemben az irodalomban olvasni lehet. *Hirschberg* még energikusabb hangon szól, de hozzáteszi, hogy az atrop. conjunct.-nek egy idiosynkratikus alakja is létezik, melyet nem fertőzés okoz. A míg tehát egyrészt „schlendrianból" származtatja a betegséget, melynek tisztán fertőzött oldat az oka, másrészt a kivételt is azonnal felemliti, meglehetősen romba döntvén ez által apodiktikus kijelentéseinek értékét. A többi szerzők álláspontja már nem is oly exclusiv. *A. E. Fick* pl. csak annyit mond, hogy sublimatnak az oldatba való tétele csökkenti a megbetegedések számát. *Schweigger* főleg a contagiositást hangoztatja. *Michel* maga az 1884-ben megjelent tankönyvében még nem mond oly határozottan véleményt, mint azt *Strohschein* szavaiból s merész állitásaiból következtetni lehetne. *Schmidl-Rimpler* és *Fuchs* igen halvány és óvatos kijelentéseket tesznek. *Vossius* idiosynkrasia és fertőzés között ingadozik stb. Nézzük már most, hogy melyek azon okok, melyek a szerzők egy részét ily véleményre birták? Mint e pont tárgyalásának elején már érintettem, azt hiszem, hogy a kor árama a főok, az általános igyekezet lehetőleg mindent positiv bacteriologiai tények által kiküszöbölni az orvostudományból, a mi mystikus. De természetesen voltak nyomósabb okok is. Ezek között első helyen áll az atropin conjunctivitis közeli rokonsága a conjunctivitis follicularissal s viszont ezé a trachomával. A trachomáról már régen tudjuk, hogy exquisit fertőző bántalom, a follicularis conjunct.-ről kezdik mindinkább többen hinni. Tudjuk, hogy ez mily gyakran lép fel tömegesen kaszárnyákban, iskolákban, egyes családoknál, egészen olyan módon, mint ezt a fertőző betegségeknél megszoktuk. Váladéka is állitólag egyénről egyénre átvive fertőző. S habár symptomatologiája nem is ugyanaz mint az atrop. conjunct.-nek, némi hasonlatosság a kettő között, sőt a conj. állapotára nézve teljes azonosság nem tagadható. S így nem csoda, hogy a két bántalom össze lett vetve s igen sok szerzőnél, a legtöbbnél külön atrop. conjunc.-t nem is olvashatunk, hanem a follicularis conjunct. kórokai között a mindenféle fertőzések stb. közt ott találjuk az atropint is. Ez ellen határozottan tiltakozni kell. Egy tünet azonossága, t. i. a folliculusok miatt csak nem fogjuk a két különben annyira heterogen bántalmat identificálni s annál kevésbbé lesz megengedhető ilyen alapon az aetiologiára következtetéseket vonni. Egy további argumentum a betegség fertőzéses eredete mellett volt azon, már említett jelenség, hogy a betegek túlnyomó része nem a szerelés első napján betegszik meg, hanem csak bizonyos használat után, a mi a megbetegedés idejében használt oldat fertőzöttségére utalna chemiai vagy bacterikus szempontból. Az előbbivel már végeztünk. Hátramaradt a bacterikus fertőzés. A dolog tehát úgy állana, hogy 10 üveg steril volt, s csak a 11-ik fertőzött, azért váltja-e ki a gyuladást. A feltevés már a priori igen valószinütlen. Mert kérdjük: miért lenne épen ez fertőzve, holott ugyanolyan módon készittetik (különösen nagyobb intézetekben) s ugyanúgy kezeltetik, mint a többi? Vagy valamennyi fertőzött? Akkor miért csak a 11-ik árt meg? *Strohschein*, *Hirschberg*, *Franke* s mások mindig fertőzöttnek találták az oldatokat. Arról van tehát szó, hogy ezen oldatok de facto birnak-e fertőző képességgel? A fentemlitett theoretikus ellenvetéstől eltekintve, vizsgáljuk azt, hogy a praktikus tapasztalat és a kisérletek mit mutatnak? Klinikai kisérletet ez irányban csak egyet eszközöltem. G. Imréné ambulans betegnek atropin oldatát, melyet megbetegedésekor használt, *Blaskovich* dr. assistens úr egy klinikai betegnek több izben volt szives becsöppenteni, a nélkül, hogy ezen a legcsekélyebb tünetek is mutatkoztak volna. Ezen negativ eredményü kisérletet különben kár lett volna folytatni. Ugyanazt bizonyitja csak úgyis, a mit a klinikán napról napra lehet tapasztalni, a hol ugyanis megtörténik, hogy egy üvegből több beteg kap becsöppentéseket, még azon esetben is, ha egyiknél atrop. conjunct. fellépett s a többi még sem esik hasonló megbetegedésbe. De nemcsak ezen s hasonló sokszoros klinikai tapasztalatok mutatják, hogy az oldatok nem fertőzők, hanem a következő bacteriologiai vizsgálatokkal egybekapcsolt állatkisérletek is. A fentemlitett atropin-oldatot, melytől G. Imréné betegségét kapta, *Krausz Arthur* dr. úrnak, *Nékám Lajos* dr., a budapesti fővárosi bacteriologiai intézet igazgatója segédorvosának adtam át, a ki azt bacteriologice megvizsgálni szives volt. Hasonlóképen megvizsgálta azon oldatot is, melyet Cs. Ferencz (ambulans beteg) használt azon időben, midőn nála az atrop. conjunct. fellépett. Ezen két oldatban a bacteriologiai vizsgálat által csak három vizi bacterium, t. i. *a*) bacillus aquabilis sulcatus, *b*) bac. albus, *c*) micrococcus albus liquefaciens volt kimutatható, pathogen azonban nem.

Ezeknek bouillon-culturáival Krausz dr. úr és én is esz-

közöltem állatkisérleteket, a mennyiben tengerimalacz és nyúl szembe instilláltuk, de egész csekély hyperaemiától eltekintve, a milyent destill. vízzel való hasonló procedurákra is bekövetkezik, semmi egyéb elváltozást vagy tünetet nem észlelhettünk. Emberi conjunctiván hasonló kisérletek nem tétettek. Igaz, nem lehet tagadni, mindez csak azt bizonyítja, hogy a talált három mikroba még tiszta culturában sem képes nyulak conjunctiváját meglobosítani; tudom, hogy ez magában még távolról sem bizonyítja, hogy a két vizsgált oldat nem okozta vagy nem bacterikus fertőzöttségénél fogva okozta a két betegnél az atrop. conjunct.-t; sőt azt sem bizonyítja, hogy a két oldatban pathogen csirok nem foglaltattak, hiszen lehet hogy a kitenyésztés viszonyai, habár ezek igen sokoldalúak voltak, nem voltak a szóban forgó csirokra kedvezők: de ha egybevetjük mindezen adatokat a klinikai tapasztalatokkal, melyek ugyan ez irányban szintén negativak, minthogy emberi anyaggal foglalkoznak, az állatkisérleteknél bizonyítottak, annyit el kell ismerni, hogy mindez legalább is egy valószinűségi argumentum az oldatok specifikus fertőzöttsége, helyesebben ezeknek specifikus fertőző képessége ellen és semmi esetre sem alkalmas arra, hogy hitünket az oldatok fertőző képességében megerősítse, még ha ennek ezen theoria mellett nyilatkozó szerzők auctoritása képezi is az alapját. Azért az atrop. conjunct. kórokául az oldatok fertőzöttségét elfogadni nem lehet. Nem sterilek ezen oldatok, az tény, de hogy fertőzők is volnának, csak olyan állítás, melyet még be nem bizonyított senki sem s azért azt hiszem, hogy e kérdés bacteriologiai oldalára nézve megelégedhettem a fenti eredménynyel, mely ugyan nem kétségtelen, de nem kevésbbé kétes, mint az említett theoria állitása.

Felhozattak még más argumentumok is az oldatok fertőzöttsége mellett. Igy Hirschberg, ki azt állítja, hogy osztályán atrop. conjunct. már évek óta nem fordult elő, azon tapasztalatot tette, hogy olyan betegeknél, kik a kórodán hosszú időn keresztül kaptak atropint minden káros hatás nélkül, elbocsáttatván, otthon csakhamar atrop. conjunct. lép fel. Ez tény, s rövid félév alatt a budapesti szemklinikán magam is két izben tapasztaltam. Szerinte ennek oka az, hogy a beteg otthon oldatát nem tartja tisztán. De egyrészt nem képzelhető el, hogy az oldat, melyet a beteg otthonában egyedül használ, a conjunct. follicularis fertőző csiráival miképen inficiáltatnék, másrészt tudjuk ezen tünemények sokkal egyszerübb magyarázatát is adni. Az ilyen betegek u. i. 1. akkor, midőn már egy osztályról elbocsáttatnak, rendesen az idő előhaladása által s a baj chronikussá való válása által azon állapotba jutnak, mely, mint már az *A*) pontban láttuk, atropin conjunct. fellépésére disponál. 2. A legtöbb beteg nemcsak szemvizeit, melyeknek erős mérgező képességét sokszor nem ismeri, hanem minden orvosszerét egyrészt tudatlanságból, másrészt igen könnyen érthető túlbuzgóságból szereti nagyobb, fokozottab mértékben és mennyiségben használni, mint a hogy orvosa előirja, mert ez által gyorsabb gyógyulást remél. A *D*) pontban pedig látni fogjuk, hogy az atropin mennyisége egyenes arányban áll a gyuladás intensitásával és bekövetkezésének idejével. Két factorral több fenyegeti tehát a beteget, ha a kórodát elhagyta s az atropint otthon maga használja. Látjuk tehát, hogy ezen tünemény is megmagyarázható fertőzés felvétele nélkül. Egy további argumentum, melyet több helyen lehet olvasni, az, hogy eserin conjunct. sokkal ritkább, mint az atrop. conjunct., még pedig azért, mert az eserin kevesebb alkalmazást nyervén a therapiában a fertőzésre való alkalom is kisebb lenne. Eltekintve attól, hogy eserin conjunct. identikus pathologiai folyamat-e az atropin conjunct.-tel, ezen argumentumot már azért is kell valamennyi közt a leggyengébbnek tartani, mert hiszen természetés, hogy bármi legyen is ezen oldatok használata mellett fellépő lobóknál a kórok, sokszorta gyakrabban fogja veszélyeztetni a beteget a hasonlithatatlanul gyakrabban alkalmazott atropin, mint az elég ritka alkalmazású eserin kapcsán. Ezen tényből azért semmiféle irányben sem lehet következtetéseket vonni.

Van azonban az oldat fertőző képessége s a bántalomnak ilyen módon való származása mellett egy olyan bizonyíték, melyet készakarva hagytam utoljára, s mely fényesen látszik igazolni ezen theoriát. Ez t. i. *Hirschberg* és *Strohschein* azon állításai, hogy ők atropin conjun.-t alig vagy egyáltalán nem látnak, mióta oldataikat sterilizálják, helyesebben desinficiálják. Ha az tény, hogy az oldat sterilizálásával az atrop. conjunct.-nek elejét lehet venni, kétségtelen, hogy az oldat fertőzöttsége okozta a betegséget. Igaz. — De ha tény, hogy az oldat fertőzöttsége okozta a gyulladást, kétségtelen az is, hogy steril oldat nem okozhatja. Nézzük ismét közelebbről ezen állításokat. Kezdjük az emlitett szerzők azon nyilatkozatával, hogy nekik sikerült klinikájukról a betegséget száműzni. Tiszteletreméltó búvárok és tudósok komoly állításainak őszinteségén és valóságán kételkedni nem lehet, nem szabad, — de csodálkozni van jogunk. Az atrop. conjunct.-ről kapunk értesítéseket és leirásokat a föld minden részéből. *Ahlström* Norvégiában, *Reich* Odessában, *Boito* Braziliában irja le ez irányú tapasztalatait. Egész Németországban, egész Franciaországban, Angliában, mindenütt irnak róla, sőt még Tokioból is olvasni egy erről szóló közleményt, (melynek szerzője *J. Innuye* véletlenül szintén a fertőzéses theoria ellen nyilatkozik. Lásd Centralbl. f. Augenheilk. 1882.) egy szóval minden klinikán, minden kórházban s a gyakorló orvosok künn a praxisban is találkoznak vele lépten-nyomon, csak épen Würzburgban és Berlinben nem fordulna elő? Azok is még mindig találkoznak a gyuladással, kik sublimatot adnak az oldatba (Boito, Panas, s nálunk is megkiséreltetett hiába). Nálunk 1·14%-át teszi ki az összes betegségeknek s ott év alatt egy sem volna? — De hisz Berlinben is van, hiszen *Schweigger* onnan irja tapasztalatait.

Nehéz azért ilyen messziről azon dolgokat megitélni. Minden esetre feltünő körülmény, hogy ott is előfordul, csakhogy akkor „Atropinabneigung"-nak nevezik, a mi legalább is egy kis önkényesség. S ha az ember önkényesen csinálja a diagnosist, könnyen elérheti, hogy atrop. conjunct.-t nem lát, ha nem akar. Mert ezen bántalom „conjunctivalis irritatio"-val kezdődik, a mi még tényleg nem conjunctivitis s ha most más mydriaticumot adunk, atropin conjunct. természetszerűen nincs és nem is volt. Azért, ha nem is akarunk az idézett két szerző jóhiszeműségében kételkedni, mindezek s igy tehát részben saját kijelentéseik alapján kénytelenek vagyunk azon állitást csak igen kis részben elfogadni, ha ugyan nem vetjük el egészen, hogy az oldatok desinficiálásával az atrop. conjunct. kifejlődését meg lehetne akadályozni.

Nézzük már most a fent felvetett kérdés másikát, hogy t. i. igaz-e, hogy steril atropin-oldat nem okoz conjunctivitist?

Nagyon egyszerű kisérlet által meggyőződhetünk az ellenkezőről, mely kisérleteket több izben a legfényesebb eredménynyel megismételtem. Legyen szabad ezeket elmondanom, habár röviden a II. 3. pontban már megemlékeztem róluk.

St. Josefin 1887. október 16-án esett atrop. conjunct.-be. Ebből való kigyógyulása után a klinikai ambulantiára járt corneális homályainak gőzölése végett. November 18-án, tehát akkor, midőn conjunctivái már régen a rendes viszonyokat mutatták, bal szemébe egy csepp 1%-os atropin. borac. cseppentettem, mely oldatot előbb egészen *Strohschein* utasításai szerint Strohschein-féle üvegben történt 5 perczen át tartó forralás által sterilizáltam. Másnapra a conj. vérbő, duzzadt lett. Szeme erősen könyezett, fény iránt erzékeny, s az alsó átmeneti redőben szép sorrendben elhelyezett, typikus folliculusok lettek láthatókká. Beteg előadja, hogy már a becsöppentés után egy félórával jelentkeztek fájdalmak, melyek mindinkább fokozódtak. Este szemei már erősen könyeztek. Eczema nem fejlődött, s a pillák csekély oedemán kivül más változást nem mutattak.

Ugyanezen betegnél ugyanezen kisérlet 1898. márczius 11-dikén megismételtetett, mikor 24 óra alatt ismét hasonló tünetek állottak elő.

Cs. Ferencz bal szeme, melyen a gyulladás volt, 1897. deczember 20-dikán már teljesen normális képet nyujtott. Conjunctivája sima, szemhéjai nem duzzadtak, ezek bőre is rendes. Ekkor ő is kap egy próbacseppet. Az oldat sterilizá-

lásánál még gondosabban jártam el, mint az első esetben. Beteg másnap jelentkezvén, előadta, hogy már $^1/_4$ órával a becseppentés után léptek fel fájdalmak a szemében, melyektől alig birt haza menni. Mire haza jött, szeme már „egészen gyuladt“ volt. Erős fájdalmai, könyezés és a bőrön viszketés éjjel nyugodni sem engedték. Objective úgy a bulbaris, mint a tarsalis conjunct. óriási belöveltsége, duzzadtsága volt észlelhető. A felső, de főleg az alsó átmeneti redőben nagy mennyiségben tüntek fel folliculusok. Mindkét szemhéj a felső szemöldökig, az alsó a járomiv magasságáig duzzadt, piros. Erős fénykerülés, könyezés, sok nyákos, zavaros váladék.

Mit jelent e három kisérlet? Feltétlen bizonysága annak, hogy az atrop. conjunctivitist steril oldat is képes előidézni. *S ha steril oldat képes rá, nincs is semmi okunk egyéb esetekben fertőzésre gondolni.* Nem fogadhatjuk el azért azon theoriát, hogy az atrop. conjunctivitist fertőzött oldat okozná, bármily plausibilisnek is tüntessék ezt fel a fent felsorolt körülmények.

Ezen tényről ugyanilyen egyszerű kisérlet által bárki, bármikor könnyen meggyőződhetik; nem kell hozzá semmi egyéb, mint olyan beteg, ki rövidebb-hosszabb idő előtt atrop. conjunctivitist már kiállott. Ezen egyszerű kisérlet feltétlenül bizonyító, mert bizonyító még azon esetben is, ha valaki kételkedni akarna az alkalmazott oldat sterilitásában. Mert kérdjük, hogy van-e az egész pathologiában arra analogia, hogy egy bakterikus fertőzés ily prompt teljesedjék, minden incubatio nélkül azonnal fejlődésének tetőpontját érje el, hogy ismét oly gyorsan a nonusnak engedjen helyet? S helyesen veti ellene *Mark* azt is, hogy ismerünk-e oly fertőző betegséget, mely nem immunitást, hanem ellenkezőjét, fokozott dispositiót szülne? Elképzelhetjük-e, hogy a bacteriumok csak oly rövid ideig hassanak s a szerelés megszüntével azonnal elhagyják a csatateret? Ismerünk-e helyi injectiót, mely csak lobos hyperaemiát vagy lobot, de genyedést és nekrosist nem okoz? De megegyezik-e a fertőző bántalmak körüli tapasztalattal az, a mint Grósz magántanár úr megjegyezte, hogy a virus a fertőzés után elapadjon s hatásában csak új meg új virus odajutása által tartassék meg, hogy tehát a *fertőzés virulentiája sohasem a minőségtől, hanem mindig a mennyiségi viszonyoktól függjön?* Bizonyára nem. Azért még azon esetben is, ha kisérleti oldatunk steril nem lett volna, a fellépett gyuladást inkább bármi másnak, csak fertőzésnek nem szabad tulajdonitani. S ha mindezekhez hozzávesszük végül még azt is, hogy atropin-oldatoktól fellépett gyuladás mindig (vagy csak felette ritka esetekben nem) *megszünik*, más, *ép olyan kevéssé sterilizált mydriaticumok használatára*: az oldatok fertőzöttségét, mint kórokot, okvetlenül el kell ejtenünk.

4. *Helytelen használat.* Az oldatban eddig hiába kerestük az atrop. conjunct. okát. Nem marad más hátra, mint az atropinra magára irányitani figyelmünket és azon lehetőség taglalásába bocsátkozni, hogy vajjon nem-e a túlságos hosszú használat vagy a rövid ideig tartó, de helytelen használat okozza-e a bántalmat? Abstract és theoretikus gondolkodás után ezen lehetőség sok valószinűséggel bir. Talán olyan betegség ez, melyet helybeli mérgezésnek lehetne felfogni, a mely a conjunct. idegeit annyira megbetegíti, hogy ezek hosszú időn keresztül intoleránsak maradnak az atropinnal szemben. Ha chronologikus sorrendben tárgyaltuk volna az aetiologiai lehetőségeket, ezen kérdéssel kellett volna Graefe kapcsán kezdeni, ki azt mondja: „Durch die Summirung der Wirkungen eine anatomische Veränderung, welche so wenig sie sich äusserlich zu verrathen braucht, die Sympathie, resp. die Antipathie der Conjunct. für Arzneiwirkungen wesentlich verändert. Als ein auffälliges Beispiel dient uns die Sättigung der Conjunct. mit Atropin.“

Azt hiszem, nem értem félre Graefet, ha szavait úgy magyarázom, hogy ő a fősúlyt a hosszú ideig való használatra helyezi, s hogy szerinte ez által keltetik fel a „telített“ conjunct. antipathiája az atropinnal szemben. Tehát csak a hosszú ideig való használatot okolja, nem a helytelen használatot is. Ez utóbbira is vannak azonban nézetek az irodalomban, különösen a francziák tankönyveiben, kik úgy látszik *Glorieux* befolyása alatt állva, nem is említik meg az infectio lehetőségét, hanem csak a speciális atropin-hatást és az idiosynkrasist hangsúlyozzák a „l'abus“ mellett.

Lehet-e a prolongált vagy a helytelen használat oka az atrop. conjunctivitisnek? Olyan kérdés ez, melyre egészen röviden nem lehet megfelelni, annál kevésbé, mert ezen kérdés belevág a speciális atropin-hatás kérdésébe, melyet később fogunk tárgyalni. Tény, hogy lehet.

Midőn azért egyrészt mint elméleti lehetőséget a helytelen használatot kórokul el kell fogadni, sőt ezt állatkisérletekkel demonstrálni is lehet (l. alább), másrészt nehéz vagy lehetetlen eldönteni, hogy a francziák „l'abus“-je mit jelent?

S talán formulázzuk nézetünket oda, hogy a túlságos hosszú ideig való használat, valamint a helytelen használat (mi alatt erősebb töménység vagy túlságos nagy mennyiség volna értendő), alkalmas viszonyok között egyéb tényezők közreműködésével képesek az atropin conjunctivitist kiváltani, de az utóbbi helyes gyakorlat mellett nem szerepel s az előbbi sem önállóan képez tehát kórokot.

5. *A mechanikai insultus.* Végül meg kell emlékeznünk egy olyan lehetőségről is, mely már átmenetet képez a következő csoportba tartozó kórokokhoz, de mégis az atropinnal a legtöbb helyen divatos adagolási formájánál fogva, a szer, illetve az oldatok vizsgálatához tartozik. Ezen lehetőség t. i. arra vonatkozik, hogy az atrop. conjunct. oka nem volna talán más, mint azon mech. insultus, a melylyel a becseppentés jár. Ezen meglehetősen elméleti felvétel az irodalomban is csak érintve található. Mégis tudjuk, hogy a szemészek egy része az atropint nem adja oldatban, hanem porban vagy kenőcsben. J. Samelsohn pl. (Centralbl. für Augenheilkunde 1888. p. 286 után idézve) praxisára nézve azt constatálja, hogy sokkal mérsékeltebb gyakorisággal lát atrop. conjunctivitist, mióta az atropint kenőcsben rendeli. Hogy az ilyen adagolási forma, melyet különben személyes tapasztalat alapján nem ismerek, kisebb mechanikai irritatióval járhat, kétségtelen; de hogy ezen irritatio a lob oka nem lehet, arról bővebben foglalkozni nem is szükséges.

C) Azon okok, melyek nem a betegben vagy az oldatban keresendők.

Kitűzött tervem sorrendje szerint azon lehetőség vizsgálata következnék, hogy a kórokot maga az atropin képezné. Tehát nem az oldat vagy annak bármilyen tisztátlansága, hanem maga az alkaloida. Minthogy ez azonban bővebb tárgyalást igényel, s minthogy ehez óhajtom végső következtetéseimet fűzni, engedtessék meg, hogy azon lehetőségekkel végezzünk, melyek a két, már letárgyalt csoporton kivül esnek.

1. *Treacher Collins nézete.* *Treacher Collins* „atropine irritation“ cz. czikkében irta le nézetét, melyet a Hirschberg-féle Centralblatt für Augenheilk. 1889-iki évfolyamának közlése után ismerek. Felveti a fertőzés, a chemiai szenyezettség stb. elméletét s az atropinban keresi az okot, de az atropin azon tulajdonságában, miszerint ez a könyelválasztást s ez által a szem tisztaságát csökkenti, a mi oda vezetne, hogy a levegőből a conjunct. zsákba hulló microorganismusok könnyebben telepednének le s fejtenék ki lobkeltő hatásukat. 18 esete kapcsán azon tapasztalatokra hivatkozik, hogy főleg azon betegeknél lép fel atropinos gyuladás, kiknél a könyelvezetés útjaiban valami betegség forog fenn, vagy pedig entropiumjuk volna, mi szintén a könyáramlásban idéz elő zavarokat. Továbbá észlelte, hogy bekötözött szemű egyéneknél könnyebben, be nem kötözött szeműeknél kevésbé gyorsan fejlődött ki a gyuladás, mely körülményt szintén előbbi hypothesise alapján hozza az atropin conjunctivitisszel összefüggésbe. Ezen elmélet semmi valószinűséggel sem bir. Nem ismervén azon 18 esetet, melynek alapján nézetéhez jutott, a következtetést magát nem itélhetjük meg, de a conclusióhoz saját statistikánk alapján hozzászólhatunk. Ez pedig azt mutatja, hogy a mi 45 esetünk közül összesen csak két entropiumos fordul elő. A szorosabb értelemben vett könyelvezető készülék pedig mind a 45 esetben jól működött. De

ha nem is működnék helyesen, akkor sem tiszta a logicai kapocs a könypangás és egy specialis atropin-gyuladás közt. Különben is az atropin a könyek mennyiségét csak felszivódás esetén csökkenti, a conjunct. váladékot pedig nemcsak, hogy nem csökkenti, hanem lokális vérbőséget okozó tulajdonságánál fogva, éppen szaporítja.

Hogy a szem bekötözésének pedig milyen hatása van az atrop. conjunct. kifejlődésére, pontosan nem mondhatnám meg, mert ez irányú kisérleteket nem eszközöltem, de hogy *Treacher Collins* nézete nem valószinű ezen tekintetben sem, azt szintén statistikámból merem állitani. 22 sérült egyén szerepel itt, ezek kétségtelenül mind kaptak kötést, de vajjon akkor kapták-e, mikor a gyuladás kifejlődött? Látjuk, hogy az atrop conjunct. a műtét után 6—8 napon lépett fel, vagyis akkor, midőn a kötést már régen levették. Azért, ha ezen körülményt az atrop. conjunctivitisszel összefüggésbe akarnók hozni, éppen ellenkezőt lehetne következtetni.

2. *Egyéb fertőzések.* Ezek között a legfontosabb azon, már az előző pontban gyakran érintett lehetőség, mely szerint a bántalmat egyéb útoni fertőzés okozná, mint az oldat által. Ilyen egyéb útoni fertőzések sokféleképen volnának elképzelhetők, mint a hogy a fertőzéses köthártyabántalmak infectiójának módjai igen változatosak. Az irodalomban sehol sem olvasható, hogy a szerzők valamely fertőzési módra különösen utalnának s azon állitások, melyek ide tartoznak, nagyon általánosságban vannak tartva. Azért szükségtelennek tartom azon könnyen elképzelhető utakat részletezni, melyeken át ily fertőzés lehetséges volna. *Schweigger* contagiositást emlit tankönyvében, midőn a bántalom kikerülhetésére alkalmas elővigyázati szabályokat ajánlja. De a contagiositás felvétele még kevesebb alappal bir, mint az oldat általi fertőzés. Erre lehetne ugyanis gondolni, ha egy kórszobában észlelni lehetne egyszerre több egyén megbetegedését, ha mindig vagy sokszor többszörös megbetegedés fordulna elő, de nevezetesen ha csak egy eset is volna arra, hogy oly egyén esnék atron. conjunctivitisbe, ki atropint nem használt. Minderre azonban hiányoznak észleletek, azért úgy a contagiositást, mint más bármilyen fertőzés lehetőségét is el kell vetni.

A contagiositásra nézve különben *Mark* eszközölt klinikai vizsgálatokat, a mennyiben atrop. conjunctivitisbe esett betegek conjunctiválisváladékát más szembetegek conjunctivájára átvitte. Többszörös kisérleteinél ily módon azonban nemcsak, hogy atrop. conjunctivitist nem tudott kiváltani, de még másféle conjunctiválisirritatiót sem észlelt. Állatkisérletei ez irányban eszközölve szintén negativ eredményüek voltak.

Én egy esetben tettem állatkisérletet. A conjunctiválisváladékból úgy sértett, mint nem sértett szemű nyul cunjunctivájára vittem át kis nyákot, de sem atropinozásra, sem a nélkül gyuladás nem lépett fel.

Ha már most Mark negativ eredményű klinikai tapasztalatait ezen állatkisérletekkel és a *B)* 3. pont alatt elmondottakkal egybevetjük, azt hiszem, fel vagyunk jogositva a contagiositás lehetőségétől is teljesen elállani.

3. *Idő és időjárás.* Azon tisztán elméleti lehetőséggel, mely szerint az atrop. conjunct. talán, mint más szemészi és egyéb bántalmak az idővel vagy időjárással lennének okozati összefüggésben, könnyen végezhetünk.

Hónapok szerint u. i. igy oszlottak meg:

Márczius—májusba esik a legtöbb megbetegedés, tehát a tavaszi hónapokra. Ezt követné október, mig a négy nyári hónapra (junius—szeptember) összesen csak annyi esik, mint márcziusra egyedül. De tekintetbe véve, hogy ezen anyag öt évre oszlik meg s az esetek aránylag mégis kicsiny számúak s a különbség sem feltünő, következtetéseket belőle vonni nem szabad.

D) A pharmakodynamikus hatás.

A fentiekkel végére értem mindazon az irodalomban felemlitett vagy elméletileg elképzelhető kórokoknak, melyek az atrop. conjunct.-szel kapcsolatba hozhatók. Láttuk, hogy legnagyobb részük nem méltán nyert helyet a bántalom aetiologiájában, csupán két olyan kórokot találtunk, melyről el kellett ismernünk, hogy valamely vonatkozásban a betegséggel állania kell s ez volt 1. az atropinozásra szorult szem betegsége; 2. az atropin bizonyos használati módja.

A legtöbb kórok azonban olyan volt, hogy azt egy chinin vagy morphin, vagy bármely egyéb orvosszer oldatáról épen úgy el lehetett volna mondani, ha conjunctivitist okozna, mint az atropinról. Ezen felvételekben u. i. mindenről vala szó, csak atropinról nem. Pedig a legrationalisabb és legegyszerübb gondolat volna azt vizsgálni, hogy nem mégis csak azért okoznak-e ez alkalmazott szerek conjunct., mert atropin volt bennük és nem valami más? Ennek a vizsgálata és nevezetesen a conjunct.-ra való hatásának vizsgálata kell, hogy tehát az első lépés legyen.

Mint már emlitettük, e kérdéssel azonban alig foglalkoztak. *Venemannak* dolgozatára, ki úgy látszik először foglalkozott e kérdéssel és nézetét a Revue Medic.-ban 1882-ben tette közzé, semmi reactióval sem találkozunk az irodalomban.

Dolgozatát, mely azonban úgy látszik a prioritás dicsőségével bir *Glorieux* felett, de nem oly kimeritő és nem oly alapos, nem volt alkalmam elolvasni. Dr. J. *Glorieux* 1885-ben az Annales des Dentist.-ben ismerteti kisérleteit s ezeken alapuló elméletét az atrop. conjunct. kóroka felől. Ezen dolgozatra már találunk itt ott reflexiót, bár szintén nem valami kiterjedtet s inkább csak a franczia irodalomban, mig a németekre Glorieux felfogása alig látszik befolyással lenni, kik inkább Graefe (majd újabban) Hirschberg befolyása alatt állanak. Glorieux tudomásom szerint az első, ki a tételt kimondta, hogy „— c'est l'atropine, qui est cause de la conjunctivite atropinique", ő az egyúttal, ki az atrop. conjunct. nem veti össze egyéb olyan bántalmakkal, melyek után orvosszerek alkalmazásával mint conjunctiválisirritatiók fellépni szoktak, hanem az atrop. conjunct.-nek mint külön álló kórképnek létezését állitja, igy a pharmakodynamikus hatás alapján különiti el a higanykészitmények, eserin stb. használata kapcsán néha fellépő bántalmaktól.

Glorieux kisérleteit két sorozatban eszközölte. Az egyikben békának mindkét lábát a tibio-tarsalis izület felett elastikus ligaturával lekötötte s az igy előkészitett lábak egyikét különböző töménységű atropin-oldatba, a másikat közönséges tiszta vizbe dugta. A hatásnak, mely igy előállott, kétségtelenül az atropintól kellett erednie. Ekkor a következőt észlelte: 1%-os oldatban 24 órán át tartva a lábat s a kötést feloldván, az egész láb erős, diffus vérbőséget tüntetett fel s a vérkeringés akadályozottnak látszott. Az erek erősen kitágultak. Fehér vérsejtek az edényfalon nem léptek ki. Ezen erős hyperaemia 4—5 napig tartott el. Ha 1%-os oldat 18—20 órán át hatott be, szintén ilyen jelenségek mutatkoztak, az előbbiektől csak fokbelileg térvén el. 2%-os oldat már 12—8 óra alatt idézte elő ezen tüneteket. 4%-os oldat már 6 óra alatt. Ekkor már azt is tapasztalta, hogy fehér vérsejtek a kis ereket erősen megtöltötték s a végtag megduzzadt. A másik láb mindezalatt semmiféle lobos tünetet nem mutatott. 5%-os oldat már 3 óra alatt oly heves hatást váltott ki, hogy az ujjak elhaltak. 5%-os oldat pedig 1 órán át hatva be erős lobot vont maga után, mely 4—5 napig tartott el, azután elmult.

Második kisérleti sorozatában házinyúlnak fülét lekötötte, mi által az anaemikussá lett, azután steril Pravaz-fecskendővel 0·005—0·02 gm. atropin sulf.-injiciált, a másik fülbe konyhasós vizet. Az atropin-injectio után a ligaturát különböző időben (2—4 óra) bontotta fel. Ekkor mindkét fül hyperaemiát mutatott. De a mig a balfül (a konyhasós) más napra már ismét normális viszonyokat tüntetett fel, addig a jobb fül erősen duzzadt, vérbő maradt nehány napon át. Ezen hatást sikerült elérnie akkor is, ha a nyulak nagyságával forditott arányban adta is az atropin mennyiségét, a lob mindig beállott, sőt mindig arányos volt a befecskendezett adag nagyságával.

Végül a fül alákötése nélkül is injiciált 0·02 gm.-ot, a mikor a fül erősen kivörösödött, bár kifejezett gyuladás nem lépett fel. Ezen exact kisérletek alapján az atropinnak localis edényhüditő, sőt lobkeltő hatást tulajdonít. Utóbbit azon theoretikus alapon, miszerint a lob nem volna más, mint edény-

functio zavar. Végconclusiójában így szól: „C'est dans cette paralysie musculaire, qu'il feut chercher la cause de ses hyperaemies chroniques, qu'on apelle du nom de conjunctivite folliculaire survenant à la suite d'abus d'instillation d'atropine et cessant avec le suppression du medicament . . . Pour nous rendre coutes de cette prédisposition evident, nous n'avons qu'a supposer une faiblesse particulière des fibres lisses, qui les rende particulièrement sensibilles au poison."

Nem épen az atropin conjunctivitishez való viszonyát, de mégis az atropin localis hatását vizsgálta Wegner két trigeminus neuralgiához csatlakozott glaucoma simplex esete kapcsán. Vizsgálata eredményeül azt mondja: „ . . . das Atropin muss im Allgemeinen einen, die Gefässmusculatur lähmenden Einfluss haben." (Arch. f. Ophthalm. XII. 2.) Ezt a nyúlfülön eszközölt kisérleteivel is támogatta, midőn ugyanazt tapasztalta, mint később Glorieux.

Bezold és Blocbaum (Surminsky alább nevezendő munkája után idézve) igen kiterjedt vizsgálatokat eszközöltek atropinnal, melyek eredményei közül igen édekes az, hogy ezen alkaloidának a sima izomsejtekre bénító hatása van, s a sima izomsejtek elvesztik hatására contractibilitásukat.

Surminsky (Ueber die Wirkung des Nicotin und Atropin, Erlangen 1877) ellenben épen ellenkezőleg azt vallja, hogy a localis atropin hatás edénytágító tünete az érző idegek izgalmán alapul. Csakhogy ezzel ellenkezik az általános felfogás, mely az atropinnak épen némi anaeclutizáló hatást tulajdonít, mely nézet hosszú klinikai és experimentalis adatokon alapul.

A fenti szerzők kisérletei azonban mindinkább pharmakologiai szempontból vizsgálták ezen kérdéseket. Csak Glorieux vizsgálta egyúttal az atropinnak a lobhoz való viszonyát. De kisérletei mindig rövid ideig tartó atropin hatásra voltak berendezve. Szükségesnek látszott azért olyan kisérleteket is eszközölni, melyek hozzáférhetővé teszik a prolongált atropin használat hatásának észlelését. Ilyen kisérleteket Márk már eszközölt, de ezekről csak igen röviden számolván be, némi módosításokkal megismételtem. Helyszüke miatt én sem sorolhatom fel részletesen kisérleteimet s inkább csak ezek eredményeit leszek bátor röviden elmondani, megjegyezvén, hogy nehány kisérletre s kisérleti eredményre már az előzőkben voltam bátor hivatkozni, melyeket azért itt nem ismételek meg, hanem csak utalok rájuk.

Kisérleteimet három seriesben hajtottam végre: 1. közönséges, a klinikán is használatos nem steril 1%-os atrop. borac.-oldatból csöppentettem nyulak szemébe háromszor naponta heteken (s az egyik esetben) hónapokon keresztül.

2. Mindig felfőzéssel gondosan sterilizált, különben szintén 1%-os atrop. borac.-oldatból instilláltam ugyancsak nyulak conjunctivájába háromszor naponta gondosan sterilizált eszközökkel.

3. Atropinum purumot illesztettem in substantia, részben vízzel aa partes oldatban nyúl conjunctivába, a tömény atropin hatásának észlelése végett.

Az első két rendbeli kisérletnél parallel és control kisérletképen a másik szembe ugyanannyiszor aqu. destill.-ból cseppentettem egyenlő mennyiséget. A harmadiknál pedig saccharum lactis-jegeczet illesztettem a nem atropinozott szembe.

A mi a két első seriesnél eszközölt becseppentések alatti conjunctivalis elváltozásokat illeti, azok igen csekélyek voltak. Conjunctivitis egyszer s egy nyúlnál sem lépett fel, *sőt mondhatnám, hogy ép conjunctivára az atropinnak semminemű befolyása sincsen.* Olykor a becsöppentések után az ereknek kis vagy közepes fokú kitágulását, múló vérbőségét lehetett látni, mely azonban egyrészt igen hamar eltünt, másrészt destillált vízzel való becsöpögtetésekre épen úgy mutatkozott. Ezen múló vérbőség (mely steril s nem steril atropin után egyaránt jelentkezett) azért inkább a szemhéjak vongálására s a becsöppentés mechanikai izgatására viendő vissza.

A mi a tünemény atropin hatását illeti, ezt észleltem: Előbb atropinnal nem kezelt szemen az atropin in substantia még 10 napi alkalmazás után sem idézett elő valami feltünő változást. Ha azonban olyan szembe illesztettem, melybe előbb hosszabb ideig 1%-os oldatot cseppentettem, vagy ha „friss" nyúlon 10 napnál tovább folytattam a kisérletet, úgy az atropin kristály beillesztése után már néhány perczczel úgy a tarsalis, mint a bulbaris conj. összes erei ad maximum kitágultak, az állat pilláit erősen összeszoritotta s nagyfokú fénykerülés mutatkozott. Ezen erős hyperaemia 20—30 perczig tart el, azután lassankint megszünik. Néhány óra mulva a conjunctiva már a rendes képet mutatja. Ezen kisérletet néhány napon keresztül megismételve, a hatás mindig pontosan beállott, sőt napról napra hevesebben és a conjunctivák egy állandó vérbő állapotba jutottak, de olyanképen, hogy az atropin kristály a vérbőség beillesztése után néhány perczczel érte el tetőfokát, mely 1—2 órán keresztül megmarad, azután fokozatosan csökken, de többé a normalis halvány rózsapiros szín elő nem áll.

Minél gyakrabban ismételtem meg a kisérletet, a hatás annál hevesebb lett, úgy hogy sikerült elérnem, miszerint a nagyfokú vérbőség és az ehhez csatlakozott erős könyezés és nyákos secretio más napig is eltartott. Ilyen értelemben véve, helyben hagyhatom saját tapasztalataimra nézve Mark azon állitását, hogy tiszta atropinnal nyúlon conjunctivitist tudott előidézni. De kifejezett conjunctivitisnek a fent leirt állapotot nevezni még sem merném, mert ha 24 óra mulva az atropin beillesztését nem ismételtem meg, a tünetek csakhamar, néhány óra mulva, visszafejlődtek, hogy közel a normalis viszonyoknak engedjenek helyet.

Tetőpontját a hatás mégis akkor érte el, midőn kis darabka a conjunctivából kimetszetett s így illesztetett a conj. zsákba az atropin kristály. Ekkor egy több napig tartó, genyes, zavaros váladékot termelő gyuladás lépett fel.

Azt hiszem, semmi kétség sem foroghat fenn az iránt, hogy mindez nem a mechanikai insultus vagy talán fertőzés következménye, hanem tisztán atropin hatás, még pedig az atropinnak töménysége által feltételezett hatványozott hatása.

Ha tömény oldatban (atropin és tiszta víz) alkalmaztam az atropint, ugyanazt észleltem mint a kristály beillesztése után, azzal a különbséggel, hogy a hatás még gyorsabban következett be, a mit talán az előnyösebb diffusiós viszonyoknak kell tulajdonítani.

Mit szabad s kell ezen kisérletekből következtetni?

1. Hogy 1%-os oldat ép conjunctiván még hosszú idő alatt sem képes lobot előidézni. (Ezen állatkisérletek tehát megfelelnek azon kórodai eseteknek, a hol prolongált használatra sem lép fel a gyuladás.) Szabad tehát kimondanunk, hogy ezen esetekben azért nem lép fel atrop. conjunct., mert *a*) a conj. ép, *b*) az oldat csak 1%-os.

2. Atropin töményen bármikor képes kiváltani lobhoz igen közel álló nagyfokú hyperaemiát, ha olyan conjunctivára illesztjük, mely rövidebb-hosszabb idő óta ingereknek van kitéve, legyen bár ezen inger ő maga ismételt alkalmazása által.

Mi már most ezen hatás lényege? A külső megnyilvánulása vérbőség. De mi okozza ezen vérbőséget? Glorieux hűdésnek, Surminsky izgalomnak tartja. E kérdés felett vitatkozni tisztán akadémikus értékű volna. Minthogy csak a magyarázatra, de nem a végeffectusra nézve van a vizsgálók közt nézeteltérés, azt hiszem bátran fogadhatjuk el.

3. Hogy az atropin maga pharmakodynamikus hatásánál fogva idézi elő a conjunctiván a fentjelzett változásokat, melyek a behatolt mennyiséggel, a szer töménységével, továbbá a behatás idejével arányosan súlyosbodó változásaiban nyilvánulnak a véredényeknek, mely szerint ezek kitágulnak, elasticitásukat, physiologikus működésképességüket elvesztik, szóval olyan állapotba jutnak, a minőben őket minden lobfolyamatnál találni.

Ha már most ezen alapokra támaszkodunk, nézzük, mint lehet az atropin conjunctivitis okát értelmezni? Néhány pontot már eddigelé is kiemelvén, nem szükséges egyéb, mint mindezeket összefoglalni s ezen szempontból a vitás kérdéseket röviden mérlegelni.

Az atrop. conj. oka tehát az atropin.

Képes ezen hatását bárkinél érvényre juttatni?

Igen. Mutatják az állatkisérletek, melyeknél kellő töménységben adva, tetszés szerint bármikor elő tudjuk idézni. Miért

nem áll be atrop. conj. mégsem az esetek többségében? Azért, mert hiányzanak azon egyéb factorok, melyek kifejlődéséhez szükségesek. Az atropint t. i. sohasem alkalmazzuk töményen, a mikor mindenkinél előidézné a gyuladást, hanem csak 0·5—1·0%-os oldatban. De ezen oldatban is bárkinél előidézi, ha meg van adva az út, a mód s alkalom az idegekhez való eljutására. Ezt is az állatkisérletek mutatják (Glorieux, Surminsky stb.), ha a szer subcután alkalmaztatott. És ezen állatkisérleteknek felelnek meg azon kórodai esetek, midőn sérülések, műtétek után lép fel a bántalom. Hogy pedig nem minden sérülés és műtét után complicálja a kezelést ezen betegség, annak világos oka az egyes sérülések mineműsége, a kezelés különbözősége, szóval minden esetnek a maga individualitása. Hátramaradnak még azon kórodai esetek, melyeknél sérülés és műtét nélkül lép fel a lob. Ezeknek tiszta analogiáját állatkisérletekkel nem sikerült életre hozni, mert több hónapi instillatióra sem lépett fel ép conjunctivájú nyúlon atrop. conj. De ha tekintetbe vesszük, hogy ily hosszan kezelt nyúl conjunctiván már az első atropin kristály kifejtette fent leirt hatását, míg egyéb conjunctiván csak a 11—12-dik napon: lehetetlen félreismerni s másképen értelmezni e tünetet, minthogy itt is a hosszú atropinozás már megváltoztatta a conjunctiva ellenállási képességét, s a gyulladásra disponáló állapotba juttatta. A mit az állatkisérleteknél a hosszas atropinozás tett, azt teszi a hasonló kórodai eseteknél az atropin instillatiót indicáló (s mindig) hosszabb tartamú betegség. A folyamat chronicitása által elernyednek, fokozatosan kimerülnek a szövetek s így egy bizonyos, de esetenkint igen változó idő mulva egyszerre csak túlsúlyra jut az atropin hatása a szövetek ellentálló képességén s előttünk áll az atrop. conjunctivitis.

Így és ilyen alapon értelmezni lehet az atropin conjunctivitis fellépésének okát minden esetben s minthogy ezen pharmokodynamikus elmélet ellen felhozott (Boitte stb.) érvek nem alkalmasak arra, hogy Glorieux által megállapitott magyarázatot megdöntsék, jogosan is ragaszkodhatunk hozzá, annál is inkább, minthogy ez úgy a kórszövettani, mint a klinikai tünetekkel is megegyeztethető, valamint állatkisérletekkel is támogatható.

Végül kedves kötelességemnek teszek eleget, midőn e helyen is forró köszönetemnek és hálámnak adok kifejezést mélt. Schulek tanár úrnak, ki osztályát betegészlelés s a laboratoriumot vizsgálatok eszközlése végett engedte át, nagys. Bókay tanár úrnak, kinek intézetében állatkisérleteimet végeztem s Grósz tanár úrnak, ki vezetésével és tanácsaival mindig jóakaró segitségben és támogatásban részesitett.

A heidelbergi szemésztársaság ez évi tárgyalásaiból.

A három napig tartott előadó és bemutató üléseket augusztus 4-dikén *Landolt* nyitotta meg; a következő napokon *Maier* és *Dimmer* elnököltek. Az első nap délutánján ünnepi beszéd kiséretében *Bernheimer* átadja *Becker* új mellszobrát *Lebernek*, a heidelbergi egyetem szemész-professorának.

A tárgyalásokból a következőket említjük fel:

Sigrist (Basel) azon veszélyekről beszél, melyek a carotis communis vagy interna alákötéséből a szemre nézve származhatnak. Két esete közül az egyiknél nyelvrák műtéte után beállott utóvérzés miatt történt a carotis comm. és interna alákötése; rövid idő mulva embolia art. centr. retin. képe mellett az azon oldali szem hirtelen megvakult, s a 6 nap mulva megejtett bonczoláskor kitünt, hogy az alákötés helyétől felfelé az art. ophthalmicáig, s részben ezen edénybe is benyúló solid thrombus képződött; az art. ophthalm. különben szabad, míg az art. centr. retinae kezdeti részében egy teljesen eltömeszelő embolus foglalt helyet. A kórszövettani vizsgálat a retina belső rétegeinek elfajulását mutatta ki. Második esetében sérüléses eredetü exophthalmus pulsans adta az okot az alákötésre, mire ugyancsak a megfelelő oldali szem embol. art. centr. retinae miatt megvakult. S. az előrehaladottabb korban végzett alákötések veszedelmét a beállott szivgyengeségből magyarázza.

A tárgyhoz szóló *Nieden* tapasztalatai alapján nem tartja a szemre károsnak a carotis alákötését; szerinte nem magából az alákötésből ered a veszedelem, hanem a hiányos asepsis folytán keletkezett infectióból. Zimmermann azon nézeten van, hogy a carotis alákötése sérüléses exophthalmus pulsans eseteiben rosszabb prognosist nyujt, mint egyéb, pl. rosszindulatú daganatoknál történő praeventiv alákötéseknél, minek okát azon secundaer befolyásokban találja, melyeket az exopth. puls. az egyidejüleg fennálló elváltozások (aneurysma arterio. venos. stb.) útján kifejt.

Uthoff a látószerv megbetegedéseitől függő látási hallucinatiókról tart előadást. 4 esetet említ, melyek közül az egyikben centralis chorioiditis okozott kétoldali positiv, már évek óta fennálló scotomát, midőn egyszerre a scotoma területében különböző alakok jelentek meg a beteg szeme előtt. Ezen jelenség 8—10 napi tartammal többször ismétlödött; a hallucinatio megszünik a szem eltakarásával vagy elmozdulásával; prisma segélyével a látott alak megkettőztethető. E látási csalódást Uthoff peripheriás elváltozásoktól feltételezett, de centralis eredetü jelenségnek tartja. A beteg egyébként terhelt családból származik, s már szintén megfigyelés alatt állott, később azonban kigyógyult.

Egy másik, sympathiás gyuladásban szenvedő betegnél az üvegtesti homályok keltették a hallucinatiót. Harmadik esetében csak az egyik szemen volt positiv scotoma jelen, s e scotoma területében a beteg állandóan egy rendört vélt látni. Az ily egyoldali érzéki hallucinatiók, melyek nagy szerepet játszanak a psychiatriában, többnyire a hallószervre vonatkoznak, de a szemet illető ilynemü jelenségekre nézve is szaporodnak az észleletek. Noha többnyire peripheriás elváltozások a szemen (retina-vérzések, üvegtesti homályok) szerepelnek ok gyanánt; vannak esetek, hol minden külső ok hiányzik. A látó szemeken peripheriás okból kiváltott és a vak egyéneknél centralis okból fellépő látási hallucinatiók klinikus megjelenésében eddigelé biztos megkülönböztetést nem lehet tenni.

Negyedik esetében a hallucinatio neuritises eredetü atrophia nerv. opticiben szenvedő egyénnél keletkezett, kinek a látótere is erősen be volt szükülve; a hallucinatiót a beteg a hiányzó látóterébe projiciálta.

Megemlíti továbbá azon hallucinatiókat, melyek hemianopiás jellegüek; ezek is legtöbbször a hiányzó látótérben, s csak ritkán a meglévőben lépnek fel; okuk az occipitalis lebeny megbetegedésében keresendő, s olykor tényleges hemianopia nélkül is előfordulnak.

Hirschberg therapeutikus tekintetben is fontosnak tartja a kérdés eldöntését, hogy a hallucinatio peripheriás megbetegedésből indul-e ki, mert mint Graefe esetében is, neurotomia által a beteget ilyenkor meg lehet szabadítani a gyötrő képektől.

Hippel (Heidelberg) a fluoresceinnel végzett kisérleteiről számol be. Arra a tapasztalatra jutott, hogy e szer a cornea ép rétegein keresztül hatol, míg ott, a hol az endothelben hiány van, felhalmozódik és azon helyet zöldre festi. Ily módon sikerült megállapitania, hogy a Saemisch-féle középponti szarúhártya-beszürödés a cornea endothelje felől veszi kezdetét, ellentétben a szélen kezdődő parenchymás gyuladással, mely nem az endothel elváltozásával indul meg. Hasonlókép talált endothel megbetegedést veleszületett buphthalmusnál, újszülöttek parenchymás corneahomályainál, valamint oly fekélyeiknél, melyek a cornea hátsó lemezén kezdődnek. Kisérletei után valószinünek tartja azt is, hogy a keratoconus az endothel megbetegedéséből keletkezik, s hogy az acut glaucoma s némely iritis kiséretében beálló szarúhártyahomály is onnan ered, hogy az endothel a csarnokvizet átbocsátotta.

A pupilla reflex-centrumát kutatta *Bach*, és állatokon végzett kisérletei azon felvételre jogosítják, hogy e reflex-centrum nem az agyban, hanem közvetlenül a nyultagy alatt a gerinczvelőben van. Ennek megfelelően a pupilla beidegzéséről új schemát készített, melyen a különböző pupillaris zavaroknál gyanítható elváltozások helyét is demonstrálja.

Schmidt-Rimpler az ulcus rodens corneae klinikai és górcsövi képéről értekezik. E bántalom általában ritka, de oly jellemző tünetekkel jár, hogy az ulcus serpenstől minden esetre meg kell különböztetni. Különösen jellemző a fekély tovaterjedése, mely bizonyos időközökben lökésszerüleg történik, többnyire fájdalmak kiséretében; a bántalom gyakran kétoldalú, nem szokott áttörésre vezetni, valamint a hypopyon is igen ritka. A lökés-

szerű továbbterjedést úgy magyarázza, hogy a fekélyt a terjedése irányában határoló alávájt epithel alatt bacteriumok szaporodnak, melyek időnként egy bizonyos mennyiségü toxint termelnek, s ezen toxinok adják meg egy újabb terjedésre az okot; a bacteriumok tehát tulajdonkép csak közvetve okozói az ulcusnak. Gelatina és agaron tenyésztett culturáiban csak staphylococcus pyogen. aureust talált, mely tengerimalacz corneájára oltva közönséges genyes infiltratumot okozott. Szerinte a bántalom keletkezésében idegbefolyások nem szerepelnek; e mellett szól az, hogy a cornea érzéstelensége csak elvétve észlelhető, valamint az is, hogy a keratitis neuroparalyticától egészen elütő lefolyása van.

Hippel (Halle), *Uthoff* és *Pflüger* a veleszületett színvakságról beszélnek. Mindhármuk tapasztalata a mellett szól, hogy nem a csapok hiányának tulajdonítandó ezen anomalia. Centralis scotomát egyikök sem talált; megegyeznek abban, hogy a veleszülötten színvak centralis látása erősebb világításnál csökkent, kis fokban leszállított világításnál növekszik. A spectrumot a színvak színtelen, illetve egyszínü fényes szalagnak látja, mely a vörös felől megrövidült, az ibolyánál normalis kiterjedésü. *Hippel* és *Pflüger* betegénél a simultan és successiv contrastok nem mutattak eltérést a rendestől; Uthoff úgy találta, hogy a színvak fényérzéke az ingerküszöbre vonatkozólag megegyezik a rendessel, míg ellenben az ingerkülönbözetekre vonatkozólag a színvak érzéke világos nappal kisebb, leszállított világításnál pedig nagyobb az épszeműénél. Nem tartható helyesnek az a nézet, mely szerint a színvaknak a külvilágról nyert képei olyanok volnának, mint a photographlemezé, mert nála a színek ugyan hiányoznak, de helyettük fénykülönbségek érvényesülnek. Igen érdekes, hogy Uthoff betegénél a hallásban is volt eltérés, a mennyiben ugyanazon hang különböző erősségben szólaltatva, egészen más benyomást keltett az egyénnél.

Lucanus az említett esetekkel szemben egy esetében észlelt szerzett teljes színvakságról szól, mely tarkómerevséggel kapcsolatban fejlődött ki, s egyidejüleg a látás is a rendes $^1/_{10}$-re alászállt. A látás javulásával $1^1/_2$ hó mulva a színlátás is visszatért, és pedig oly sorrendben, hogy előbb a spectrum két vége, s csak utóbb a közepe is. A bántalmat centralis eredetünek tartja.

Leber ama nézetének ad kifejezést, hogy Hippel és Pflügernek nystagmus és strabismussal szövődött színvaksági esetei kórosak is lehettek. Visszafejlődő homonym hemianopiáknál a hiányzott látótérrészekben nem ritkán találni a színlátásban is eltéréseket, miből még utólag is diagnosis tehető. S miután Hippel esetében tényleg volt nagymérvü látótérszükület, nem utasítható teljesen vissza a felvétel, hogy a színvakság centralis eredetü volt.

Sattler a myopia operálásának egyszerüsített módjáról számol be. Otto statistikájának közlése óta újabb 95 esete van, melyek közül 30 már az újabb eljárás szerint lőn operálva, mely abban áll, hogy Hess módszere szerint az átlátszó lencsét előrement discissio nélkül távolítja el.

A mütétet 12·0 dioptrián alul egyáltalán nem végzi. A sebastigmásság csökkentése czéljából a Weber-féle vájt lándzsát alkalmazza, melylyel 6—8 mm. hosszú sebet készít a corneában $1^1/_2$—2 mm.-re a corneaszéltől, merőlegesen a függélyes meridiánra. Horoggal meghasítva az elülső lencsetokot, kanállal behatol a csarnokba, ily módon támogatja a hátsó sebajkat, egyúttal egy másik kanállal enyhe nyomást gyakorol a cornea alsó felén, vagy a lencserészek eltávolítására egyszerüen a rögzítő csipővel adja meg a nyomást alulról. A kanállal való ismételt behatolással sikerült neki a lencse $^2/_3$—$^3/_4$ részét is eltávolítani; gyermekeknél rendesen már az első kanálbevezetésnél kijön a lencse sárgásszínü közepe. Az irist a csarnokba vitt kanállal tartja távol a sebtől; a lencserészek kiürülése után bekövetkező pupillaszükülésnél atropint cseppent be.

Utókezelésnél a *Fuchs*-féle rácsot alkalmazza; másodnapra már rendesen tág a pupilla, a cornea csillog, ciliaris injectio nincs, s a lencsemaradékok felszívódása tovább is majdnem teljesen izgalommentesen történik. Két gyermeknél mindjárt az első mütét után fekete pupillát kapott, igaz, hogy itt a hátsó tokot is megsértette s üvegtest a sebben mutatkozott. Minden esetre tanácsos azonban a hátsó tokot megkimélni, s inkább több hét vagy hónap mulva discissióval javítani meg az állapotot; különben ezzel is, jobb, ha nem sietünk. A mellülső csarnok kiöblítése, vagy a lencsemaradékok kiszívása teljesen fölösleges és épen nem közömbös beavatkozás.

Ezen mütéti eljárásnak több előnye van a discissio felett. Nevezetesen a gyógyulás sokkal rövidebb idő alatt, s csaknem minden izgalomtól menten következik be; complicatiók, főleg a glaucoma a ritkaságok közé tartozik. E mellett a beavatkozások száma is csökken, mert két, sőt fiatal egyéneknél esetleg egy ülésben is végleges eredményt érhetni el. Előadó a cataracta zonularist is a leirt módon operálja, s az előnyök itt is ugyanazok.

Ablatio retinae ellen ezen mütéti mód sem biztosít; újabban észlelt ugyan egy esetet, melyben a mütét után hosszabb idő mulva a másik, ugyancsak nagy fokban myopiás szemen ablat. retin. fejlödött ki, míg az operált szem e bajtól ment maradt, azonban ily esetleges észlelésekből nem merne a myopia-ellenes operatiónak Vaucher értelmezése szerint valamely gátló hatást tulajdonítani a retinaleválás keletkezése ellenében.

Tartózkodó a véleménye az iránt, vajjon operatio után állandó marad-e avagy változik a szem fénytörése. Mert sok hiba csúszhatik a vizsgálatba az operatio előtti refractio meghatározásnál, noha klinikáján e tekintetben a legnagyobb elővigyázattal járnak el; egy esetben azt a benyomást nyerte, hogy a fénytörés kisebbedett.

A tárgyról nyilatkozott Hess is, kijelentvén, hogy 37 esetben operált az imént ismertetett módon s mindannyiszor jó eredményt látott úgy a gyógyulás rövidsége, valamint az eredmény tekintetében is.

Hirschberg lebenyes sebet készít oly esetekben, midőn (pl. gyermekeknél) discissiótól jó eredményt nem várhat. E seb készítésével úgy gyógytartam, mint az elért látás tekintetében analog eredményeket ér el, mint Sattler. Mindazonáltal úgy találja, hogy a complicatiók még mindig elég gyakoriak (10%), s azért a túlságos optimismust nem tartja helyénvalónak.

Hippel is az átlátszó lencse rögtöni eltávolításának híve, ő azonban valamivel nagyobb: 8—9 mm. hosszú sebet készít. Nyugtalan gyermekeknél a lebenyes seb készítését nem találja helyesnek, itt inkább a discissiót pártolja. Szerinte ritkán van szükség háromnál többszöri beavatkozásra.

Thiernek azon aggályai vannak Sattler operatiójával szemben, hogy könnyen következik be iriselőesés, ha a beteg nyugtalan, de meg a lencse consistentiájának is olyannak kell lennie, hogy könnyen és gyorsan eltávolítható legyen, a mi az operatióra való myopiák nem minden esetében van meg. Azért úgy véli, hogy a megbeszélt módszer inkább csak fiatal egyéneknél alkalmazandó. A felszólalók részéről kifejezett aggodalmakat Sattler nem osztja.

Laqueur baloldali homonym hemianopia esetéről referál, mely bonctanilag is vizsgálat alá került. Klinikailag typusos hemianopia volt jelen, a kis kiterjedésü ép látóterek éles elhatárolásával a függélyes középvonalon. Papillák reactiója jó, szemtükri lelet negativ. Tájékozási képessége csaknem teljesen elveszett. A beteg, kinél 14 év óta állott fenn albuminuria, s két év óta arteriosclerosisben szenvedett; hydrops, ascites és szívbénulás tünetei közt mult ki. Bonczolatnál a baloldali art. cerebri egyik ágában 10 mm. hosszú, solid thrombus és mindkét occipitalis lebenyben lágyulásos góczok találtattak, melyek jobboldalt a cuneusra, baloldalon pedig az egész cuneus, lobus lingualis és fusiformisra terjedtek ki. E leletből azt következteti, hogy a látás centruma tényleg a fissura calcarinában és közvetlen környékén létezik, de valószinü, hogy a gyrus lingualisnak is némi köze van e centrumhoz.

Landolt az izom előrehelyezéséről értekezik. Megkülönbözteti 1. a resectiót, midőn az izomból egy darabot kivág, s a szemtekén tapadó inat az izomcsonkkal egyesíti; 2. az előrevarrást, melynél az izmot tapadási helyéről lefejtve egy előbbfekvő helyen erősíti meg, s végül 3. az előrevarrással összekötött resectiót, midőn az izomnak végéből egy darabot eltávolít, s a megmaradt részt a corneához közelebb erősíti a szemtekéhez. Jelenleg ez utóbbi kettőt, de főleg az utolsót tartja legjobb eljárásnak. Az előrevarrás sikertelenségét, mely némelyeknél bekövetkezik, annak tulajdonítja, hogy az izmot vagy nem választják le tökéletesen, vagy a varratokat nem vezetik elég mélyen és messze a sclera, illetve a conjunctiva szövetébe; ilyenkor az izom nem tapad meg a kivánt helyen. Szükségesnek tartja, hogy a beteg 6—7 napig mindkét szemén kötéssel ágyban feküdjék és később a binocularis látás helyreállítása czéljából stereoscopikus gyakorlatokat végezzen.

Leitner Vilmos dr.

IRODALOM-SZEMLE.

A hályogoperálások után keletkező érhártya mögötti vérzésekről. *Selina Bloom* a *Spalding* által a literaturából összeállított s hályogoperálások után keletkező 100 retrochorioidealis vérzéshez újabb kórszövettanilag vizsgált esetekkel járul. Az kétségtelen, hogy complicált s nem complicált hályogoperálások után egyaránt előfordul, hogy többnyire csak az egyik szemet teszi tönkre, míg a másik szem operálása zavartalanul gyógyul, hogy közvetlen a műtét után épen úgy előfordul, mint napokkal később is, végül pedig atrophia bulbi keletkezik. A magyarázatra nézve igen eltérők a nézetek; ezek ismertetése után saját négy esetét közli, melyek gondos vizsgálása és mérlegelése után azon eredményre jut, hogy a vérzés a venákból ered, a praedisponáló körülmény pedig az érhártyában kimutatott localis phlebitis és periphlebitis.

A dolgozat *Sattler* lipcsei klinikáján készült (szerző az 1896-dik évben a budapesti egyetem szemklinikáján is dolgozott), ki utóiratában arra a klinikai tapasztalatra utal, hogy a cocain anaesthesia alkalmazása óta a várakozás ellenére sokkal gyakoribbak ezen végzetes vérzések, minek az lehet az oka, hogy a cocain által előidézett érfalzatösszehúzódást követő tágulás jelenlevő dispositio esetén érrepedésre vezet. (Archiv für. Ophthalm. XLVI. 1. 1818.)

Fedoroff lövési sérülés következtében létrejött keratitis neuroparalyticát ismertet. 29 éves férfi öngyilkossági kisérletből revolverrel jobb halántékába lött; a bemeneti nyilás a külső zúgtól felfelé 2 cm.-re van, kimeneti nyilás nem található. Az egyénnél jobboldali teljes s baloldali részleges ptosis fejlődött ki, egyébként az első vizsgálatnál a jobb szemen elváltozás nem volt jelen; a bal szem haemophthalmus képét nyujtja. 2 nappal a sérülés után a jobb cornea alsó fele genyesen infiltrált, az egész cornea borús, csekély izgalmi tünetek a szemen; 5 nap alatt az egész cornea genyesen szétesett. E keratitis nyilván a lövéskor történt trigeminus sérülésnek a következménye, mert a szemen direct sérülés nem esett, sőt az utólagos bántalmazások ellen is a cornea teljesen védve volt a lelógó felső szemhéj által. Embernél a trigeminus ily közvetlen sérülései ritkák; F. mindössze 3 esetet talált az irodalomban. (Centralblatt f. Aughk. 1898. Julius.) *Leitner Vilmos* dr.

VEGYESEK.

— *Orvosi deontologia.* Az Annales d'oculistique a következő érdekes és tanulságos esetet közli. 1897. augusztus 10-dkén *Javal* az orvosi akademiában *Druault* és *Tscherning* dolgozatát mutatta be, melyben az úgynevezett isometrop üvegeket tették tanulmány és birálat tárgyává. Ezen dolgozatból kitünik, hogy a baryt-szemüvegek rosszabbak, mint a közönséges üvegből készültek. *Chauvel* kérdésére *Javal* azt is kijelentette, hogy egyik tanitványa a *Fischer*-től vásárolt baryt-szemüveget néhány napig viselte, de e gyakorlati próba sem igazolta ennek állitólagos előnyeit. *Lévy*, a *Fischer* czég tulajdonosa, *Javal*-t 20,000 frank kártérítésért bepörölte, de a biróság az opticust elutasitotta, mivel *Javal* a jogosult kritika határát nem lépte át, s az akademia, hol *Javal* a Sorbonne-laboratoriumában készült dolgozatot előadta, egyenesen hivatva van az ilyen kérdésekkel foglalkozni.

— *Dr. van Millingent* a konstantinápolyi császári orvosi iskola szemész-tanárává nevezték ki.

— *Cohn Ármin* boroszlói tanár a Snellen-féle alakokkal az aegyptomiak látásélességét vizsgálta s azt találta, hogy a bedouinok és bischarinok látásélessége néha a rendes 2—3-szorosa, sőt egy esetben annak 6-szorosa volt; a kairói tanulók között 8-szoros látásélességet is tapasztalt, a mennyiben egy 16 éves fiú a 6 méteres sort 48 méterről még pontosan felismerte. A látásélességet szabadban határozta meg s ilyen módon végezve Európában a vizsgálatokat (tanulók, katonák, hajósok és aggokon), ama eredményre jutott, hogy a civilizált népek látásélessége az esetek 90%-ban több mint 6/6.

Cohn a tömeges vizsgálatoknak a szabadban való megismétlését óhajtja.

— *A vasúti alkalmazottak látásával* újabban ismét behatóan foglalkoznak. Az 1897. szeptember havában tartott internationalis congressuson, a mely a vasúti egészségügyi szolgálattal és hygienével foglalkozott, a látás kérdésével kilencz előadó foglalkozott, *Magnus* pedig „Die Untersuchung der optischen Dienstfähigkeit des Eisenbahn-Personals" czimü monographiájában beható megbeszélés tárgyává teszi a szem állapota és a vasúti szolgálatra való képesség közötti viszonyt. Poroszországban az államvasutak alkalmazottainak látását az 1897. év január 7-dikén kiadott ministeri rendelet alapján vizsgálják. A magyar királyi államvasutak e tekintetben a porosz vasutakat megelőzték, a mennyiben az igazgatóság 1896/38,950. sz. a. kiadott rendeletével a kötelező és rendszeres látásvizsgálatokat szabályozta. Minthogy azonban úgy a porosz, mint a magyar rendelet a szemvizsgálatokat a pályaorvosokra bizza s csak a felülvizsgálatokra alkalmazott specialistákat, azok végrehajtása sok tekintetben hiányos. Nem egyszer kiderül, hogy a pályaorvosi vizsgálat alapján felvett alkalmazott látásélessége hiányos s ez nemcsak a közbiztonságot veszélyezteti, hanem egyrészt a vasutak budgetjét terheli, másrészt pedig — ha az illető még nem nyugdijképes — őt s családját igazságtalanul sujtja. A magyar királyi államvasutak szemorvos tanácsadója már ismételten sürgette, hogy a pályaorvosok, kiknek sem idejük, sem kellő jártasságuk, sem felszerelésük nincs, mentessenek fel a látásvizsgálatok teljesitése alól s legalább minden üzletvezetőség területén egy szemorvos nyerjen alkalmazást. Ezt épen úgy megkivánja a közbiztonság, mint a vasutak és az alkalmazottak érdeke.

— *Az angol orvosi társaság* 1832-ben történt megalakulása óta ez idén harmadszor ülésezett Edinburghban. Első gyülésekor 1858-ban a társaság tagjainak száma 2000 volt, 1875-ben 6112, jelenleg több mint 20,000 tagot számlál. Rövid idővel az első gyülés előtt a chloroform narcosist fedezte fel egy edinburghi tanár, a második gyülés előtt pedig ugyancsak az edinburghi Lister a sebfertőzés igazi okát deritette ki.

Az idei megnyitó ülésen az elnök azon kölcsönös kötelességekről beszélt, melylyel az orvosok a társaság iránt s a társaság, illetve az állam az orvosok irányában tartozik.

A szemészeti szakosztály elnöke, *Argyll Robertson*, a szemészet haladását ecseteli az utolsó 40 év alatt; 40 év előtt Skótországban csak két szemorvos létezett, ma már jelentékeny számmal vannak. Azon gyarapodás, mely a szemészettel foglalkozók számában észlelhető, bizonyitéka az elismerésnek, melylyel az orvosi tudományok ezen ága iránt viseltetnek.

Az elnöki megnyitó után vetitésekkel összekötött több microscopi készitmény bemutatása következett. *Mackay* és *Dunlop* gyomorrák esetében szerzett szinvakságról tesznek jelentést; *M'kenzie Davidson* idegen test helyének pontos meghatározására szolgáló Röntgen-készüléket mutat be; *Hinshelwood* előadásában a holocain előnyeit a cocain felett dicséri; *Snellen* a kancsalság, *Lawford* az incarcerált iriselőesések operativ kezeléséről beszél; *Williams* influenza után keletkezett alkalmazkodási bénulásról tesz említést. Ezenkivül még több kisebb előadás volt. A következő napokon 443 személylyel közös ebéd, kirándulások és társas összejövetelek tartattak.

— *A Temesvár városi közkórház* 1897. évben ápolt betegeinek kimutatását közli *paráczi Bécsi Gedeon* dr. A közkórháznak összesen 190 ágya van. A szemészeti rendelő orvos *Bider Vilmos* dr., kinek osztályán az 1897-ik évben 254 szembeteget ápoltak. A nagyobb szemoperálások száma 184, ebből 72 hályogműtét és 20 iridectomia.

— *A magy. kir. belügyminister jelentése az ország közegészségi viszonyairól az 1897-ik évben.* A belügyminister jelentésében a trachomáról a következő adatok találhatók: A községenkint való kimutatás 29,386 trachomást tüntet fel, 1107-tel többet, mint az előző évben, de ezen szaporulat még nem jelenti a betegség terjedését, hanem csak azt, hogy az ország egyes részeiben eszközölt pontosabb vizsgálatok régibb trachoma-betegeket juttattak a hatóság tudomására (e szám természetesen meg sem közeliti a betegek összességét). A helyi orvosok hiányában a minister 12 törvényhatóságnak 30 trachoma-orvost bocsátott rendelkezésre, egy pedig a központban tesz szolgálatot, ki a szakértő közegészségügyi felügyelő akadályoztatása esetén a trachoma-orvosokat ellenőrzi. A járási kör- és községi orvosok közül 33 nyert 6387 forint jutalmat, az állami trachoma-kórházakban működő 9 orvos 1750 frt dijazásban részesült. Uj trachoma-kórházat állitottak fel Ó-Becsén (8 ágy) és Zsablyán (14 ágy) a liptó-szent-miklósi vármegyei kórházban pedig államköltségen szereltek fel egy osztályt (12 ágy). A szegedi kórházban 170 beteget ápoltak s 482 részesült járólagos kezelésben, a kalocsaiban 37, a perlakiban 105, a zsolnaiban 65, a privigyeiben 240, az ó-becseiben (októbertől) 12, a zsablyaiban (októbertől) 11 beteget ápoltak, a járólagosan kezeltekről nem mindegyik kórház ad kimutatást, egészben véve úgy látszik, hogy számuk csekély (pl. a privigyeiben 67).

Ez adatok eléggé igazolják, hogy nagyobb eredmény csak vidéki szemkórházak (s nem pedig kizárólagos trachoma-kórházak) felállitásától várható. Épen igy sikeresebb lenne, ha a nagyobb számú trachoma-orvosok helyett kevés magasabb képzettségü szemorvost (kik néhány évet a szemklinikákon töltöttek) küldenének ki.

— *A trachoma Poroszországban. Greeff* tanár a berlini Charité szemész főorvosa értékes tanulmányt tett közzé, melyben azon tapasztalatairól számol be, a melyeket a minister megbizásából tett tanulmányútjában szerzett. *Greeff* 1897 őszén Danzigban három kurzust tartott. Egy-egy két hétig tartott s a résztvevő orvosok száma 19—21 volt. Ez idő alatt egy e czélra felajánlott magánklinikán 50 kórházi és 109 járó beteget használhattak fel, 120 operálást végeztek és 11 intézetben 2278 egyént vizsgáltak meg. A füzet a trachoma Poroszországban való elterjedéséről is tartalmaz számadatokat s a nyugati provinczián körülbelül 40,000-re becsüli a trachomában szenvedők számát. A therapiáról szóló fejezet bár újat nem tartalmaz, az által értékes, hogy úgy a gyógyszeres, mint a sebészi eljárások higgadt kritikáját tartalmazza. Érdekes azon elégtétel, melyet a cuprum sulfuricum-nak ad; Greeff hatalmas trachoma-ellenes szernek tartja — nem úgy, mint egyik hazai szemészünk, ki az orvosegyesület 1893-ik évben tartott trachoma-vitája alkalmából azt állitotta, hogy értéktelen, sőt káros s igy mellőzendő. (Studien über epidemische Augenkrankheiten von Prof. dr. Greeff. Jena, Gustav Fischer. 1898.)

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Negyvenkettedik évfolyam. 47. szám. *Budapest, 1898. november 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.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Aujeszky Aladár: A glycerophosphatok therapeutikus hatásáról. 578. l.

Friedrich Vilmos: A tüdőmegbetegedés kérdése az ipari munkások között. 580. l.

Donogány Zakarias: Közlemény a müncheni Reisingerianum Schech tnr. vezetése alatt álló gégészeti osztályáról és Heymann P. docens poliklinikájáról (Berlin). Az álhangszalag izmáról s működéséről hangképzés alkalmával. 583. l.

Havas Adolf: Szőrtelenítés Röntgen-sugarakkal. 584. l.

Urszinyi Gyula: Anaemia perniciosa gravis relativ gyógyulása. 585. l.

Tárcza. Perczel Dezső belügyminister jelentése az országgyülésben Magyarország 1897. évi közegészségi viszonyairól. 586. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Winternitz-Strasser*: Hydrotherapie. 586. l. — *Lapszemle.* A gonorrhoea kezelése Noffke-féle bougiekkal. 587. l.

Hetiszemle és vegyesek. Budapest székes főváros egészségi állapota 1898. évi augusztus hóban. — A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — A budapesti ált. poliklinika. — Megjelent. — Elhunytak. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 587. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A glycerophosphatok therapeutikus hatásáról.

Közli: *Aujeszky Aladár* dr.

A glycerophosphatokat a külföldön, különösen Franciaországban, Angliában és Amerikában az orvosok egyre kiterjedtebben rendelik és már elég nagy számú közléseikből az látható, hogy e szerek alkalmazása némely, különösen idegbetegségeknél beválván, ezek a velök való további kisérletezésre nemcsak érdemesek, hanem — úgy látszik — a mostanában gombamódra szaporodó újabb gyógyszerek azon csekély számához tartoznak, a melyek az orvosi gyakorlatban való általános elterjedésre igényt tarthatnak. Azon kedvező jelentések, melyek külföldi szaklapokban előkelő klinikusok osztályairól a glycerophosphatok therapeutikus értékéről az utóbbi időben megjelentek, arra indítanak, hogy az alábbiakban velök foglalkozva, olvasóinknak ezen újabb gyógyszerekről és a velök történt klinikai kisérletekről röviden beszámoljunk.

A *glycerophosphorsavat*, melynek főleg mész-, kalium-, natrium-, magnesium-, mangan-, lithium- és vassói használatosak, *Pelouz* állította elő először 1844-ben, az által, hogy a glycerint vízmentes phosphorsavval 100°-ra hevítette. Több esztendő mulva, 1856-ban *Gobley*-nek sikerült ugyane savat a tojássárgából is elkülönítenie, *Bruel*[1] pedig az 1884. január 15-dikén a párisi „Académie de Médecine"-hez benyujtott „pli cacheté"-jében vizsgálatai alapján jelenti, hogy az ásványi sókhoz kötött glycerophosphorsavat az állati szervezetben is megtalálta s a lecithinből előállította. *Pasqualis*[2] vizsgálataiból tudjuk, hogy a lecithin az emésztés folyamata alatt glycerophosphorsavra és cholinra bomlik; a glycerophosphorsav az ideganyagban a zsírsavakkal a lecithint alkotja, bőven található a tojás sárgájában és növénymagvakban is. *Sotnitschewski*[3] volt az első, a ki a glycerophosphorsavat a vizeletben kimutatta, quantitative pedig *Lépine* és *Eymonnet*[4] határozták meg benne.

A glycerophosphorsav sóinak *előállítása* eleinte meglehetősen bonyolódott és hosszú időt igénylő volt (*Portes* és *Prunier*[1] methodusa szerint 7 napig tartott), a *Delage-Gaillard*-féle[2] újabb módszer szerint azonban igen egyszerű.

A glycerophosphatok physikai és chemiai *tulajdonságait* illetőleg a következőket említjük fel: Maga a *glycerophosphorsav* ($C_3H_5[OH]_2PO_4H_2$) sárgásszínű, szagtalan, olajszerű folyadék, mely vízben és alkoholban oldódik. A *calcium glycerophosphoricum* ($C_3H_5[OH]_2PO_4Ca$) fehér, kevéssé almaszagú és csipős ízű, amorphnak látszó, de a mikroskop alatt kristályos por, mely körülbelül 20 rész hideg vízben oldódik, alkoholban és meleg vízben azonban nem s azért, ha hideg vizes oldatát felmelegítjük, zavarosodás áll elő, mely lehűtéskor újra eltünik. A *natrium glycerophosphoricum* ($C_3H_5[OH]_2PO_4Na_2$) szintén fehér por; 50%-os vizes oldatban szokták eltartani, mint a hozzá hasonlóan viselkedő *kalium glycerophosph.*-ot ($C_3H_5[OH]_2PO_4K_2$) is, a mikor tiszta, sárgás folyadékot alkot, mely minden arányban elegyíthető vízzel. A *lithium glycerophosph.* ($C_3H_5[OH]_2PO_4Li$) és a *magnesium glycerophosph.* ($C_3H_5[OH]_2PO_4Mg$) fehér, vízben könnyen oldható port alkotnak. A *manganum glycerophosph.* ($C_3H_5[OH]_2PO_4Mn$) alaktalan, sárgásbarna, vízben nehezen oldható szemcséket képez. A *chininum glycerophosph.* ($C_3H_7O_3PO[C_{20}H_{24}N_2O_2]_2$) szintelen kis tűket alkot, forró vízben és borszeszben jól oldódik. A *ferrum glycerophosph.* ($C_3H_5[OH]_2PO_4Fe$) zöldessárgás lamellákat képez, vizes oldata zöldessárga, átlátszó. A glycerophosphatokat carbonatokkal, phosphatokkal és ólomsókkal hozva össze, azok könnyen bomlanak. Oldataik készítésénél a tisztaságra nagy gond fordittassék, mert a glycerophosphatok oldatai, mint a hypophosphitek is, a bakteriumok számára jó tenyésző talajt képeznek. A kellő óvatosság betartása mellett azonban hosszú időn át változatlanul eltarthatók.

A glycerophosphatok *élettani hátásával* eddigelé többen foglalkoztak. Első helyen kell említenünk *Robin*-t,[3] a ki a glycerophosphatok physiologiai hatását a következőkben foglalja össze: A glycerophosphatok az anyagforgalomra — az idegrendszerre vonatkozó specifikus serkentő tulajdonságuk folytán — rendkivül élénkítőleg hatnak; használatuk folytán a vizelet napi mennyisége megszaporodik, a benne foglalt szilárd alkotórészek mennyisége növekedik, a nitrogenkiválasztás élénkebb lesz, a táplálékkal a szervezetbe jutott N-es anyagok jobban kihasználtatnak, az étvágy jelentékenyen

[1] Bullet. de l'Académie de Médecine 1896. XXXVI. k. 854 l.

[2] „Sulla utilita terapeutica dell' acido fosfoglicerico." Ann. di Chim. 1893, 137. l.

[3] Zeitschrift für physiolog. Chemie IV. 214. l.

[4] Compt. rend. soc. biol. 1882.

[1] *Cornet*: „Sur la préparation des phosphoglycérates de chaux et de soude." Progrès méd. 1894, Nr. 32.

[2] Nouv. Remèd. 1896, 217. l.

[3] „Les glycérophosphates; action sur la nutrition, indications thérapeutiques, mode d'administration." Bull. gén. de thérap. 1895, 385. l.

megjavul. Rendkivül előnyösen befolyásolják a glycerophosphatok az eledelekkel a szervezetbe jutott phosphatoknak assimilatióját — maguk is felette könnyen assimilálódnak — és azok kiválasztását csökkentvén, az idegrendszernek P-ban való elszegényedését gátolják, reconstitutióját elősegitik. Ezen „ideganyag kimélő“ hatást fokozza az is, hogy az idegszövet másik fontos ásványi alkatrészének, a Mg-nak kiválasztását is csökkentik. Olyan anyagoknak tekinthetők tehát, a melyek az idegrendszer csökkent táplálkozásánál, csökkent tevékenységénél igen jó szolgálatot tesznek s Robin szerint szembeállithatók a bromkészitményekkel és az antipyrinnel, melyek az idegrendszer fokozott működésének csökkentésére váltak be. Találóan nevezi ezért a glycerophosphatokat az amerikai *Mann*[1] „brain and nerve tissue chemical food“-nak, az agyvelő és idegszövet chemiai táplálékának. Végül befolyást gyakorolnak a glycerophosphatok a csontképződésre is, a mennyiben a mészsók átalakulását a csontszövetben elősegitik.

Pasqualis[2] önmagán és másokon kisérletezve, azt tapasztalta, hogy a glycerophosphorsavat nagyobb mennyiségben, pro die 5 gm.-nyi és a calcium glycerophosph.-ot pro die 3 gm.-nyi adagokban 8 napon át véve be, ezek semminemű zavart nem okoztak, az étvágyat pedig fokozták. A natr. glycerophosphoricum 2 gm.-os adagait Pasqualis hashajtó hatásuaknak találta. Hogy a szervezetbe jutott glycerophosphatok a testben teljesen szétbomlanak s csak jelentéktelen kis mennyiségük hagyja el változatlanul az organismust, ez *Bülow*-nak[3] kutyán végzett kisérleteiből is kiderült. E szerző a hústáplálékkal tartott és N egyensúlyban levő kutyánál naponta meghatározta az aetherphosphorsav kiválasztást. Mikor az eb azután 3 gm. calc. glyceroph.-ot kapott per os, majd natr. glyceroph.-ot subcutan, a phosphorsav kiválasztás nem vagy csak jelentéktelenül növekedett. *Pasqualis*[4] is azt találta, hogy nagy dosisoknál is csak jelentéktelen mennyiségben távozott a glycerophosphorsav a vizelettel.

A glycerophosphat-oldatoknak a bőr alá injiciálása a bőrnek csekély kipirosodását és rövid ideig tartó érzékenységét okozza, mely utóbbi mulékony bizsergésben vagy zsibbadásban nyilvánul.

Lássuk ezek után a glycerophosphátok *therapeutikus* alkalmazását.

Robin és *Jolly* voltak az elsők, a kik a glycerophosphatokat kórházi osztályaikon kipróbálván, azokat az orvosok figyelmébe ajánlották. *Robin* az „Académie de Médecine“ 1894. évi április 24-diki ülésén tartott előadásában számolt be a glycerophosphatokra vonatkozó és 1888 óta a „Hôpital de la Pitié“-ben gyüjtött klinikai tapasztalatairól, *Jolly* pedig ugyanazon év junius 14-dikén a „Société de Médecine et de Chirurgie Pratique“-ban szintén elismerőleg nyilatkozván a kérdéses készitményekről, alkalmazásukat illetőleg prioritást igényel magának *Robin*-nel szemben, kijelentvén, hogy ő a kalium glycerophosph.-ot már mintegy 10 éve rendeli.

Robin, Jolly, Bardet, Lafage, Billard stb. közlései alapján a glycerophosphatok használatának indicatiói a következőkben foglalhatók össze.

A glycerophosphatok első sorban mint *neurotonicumok* érdemelnek figyelmet. Az idegrendszer némely betegségeinél valóban szép eredményeket értek el alkalmazásuk által némely szerzők. *Billard*[5] és *Robin*[6] *ischiasnál* kitünő sikerrel használták a glycerophosphat-injectiókat. Robin 63 ischias esete közül 41 feltünő gyorsan, néhány befecskendésre gyógyult, 18 javult és csak 4 esetben maradt a kezelés eredménytelen. Hasonló jó eredményeket látott Robin[7] a *lumbago*-nál (11 közül 8 gyógyult, a chronikus esetek pedig jelentékenyen javultak), valamint a *neurastheniánál* is. Utóbbinál különösen akkor, ha phosphaturiás fehérjevizeléssel volt egybekötve. Ezen állapotot Robin „albuminurie phosphato-neurasthénique“-nek nevezi, a neurastheniásoknál a phosphaturia okát abban találván, hogy az ideganyag lecithinje fokozottabb mértékben szétesik s ily módon a vizeletben a phosphatok is megszaporodnak. Az ideganyag e veszteségeinek pótlására pedig igen jól beváltak a glycerophosphatok. Robinnek 1895-ben közölt[1] 6 ilyen esete közül egynél a phosphaturia a glycerophosphatok néhány napi használatára teljesen eltünt, 5-nél pedig felényire szállt alá a vizelettel kiküszöbölt phosphatok mennyisége. Robin egy neurastheniás betege, a ki enteroptosisben is szenvedett és egy erélyes vichy-i kúra után étvágytalanul, lesoványodva és erősen elgyengülve tért haza, a glycerophosphat-sók keverékének egy havi használata után pompás étvágygyal rendelkezett, megerősödött, súlyban gyarapodott és a bajával járó kellemetlenségektől teljesen megszabadult. Hasonló szép eredményt látott neurastheniánál a glycerophosphatok alkalmazása folytán *Lafage*[2] is.

Tabes-nél is megkisérlették a glycerophosphatoknak subcutan alkalmazását, javulás azonban csak annyiban mutatkozott, hogy a lancináló fájdalmak engedtek. Egyéb idegbajok közül még a *tic douloureux* két és a *melancholia* egy esetében látott Robin használatuk következtében eredményt.

Jól beváltak a glycerophosphatok oly egyéneknél is, a kik súlyos fertőző betegségek folytán fejlődött általános gyengeséggel küzdöttek. Robin szerint azon eredmények, melyeket némelyek elgyengült, öreg egyéneknél a Brown-Sequard-féle hereextractum injectiókkal elértek, tulajdonképen azon glycerophosphorsavas sóknak köszönhetők, melyeket a hereextractum tartalmaz. Csakhogy azoknak a mennyisége ezen extractumban nem kontrollálható, míg a tiszta glycerophosphatok adagolása mellett mindig pontosan tudjuk, hogy mennyit juttatunk a szervezetbe.

Chlorosisnál és *anaemiás állapotoknál Bardet*[3] a glycerophosphorsavas vasbort különösen dicséri: Rp. Ferri glycerophosph. 10·0, misce terendo cum glycerini pur. 40·0—50·0, Vini hispanici albi 1000·0, digere per horas IV interdum agitando, dein filtra. (A glycerin azért szükséges, mert nélküle a bor — különösen ha csersavban gazdag — a vassót többékevésbbé lecsapná.)

Általános táplálkozási zavarokkal járó bántalmaknál egyáltalában jó szolgálatot tesznek a glycerophosphat praeparatumok, a mennyiben az anyagcsere javitását és az étvágy fokozását előmozditják. Igy a már emlitetteken kivül *köszvénynél* (különösen a Lithium glycerophosph.); *diabetesnél* (ha már cachexia fejlődött s már nem a glycosuria leküzdése a főczél, hanem az erők hanyatlásának lehető megakadályozása; ellenben florid diabetesnél a glycerophosphatok ellenjavaltak); *phthisisnél* (szintén csak az erőfentartás czéljából). Szép eredményeket látott Robin a *Bright-kór* eseteiben is, a hol jelentékeny fehérjevesztesség mellett csekély volt a vizelet mennyisége. Érdekes ezen szerzőnek amaz észlelete, mely egy *Addison*-kóros, már igen elgyengült, cachexiás betegre vonatkozik. E beteg 1894. január 5-dikétől 25-dikéig naponta 0·25 gm. calc. glycerophosph.-ot kapott subcutan. Ezen idő alatt állapota gyorsan javult, testsúlya 3 kg.-mal megnövekedett s február 9-dikén már oly jól érezte magát, hogy munkába állhatott. Bőrének bronzszine ugyan nem változott, de javulása jó ideig tartós volt. Néhány hónap mulva a beteg ismét rosszabbul lett, elgyengült és egy hasonló kúra ismét munkaképessé tette. Azóta az illető időnkint felkeresi Robin osztályát s a glycerophosphat-injectiók mindig több hónapra helyreállitják.

A csontbetegségek közül *rachitisnél, osteomalaciánál* és csonttörések után való *hiányos callusképződésnél* is ajánlják a glycerophosphatokat.

[1] J. Americ. M. Ass. Chicago, 1894. 159. l.

[2] „Sulla utilita terapeutica dell' acido fosfoglicerico.“ Ann. di Chim., 1893. 137. l.

[3] Arch. für die ges. Physiol., 1889.

[4] „Sull' assorbimento e l'eliminazione dell' acido fosfoglycerico. Ann. di Chim. 1894, 145. l.

[5] Med. News Americ. med. surg. Bull. 1897. 166. l.

[6] „Traitement de la sciatique par la méthode hypodermique et en particulier par les injéctions cutanées de glycérophosphate de soude“. Bull. général de thérap. 1897, 433. l.

[7] Bull. gén. de Therap., 1895. 385. l.

[1] Nouv. Reméd. 1894. 203. l.

[2] „Des applications thérapeutiques du phosphoglycérate de chaux.“ Les progrès méd. 1895. I., 202. l.

[3] Répert. de Pharmacie, 1897, 236. l.

Lafage[1] több esetben kiváló sikerrel alkalmazta a glycerophosphat-készítményeket olyan *szoptató nőknél,* a kiknél a tejelválasztás igen hiányos volt. Egyik esetét, mint kiválóan érdekeset, röviden a következőkben közlöm: A 35 éves multiparánál szűk medenczéje miatt három izben extractiót kellett végezni; negyedik gyermeke, egy 3180 gm. súlyú leány 1894. november 29-dikén fogóműtéttel hozatott a világra. Az anya — a kit a nehéz szülések minden alkalommal igen elgyötörtek és elgyengítettek — nagyon kevés tejjel rendelkezett. Három első gyermekét egyáltalában nem is szoptatta, de a negyediknél megkísérelte a szoptatást, daczára annak, hogy post partum 8 napon át lázas volt. A tejelválasztás csekélysége miatt azonban a csecsemőt szamártejjel kellett táplálni; a csecsemő súlya deczember 7-dikén 3045 gm. volt. E naptól kezdve az anya naponta 3 evőkanálnyi calc. glyceroph.-syrupot kapott, mire a tejelválasztás néhány nap alatt annyira fokozódott, hogy a csecsemőnek többé mesterséges táplálásra nem volt szüksége. Deczember 18-dikán a gyermek súlya már 3380 gm., mire a calc. glyceroph.-syrup használatával felhagytak. Ámde a legközelebbi súlymérésnél az derült ki, hogy a csecsemő teste nem gyarapodik annyira (naponta átlag csak 20 gm.-ot). Deczember 25-dikén tehát újból használni kezdte az anya a calc. glyceroph.-syrupot, 10 napig 3, később 8 napig 2 evőkanállal naponta s a gyermek súlyszaporodása ismét igen intensiv lett, naponta 36 grammal gyarapodott, úgy hogy január 12-dikén már 4168 grammot nyomott. Ekkor végleg fölhagytak a gyógyszer használatával; az anya tejelválasztása azonban mindvégig normalis maradt és a gyermek rendesen fejlődött.

A mi a glycerophosphatok használatának *contraindicatióit* illeti, ezek Robin szerint azon betegségekre vonatkoznak, a melyek nagyobb excitatióval járnak, valamint oly bántalmakra, a melyeket azoturia vagy a rendesnél fokozottabb oxydatiós folyamatok kisérnek.

A glycerophosphatok *adagolása* részint belsőleg, részint subcutan történik. Némely szerzők ezen utóbbi alkalmazást biztosabb hatásúnak tartják. *Belsőleg* porban, pilulában, tablettákban vagy vizes oldatban syruppal és cognac-kal rendelhetők. A kalium, natrium és magnesium glycerophosphoricum belső adagja felnőttek számára pro dosi 0·10—0·40 gm., pro die 0·30—1·20 gm. (gyermekek kor szerint ezen adagok $^1/_4$-étől felfelé kaphatják). A calcium glycerophosph. dosisai: 0·05—0·20 gm., pro die 0·50 gm. A ferrum glycerophosph.-ból felnőttnek pro dosi 0·05—0·10, pro die 0·10—0·30 gm.-mot adunk magában vagy arsennel. A chininsóból 0·10 gm., a lithiumsóból pedig 0·50—1·0 gm. adható naponként 2—3-szor. Az egyes sók megfelelő keveréke is használatos, különösen syrupos oldatokban (pl. kalium, calcium, mangan és ferrum glycerophosph. āā 0·25, Syr. cort. aurant. 94·0 és cognac 5·0, naponta 3-szor étkezés közben vízzel vagy borral keverve egy kávés- vagy evőkanállal) vagy pedig cacaotablettákban, mely utóbbi alak különösen a gyermekgyakorlatban való használatra alkalmas.

Subcutan leginkább a calcium glycerophosph. 5%-os, valamint a kalium- és natriumsó 20%-os sterilizált, vizes oldatát használják; az elsőből naponta 0·05—0·50 gm-ot, az utóbbiakból 0·20—1·20 gm.-ot adva. Ischiasnál *Robin*[2] azt ajánlja, hogy a natrium-glycerophosph. 25%-os oldatából az első napon egy, azután naponta két köbcentimeter, sőt szükség esetén 4 köbcentimeter fecskendeztessék az ischiadicus mentén lehetőleg lassan, de mélyen az izmok közé.

A tüdőmegbetegedés kérdése az ipari munkások között.

Közli: *Friedrich Vilmos* dr. a budapesti kerületi betegsegélyző-pénztár főorvosa.

(Folytatás.)

Neufville s *Müller* statistikai adatokkal bizonyították, hogy a phthisis az ipar fejlődésével párhuzamosan halad, míg ez a földmívelő osztálynál épen fordítva van, mert ezen foglalkozásnál a tüdővész viszonylagosan csekély. Tehát úgy ezen, mint a többi csekélyszámú megbizható statistika azt igazolja, hogy a por, úgy a fém-, mint a vaspor, a liszt, a kő- s egyéb ásványi por, valamint a mérges gőzök (Hirt szerint az ólom s a higany) a tüdő-megbetegedéseket elősegitik.

Eddigelé hiányzik egy minden kétséget s minden kifogásolható tényezőket kizáró, az összes társadalmi foglalkozásokat magába foglaló s felölelő megbetegedési statistika, még inkább pedig oly statistika, mely a tüdőbeli megbetegedés s a tüdővésznek egymáshozi viszonyát a különböző foglalkozások közt minden kétséget kizáróan bizonyitaná.

Ezen oknál fogva igyekeztem a budapesti kerületi betegsegélyző pénztárnak négy, illetve öt évi anyagát — mely magába foglalja Budapest munkáslakosságának zömét, mely a megfigyelési időn belül alig hullámzott vagy alig változott qualitative — feldolgozni. Ezen, majdnem egységes anyagnál a megbetegedéseket s a halálozásokat külön tüntettem fel, s a mellett különös nagy gondot fordítottam arra, hogy a négy, illetve öt éven belül orvosok által történt betegbejelentések közül kit soroljak a tüdőmegbetegedés s kit a tüdőtuberculosis sorába.[1]

A *tüdőtuberculosis* rovatába mindazon eseteket osztottam, kik gége-, légcső- vagy tüdőtuberculosis esetleg tüdővész elnevezéssel lettek az *orvosok* részéről betegeknek jelentve, valamint mindazon tüdővérzéssel, tüdőcsúcshurut s lázas tüdőhuruttal bejelentetteket, kik egyhuzamban hat hétnél hosszabb ideig voltak betegek, míg a tüdőhuruttal, tüdőbajjal rövidebb időre munkaképtelen betegeket, valamint a gége-, légcső-, hörghurut, tüdő- s mellhártyalobbal megbetegedett eseteket a *tüdőmegbetegedések* csoportjába soroltam. Jól tudom, hogy ezen beosztás által — melynek szigorú, szakszerű keresztülvitelét csakis azon körülmény könnyitette, hogy a pénztárnál minden egyes tagnak a pénztárba lépés napjától kezdve van egy külön törzslapja, melyen minden egyes megbetegedés s annak időtartama fel van jegyezve — számos esetet enyhébben itéltem meg s igy elvontam a tüdőtuberculosis csoportjától. Magam is azon tapasztalatra jutottam ezen beosztásnál, mint *Sommerfeld*, hogy az orvosok nagy zöme a tüdőkatarrhus nevével tulajdonképen gyakran betegeik s hozzátartozóik előtt leplezni akarják a megbetegedés tulajdonképeni nemét s annak súlyosságát.

A zárt körre vonatkozó, évenként majdnem ugyanazon anyagot felölelő statistika egyénenkénti, azaz a tüdővészben az egy év folyamán megbetegedetteket jelenti, nem tekintve ama időközt, melyben munkáját újból folytatta, vagy hogy az egy megbetegedés ideje alatt 3 szor vagy 6-szor vagy még többször lett újból bejelentve, mig az egyéb tüdőbetegeknek, minden egyes újabbi betegségi jelentése — hacsak 2—3 hét nem volt közte a spatium, mely idő alatt dolgozott —

[1] L. fennebb emlitett munkáját.

[2] Bull. gén. de thérap., 1897, 433. l.

[1] A különböző budapesti betegsegélyző pénztárak anyagából tehát a munkások összességéből nyerhető számokat következő oknál fogva nem használtam fel: 1. a statistikai számok nehezen megszerezhetők s a mellett 2. ezen pénztárak nagy része biztos s megbizható számadatokat nem nyujt, mert a statistikai kimutatás nem kötelező, s mert rendszerint alsóbb tisztviselők által csak hozzávetőleges módon s nem kimerítően végeztetik; 3. egynémely pénztár tagjai sorában jobbmódú önkéntes tagok — kereskedők, önálló mesterek — vannak, a mi a foglalkozási statistikát munkások közt zavarta volna; 4. az egyes pénztáraknál nyerhető számok összegezése a tényleges beteglétszámot, sőt a halálozási számot is túlhaladta volna, nemcsak ama specialis budapesti viszonynál fogva, hogy egyesek 2—3 pénztárnak is tagjai, hanem mivel nagy a hullámzás a munkások foglalkozási helye s neme közt, úgy hogy egy év folyamán sokszor helyet cserélve, több pénztárnál is fordul elő a taglétszámban esetleg mint beteg is; 5. számos pénztárnál ama szokás divik, hogy minden egyes betegbejelentés külön megbetegedési esetnek tüntettetik fel, úgy hogy egy tüdővészes beteg néha ötször, sőt többször is szerepelhet a statistikában, a szerint, hogy az illető hány izben volt kénytelen a munkát megszakitani s beteget jelenteni; 6. ezen egyes statistikai kimutatásoknak azon lényeges közös hibájuk van, hogy tüdőmegbetegedést tüntetnek fel általános fogalommal, esetleg tüdővészről számolnak be, de nincsen feltüntetve vagy elmagyarázva hogy ezen csoportok alatt mit foglaltak össze.

*

újbóli bejelentésnek s új betegségi esetnek lett felvéve. (A tüdővész rovatába itt is csak a fentebb említett eseteket soroltam).[1]

Az ily módon összeállított megbetegedési statistika csak négy évet tüntet fel (1893—1896).

Ezen betegségi statistikai kimutatás szerint a foglalkozásokat azok veszélyessége szerint a következő sorozatban lehetne feltüntetni.

	Tüdőbaj.	*Tüdővész.*
1.	gépész	csiszoló
2.	vasaló	asztalos
3.	tömöntő	nyomdász
4.	kőmíves	gépész
5.	asztalos	czipész
6.	napszámos	hivatalnok
7.	kőfaragó	varrónő
8.	szabó	vasaló
9.	takács	szabó
10.	nyomdai munkás	nyomdai munkás
11.	kárpitos	takács
12.	hivatalnok	házi-, boltiszolga
13.	házi szolga	kereskedősegéd
14.	mosónő	tömöntő
15.	nyomdász	kőmíves
16.	czipész	kőfaragó
17.	fűtő	kárpitos
18.	gyári munkás	kőfejtő
19.	kereskedő	napszámos
20.	hajós	kádár
21.,22.	kőfejtő, varrónő	fűtő, gyári munkás
23.	szobrász	szobrász
24.	kocsis	pinczér
25.	kádár	kocsis
26.	tanoncz	hajós
27.	csiszoló	mosó
28.	pinczér	tanoncz

Az 5 évről szóló halálozási statistikák a következők.

[1] E statistikából hiányzó nagyobb foglalkozások: ács, molnár, malommunkás, szűcs s sapkás, pék s czukrász, távirdász, vasutas, fényképész, festő, mázoló, mészáros, hentes, bádogos, sárgarézöntő, aranyozó, dohánygyári munkás, bányász s kohász (kőszén, ólom, só, vas), könyvkötő, üvegfúvó, csiszoló, mészégető, timár, fodrász, borbély, esztergályos.

Megbetegedési statistika az 1893—96. években.

Foglalkozás	Tüdőbaj	Tüdővész	1000 közül megb. tüdőbajban	1000 közül megb. tuberculosisban	Az élők évi átlag. létszáma
Asztalos	175	138	73	58	588
Csiszoló	18	72	21	85	208
Czipész	93	93	43	43	533
Fűtő	108	20	41	11	662
Gépész	126	45	132	47	237
Gyári munkás	909	246	37	10	6040
Hajós	423	81	34	6	3044
Házi-, boltiszolga	297	155	45	23	1635
Hivatalnok	105	72	47	32	560
Kádár	111	48	28	12	250
Kárpitos	75	23	48	15	389
Kereskedő	137	82	37	22	941
Kocsis	312	82	29	7	2710
Kőfaragó	99	30	55	17	444
Kőfejtő	61	28	33	15	454
Kőmíves	38	9	76	18	125
Mosó	79	11	45	6	431
Napszámos	1864	405	57	12	8160
Nyomdai munk.	189	109	50	29	933
Nyomdász	558	618	44	48	3186
Pinczér	135	61	16	7	2031
Szabó	162	91	54	30	745
Szobrász	34	9	29	8	292
Szűcs[1]	13	3	45	9	220
Takács	65	33	50	25	323
Tanoncz	192	40	21	4	2248
Tömöntő	42	8	104	19	101
Varrónő	54	59	29	31	462
Vasaló	135	40	107	31	314
Egyéb foglalk.	689	97	75	10	2287
Összesen	7297	2818	395	148	40553

[1] Csak az 1896. évben léptek be nagyobb számmal, midőn iparterületük feloszlott s így e szám csak 1 évet jelent.

Az 1893—1897. években elhaltak nem szerint s azok ‰ szerinti kimutatása. (‰ viszony: halál-ok az összelhaltakhoz.)

	Férfiak						Nők					
	tüdőbaj	tüdővész	egyéb	összes	létszám	tüdőbaj és egyéb	tüdőbaj	tüdővész	egyéb	összes	létszám	tüdőbaj és egyéb
1893	220·6‰ 45	284·3‰ 58	495·1‰ 101	1000‰ 204	24852	715·7‰ 146	238 1‰ 5	571·4‰ 12	190·5‰ 4	1000‰ 21	6092	428·6‰ 9
1894	148·2‰ 47	384·9‰ 122	466·9‰ 148	1000‰ 317	26972	615·1‰ 195	137·2‰ 7	411·8‰ 21	451‰ 23	1000‰ 51	7349	588·2‰ 30
1895	139·1‰ 59	389·1‰ 165	471·8‰ 200	1000‰ 424	39156	610·9‰ 259	93‰ 8	441·9‰ 38	465·1‰ 40	1000‰ 86	10828	558·1‰ 48
1896	119·3‰ 55	364·4‰ 168	516·3‰ 238	1000‰ 461	37197	635·6‰ 293	95·9‰ 7	493·1‰ 36	411‰ 30	1000‰ 73	9767	506·9‰ 37
1897	121·9‰ 49	412·9‰ 166	465 2‰ 187	1000‰ 402	40573	587 1‰ 236	42·2‰ 3	535·2‰ 38	422·6‰ 30	1000‰ 71	12415	464·8‰ 33
1893—1897.	141·1‰ 255	375·5‰ 679	483·4‰ 874	1000‰ 1808	168750	624·5‰ 1129	99·3‰ 30	480·1‰ 145	420 6‰ 127	1000‰ 302	46451	519 9‰ 157
Évi átlag	141·1‰ 51	375·5‰ 135·8	483·4‰ 174·8	1000‰ 361·6	33750	624·5‰ 225·8	99·3‰ 6	480·1‰ 29	420·6‰ 25·4	1000‰ 60·4	92902	519·9‰ 31·4

Az 1893—1897. években elhaltaknak nem szerinti ‰ kimutatása. (‰ viszony: halál-ok az élőkhöz.)

	Férfiak						Nők					
	tüdőbaj	tüdővész	egyéb	összes	taglétsz.	tüdőbaj s egyéb	tüdőbaj	tüdővész	egyéb	összes	taglétsz.	tüdőbaj s egyéb
1893[1]	1·81‰ 45	2·33‰ 58	4·07‰ 101	8·21‰ 204[1]	24852	5·88‰ 146	0·88‰ 5	1·96‰ 12	0·65‰ 4	3·49‰ 21[1]	6092	1·53‰ 9
1894	1·74‰ 47	4·52‰ 122	5·49‰ 148	11·75‰ 317	26972	7·23‰ 195	0·95‰ 7	2·86‰ 21	3·13‰ 23	6·94‰ 51	7349	4·08‰ 30
1895	1·50‰ 59	4·21‰ 165	5·11‰ 200	10·82‰ 424	39156	6·61‰ 259	0·74‰ 8	3·51‰ 38	3·69‰ 40	7·94‰ 86	10828	4·43‰ 48
1896	1·48‰ 55	4·51‰ 168	6·39‰ 238	12·38‰ 461	37197	7·87‰ 293	0·72‰ 7	3·68‰ 36	3·07‰ 30	7·47‰ 73	9767	3·79‰ 37
1897	1·21‰ 49	4·09‰ 166	4·61‰ 187	9·91‰ 402	40573	5·82‰ 236	0·24‰ 3	3·14‰ 38	2·42‰ 30	5·80‰ 71	12415	2·66‰ 33
Összes ..	1·51‰ 255	4·02‰ 679	5·18‰ 874	10·71‰ 1808	168750	6·69‰ 1129	0·64‰ 30	3·12‰ 145	2·74‰ 127	6·50‰ 302	46451	3·38‰ 157
Évi átlag	1·51‰ 51	4·02‰ 135·8	5·18‰ 174·8	10·71‰ 361·6	33750	6·69‰ 225·8	0·64‰ 6	3·12‰ 29	2·74‰ 25·4	6·50‰ 60·4	9290·2	3·38‰ 31·4

[1] A tagok járatlansága következtében az új törvénynyel szemben nem lett minden halálozás bejelentve.

Az 1893—1897. években elhaltak ‰ kimutatása. (Viszony: halál-ok az elhaltakhoz, halál-ok az élőkhöz.

Melyik évben	Tüdőbajban	Tüdővészben	Egyéb bajban	Összesen	Az élők létsz.
1893	222·2‰ 1·61‰ 50	311·1‰ 2·26‰ 70	466·7‰ 3·39‰ 105	1000‰ 7·26‰ 225	30944
1894	146·7‰ 1·57‰ 54	388·6‰ 4·16‰ 143	464·7‰ 4·99‰ 171	1000‰ 10·72‰ 368	34321
1895	131·3‰ 1·34‰ 67	398‰ 4·06‰ 203	470 7‰ 4·80‰ 240	1000‰ 10·20‰ 510	49984
1896	116·1‰ 0·98‰ 62	382‰ 4·34‰ 204	501·9‰ 5·74‰ 268	1000‰ 11·40‰ 534	46964
1897	109·9‰ 1·32‰ 52	431·2‰ 3·85‰ 204	458·9‰ 4·09‰ 217	1000‰ 8·92‰ 473	52988
Összesen	135‰ 1·33‰ 285	390‰ 3·83‰ 824	47·5‰ 4·65‰ 1001	1000‰ 9·81‰ 2110	215201
A tagok hány ‰-je megh.	1·33‰	3·83‰	4·65‰	9·81‰	
100 meghalt közül megh.	13·5	39·0	47·5	1 00	

Ezen táblák áttekintése után mindenekelőtt igen szembeszökő a megbetegedés s halálozási statistika végeredményei közti különbözet. Mig u. i. az 1893/96. évben 7297 egyén betegedett meg tüdőbajban s 2818 tüdővészben, addig ugyanezen beteganyagnál s betegforgalomnál az utolsó *öt* év alatt 285 halt meg tüdőbajban s 824 tüdővészben.

Ezen számok mintegy azt mutatják, hogy a tüdőbaj nem veszélyes mint tüdőbaj, mert a megbetegedetteknek alig $^1/_{30}$ része halt el e bajban, hanem veszélyes gyakori előfordulásánál fogva, mivel a munkás a kisebb tüdőbajt könnyen elhanyagolja, azt nem kezelteti vagy nem elég korán s mivel még a komolyabb természetű tüdőmegbetegedés után részint a pénztárak illetve a pénztári törvény szűkkeblűségénél fogva s a pénztáraknak, melyeket az állam anyagilag nem támogat, rossz anyagi viszonyainál fogva nem kiméllheti magát elég hosszú ideig. Igy azután nem ritkán az történik, hogy a munkás a kiállott nagyobbmérvű tüdőmegbetegedés után, rövid időre a láztalan állapot elmultával munkára képesnek lesz jelentve, holott tüdeje ezen állapotban — bár szervezete különben már egészséges — mint locus minoris resistentiae a tüdőtuberculosis bacillusának letelepedésére a legalkalmasabb talaj.

Az, hogy 2818 tüdővész mellett[1] hozzávetőleges számítás szerint ugyanazon időn belül *670* haláleset fordult elő, azt bizonyitja, hogy a *tüdővészben megbetegedetteknek majdnem negyedrésze halt meg,* a mi magában véve nagy halálozási szám, mivel „általános a tapasztalat, hogy legalább is 6-szor annyi az egyidőben jelenlevő tüdővészes beteg, mint a hány valamely területen az évi sorvadás okozta halálozások száma“ (Kuthy). Ezen halálozási számnak amúgy is elég nagy értékét még jelentékenyen növeli ama körülmény, hogy a pénztári segélyezés csak húsz hétig tartó egyhuzambeli betegségre vonatkozik, úgy hogy igen sokra, talán jóval többre tehető azok száma, kik már a segélyezés elmultával meghalnak, vagy kik a betegségük előhaladott állapotában a fővárosból távoznak s más könnyebb nem ipari foglalkozás után járnak.

Ezen számok, magam itt bevallom, nem adják ama értéket, melyet adnának, ha az egyes betegeket folyton észlelhetnénk vagy kisérhetnénk figyelemmel, ha pl. 40 hét vagy annál is hosszabb ideig volnának egyhuzamban kezelés alatt, vagy ha végig lehetne bajukat észlelni; *e szám tehát csak relativ értékű.* Ezen egyes számcsoportok értékéből azonban összehasonlításokat bátran s bizvást lehet tenni; minden esetre azt lehet belőlük következtetni, hogy e *felvett szám egy minimalis érték, melyet a meghaltak száma túlhalad, de a mely minimalis voltánál fogva is bizonyítja, hogy a munkások — ipari s kereskedelmi alkalmazottak — között a tüdővész sokkal gyakoribb, mint más foglalkozásbeliek között, hogy a foglalkozás minősége a tüdővészre praedispositiót rejt magában. Ha tehát a tüdőtuberculosis nem is foglalkozásbeli megbetegedés, mégis oly betegségnek tekintendő, melyet a jó vagy rossz, azaz helyesebben hygienice kifejezve az egészséges és kevésbbé egészséges foglalkozás befolyásolni képes. (Létezik tehát egy ipari tüdögümő veszélye.)*

(Folytatása következik.)

[1] Ezen 2818 tüdővész megbetegedése egy eléggé pontos szám, mely talán nem azáltal lett nagyobbitva, hogy egy megbetegedés több izben fordult elő, bár nem akarom kizárni, hogy 150,000 törzslap áttanulmányozásánál ily irányú hibák is esetleg, bár elenyésző számban becsúsztak.

Haykraft a gümő-bacillust fajunk barátjának nevezi, mert a gyengébbeknek korai eltávolításával a fajt javítja.

Gottstein legújabban megjelent művében („Epidemiologie“ 1898.) a gümőkórról következően emlékszik meg: „Die Tuberculose ist aus einer selectorischen, nur die degenerirten Zweige eines Geschlechtes vernichtenden Seuche eine sociale Gefahr geworden, welche schon bei nicht bedeutenden Schädigungen die angeborene Immunität angreift.“ „Seine Macht (des Tuberkelbacillus) geht leider viel weiter, indem sie sich auch auf rassentüchtige Elemente erstreckt, sobald diese oft nur durch sociale Umstände, vielleicht auch nur vorübergehend ihre Widerstandskraft ihm gegenüber eingebüsst haben. Namentlich die Tuberculose gewisser Gewerbe ist nicht mehr eine selectorische Schädlichkeit und darum eine Wohlthat im Sinne der Auslese, sondern eine ganz schwere und ernste Gefahr, sowohl für die lebenden Generationen, wie noch viel mehr für die ihnen folgenden.“

Közlemény a müncheni Reisingerianum Schech tnr. vezetése alatt álló gégészeti osztályáról és Heymann P. docens poliklinikájáról (Berlin).

Az álhangszalag izmáról s működéséről hangképzés alkalmával.

Donogány Zakariás dr.-tól.

(Vége.)

Schech professor szóbelileg közölte velem, hogy gyürüszerü elzárást is észlelt. Én ily esetet nem láttam.

Hogy mily fokú közeledés szükséges ahhoz, hogy az álhangszalagok mint hangot képző rezgő lemezek szerepelvén, a valódi hangszalagokat helyettesíthessék, azt nem voltam képes megállapítani; de még oly esetekben is, a hol az álhangszalagok élénkebb mozgása mondhatni csak jelezte a helyettesítést, vicariáló működésről szólhatunk.

A közeledés mindig kétoldali, kivéve, ha valamelyik álhangszalag e működésében akadályozva van.

Észleleteim közül kettőt külön felemlítésre méltónak tartok, czeknél is mint a P. Heymann és Dundas-Grant eseteiben kétes volt, hogy önálló mozgás-e az álhangszalagok kóros összehúzódása vagy csak helyettesítő.

1. eset. M. B. 21 éves nő, 5 év óta rekedt. Három év előtt pajzsmirigykiirtás Basedow-kór miatt. Keveset köhög, nem köp A felső légutakban és a tüdőben eltérés nincs. Hangadás alkalmával a hangrés tökéletesen záródik, egyidejüleg az álhangszalagok az érintkezésig közelednek egymáshoz, csak a hátsó harmadban marad kis háromszögű rés, melyen át az egymáshoz illesztett hangszalagok láthatók. Az álhangszalagok a phonatio végeig ezen helyzetben maradnak. A hang rekedt. A megszakított hangadás a betegnek igen nagy megerőltetésébe kerül, s az álhangszalagok teljes érintkezésével jár. A „h"-t elég könnyen képzi, s ekkor az álhangszalagok kissé távolodnak egymástól. Többszöri vizsgálat, mindig ugyanazon eredménynyel. A különben igen intelligens betegen a hysteria egyéb tünetei is jelen voltak.

2-dik eset. B. B. 33 éves nő. Jelen betegségig semmi légzőszervi bántalomban nem szenvedett. Különben gyakori havibaj gyötri, nagy vérzésekkel és fájdalmakkal. Folyó év május 29-dikén délelőtt, szobájában kézimunka mellett ülve, minden megmagyarázható ok nélkül, hirtelen fuladozni kezdett, ez állapot rövid idő mulva javult, s csak csekély fokú rekedtség maradt meg. A nehézlégzési roham többé nem ismétlődött, de a rekedtség estig a teljes hangtalanságig fokozódott.

30-dikán délelőtt, a midőn a Heymann-féle poliklinikát felkereste, alig tudott suttogva beszélni. A vizsgálat a gégében bonczlani elváltozásokat nem tüntetett föl. A hangadás alkalmával a hangrés nem zár teljesen, hátul kis háromszögű rés látható. Egyidejüleg az álhangszalagok egymáshoz közelednek egész az érintkezésig, hanem tulajdonképen csak akkor, ha a valódi hangrés zárás megtörtént. Az álhangszalagok egyszersmind lefelé is nyomulnak, látszólag a hangszalagokra nyomást gyakorolván. Ezen lefelé való nyomás folytán a valódi hangszalagok közelebb jutnak egymáshoz.

Oly mozgással volt tehát dolgunk, melyet mint a hangrés-zárás segítő működését kell felfognunk.

Az már felfogás dolga, hogy az ilyen működést vicariálásnak tekintsük-e vagy sem.

A megszakított hangképzés alkalmával leirt kép nem változik, „h" képzéskor a rendes viszonyok vannak, a mennyiben úgy a valódi mint az álhangszalagok kifelé mozdulnak.

A lágy szájpadon érzéstelen területeket találtam, melyek helyüket és nagyságukat változtatták. A betegség lefolyásában a hangrés-zár javulásával egyidejüleg az álhangszalagok működése veszített élénkségéből. A 4-dik napon csak a középen levő kis előmborodással érintkeztek, s ez érintkezés csak rövid tartamú volt. A 6-dik napon a hangrés-zárása tökéletes, az álhangszalagok a középen kissé befelé domborodnak. De köhögéskor egész hosszukban érintkeznek, mi által a juhok köhögéséhez hasonló hang keletkezik. A 7-dik napon a hang tiszta, a hangrés teljesen zárt, az álhangszalagok csak a rendes körülmények közt észlelhető kis mozgást mutatják. A különben hysteriás beteget erős farádos árammal kezeltem. E tünetek elmulta után a beteg még mintegy 8 hétig észlelésem alatt állott, de a bántalom ez idő alatt nem jelentkezett többé.

A kóros esetekben észlelt álhangszalagmozgások közös jellemvonása, hogy a hiányos hangrés-zár támogatását vagy helyettesítését czélozzák.

Ezen működésnél fogva az álhangszalag izmát a hangrés-zárás segédizmának kell tekintenünk.

Igen sajátszerüek azonban a rendes körülmények között jelentkező mozgások.

Egy fentebb felemlített vélemény szerint, az álhangszalagok e mozgásai az által keletkeznek, hogy a Morgagni-féle tasakba jutott levegő azokat előmboritja. E nézet a megszakított hangadáskor észlelhető tünemények megmagyarázásánál első pillanatban nem tünik fel valószinütlennek. De még sem valószinü, hogy ezen mozgásoknak egyszerü és megszakított hangadás alkalmával különböző oka volna; s továbbá oly feszesen egymáshoz illeszkedő álhangszalagmozgást, a milyet a megszakított hangadás alkalmával néha észlelhetünk, passiv előmborodás még sem okozhat. Ellene szól a mozgás alakja is.

Az álhangszalag izmában kell a mozgató erőt keresnünk; itt két lehetőség forog fenn Az egyik az, hogy az álhangszalagizom mozgásai a musculus vocalis működésével együtt járók, s akkor könnyen érthető volna a megszakított hangadás alkalmával a lökésszerüen egymáshoz közeledő valódi hangszalagokat kisérő bár néha túlszárnyaló álhangszalagmozgás. A másik lehetőség, hogy itt önálló izomműködés van jelen, mely izomműködés a hangrés zárása alkalmával jelentékeny segédszerepet játszik. A kóros körülmények közt szerzett tapasztalatok ez utóbbi esetőség mellett szólnak, a nélkül azonban, hogy az elsőt kizárhatnók. Valószinüleg mindkét körülmény szerepel. Hogy az álhangszalagmozgások még rendes körülmények között segitő vagy helyettesitő működést fejtenek ki a szoros hangrés-zár érdekében, a „h" képzéskor szerzett tapasztalatokkal támogatható. Mert ilyenkor az álhangszalagok egymástól távolodnak, mert szoros hangrés-zárra nincs szükség, az álhangszalagok összehúzódása illetőleg közeledése a hangszalagok távolodását akadályozná.

Az álhangszalagmozgások alakja és élénksége az egyes esetekben különböző. Az oka ennek egyrészt az izom különböző fokú kifejlődése, másrészt pedig a változó lefutás. Az alakra vonatkozólag tapasztalataim megegyeznek a Steinlechner és Tittel adataival; ugyanis a közép vagy hátsó harmadban közönségesen látható kis kidomborodás nem más, mint az általok leirt sagittalis irányú izomköteg belépési helye. A kifelé mozgást — véleményem szerint — az ivalakú rostok elősegithetik.

Vizsgálataim eredményét röviden a következőkben foglalom össze:

1. Az álhangszalagok hangképzés alkalmával szabályszerü mozgásokat végeznek; a helyzetváltozás alakja és nagysága az álhangszalagizom lefutásától és kifejlődési fokától függ.

2. Kóros esetekben, ha a hangrés zárása nehéz vagy lehetetlenné vált, az álhangszalagmozgások segíteni vagy helyettesíteni képesek, a hangszalagmozgásokkal vagy azok helyett működvén.

* * *

Kedves kötelességemnek tartom végül Schech tanár és P. Heymann docens uraknak szives támogatásukért és az anyag átengedéséért e helyen is köszönetet mondani.

Irodalom.

[1] *E. Cutter*: Some practical points about the false vocal bonds. Gaillards med. Journal 1884. Cit. Semon Centralblatt f. Laryng. 1886. [2] *Czermák*: Bemerkungen zur Lehre vom Mechanismus des Larynxverschlusses. Wiener med. Wochenschrift, 1860. [3] *Dundas-Grant*: Semon Centralbl. f. Laryng. 1887. [4] *Ewald*: Physiologie des Kehlkopfes. Heymann, Handb. der Laryng. u. Rhinol. 1896. [5] *Fournié*: Physiologie de la voix et de la parole. Paris, 1866. [6] *Garcia* cit. *Seiler*: Altes und Neues über die Ausbildung des Gesangorgans. Leipzig, 1861. [7] *Gougenheim et Lermoyez*: Physiologie de la voix et du chant. Paris, 1885. [8] *Grützner*: Physiologie der Stimme und Sprache. Hermann Handb. der

Physiol. Leipzig, 1879. [9] *Henle*: Handbuch der systemat. Anatomie des Menschen. Braunschweig, 1873. [10] *P. Heymann*: Ein Fall von phonatorischen Krampf der falschen Stimmbänder. Wiener med. Blätter, 1878. [11] *Hyrtl*: Lehrb. d. Anat. d. Menschen. Wien, 1867. [12] *Jelenffy*: Stimme ohne Stimmbänder. Wiener med. Wochenschr. 1867. [13] *Luschka*: Der Kehlkopf des Menschen. Tübingen, 1871. [14] *Mackenzie*: Das Singen und Sprechen. Hamburg 1877. [15] *L. Mandl*: Die Gesundheitslehre der Stimme. Braunschweig, 1876. [16] *Merkel*: Anat. u. Physiol. d. menschl. Stimm- und Sprachorgans. Leipzig, 1863. [17] *Müller*: Ueber die Compensation d. physischen Kräfte am menschlichen Stimmorgan. Berlin, 1839. [18] *Reclam*: Der Leib des Menschen. Stuttgart, 1869. [19] *Rinne*: Arch. f. Anat. u. Physiol. 1850. [20] *Rossbach*: Physiol. d. Stimme. Würzburg, 1869. [21] *Rüdinger*: Beitr. zur Anat. d. Kehlkopfes. Monatschr. für Ohrenheilkunde, 1876. [22] *Rüdinger*: Reizung d. Taschenbandmuskels an einem Enthaupteten. Monatschr. für Ohrenheilk., 1876. [23] *Rühlmann*: Untersuchungen über d. Zusammenwirken d. Muskeln stb. Braunschweig, 1873. [24] *Simanovszky*: Beiträge z. Anat. d. Kehlkopfes. Arch. für mikr. Anat., 1883. [25] *Steinlechner* und *Tittel*: Sitzungsb. d. kais. Akad. d. Wissenschaft. Wien, 1897. [26] *Störk*: Klinik d. Kehlk.-krankh. Stuttgart, 1866. [27] *Zuckerkandl*: Anat. d. Kehlkopfes. Heymann, Handb. der Laryngologie und Rhinologie, 1896.

Szőrtelenités Röntgen-sugarakkal.

Havas Adolf dr. egyet. magántanár, kórházi főorvostól.[1]

Röntgen würtzburgi physikusnak 1895-ben tett korszakalkotó felfedezése óta az orvostudomány minden ágában indultak meg kisérletek a felfedezés tudományos értékesítése czéljából úgy kórismészeti, mint gyógytani szempontból. A Röntgen-sugarak értéke diagnostikai szempontból minden kétségen fölül áll. Legio immár azon esetek száma, a melyeknél ez eljárás sikerrel alkalmazásba vétetett. Az átvilágítási methodus is már annyira tökéletesedett, hogy joggal mondhatjuk Büttner és Müllerrel, hogy a szóban forgó felfedezés az orvostudományra nézve ép oly fontos és kiható, mint annak idején Lister felfedezése.

A diagnostikai czélból tett kisérletek azonban azt is mutatták, hogy a Röntgen-sugarakkal való átvilágítás egyáltalában nem közömbös az emberi szervezetre és szövetekre. Minden egyes vizsgáló és kisérletező tudott valamit jelenteni azon ártalmas mellékhatásról, a mely ez eljárás által előidéztetik, provocáltatik.

Oudin, Barthélemy és Darier párizsi orvosok nagy szorgalommal összeállított dolgozatban referáltak a moszkvai nemzetközi orvosi congressusnak a Röntgen-sugarak behatása által előidézett és különböző kisérletezők által registrált kóros változásokról. Szerintük a kóros alteratiók foka függ az átvilágításra használt villamos áram feszereje, az átvilágítandó testnek a lámpától távolsága, az átvilágítás tartama, az egyes ülések egymásutánjának gyakorisága, individualis ellentállóképesség, más kóros változásoknak fönállása stb.-től.

Az előidézett tünetek vagy fölületesek és könnyüek, vagy mélyrehatók és súlyosak. A kóros változások rendesen nem mindjárt a sugarak behatása után, hanem sokkal később, egy-két nap, gyakran csak hetek eltelte után mutatkoznak. Rendesen fájdalmasak, néha valóságos neuralgikus fájdalmakkal járók és igen lassú és renyhe gyógyulási tendentiával birók.

Leginkább a bőr támadtatik meg által, azon pír, duzzadás, égés, fájdalom, hólyagképződés, lehámlás, sötét festenyzés, kifekélyesedés, üszkösödés, hegesedés, idült beszürődés, az érzékenység és ruganyosság csökkenése, a hajkihullás és körömleválás észleltetett.

A belső szervekre való kártékony hatás emésztési zavar, hányás, hasfájdalmak, szívdobogás, rendetlen pulsus, ideges izgatottság és a retina irritatioja alakjában nyilvánul. Bactericid hatására nézve még nagyon eltérők a nézetek.

Barthelemy és *Oudin* azt is észlelték, hogy lappangó gümökór által acuttá, floriddá lett. Csonttöréseknél, ott a hol a csontrészek késedelmesen vagy hiányosan nőttek össze, az átvilágítás általi izgatással gyorsabb gyógyulás idéztetett elő.

A mint a most felsoroltakból látható, bár alig két éve alkalmaztatik a röntgenezés, mégis milyen nagy számú már az általa okozott és registrált ártalom. Az alkalmazások száma, a kisérletek folytatása bizonyára még sok kellemetlen mellékhatást fog felszinre hozni, azért szükséges, hogy minden egyes esetnél észlelt ártalom fixáltassék, hogy abból és azon okulva, egy újabb alkalmazásnál azt lehetőleg kikerülhessük.

A Röntgen-sugaraknak azon mellékhatását, hogy szőrzetes helyen, behatása folytán a hajak kihullanak, Daniel tanár közölte e ször. Ha az igy keletkezett hajhullás tartós és állandó, akkor az börgyógyászati szempontból megbecsülhetetlen értékü volna. A hypertrichosis egyike a köztakaró azon elváltozásainak, a mely nemcsak a dermatologus, hanem és még inkább a betegnek sok gondot és keserüséget okoz. Az egyszerü epilatio és vegyi hajirtó szerek mind csak ephemer értékűek, sőt annyiban rosszak, hogy az igy kezelt hypertrichotikus bőrön az utána növő hajak még vastagabbak és a cosmeticai alteratio még feltünöbb lesz. Az electrolytikus kezelés mód végeredményére nézve jó, de oly fáradságos, oly hosszadalmas, néha fájdalmas és oly nagy kézbeli ügyességet feltételező eljárás, hogy általános elterjedést és alkalmazást aligha fog nyerni. Mi természetesebb tehát, hogy a dermatologusok szives örömest vettek tudomást a Röntgen-sugarak hajhullasztó képességéről és azt gyakorlatilag alkalmazni megkisérlették. Freund dr. bécsi orvos volt az első, ki curativ szempontból hypertrichosisnál a Röntgen-sugarakat alkalmazta és csakugyan 24 illetőleg 42 órai exponálás után tökéletes effluvium capillorumot volt képes előidézni, de az exponált helyen intensiv lobos tünetek léptek fel. *Kaposi*, ki az esetet látta, mindjárt akkor kijelentette, hogy mihelyt a Röntgen-sugarak által előidézett zavar a hajszemölcsben megszünend, a hajaknak újra ki kell nőniök. És *Kaposi* jóslata beteljesedett, mert két és fél hónap után Freund esetében a szőrök ismét jelentkeztek. Ugyanily tapasztalatot tett minden észlelő. Egy magyar kartárs, *Jutassy*, ki a hypertrichosisnak Röntgen-fénynyel való gyógyitásával foglalkozik, kizártnak tartja azon lehetőséget, hogy minden megtámadott papilla pili visszanyerje előbbi tonusát és azon reményének adott kifejezést az Orvosi Hetilapban megjelent czikkében, hogy további kisérletezései által sikerülend neki bebizonyitani azon feltevést, hogy az X-sugarak többszöri alkalmazása által képesek vagyunk a hajhagymát (valószinüleg a hajszemölcsöt gondolta) életmüködésében annyira zavarni, hogy az többé regenerálódni nem lesz képes és igy a szőrnövés örökre megszünik.

Jutassynak ezen állitása elől elzárkózni nem lehet. A Röntgen-sugaraknak élettani hatása a normalis szövetre a többi feltételezett között csakugyan olyan, hogy annak életviszonyaiban zavart idéz elő és ez a zavar oly nagy lehet, esetleg oly gyakori lehet, hogy az a szövetrész tönkre is megy. Már most csak az a kérdés, hogy nem megy-e egyúttal a hajszemölcscsel más szomszédos szövet is tönkre és igy egy kis cosmeticai hiba nem cseréltetik-e ki egy nagy cosmeticai nem hiba, hanem defectussal?

A bemutatandó beteg esete megadja erre a választ.

A 19 éves leány f. é. január 10-dikén lett egy kartárs által kezelésbe véve hypertrichosis faciei miatt. A hypertrichotikus arczrészlet 27 órán át lett az X-sugaraknak kitéve. Minden egyes ülés 1—2 óra hosszat tartott. Az expositio minden nap egyszer, esetleg kétszer is tétetett. A második ülés vége felé az arcz bőre vörös, duzzadt és fájdalmas lett, de azért a seance-ok folytatva lettek. A 27-dik óra után az exponált bőr a beteg előadása szerint sötétbordó-vörös lett, az ajkak rendkivül megduzzadtak, erősen vérzettek. Később az ajkakon genyedés lépett fel és azok éjjel egymással összetapadtak. Majd igen bő genyedés mellett a bőr levált és mint a beteg magát kifejezi, a nyers húshoz hasonló színü és rendkivül fájdalmas seb keletkezett mindkét arczfélen és az állon.

Hogy mily fájdalmas lehetett a seb, a mellett szól azon körülmény, hogy beteg csak a kezelő orvos által rendelt altató szerek vétele után tudott aludni.

Hat hónapig kezeltetett a seb, de a tökéletes behegesedés illetőleg gyógyulás nem jött létre.

Ekkor jutott a bemutatott beteg rendelésemre és én nála a következő változásokat találtam: Mindkét arczfélen a fülnyilás és orrcsúcs közti vonal alatti részen a köztakaró váltakozva halavány rózsaszínü, sötétvörös vagy szederjes színezetü, igen vékony hámmal fedett, és az egész terület mintegy három góczpontból kiindulólag csillagszerüen elrendezett, sugárszerü hegsávokkal átszőtt. E sugárszerüen elrendezett hegsávok egy a központot

[1] Betegbemutatás a budapesti kir. orvosegyesület 1898. november 5-diki ülésén.

képező, a jobb arczfélen $3^1/_2$ cm. hosszú és két cm. széles, a bal arczfélen egy valamivel kisebb és az alajkon egy rendetlen alakú, renyhény sarjadzó, sekély bemélyedésü atonikus, rendkivül érzékeny fekélyedés felé vergált. Körülbelül négy hétig tartott, míg a jelzett fekélyedések begyógyultak. A begyógyulás után a feszültségi érzet és fájdalom az afficiált helyen csökkent ugyan valamit, de még ma is fennáll. A köztakaró elszínesedése is javult ugyan a gyógykezelésre, de még mindig olyan, mely a betegnek lehetetlenné teszi a társaságban való megjelenést és a fátyolnélküli járást az utczán, mert a nem röntgenizált felső arczrész kifejezetten barnaszínü, lehetne mondani erösen festenyzett, holott a kezelt részen majdnem achromatikus, festenynélküli, és a határ a kettő között éles, egyenes vonallal jelzett. Ez éles, egyenes vonalú határ miatt az ellentét még inkább kiemelödik. Különösen aggasztja beteget a kékes elszíneződése a röntgenizált bőrnek, a mely mindig fellép, valahányszor hüvösebb levegő éri a bőrt (a subpapillaris véredényhálózat hüdéses kitágulásának következménye). Szőrzet csakis a felajkon, az orr szélességének megfelelőleg látható. Ezek meglehetősen kifejlett barna, erős lanugok. Hogy a kezelt többi részen milyen volt a szőrösödés, azt nem tudom. De constatálni akarom, hogy a felajk mindkét oldalán, mindkét fülelőtti tájon, a bőrön, bár a hegesedésnek, a roncsolásnak semmi nyoma, a szőrzet mégis tökéletesen hiányzik, sőt tekintve azt, hogy immár nyolcz hónap telt el a kezelés óta, körülbelül biztosan mondhatom, hogy ott többé szőrzet nem is fog jelentkezni.

Ma a hegek hatása alatt, a különben szép nő arcza egészen el lett éktelenítve. Az arcz nem gömbölyded, hanem hosszúkás, az áll csúcsosan kiemelkedő. Igy tehát a szegény nő, nem hogy szebbé nem lett, hanem ellenkezőleg éktelenittetett, és e mellett a stringáló hegek kellemetlenséget, sőt fájdalmat is okoznak és a fej mozgathatóságát határozottan korlátozzák.

Mindezek után, minthogy tehát az egyes észlelők feljegyzései szerint a Röntgen-sugarak hatása nemcsak a bőrre, hanem az egész szervezetre is kártékony lehet; minthogy a Röntgen-sugarak által okozott ártalmak nem azonnal a behatás alkalmával, hanem később, napok, esetleg hetek mulva nyilvánulnak csak, és ilyetén módon a hatás mérlegése és megbecsülése stante sessione hatalmunkon kivül áll; minthogy a szőrtelenítés csak a derma mélyében fekvő papilla pili szétroncsolása, vagy annak táplálkozási illetőleg életviszonyainak oly módosulása által remélhető, a mely azt elsorvasztja: a Röntgen-sugarakkal való radicalis epilatio cosmeticai czélból ez idő szerint nem ajánlható, mert a többi ártalmak mellett, a papilla pili szétroncsolásával a szomszédos többi bőrrészlet is szétroncsoltatik, tehát éktelenítő hegesedés jön létre, mint ez esetünkben is észlelhető. A papilla pili életviszonyainak oly mérvü befolyásolása pedig, hogy az sorvadjon, hogy hajképzésre képtelen legyen, még annyira a kisérletezés stadiumában van, hogy a „nil nocere“ elvénél fogva azt jó lelkiismerettel mostani tudásunk mellett még nem ajánlhatjuk.

Csakis oly esetekben, a hol curativ szempontból *ideiglenes* hajkihullásra van szükségünk, mint a favus, herpes tonsurans capillitii stb.-nél lehetne a fáradságos és fájdalmas kézzel való epilatio helyett a Röntgen-sugarakat igénybe venni, mert oly egyszerü hajhullás előidézésére sem nagy feszerejü villamosság, sem hosszú tartamú átvilágításra nincs szükségünk és az átvilágítást nagy distantiából végezhetjük.

Anaemia perniciosa gravis relativ gyógyulása.

Közli: *Urszinyi Gyula* dr.

(Vége.)

Nemcsak étel, de állott víz vagy szenyes talajon fakadó forrásvíz, nyáron *igen gyakran okoz cholerint*; ezt nem obligat, de valószinüleg nem is nagyon pathogen bakteriumok idézik elő, mivel nem toxikus tünetek uralják a kórképet, hanem inkább localisak, az általános tünetek csak a nedvveszteség rovására irandók, a belek *antiseptikus kezelése* idejekorán alkalmazva czélhoz is vezet, *antitoxinra* nincs szükség.

A beteg sokszor elbeszéli, hogy egy forró napon, szomját hogy csillapitsa, egy kis forrásnak álló vizéből, jó sok vizet ivott. Alig 2—3 óra mulva érezte, hogy hasa puffadt és hidegségi érzés fogja el, majd colica lepte meg, hasmenés és ikragörcs stb., szóval a cholerin minden tüneteivel kifejlödött.

A betegség, ha többen ittak a forrás vizéből, nem mindenkinél fejlödik ki, inkább azoknál, a kik éhgyomorra ittak abból, vagy valamely más oknál fogva nálok még a sósavelválasztás nem indult meg, a mely a gyomorba jutott bakteriumokat attenuálta vagy virulentiájuktól teljesen megfosztotta volna.

Hasonló megbetegedés a gyermekek cholerinje, mivel azonban a csecsemők gyomra kevésbbé bir sterilizáló képességgel, mint a felnőtt emberé, azért tehát könnyebben fejlődik ki náluk a betegség, gyakoribb még azért is, mert a gyermekek tápláléka, a tej, nyáron igen könnyen jut erjedésbe, a mint azt Flügge bebizonyitotta.

A cholerinnek tehát, mint erjedésen alapuló bélhurutnak rationalis gyógykezelése nem fájdalomcsillapító, összehúzó szerelésből kell, hogy álljon, hanem itt is a czél az, hogy az erjedésben levőételre felszaporodott bakteriumokat minél előbb kiküszöböljük.

Azon bakteriumok, a melyek a bél állandó lakói, hasznosak is a szervezetre, mert a szénhydratok és légenytartalmú vegyületeket egyszerübb, kevésbbé összetett elemekre felbontani ők elősegitik.

A belek nem pathogen bakteriumai:

1. Bakterium coli commune, a vastag bél állandó lakója; nem pathogen, de bizonyos körülmények közt virulentiája fokozódhatik, úgy hogy dysenteriát, typhlitist stb. okozhat.

2. Bakterium lactis aërogenes Esch. tejkosztnál fordul elő, a tejczukrot tejsavvá változtatja.

3. Bacillus putrificiens coli Bienenstock a fehérnyét bontja fel stb.

Nem pathogen coccusok:

1. Streptococcus coli gracilis húsevésnél.

2. Streptococcus coli brevis tejétkezésnél stb.

Ezen obligat bakteriumok egyoldalú felszaporodás esetén oly erjedést okozhatnak, hogy a belek mucosája hurutos lesz, tehát a hurut localis tünetei előállhatnak; másodszor oly toxinok keletkeznek a bakteriumok nem pathogen volta daczára, a melyek általános tüneteket, intoxicatiót eredményezhetnek.

Legeclatansabb példa a csecsemők azon bélhurutja, a mely a túlságos sok szoptatás által jön létre, midőn a belek emésztő mirigyei a sok tejet megemészteni nem tudják; a belek obligat bakteriumai közül ezen egyfajta ételre azon bakteriumok szaporodnak fel, a melyek hivatva volnának rendes körülmények közt a tej felbontását bizonyos fokig eszközölni; csakhogy most, miután a tej a belekben pang, felszivódni nem képes, a tejnek további kóros felbontását is ezek eszközlik, erjedést teremtenek és anaemiát.

A betegség megszüntetésére kitünő szer a calomel, mert eltávolítja az erjedésben levő ételt a felszaporodott egyfajta bakteriumokkal együtt a belekből. Utána legjobb lesz, kiéheztetni a belekben még visszamaradt bakteriumokat, vagyis tejkosztról áttérni tojásos víz, hús vagy más egyébre, *ha nem*, úgy legjobb lesz ritkán szoptatni, hogy a belekbe jutott tej a bakterium túlságos *felszaporodására alkalmat ne adjon*, hanem lehetőleg *megemésztve felszivódjék*.

A gyermekek felényi szoptatása és étetése azok megbetegedését bizonyára 30%-kal javítaná.

Vegyes étkezés mellett az egyfajta bakteriumok nem szaporodhatnak fel oly fokra, hogy túlságos jelenlétük a belekben erjedést okozzon.

Mivel többfajta bakterium jut a belekbe, egyik a másiknak fejlődését gátolja is, de még nincs annyi egyfajta tápanyag sem jelen, hogy arra az egyfajta bakteriumok felhalmozódhassanak.

Ezek magyarázzák meg, hogy egyes bő étkezés, ízletes ételek, banketek nem hoznak létre oly könnyen erjedéses gyomorhurutot, mint az egyfajta bő étkezés, hanem inkább idült gyomorbélhurutot a *túlterhelés* miatt.

A munkás osztálynál tehát inkább a heveny, az úri osztálynál pedig inkább az idült gyomorbélhurut a gyakoribb.

A heveny autointoxicatio a munkás osztálynál igen gyakori, idült betegséget azonban ritkán okoz; jelen esetben, úgy gondolom, a gyomor és belek emésztő mirigyei, a heveny intoxicatio alatt

annyira elpusztultak, hogy a később bejutott ételek újra csak a bakteriumoknak szolgáltattak újabb tápanyagot, a melyek annyi toxint termeltek, hogy az anaemia perniciosus jellegü lett.

Mégis nem az anaemia volt az, mely az életet fenyegette, hanem a sejtéletben létrejött második *autointoxicatio*, a melyen bámulatos gyorsan segített a spermin.

Azonban a belek destructiv folyamata oly fokot ért el, hogy a beteg, habár most dolgozik, de egészséges soha nem lesz, elég jó étvágygyal eszik, de azt megemészteni nem képes, az ételek nagyobb része tehát hasznavehetetlenül távozik s azért nem gyógyul az anaemia, zsírpárnája elég nagy most is, mert nem jut a sejtekbe elegendő oxygen, könnyen kifárad, evés után gyomornyomást érez, hasmenése mindig van.

A beteg tehát idült anaemia, idült autointoxicatio kórképét mutatja, mint az idült székrekedésben szenvedő, a kinél a betegség *cachectikus* tünetekben nyilvánul, láz, heveny toxikus tünetek nincsenek jelen, mert megszokta a szervezet a toxintermelést a belek felől, talán antitoxintermelés következett már be a vérben. Itt is az az eset foroghat fenn.

A mint hasonlít a heveny gyomorhurut székrekedéssel párosulva a heveny alkohol-, nikotin- és fémmérgezésekhez, úgy az idült autointoxicatio, idült székrekedés, a fémmérgezések idült alakjaihoz. Hogy jelen esetben a termelt toxin miért okozott oly súlyos anaemiát, arra csak egy más példával felelhetek, pl. igen gyakori a leukomain migrain, mégis hogy az epilepsiává fajuljon, aránylag ily esetek ritkán fordulnak elő.

A heveny bél autointoxicatio is igen gyakran okoz anaemiát, de az egy pár nap alatt meggyógyul; úgy a leukomain intoxicatio is gyakran okoz fejfájást, de az 24 órán túl nem tart; előbbi elpusztíthatja, ha idültté lesz, az emésztő mirigyeket, a piros vérsejteket; utóbbi ha idültté lesz, oly elváltozásokat okozhat az agyban, hogy nemcsak kitaposott beteges reflex-pályák keletkeznek, de agysorvadás is lehet a következménye, utóbbiak volnának az idült alakok.

Már most egyes esetekben heveny bél autointoxicatio miért ne okozhatna a piros vérsejtek nagyobb számban való elpusztítása által perniciosus anaemiát.

TÁRCZA.

Perczel Dezső belügyminister jelentése az országgyülésben Magyarország 1897. évi közegészségi viszonyairól.

(Folytatás.)

Az *állami serum-termelő intézet* 1897-ben 11,584 adag diphtheria-ellenes gyógysavót termelt (1896-ban 7363 adagot). Az év folyamán 860 adag vérsavó használhatatlanná vált, s így ez évben 10,724 adag honi vérsavó állott rendelkezésemre. Ebből a mennyiségből, valamint a megelőző évből fenmaradt adagokból az év folyamán összesen 11,313 adag küldetett szét. 5265 adagot díjtalanul bocsátottam a törvényhatóságok, valamint egyes gyógyintézetek és kórházak rendelkezésére, 4330 adagot a törvényhatóságoknak s 935-öt a gyógyintézeteknek. E gyógyintézetek a következők:

Budapest székesfővárosi szt. László-kórház,
„ Stefánia-szegénygyermekkórház,
„ Bródy Adél-gyermekkórház,
Kolozsvári „Karolina“ orsz. kórház,
Marosvásárhelyi orsz. kórház,
Pozsonyi állami kórház,
Pozsonyi „Ferencz József“-gyermekkórház és
Máramarosmegyei közkórház.

Gyógyszerészeknek 6048 adag árusittatott el készpénzért 6104 frt 80 krajczár értékben, még pedig január hó első felében 281 adag, adagonként 1 frt 20 krajczárért, a többi pedig adagonként 1 forintért. A törvényhatóságokhoz szétküldött vérsavó legnagyobb része szegény betegek ingyenes gyógyítására használtatott fel, de egy része a törvényhatóságok által jobbmódú betegek gyógyitására készpénzért is adatott ki. Ezektől 1742 forint 80 krajczár térült meg, s így az 1897-ben eladott serummennyiség fejében összesen 7847 frt 60 kr. bevétel mutatkozott, s ez által az ez évben a serumtermelés által okozott 10,434 frt 14 kr.-nyi költség 2586 frt 54 krajczárra szállt le s egynehány törvényhatóság még beszámolni tartozik.

A *vörheny* az anyakönyvi feljegyzések szerint 8645 halálozást okozott az országban; a járványkimutatások szerint 1942 községben 23,506 betegedéssel és 5626 halálozással mutatkozott. Mindkét adat a betegség pusztításának növekedéséről ad számot az előző évhez viszonyítva (1896-ban 7756 halálozás). Legjelentékenyebb mérvben a Duna jobbpartján és a Tisza balpartján mutatkozott a bántalom, hol Veszprém (408 h.), Zala (375 h.), Békés (339 h.), Szatmár (231 h.) és Szilágy (434 h.) vármegyékben mutatkozott tömegesebben. A Duna-balparti és az erdélyrészi törvényhatóságokban — hol az előző évben legnagyobb mérvben mutatkozott e betegség — aránylag legcsekélyebb mérvben, szórványosan lépett fel e bántalom. Törvényhatóságú városaink közül jelentékenyebb számban sehol sem mutatkozott a vörheny, a mit az orvosrendőri szabályok pontosabb végrehajtásának, a szigorúbb elkülönítésnek s erélyesebb fertőtlenítésnek lehet tulajdonítani.

A *kanyaró* (vöröshimlő) a járványkimutatások szerint 1829 községben 56,487 betegedéssel és 2877 halálozással mutatkozott az országban, míg az anyakönyvi feljegyzések 5182 kanyaró okozta halálozásról emlékeznek meg. (1896-ban 6444 h.) Ugy az anyakönyvi feljegyzések, mint a járványkimutatások az előző évhez viszonyítva, a kanyaró okozta halálozások csökkenéséről tanuskodnak. A bántalom ez évben is, mint az előző évben, legnagyobb számmal pusztított a Duna-balparti törvényhatóságokban (1122 h.), hol különösen Nyitra (276 h.), Trencsén (324 h.) vármegyékben volt jelentékeny a halálozások száma. Aránylag tetemes számban mutatkozott a bántalom a Duna jobbpartján is, hol Baranya (126 h.), Somogy (189 h.), Tolna (103 h.), Veszprém (115 h.) és Zala (211 h.) vármegyék szenvedtek feltünőbb mérvben.

A *szamárhurut* a járványkimutatások szerint ez évben 1236 községben 19,720 betegedéssel és 2158 halálozással jelentkezett az országban. Az anyakönyvekben 15,069 szamárhurut okozta halálozás van feljegyezve, melyekből 2942 esetet orvos és 12,127 esetet nem orvos-halottkém állapitott meg. E rendkivüli magas számok valószinűtlenségére (1896-ban 12,012 h.) már előző évi jelentésemben is rámutattam. Feltünően tanusitják ezek a nem orvos-halottkémek megbizhatlan eljárását a halálokok megállapítása körül. Az anyakönyvi feljegyzések szerint különösen ott látunk magas halálozást a szamárhurut folytán, hol a halottkémlést leginkább nem orvos-halottkémek végzik. Igy Erdélyben, hol az összes halálesetek 70·74%-át nem orvos-halottkém állapította meg, 4413 volt a szamárhurut folytán történt halálozások száma, míg a Duna-Tisza közében, hol az összes haláleseteknek csupán 14·87%-át állapította meg nem orvos-halottkém, csupán 520 egyén halt el szamárhurut folytán. Hasonló viszonyokat találunk, ha a többi országrészeket s a törvényhatóságokat tekintjük. Igy pl. Erdélyben, Brassó vármegyében, hol nagyobbára orvos-halottkémek vannak, s az összes haláleseteknek csupán 12·63%-át állapította meg nem orvos halottkém, 32 volt a szamárhurutban elhaltak száma, míg Szolnok-Doboka vármegyében, hol a halálesetek 85·34%-át állapitotta meg nem orvos-halottkém, 789 egyén halt el e betegség folytán. A járványkimutatások szerint a Tisza-balparti és az erdélyrészi törvényhatóságokban mutatkozott legnagyobb mérvben a szamárhurut.

A *hasi hagymáz* az anyakönyvi feljegyzések szerint 7255 halálozást okozott az országban. A járványkimutatások 1883 községből 9940 betegedést és 2110 halálozást jegyeztek fel e betegség folytán.

Az anyakönyvi adatok szerint az előző évhez viszonyítva némi javulás mutatkozik, míg a járványkimutatások szerint a halálozások száma csekély mérvben emelkedett. Legmagasabb volt a halálozás az erdélyrészi (1534 h.) és a tiszabalparti (1206 h.) törvényhatóságokban, hol különösen Bihar vármegyében (224 h.) pusztított feltünőbb mértékben. Egyébként a betegség az országban szórványosan mutatkozott.

A *kiütéses hagymáz* a járványkimutatások szerint 21 községben 75 betegedéssel és 14 halálozással mutatkozott. Az anyakönyvekben 416 ezen betegség folytán történt halálozás van feljegyezve, melyből 348 esetet nem orvos-halottkém állapított meg. Alig fér kétség ahhoz, hogy e számadat a nem orvos-halottkémek hibás eljárásából származik.

A *vérhas* úgy a járványkimutatások, mint az anyakönyvi feljegyzések szerint jelentékenyen csekélyebb mérvben mutatkozott az országban, mint az előző évben. Ugyanis a törvényhatósági bejelentések szerint 1897. évben 351 községben 1430 betegedéssel és 364 halálozással (1896-ban 586 h.), az anyakönyvi feljegyzések szerint 2315 halálozással (1896-ban 3041 h.) mutatkozott e bántalom.

Mint a legtöbb fertőző betegség, a vérhas is a tiszabalparti (492 h.) és az erdélyrészi (812 h.) törvényhatóságokban mutatkozott leginkább.

A *járványos fültőmirigylob* a törvényhatósági bejelentések szerint 160 községben 2188 betegedést és 7 halálozást okozott. Az anyakönyvek 16 ezen betegség folytán bekövetkezett halálesetről adnak számot.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Winternitz-Strasser: Hydrotherapie. Einzel-Abtheilung aus dem Lehrbuche der allg. Therapie und der therapeut. Methodik (Eulenburg-Samuel). Urban és Schwarzenberg. Berlin, Wien, 1898., 188 oldal, 26 szemléltető kép.

A század első felében még szerte virágzott „hydropathiák“, „psychrolonsiák“ és életmeghosszabbító vízkúrát javasló „tanácsadók“ világából szerencsésen kinött a modern vízzel gyógyítás, jobban mondva thermotherapia tudományága; a mit a szürke multban a sejtés sem közelített meg, szemünk elé tárja ma tiszta

képben a sphygmogramm, a plethysmogramm, a sphygmomanometer hullámos vonala, az ergogramm, a pneumogrammok sokféle alakja. Nemcsak itt-ott mutatták meg a megértés útját a tudományos búvárlat eredményei a physikalis gyógyítás jelenségeiben, hanem össze is lehet ma már foglalni szerves, áttekintő egészben a hydrotherapia patho-physiologiáját. Ezt adhatjuk mellé a száraz tapasztalati leirásnak legbiztosabb útlevélül, melylyel utat lel magának a modern gyógyítás egyik hatalmas ága orvosnövendékeink, orvosaink méltánylásához, becsüléséhez.

Azoknak, a kik nem érnek rá, hogy vizsgálgassák a különféle cardio-, ergo- s más efféle-grammot, de mégis belé akarnak tekinteni a vízzel gyógyítás lényegébe, s egy soron kivánnak megismerkedni a therapia ez ágának technikájával is, iródott a termékeny bécsi iskolának fent jelzett compendiuma. Rövid, átnézetes, tartalmas, használható. Winternitz irta meg az elejét és végét (physiologiai basis, hatástan), magyar származású assistense, Strasser, a vízgyógyászat magántanára a bécsi egyetemen, a középsőt (methodika). Verve-es, avatott tolla mellett a hydrotherapia veteránjának, szabatos, nyugodt leirást ad a kevésbbé vonzó tárgyú technikai részben a tőlünk implantált kiváló tanítvány.

A kik még nem foglalkoztak hydrotherapiával, becsülni fogják tanulni a könyvből e szakmát, a kik már sokat foglalkoztak vele, azoknak is jó ismétlés, tudásuknak rendezője, organizálója leszen. *Kuthy* dr.

II. Lapszemle.

A gonorrhoea kezelése gyógyszertartó pálczácskákkal. A *Noffke H.* gyógyszerész által készített *olvadó bougiek* a férfi húgycső számára (*Lohnstein H.* dr. szerint) azon okból előnyösek, mert a hólyagnyakig könnyen bevezethetők és csak 15 percz mulva olvadnak el, könnyen eltarthatók és különféle vastagságban és hosszúságban (3—9 mm. vastagok és 4—25 cm. hosszúk) készülnek. Az *elülső húgycső heveny gonorrhoeájánál* akkor használtatnak, ha a gonococcusok eltávolítása után antiseptikus beöntésekre a genyes-nyálkás kifolyás nem szünetel. Ezen stadiumban adstringentiák, mint *zinksulphat, tannin, alumen* stb. vannak javallva, a melyeket pálczikákhoz kissé concentráltabban tétetünk, mint az injectiókhoz. A 4—5 mm. vastag és 6—10 cm. vastag bougie naponta 2—3-szor vezettetik be s 15—30 perczig benmarad. Az emlitett szerek helyett *jodoform*, vagy annak szagtalan pótszere a *sanoform* akkor adatik a bougiehoz, ha a hosszabb ideig tartó genyes kifolyás semmi fájdalommal nincs egybekötve. Ha a húgycső nem nagyon érzékeny, a pálczikákhoz már a gonococcus-stadiumban is *argentum nitr., protargol, argonin* stb. hozzáadhatók. *Heveny urethritis posteriornál* a pálczikák nem alkalmazandók, miután akkor izgatás által könnyen húgyrekedést vagy herelobot okozhatnánk.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. november 18.

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1898. évi augusztus hóban. A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz általános halálozás tekintetében nem változott, heveny ragályos kórok összege 262 ezettel apadt, s így a közegészségi viszonyaink eléggé kedvezőnek jelezhetők, a heveny gyomorbélhurut halálozási esetek nagyobb mérvű szaporodára daczára is, a mennyiben az ezen kórban történő halálozások a nyári hónapok folyamán évenkint felszöknek, azonban ezúttal sem szoktalanul magasabb számmal mint az előző években. A ragályos kórok közül főleg a kanyaró apadt mintegy 209 esettel, apadt továbbá a vörheny 22 és a roncsoló toroklob 10 betegedési esettel. Emelkedett a hagymáz 17-tel. Élveszületett e hóban 1819, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 104 egyén levonásával 1117; így a születés 702-vel multák felül a halálozásokat. A székes főváros összes nyilvános és magán kórházaiban, valamint gyógyintézeteiben gyógykezeltetett 9415 fekvő és 7419 járóbeteg, vagyis 2297-el több, mint az elmult hónapban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 393 fekvő és 1358 járóbeteg, összesen 1731, kórházba küldetett 71 egyén. A lipótmezei állami elmegyógyintézetben 1008, az angyalföldi állami elmegyógyintézetben 385, az irgalmasoknál 173, a megfigyelő osztályon 133, a Schwartzer-féle elme- és ideggyógyintézetben 129 elmebeteg ápoltatott. A székesfővárosi „Erzsébet“ szegényházban 975 egyén közül beteg volt 488 (elme- és eskóros 160), a székes fővárosi „Josephinum“ fiárvaházban 95 növendék közül nem volt beteg; a „Klotild“ szeretetházban 40 és a Meyer-féle árvaházban 63 növendék közül nem volt beteg, az „Elisabethinum“ leányárvaházban 96 növendék közül 3 volt beteg; a protestáns leányárvaházban 106 növendék közül nem volt beteg. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás volt e hóban 28, csökkenés 84. Beteg volt e hóban összesen 94, meggyógyult 66, gyógykezeltetik 15, meghalt 13. Beoltatott fiú 734, leány 730, összesen 1464. Újraoltatott fiú 386, leány 127, összesen 513. Ebmarás előfordult 13, veszettségre gyanus 1. Macskamarás 1 A köztisztaság a csatornázatlan és kövezetlen utczák és terek kivételével kielégítő volt. A vízvezetéki viz minősége átlag a mult havi szinvonalon állt. Orvosrendőri bonczolás végeztetett 73, orvostörvényszéki 17 esetben. Öngyilkosság előfordult 15, még pedig: lövés 7, mérgezés 6, egyéb módon 2 esetben. A Dunából 10 hulla fogatott ki. Okleveleiket julius hóban bemutatták: *Balassa Béla, Erős Arnold, Tulkán György, Födi Emil, Tischler Manó, Mester Jakab, Luczy Gusztáv, Visznehy Béla* és *Mohr Ferencz* egyetemes orvosdoctorok és 4 szülésznő.

* * *

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. október 30-dikától 1898. november 5-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 427 gyermek, elhalt 246 személy, a születések tehát 181 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2524 beteg, szaporodás 793, csökkenés 812, maradt e hét végén ápolás alatt 2543. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, roncsoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 16, vörheny 8, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz 2, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 5, agykérlob 8, agyvérömleny 7, rángások 9, szervi szívbaj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 29, tüdőgümő és sorvadás 50, bélhurut és béllob 16, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák 4, Bright-kór és veselob 9, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 8, erőszakos haláleset 17. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. november 5-dikétől november 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 27 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 2, bárányhimlőben 45 (meghalt —), vörhenyben 115 (meghalt 3), kanyaróban 871 (meghalt 11), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 37 (meghalt 3), trachomában 4, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 7 (meghalt —), orbánczban 31 (meghalt 1), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Egyetemi alkalmaztatások.** A budapesti kir. m. t.-egyetem orvoskari tanártestülete 1898. évi november 15-dikén tartott III. r. ülésében *Kövesi Gyula* dr., továbbá *Schwarcz Miklós* és *Glück Gyula* dr.-okat, díjazatlan gyakornokokat az I. belgyógyászati kórodán állásukban egy további évre meghosszabbította, úgyszintén *Genersich Vilmos* dr. díjazott gyakornokot a közegészségtani intézetnél, *Simó Károly* díjazott gyakornokot a II. szülő- és nőbeteg kórodán. *Erdey Gyula* dr.-t, II. tanársegédet a II.szülő- és nőbeteg kórodán, *Krompecher Ödön* dr.-t, I. tanársegédet a II.kórbonczlani intézetnél állásukban meghagyta.

Pólya Jenő Sándor dr.-t a szemklinikához díjazott gyakornokká, *Poór Ferencz* dr.-t díjazatlan gyakornokká a II. belgyógyászati kórodához, *Scipiades Elemér* dr.-t díjazott gyakornokká az élettani intézethez, *Cserei Zsigmond* dr.-t díjtalan gyakornokká a fogászati kórodához, *Farkas Géza* dr.-t II. tanársegéddé az élettani intézethez és *Pekár Mihály* dr.-t I. tanársegéddé az élettani intézethez megválasztotta.

— **A budapesti ált. poliklinika** segélyét október hónapban 2233 egyén vette igénybe 12,162 rendeléssel; a *budapesti mentő-egyesületét* 820 egyén.

= **Megjelent.** A *Drasche*-féle Bibliothek der gesammten med. Wissenschaften 163—166. füzete. Ára füzetenként 60 kr. Karl Prohaska. — *Leyden-Goldscheider*: Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. Leipzig, 1898. — *Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve.* 1897. Közrebocsátja a szt. Rókus-közkórház igazgatósága. 1898. — *Hazslinszky Károly*: Orvosi jegyzőkönyv. 1899. — *Jordán Ferencz* dr. A közkórházi orvostársulat 1897-diki évkönyve.

† **Elhunytak**: *Engel Ármin* dr. Budapesten, *Weidinger Alajos* dr. Pécsett, *Roth József* dr. törvényszéki orvos Brassóban, *Zimprich Adolf* dr. Stomfán, csömöri *Zay Barnabás* dr. Máramaros-szigeten, *Gruby Dávid* dr. hazánkfia Párisban, 89 éves korában, *Gonsory Béla* dr. I. sebklinikai műtő növendék Budapesten, 26 éves korában.

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.

Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

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.

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/2 2—1/2 4-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-uteza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXII. rendes ülés 1898. november 5-dikén. XXIV. rendes ülés 1898. november 12-dikén.) 588—589. l. — A stomatologusok (fogorvosok) országos egyesülete. (II. köz- és nagygyülés.) 590. l. — Szegedi orvosegyesület. (Szakülés 1898. november 9-dikén.) 591. l. — Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon. (1898. május 15-dikén tartott közgyülés.) 592. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés 1898. november 5-dikén.)

Elnök: **Rákosi Béla**; jegyző: **Dieballa Géza**.

A szőrtelenitésről Röntgen-sugarakkal, egy eset kapcsán.

Havas Adolf: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Gangraena symmetrica.

Spontan gyógyult invaginatio.

Berend Miklós: (Lapunk más helyén mindkét bemutatást egész terjedelmében közöljük.)

Crico-arytaenoid. izületi lob által okozott gégeszükület tágitással gyógyult esete.

Baumgarten Egmont: A beteg mult év szeptember havában nagyfokú légzési nehélyek miatt tracheotomia eszközlése végett vétetett fel a „Ferencz József“ kereskedelmi kórházba

Baját Bécsben és nálunk tuberculosisnak vélték és akként kezelték is. A vizsgálatnál a nagyfokú légzési nehézségek az álhangszalagok és a crico-arytaenoidalis tájék erős duzzanata és a hangszalagoknak majdnem a középvonalban való fixálása által voltak feltételezve. Fekélyek sehol sem voltak láthatók, hanem apró hegek a hangszalagokon, miért is, miután a betegnek évekkel ezelőtt syphilise volt, e kórral összefüggő crico-arytaenoid. izületi lobot kórisméztem. A betegnek erre kal. jodat.-ot rendeltem, mire nehány nap mulva állapota annyira javult, hogy a minden perczben elkerülhetetlenül szükségesnek látszott tracheotomia mellőzhető volt s hogy egy hónap mulva a beteg a kórházat elhagyhatta.

A gégelelet ekkor a következő képet mutatta: az álhangszalagok és az izület körüli duzzanat *lényegesen* visszafejlődött, a bal hangszalag még mindig a középvonalban fixálva, a jobb azonban már csekély kitérést enged, de a hangszalag közötti rés 5 mm.-nél nem nagyobb. Minthogy ezen szükület mellett a legcsekélyebb hurut is nehéz légzést okozott, Schrötter-féle csövekkel rendszeres tágitást kezdeményeztünk és pedig eleinte mindennap, majd, mikor a beteg 8-as számú cső bevezetését már maga is tudta végezni — tavasztól mostanig — hetenként 2-szer történt e csöveknek alkalmazása.

Jelenleg az illető régi hangján beszél, nehéz, vagy nehezített légzés azóta nem jelentkezett, mindkét hangszálag már mozog, de mély belégzésnél sem tud a hullaállásnál kijebb jutni.

Az ilyen crico-aryt. izületi merevségek, ha kétoldaliak, ritkán javulnak annyira, mint az ez esetben történt, hanem rendesen, ha a légcsőmetszés után a betegek a hosszadalmas tágitásnak alá nem vetik magukat, egész életükön át a canultól meg nem szabadulhatnak.

A tabes aetiologiája.

Kende Mór: A tabes aetiologiája gazdag irodalma daczára is homályos. Ennek oka egyrészt abban rejlik, hogy a baj lényege még kórboncztanilag nincs kellően tisztázva; másrészt, hogy a bemondott kórelőzményi adatok a valóságnak sokszor meg nem felelnek és végre, hogy a szervezetben az idegrendszer minden egyes pályája a legkülönbözőbb behatásokra a maga sajátos módján hat vissza.

Mindezen nehézségek daczára sikerült egyes jól megfigyelt esetek révén az öröklékenységet, az idegkóros hajlamot, traumát, meghülést, nemi kicsapongást, kankót, némely mérget, luest és a túlerőltetést tabest okozó momentumnak az irodalomba bevezetni.

Ezen momentumok az idevágó legújabb közlemények és a szt. Rókus-kórházi ideggyógyászati ambulatorium beteganyaga kapcsán behatón tárgyaltatnak, különös súlyt helyezvén a luesre és a túlerőltetésre.

A tabes luetikus aetiologiája mellett érvekül felhozzák a statistikát, a paralysissel való identitását, vagy legalább rokonságát és az inunctio jó hatását. Más buvárok ellenben hangsúlyozzák, hogy a statistika subjectiv és legfeljebb csak azt bizonyítaná, hogy tabikusok közt több a luetikus, mint más idegbajosok közt. Ebből pedig csak akkor következtethetnénk a két baj között való okozati viszonyra, ha a luetikusok arányát a társadalomban ismernők. Többen a lues elleni inunctiót veszik tabest okozó momentumnak. Ezt a művelődés alantabb fokán álló népeken tett megfigyelések támogatják, melyeknél a tabes igen ritka, bár a lues igen elterjedt és ellene a specifikus kezelés elhanyagolt.

A második argumentum álokoskodás, mert sem a tabesnek identitása a paralysissel, sem utóbbinak kizárólagos származása a luesből nem igazolható, tehát a tabes sem okvetlenül a lues következménye.

A mi pedig az inunctiót illeti, használ csak ott látjuk, hol vagy a diagnosis nem helyes vagy spontan remissióval, vagy az anyagcsere fokozódásával állunk szemben. Az ambulatorium nem egy betegénél tiszta vízgyógymódra vagy villanyozásra ugyanazon eredményeket értük el, a minők inunctióra beálltak: t. i. az ataxia, a neuralgiák, a végbélzavarok javultak, de pupillamerevség, Westphal-tünet, a látászavarok változatlanul megmaradtak.

Egy privatbetegemnél 5% zinc. oxyd.-kenőcscsel végzett inunctióra lényeges javulást észleltem.

Mindezekből kitünik, hogy nincs oly érv, mely a syphilist tabest okozó momentumként minden kétséget kizárólag támogatná; ellenben sok oly érv van, mely a syphilis ellen szól, ezek közt megdönthetetlen a kórboncztan syphilis ellenes álláspontja.

A syphilisnek a tabes aetiologiájában elfoglalt kiváló helyére Edinger a túlerőltetést helyezte. Theoriája, melyet állatkisérletek is támogatnak, a működő neuron erővesztésével szemben az erőpótlás elégtelenségét és a neuron ruganyosságának vesztét veszi fel.

E theoria mellett szól: 1. A valószinűség, mert a túlmunkásság egy tabikusnál sem zárható ki. 2. Az izomtonus csökkenése. 3. A tapasztalat, hogy tabikusoknak árt az erőlködés. 4. Muló tabikustünetek fellépte egészséges egyéneknél kimerülés közben. 5. A Fraenkel-féle methodus. 6. Az atrophia nervi optici, mely a beteg munkaképességét csökkentvén, megakadályoz a túlerőlködésekben, miért ataxia vagy általában nem, avagy csak későn lép fel. 7. Neurastheniások kevésbbé hajlamosak tabesre, mert nem képesek túlerőlködni. 8. A tropusok alatt lakókat a hőség elbágyasztja és túlmunkásság kifejtésére képtelenné teszi őket. 9. Kéjnők tétlenségük miatt mentek maradnak tabestől. 10. Az alsóbb osztályú nők hajlamosabbak a tabesra, mint az úri hölgyek. 11. Leginkább olyanoknál támad tabes, kik izomzatukat, főleg lábukat túlfárasztani kénytelenek 12. A civilisatio elterjedésével arányban nő a tabes megbetegedésének száma.

Úgy látszik, hogy a civilisatio kinövései gyengítik a szervezetet akként, hogy az egyiknél az ártalom erős behatására mindjárt létrejön a tabes, míg másiknál erre csak az idegrendszer gyengülése következik be. E kóros idegrendszer azután ép úgy, mint az idegrendszer más szerzett állapotai, átörökölhető és a descendentiánál a kóros oknak már gyönge behatására kifejlődik a tabes.

Azon kérdés eldöntése, vajjon van-e egy csakis tabesre hajlamosító dispositio, mely bármily alkalmi ok behatására tabest hoz létre, vagy ellenkezőleg — és észleleteim e mellett szólnak — fejlődik-e a tabes az általános kóros ideg dispositio alapján egy specifikus momentum, pl. a túlerőlködés behatására: a statistika körébe tartozik, melynek hivatása nemcsak a betegnek, de szülőinek és nagyszülőinek foglalkozásából, erőbeli állapotából és életmódjából következtetve e kérdésekre a választ megadni.

Conclusio:

1. A lues nem oka a tabesnek.
2. Sok esetben még mint előmozdító momentum sem szerepel.
3. Azon feltevés, hogy a lues elleni higanykezelés hiányossága vagy teljes elhanyagolása tabes kifejlődésére befolyna, semmivel sem támogatható; inkább a lues ellen folytatott rendszeres specifikus kezelés adja meg a hajlamot e betegség kifejlődésére.
4. Az inunctio tabesnél kedvezőtlen hatású; azon esetekben azonban, a hol higanykezelésre lényeges javulás áll be, vagy a diagnosis helytelen, azaz nincs tabes, vagy ha helyes a diagnosis, akkor a suggestio és más a szervezetet erősítő momentumok játszák a főszerepet.
5. A civilizált ember a tabesra sokkal nagyobb hajlamosságot mutat, mint a művelődés alantibb fokán álló.
6. A tabes valószinűleg az idegrendszer veleszületett fejlődési gyöngeségén alapszik, vagy túlerőlködések által szerzett is lehet.

Jendrassik Ernő: A tabes pathologiája sajátságos oscillatiót mutat; rég-elmult idők divatjai újból előkerülnek és fontosabb argumentum hiján a régi idők reminiscentiái merülnek fel. A mai előadásban hallott oktani momentum is, mely a kifáradásra támaszkodik, sokat szerepelt a tabesben, a paralysisben egyaránt, pár év előtt ép úgy, mint a tuberculosisban, typhusban, scarlatinában s sok minden betegségben. Ma, mikor ezeknél ismerjük az aetiologiai momentumot, elfelejtjük a kifáradást; a tabes aetiologiája nem lévén annyira ismeretes, ennél felveszszük.

A paralysisre felveszik a psychiaterek, hogy a paralytikus vagy túlságosan sokat dolgozott, vagy nagy gondjai voltak, s ebből lett a paralysis. De nem úgy van a dolog; az az ember csak azért látszik sokat dolgozottnak, mert a már kezdődő paralysis következtében látszólag kifáradott a kis munkában is, vagy szellemileg gyenge volt már — és üzlete azért ment rosszul — s így a psychiaterek által felvett ilyen aetiologiai momentumuk tulajdonképen nem okok, hanem kezdeti tünetek.

Lássuk a tabest! Előadó mint legjobb statistikát az *Erb*-ét hozta fel; de nem hallottuk a kellő argumentatiót, hogy miért nem fogadja el előadó okul a syphilist. Szóló ebben a kérdésben egyik vagy másik irányban nincs teljesen lefoglalva A syphilis kérdése igen érdekes kérdés, s ha nem is veszszük *Erb* adatait, melyben 90%-ban szerepel a syphilis mint a tabes előzménye, mégis azt mondhatjuk, hogy a syphilis a tabesben az esetek több mint 80%-ában látszik szerepelni mint aetiologiai momentum; a hiányzó 15—20% azonban nagyfontosságú, mert a tabes olyan kóregyéniség, mint akár a typhus, vagy

a tuberculosis, a tünetek oly határozottan körülirtak, hogy szólóban az a meggyőződés támad, hogy a tabes aetiologiája egységes, minden esetben ugyanaz. Nem tudja szóló elképzelni, hogy különböző okok hoznák létre; felhozták régebben, hogy tuberculosist okozhat kifáradás, meghülés, a typhusnak is sok okát említették, — ma tudjuk, hogy aetiologiai momentumuk egységes.

Ma úgy áll a kérdés: a syphilis vagy oka a tabesnek, vagy nem oka. A hiányzó 20% megkerült *Gowers* egyik közleményében, mely kimutatja, hogy a syphilis-statistikákban a harmadlagos luesben szenvedők 15—20%-a nem emlékszik a primaer affectiora; ez olyan szám, mely hiányzik a tabes esetek aetiologiájából; tehát közel fekvő volna, hogy a syphilis az oka a tabesnek.

Ha tekintetbe veszszük azonban a kórboncztani elváltozásokat s nézzük, mi a syphilis s milyen tünetei vannak az idegrendszerben, akkor azt kell mondanunk, hogy a tabes nem syphilis. A syphilis okoz gummát, mely egy ideig előrehalad, azután visszafejlődik — lehet, hogy az egyén e közben elveszti az orrát, vagy hemiplegia következtében meghal —, de a gumma nem terjed éveken át, mint a tabes. A specificus kezelésre gyógyult tabes-esetek pontosabb megtekintésre elejtendők. A ki foglalkozott ezzel, arra az eredményre jut, a hová előadó: hogy egyes esetekben semmi eredmény, máskor látszólagos; a javulás olyan, a mit más módon is el lehet érni. Szólónak volt egy esete: a beteg sublimat-injectiókra jól érezte magát, kivánta az injectiót, talán mert az égette a hátát, — de semmi objectiv javulás nem volt.

Más kérdés is merül itt fel. Előadó felhozta, hogy olyan helyeken, hol a syphilis igen csunya alakban fordul elő, mint pl. Boszniában, ott nincs tabes. Ezt argumentumul felhozni nem lehet, mert felvehető, hogy a súlyos, harmadlagos syphilis nem hoz maga után tabest, de a hol a syphilis a primaer fekélylyel bevégződik s a másodlagos és harmadlagos tünetek nem, vagy alig jönnek, ott fel ép a tabes. De kétségtelen, hogy ma a syphilis nálunk már nem olyan, mint a milyen ezelőtt húsz évvel is volt; akkoriban sokkal gyakrabban láttunk harmadlagos tüneteket, mint ma, a mikor sok esetben a primaer sklerosissal be van fejezve a dolog.

Fournier felhozta azt a bizonyítónak látszó dolgot, hogy ha a syphilist jól kezelik, nem lesz belőle tabes; felhozta ugyanis, hogy ha megvonta a statistikát, 100 tabes-eset közül 95 esetben a syphilis nem részesült kellő kezelésben s csak 5 kezeltetett jól; tudni kell azonban, hogy *Fournier* szerint a jó kezelés éveken át tartó kúrában áll, melyen csak kevés syphilises beteg megy végig, — s ha veszünk 100 syphilis-esetet, akkor abból talán legfölebb 5 lesz olyan, mely *Fournier* szerint kezeltetett, ellenben 95 lesz olyan, a ki nem kezeltette így magát; sőt esetleg még rosszabbul állhat a jól kezeltek dolga.

A syphilis és tabes között összefüggés van, de hogy milyen, az még ismeretlen; vannak más fertőző bajokban is oly szövődések, associatiók — és ilyennek fenforgása látszik itt is legvalószinübbnek.

A kifáradásnak valóban nem tudna szóló semmi jelentőséget tulajdonitani, ha tapasztalatain végig tekint.

Néhány év előtt Berlinben úgynevezett Nähmaschinen-tabes eseteket közöltek; a közvélemény szerint két varróleány varrógéptől kapott tabest — eltekintve persze attól, hogy a tabest mástól is kaphatták, hány ezer varróleány van Berlinben, a kinek nincs tabese.

Az emberiség nem fog visszatérni a Vergilius megénekelte csendesebb életbe, de nem kell félni azért, hogy a tabes elpusztitja az emberiséget: az ilyen argumentumok egyik irányban sem döntik el a kérdést, hanem el kell jönnie azon időnek, hogy megismerjük a tabes aetiologiai momentumát s akkor majd jobban tudunk ellene küzdeni.

Salgó Jakab: Ha a tabes és paralysis közötti összefüggésben oki momentumokat vagy bizonyítékot találnak arra nézve, hogy miután a syphilis képezi a paralysis okát s a két betegséget némelyek hasonló természetűnek tartják s sűrűn emlegetik azt a belső kapcsot, mely a tabes és syphilis között fennáll, akkor nagy tévedésben vannak.

A tapasztalat azt bizonyítja, hogy a tabes a paralysissel nem függ több esetben össze, mint a paranoiával; szóló anyagában 150 paralysis-eset állandóan van, köztük 1—2 eset egyszersmind tabes, de épen annyi paranoiás van tabeses betegek között is s ez nem véletlenség: a két betegség nem függ egymással össze kórtanilag, annál kevésbbé pedig azonos.

A paralysis és ennek okára: a kifáradásra nézve *Jendrássik* nagyon naivoknak állította oda a psychiatereket, midőn felteszi róluk, hogy ők a paralysisnek nemcsak kezdeti, hanem az előrehaladott stadiumában fellépő tünetoit is a paralysis okának tekintik, hogy a betegnek már lefokozott értelmiségéből származott vesztességeit, a csökkent munkaképességet, melyet már a betegség okozott, mint a paralysis előidéző okát állítják oda. A psychiaterek nem olyan naivok.

Tényleg úgy áll a dolog, hogy az emlitett initialis tünetek természetesen sokkal később fejlődnek ki és ezeket mint okok, megelőzik a szellemi kimerülés vagy esetleges veszteségek; a psychiaeterek legnagyobb része — még azokat sem véve ki, kik a luest is felveszik — a túlerőltetésben keresi a paralysis okát sok okból.

Szóló nem terjeszkedik ki annak tárgyalására, hogy milyen a luetikus és nem-luetikus paralysis-esetek számaránya; mennyiben oka a lues a paralysisnek; de tény, hogy a túlerőltetésnek, kimerülésnek (nem kifáradásnak) nagy szerepe jut a paralysis kifejlődésében. Ha csak azt veszszük tekintetbe, hogy a paralysis az emberek java-korabeli betegsége, hogy a férfi-nem ú. n. legszebb korának betegsége, hogy a szellemi munkával foglalkozók baja, hogy nőknél ritkább, gyakoribb pedig a házasférfiaknál, kevésbbé gyakori nőtleneknél, hogy ritkábban fordul elő özvegy férfiaknál, özvegy nőknél pedig sokkal gyakoribb mint férjezetteknél, ha ezen adatokat tekintjük, fel kell vennünk, hogy a munkának, gondnak és az ebből származó kimerülésnek bizonyára van hatása a paralysis kifejlődésére. De miért is tagadjuk a kimerülés hatását az idegrendszerre, mikor ezt látjuk minden nap számtalan esetben; vegyük csak a neurasthenia tünetcsoportját, nincs kétség az iránt, hogy ez a cerebralis kimerülés folyamata. Hogy már most ezen cerebrasthenia hová fejlődik, nem a paralysis vagy paranoia bevezetője-e, mely esetleg gyógyulhat, erre szóló kiterjeszkedni nem kiván, csak figyelmeztet arra a mindennapi tapasztalatra, melyet a legnagyobb statistikák is bizonyítanak.

Miért tagadjuk hát mi a kimerülés nagy hatását épen az idegrendszerre.

Korányi Sándor: Egyetért azzal, a mit *Jendrassik* mondott; hogy a lues, mint aetiologiai momentum, a tabesnél szerepel: azt már bajos volna kétségbevonni. Ha elfogulás nélkül olvassuk *Moebius* összeállítását, akkor lehetetlen elzárkóznunk annak felvételétől, hogy a luesnek tabesnél fontos szerepe van; annyira radicalis azonban, mint *Moebius* és *Jendrassik*, szóló nem tudna lenni; vannak tabes esetei, a hol lues nincs.

Azt, hogy a tabesnek csak egy főoka lehet, szóló teljesen elismeri; azért felveszi, hogy a lues a tabesnek nem közvetlen oka, hanem erősen praedisponál, mint pl. az influenza praedisponál bizonyos körülmények között a tuberculosisra. Azonban a luesnek aetiologikus jelentőségét tekinteten kivül hagyni nem lehet.

A mi a kimerülést illeti, *Edinger* az első közleményében emlitette, hogy a tünetek egymásutánja és gyakorisága is e mellett szól, igy pl. a pupilla reactiója a fény különböző intensitása szerint változik s ezzel bizonyitja a pupilla reflectorikus merevségét; ez ellen fel lehet hozni azon tapasztalatot, hogy a pupillák éjjel pihennek, ellenben a légzőizmok sohasem pihennek s ez utóbbiak működése tabesnél a legkésőbben és ritkán szenved: tehát a tünetek magyarázását illetőleg a kifáradásra nagy súlyt fektetni nem lehet.

A mi a kifáradás fontosságát illeti, szóló nem egészen osztja *Jendrassik* nézetét, azt hiszi, hogy a kifáradásnak igen is van szerepe s ezen nézetét azon tapasztalatra alapitja, a mit a m. á. v. személyzetén két év óta szerzett. A m. á. v. személyzeténél a tabes rendkivül gyakori; nehéz volna megmondani, hogy hány %-a tabeses, de szólónál körülbelül annyi tabeses jelentkezik, mint a hány neurastheniás; természetes, hogy a neurastheniára praedisponálja őket foglalkozásuk. Szólóhoz csak a neurasthenia súlyosabb alakjai, míg a tabesnek csak a kezdődő esetei kerülnek.

A m. á. v. alkalmazottjainak tabesbetegeinél syphilisre nézve ugyanolyan %-ot kapott előadó, mint más, e kérdéssel foglalkozó szerzők. Január elseje óta 16 tabeses jelentkezett nála, nyolcznak biztosan volt luese, ötnél erre alapos gyanú volt s csak három volt olyan, kinél luest kimutatni nem lehetett; ebből a kis számból csak 50%-ot kapunk biztos luesre; hogy a kifáradásnak ezen betegek tabesének kifejlődésében szerepe lehet, az közelfekvő, mert sokat kell utazniok, megfeszített munkának vannak kitéve; természetesen a lues praedisponáló hatása sokkal nagyobb, mint a kifáradásé.

Sarbó Arthur: A tárgyhoz hozzászól, mert 1894-ben ugyanezen themáról tartott előadást az orvosi körben s ez év tavaszán szintén érintette ezen kérdést az orvosegyesületben tartott előadásában.

Ha az előadó elolvasta volna szólónak 1894-diki előadását, nem állitaná azt, hogy csak a statistika szól ezen összefüggés mellett. Ezt előadó nem tette, a szemizomhüdésről, a szemtünetekről nem emlékszik meg és elfelejti, hogy a luest, tabest, paralysis progressivát leszámitva, az Argyll-Robertson-tünet, a korán fellépő szemizomhüdés csak topikus agymegbetegedéseknél fordul elő; pedig ez nagyon fontos argumentum.

Előadó 10 esetet kezelt antiluetikusan, ezekből 5 javult; ez a mellett szól, hogy a tabes kezelhető; hogy a Westphal-tünet, az Argyll-Robertson-tünet nem javul, az természetes, mert hisz ezen tünetek hátterét rossz kiesés képezi.

Hogy a tabes-tünetek a higanynak a következményei, az el nem fogadható, valamint a *Donáth* esete sem volt paralysis, hanem higanymérgezés.

Scheiber azon közleményében, mely szerint *Edinger* patkányokat dolgoztatott s azoknál a gerinczagyban a tabeshez hasonló elváltozásokat tudott volna kimutatni, *Mendl* pedig kutyáknál paralysisszerű tüneteket látott, *Scheiber* hozzáteszi, hogy sem a patkány, sem a kutya nem volt syphilitikus; szóló ehhez hozzáfüzi, hogy sem a patkányok, sem a kutyák nem voltak tabesesek, sem paralytikusok, a mint hogy a *Donáth* higanymérgezett betege sem volt paralytikus; rövid ideig tartó folyamatokat az idegrendszerben súlyos traumás elváltozásokat létrehozó, hosszú évekre terjedő folyamattal egybevetni lehetetlen.

Az *Edinger* theoriáját illetőleg, szóló volt az első, ki a tabes aetiologiájánál azt számbavette; szóló nem tartozik azok közé, kik a tabes aetiologiai momentumai közé a syphilisen kivül mást nem vesznek be, de feltételül tűzi ki, hogy syphilises legyen, a ki a tabest megkapja: a többi tényező csak roppant alárendelt szerepet játszik, köztük talán a kifáradás még a legfontosabbak egyike.

Előadó azt mondja, hogy a statistikai adatokra ne támaszkodjunk, hanem a beteg szüleit, nagyszüleit hallgassuk meg, hogy volt-e a dédapja, nagyapja, anyja stb. neurastheniás stb.; hat nem statistikát fog előadó ez adatokból összeállitani?

A világ összes statistikáiban a tabes 90%-ában a lues szerepel, míg a többi idegrendszermegbetegedésnél nem találjuk ezen százalékban a luest; ugyanezen statistikai adatot találjuk az elmebetegeknél.

A kéjnőket illetőleg *Wallenberg* és mások kimutatták, hogy gyakori a tabes; hogy ezeknél mégsem találjuk oly nagy számban, erre megadta szóló a választ abban, hogy abban a korban lép fel e bán-

talom, mikor az illető már nem puella publica, hanem más foglalkozása van s nem akarja bevallani előbbi ténykedését. Sok adatot hozhatna még fel szóló, melyek megczáfolását várta; hogy csak egyet hozzon fel: az ifjúkori tabes és paralysisnek csaknem minden esetében találjuk a hereditaer luest. Ezzel szemben azt hozza fel *Scheiber*, hogy *Senger* két virgo intactanál talált tabest; mire szóló azt mondja, hogy ezer meg ezer beteg van s ezek 90%-a luetikus; de hivatkozik szóló a „Gyógyászat"-ban közölt azon esetre, melyben egy „virgo intactanál" már hozzá akartak fogni a műléthez, midőn kiderült, hogy az illető virgo intacta gravida, ha ilyen esetben annyira tévedhetünk, mennyivel inkább lehetséges, hogy egy virgo intacta syphilitica legyen!

A syphilis alig hogy bejut a szervezetbe, vérbeli megbetegedést okoz, általános mirigybeszűrődést s létrehozhatja akármely szerv megbetegedését; előadó nem hiszi, hogy a lues olyan későn hasson: hát a tertiaer syphilidek nem későn lépnek fel s mégis syphilis.

Ugy látszik az egész vita *Virchow* auctoritásából indul ki, a ki először hivta fel a figyelmet a syphilisre s jelenleg óva int a *syphilisnek ily fontos kóroki szerepet* tulajdonitani, mivel kórbonczilag tabeseknél lueses elváltozást nem találunk; ezzel szemben kérdezi szóló, hogy miből tudjuk azt, hogy némely elváltozás syphilises és mi nem az; mert hisz nemcsak gummás syphilitikus elváltozás létezik, hanem egyéb is lehet, a mit mi még nem ismerünk el syphilitikus elváltozásnak, de a mit a statistikák útján annak kell majd elismernünk.

Szóló a syphilist tartja úgy a tabes, mint a paralysis legfontosabb okának; hivatkozik *Hirschl* tapasztalataira, melyek szerint a tertiaer syphilisben szenvedőknél sem találjuk meg mindig a luest, tehát a hiányzó 10%-nál is felvehetjük a luest; kérdezi végül előadót, hogyan magyarázza meg azon *Hirschl* által tett tapasztalatot, hogy 9 paralytikus közül, a kik syphilises virussal lettek beoltva: egy sem kapta meg a luest?

Scheiber S. H.: Véleményét már elég világosan jelezte a „Gyógyászat" f. é. 42-ik számában és a „Deutsche med. Wochenschrift"-ban; az ott előadottakhoz nincs mit hozzáfűznie. Szóló felsorolt több szerzőt, a kik azt tapasztalták, hogy bizonyos országokban és bizonyos emberfajoknál, pl. a négereknél tabes egyáltalán nem található, vagy csak igen ritkán, pedig a syphilis ugyanott igen elterjedt, mint pl. Boszniában és Herczegovinában; így Glück Sarajevóban 15 éves orvosi praxisa alatt s más orvosok egész Boszniában és Herczegovinában nem láttak egy tabes esetet sem, pedig ott a syphilis nagyon el van terjedve. Ha a syphilis volna csakugyan a tabesnek kizárólagos vagy legfontosabb oka, akkor az említett helyeken csak olyan arányban kellene előfordulnia, mint Franczia országban vagy nálunk.

Hivatkozott szóló *Edinger* és *Mendl* állatkisérleteire; patkányokat erős munkának tettek ki s a patkányoknál tabeshez hasonló tünetek léptek fel; szóló azt mondta, a patkányok nem voltak luetikusak, Sarbó azt mondja, hogy nem voltak tabesesek, — de a patkányok gerinczagyában olyan elváltozások voltak, mint a tabesnél előfordulnak s így a szóló conclusiója helyes; *Mendl* kutyákat forgatott s az agyban olyan elváltozások voltak constatálhatók, mint embernél paralysis progressiva esetén: ezek azt mutatják, hogy a paralysis és tabes nem éppen syphilistől származnak. Erre nézve *Edinger* felsorolta azon foglalkozásokat, melyeknél a tabes gyakran fordul elő: így vasúti munkásoknál, mint azt *Korányi* említette, katonáknál; végre felsorolt szóló több klinikai tabes esetet, melyeknél nem lehetett a syphilis nyomát kikutatni: tehát ebből is az következik, hogy a syphilis nem minden esetben oka a tabesnek.

Sarbó nem hiszi, hogy az említett virgo intacta volt. *Senger*, ki a tabest szintén syphilisből magyarázza, a tabeses virgo intactánál nem tudott syphilist kimutatni, de graviditást sem.

Ha szabad auctoritásra hivatkozni, éppen a neurologia legnagyobb tekintélyei: *Westphal, Leyden, Charcot* nem fogadják el a tabesnek syphilisből való magyarázatát.

Donáth Gyula: Örömmel tapasztalja, hogy az orvosi közvélemény itt lényegesen megváltozott, a mióta *Sarbó* több izben kifejtette nézetét a tabes aetiologiáját illetőleg; minden esetre megváltozott abban, hogy ma itt *Sarbó* kivételével senki sem állitotta, hogy a lues a tabesnek egyedüli aetiologiai momentuma. Szóló volt az, a ki ez ellen először felszólalt, hogy kimutatják 90%-ban a luest, de a 10%-ot bebizonyitani nem lehet, még akkor sem, ha a *Hirsch* fogásához nyulunk. Örömmel tapasztalja a szóló, hogy *Korányi* szintén azon véleményen van, hogy a syphilist egyedül okul felvenni nem lehet, legfölebb praedisponáló momentumul.

Röviden összegezve, a mi szólót és előadót arra inditotta, hogy ne tartsák a syphilist a tabes egyedüli okául, az, hogy 1. a sok syphilis beteg között kevés betegszik meg tabesben; 2. sok luetikus nő között kevés a tabeses; 3. syphilitikus hullában nem találunk tabest s tabeses hullában syphilist, s végül hivatkozik azon érdekes adatokra, melyeket újabban halmoztak fel, melyek szerint a primitiv népek nem hajlandók a tabesre, mig a civilisatióval meggyengült szervezet a tabesre hajlamos.

Szóló azon véleményen van, mint *Jendrassik*, hogy a tabesnek aetiologiája egységes, melyet még nem ismerünk, azonban lehetséges egy praedispositiója az idegrendszernek, vagy a hátsó kötegek gyenge kifejlődése, ez évek során különösen valamely gyengitő momentum hozzájárulásával elsorvad, elhal, ilyen momentum pl. a syphilis is, — s ez a vezéreszméje ezen előadásnak, melynek lényege, hogy a syphilis a tabes egyedüli oka nem lehet.

Kende Mór: A mit felolvasott, az csak kivonata dolgozatának, melyet, ha *Sarbó* és a többi hozzászóló elolvas, látni fogják, hogy egyetlenegy momentumot sem hagyott ki, a mi a tabes és lues közti összefüggésre vall. — *Jendrassik* szerint a különböző statistikák mindegyikében a lues a tabes-esetek 90%-ában szerepel mint oktani momentum, szóló csak azt mondja, hogy a lues praedisponáló s nem kizárólagos oka a tabesnek; tény, hogy a luetikus infectio gyengíti a a szervezetet, ép így az inunctios kúra is. Különben a statistikákkal furcsán állunk; *Jolly Leyden* klinikájáról bizonyítja, hogy a tabes társadalmában nagyobb a luetikusok száma mint a nem-tabesesekében. *Guttmann* szintén a *Leyden* klinikájáról azt bizonyítja, hogy a tabesesek között kevesebb a luetikus mint a nem-tabesesek között; s ezen adatait az életbiztositó társulatok orvosi jegyzőkönyveiből veszi, — mindkét statistika rossz; *Erb* statistikája, mely 600 esetre vonatkozik, jó, mert comparativ. A statistika soha sem bizonyít sokat, mert egyveleg, csupán az olyan esetek döntők, mint a *Hermanidesé*, a ki barátját gyermekkora óta jól ismerte, ennek luese sohasem volt s mégis megbetegedett tabesben.

Hogy a tabes nem fejlődik ki, ha a syphilis tertiaer alakja lép fel: ott vannak az abessiniai esetek, hol a lakosok 80%-a luetikus, és pedig a luesnek igen enyhe alakjaiban szenved; kurálni ezek soha sem szokták magukat s még se jön létre tabes: ha ott a tertiaer syphilis nem okoz tabest, miért nem okoz itt az elsődleges?

Fournier közlését is ismeri, — nem mondta szóló, hogy az inunctió okozza a tabest, csak azt mondta, hogy épp úgy, mint a luetikus infectio, ez is praedisponál a tabesre.

Hogy a neurastheniások miért nem kapnak inkább tabest mint az erőteljes egyének, ez onnan van, mert gyorsan jelentkezik náluk a kifáradás érzése, mig az erőteljes ember, ha kifáradt is, tovább dolgozik.

Edinger theoriáját úgy magyarázza, hogy erősen üzőbe vett állatok vére, ha befecskendeztetik, putrid anyagként hat; a vér tehát vegyi átváltozást szenvedett, mire tabeshez hasonló elváltozások léptek fel; ha egy hypothetikus syphilotoxin képes olyasmit előidézni, akkor tán nem lehetetlen, hogy az erősen dolgoztatott patkányokban fellépő leukomainok is okozhatják azt.

Szóló sem mondta, hogy a paralysis és tabes azonos, csak azt, hogy rokonságban vannak. Mendl házasfeleknél talált tabest és paralysist; paralysisnél van határozottan luetikus elváltozás: az endoarteriitis, mig tabesnél csupán egyszerű sorvadás van jelen.

Korányi szerint is van a kifáradásnak a tabesben szerepe.

Sarbónak csak azt jegyzi még meg, hogy a tabes és lues közti nem szoros összefüggés bizonyítására utal Hermanides dolgozatára, melyben az egyik oldalon fel vannak sorolva a lues melletti érvek s a másik oldalon mindjárt ott az ellenérvek.

Hogy kéjnőknél miért olyan kevés a tabes, arra nem kell felelnie, utal Tihanyi dolgozatára, úgy hogy egyetlen érv sincs, mely azt bizonyitaná, hogy a lues a tabessel okozati viszonyban van; a kórbonczlani álláspont is azt mutatja, hogy a tabes kifáradás következménye, az idegelemek sorvadása. *Krafft-Ebing* paralytikusára vonatkozó hivatkozás nem idevaló, mert teljesen decrepid egyénen a syphilitikus toxin nem hat.

(XXIV. rendes ülés 1898. november 12-dikén.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Lévai József.**

Atrophia idiopathica progressiva cutis esete.

Róna Sámuel: Az ezen néven nevezett *partialis bőratrophia* igen ritka észlelet. Eddig három eset van az irodalomban feljegyezve. Megannyi esetben első sorban a végtagok bőrének progressiv nagyfokú atrophiája volt jelen. *Buchwald* (az első leiró) férfibetege 36 éves volt, a mikor észlelés alá jutott és baja 20 éves korában kezdődött; egy év alatt maximumát érte el. *Touton* férfi betege 57 éves volt az észlelés idejében és baja 35 év óta állott fenn. *Pospelow* 50 éves nő betege 17 éves korában szerezte baját. A bemutatott eset a következő: R. A., 75 éves nő, szeptember 21-dikén jött az osztályra a köztakaró nagy részét elfoglaló és két hét óta fennálló dermitises és eczemás laesióval, mely részben a *dermatomycosis marginata* klinikai képének felelt meg. Ezenkivül a jobb felső végtag bőrének *nagyfokú atrophiája volt észlelhető*. Ugyanis a musculus deltoideus inának tapadási helyére húzott körvonaltól kezdve lefelé az ujjak II-dik phalanxának bütykéig, az I-ső és II-dik phalanxot kevésbbé érintve, az ujjak tenyéri felületét, valamint a tenyeret teljesen menten hagyó, nagyfokú *a bőr összes szöveteit illető atrophia* észlelhető. Ezen egész területen a bőr rendkivül megvékonyodott, fonyadt, finom ránczokban álló, mintha „túlbő bőrkeztyűvel" volna boritva és száraz; a könyök csúcsán, az alkar külloldalán és belső felületének külső felén, a kéztő körül több cm.-nyi területen, az egész kézháton, az ujjak háti felületén a jelzett határig a bőr kékes-vörös-livid *az áttünő tágult capillarisoktól*, a többi helyeken halvány, kissé fakó, hegszerű. Ezen egész területen a bőr *harmonikaszerűen* ránczolható és alapjáról több cm.-re eltolható s ezen állapotban egy ideig megmarad. A kéz háti felületén csaknem papirvékonyságú a bőr, valamivel vastagabb az alkaron és legvastagabb a felkaron, a hol a jelzett vonalon megtehetős éles határral végződik az atrophia. Mindenütt elszórtan finom hámlás látható. A szőrök mindenütt gyérültek. Semmi subjectiv tünet. A bal kar megfelelő részein a bőr szintén atrophiás, de távolról sem oly mértékben, mint a jobbon. A bőr ezen a karon sárgás-barna, sehol cyanosist nem mutat és jóval vastagabb ránczokba tolható össze és nem megy túl *a senilis atrophia* határán. A törzs bőrének állapota a dermitises laesiók miatt az atrophiára vonatkozólag biztosan meg nem

itélhető. Az alsó végtagok elég jó állapotban vannak, csak a lábak mellső felén, különösen az ujjakon erősen cyanotikusak; mellkasi szervek épek. Idegrendszer: *Korányi Sándor* vizsgálata szerint térdreflexek kissé fokozottak, de különben semmi abnormitást sem tüntet föl. A jobb kar azonban a beteg állítása szerint évek óta gyengül. Az izomzat satnyább is ezen a karon és kézen, mint a balon. *A bőrérzékenység* kissé csökkent az atrophiás területen. Hőérzés, tapintó érzés, verejtékelválasztás semmi rendellenességet nem mutat.

Lefolyás: Betegnek kórházi tartózkodása alatt ismételten jelentkeztek eczemás laesiók a beteg karon is és azok ép úgy folytak le, mint az ép bőrön; az atrophia mit sem változott. E bántalom okairól mit sem tudunk. Az irodalmi esetekben erőteljes, jól fejlett egyéneket lepett meg s csak *Pospelow* betege említ nagy testi fáradságot (30 verstnyit gyalogolt) és ekkor áthülést követő melegfürdőt. Erre vörös foltok keletkeztek a bal kézen és alkaron, majd a bőrszín teljesen megváltozott és egy év lefolyása alatt a bőr megvékonyodott. *Buchwald* és *Touton* betegeinél kimutatható ok nélkül keletkezett a baj. A bemutató betege csak 8—10 év óta veszi észre a jobb kar fonyadását és a tűzhely intensiv melegének (szakácsné volt) tulajdonítja. Azt állítja, hogy 8—10 év előtt erős szaggatásai voltak jobb karjában, mi ellen sósborszesz bedörzsöléseket használt és hogy a szinváltozás volt az elsődleges és ezután vékonyodott meg a bőr.

Az atrophiás részletek boncztani viszonyait Buchwald és *Pospelow* tanulmányozták. Ezek szerint az összes rétegek atrophiája volt jelen, főleg a zsírszövet hiányzott; innen a kivágott részek rendkivül vékonysága (1/5 rész vastag, mint rendesen, Pospelow). A papillák elsimultak, a verejték- és faggyúmirigyek, szőrtüszők gyérültek és sorvadtak, a szőrök vékonyabbak és nalványabbak. Az arrectores pilorum igen satnyák. Az erek hol rendesek, hol tágultak. *A ruganyos rostokról* nincs említés téve. Saját vizsgálatainál ezrekre is kiterjeszkedik, szóló az eredményről később referál.

A diagnosis fiatal vagy középkorban levő egyéneknél igen könnyű. A ki egyszer látta e bajt élőn vagy képben, soha mással össze nem téveszti. Nem így öreg egyéneknél. Ezeknél szóba jöhet a *senilis atrophia*. Azonban a jelen esetet, mivel öreg egyénnél észleltetik, senilis atrophiának tartani, nagy diagnostikai tévedés volna, mert a senilis atrophia *nem partialis, nem élesen határolt, a bőr nem hegszerűen fehér, vagy fakó vagy cyanotikus* és sohasem ér el ily sorvadási fokot.

A prognosis az életre kezdvező, a bajra rossz, mert ez *progressiv*. A therapia absolute tehetetlenül áll úgy a befejezett folyamattal, mint a terjedéssel szemben.

(Folytatása következik.)

A stomatologusok (fogorvosok) országos egyesülete.

(II. köz- és nagygyülés.)

I. nap.

Árkövy dr. elnök az ülést megnyitó beszédében meleg szavakkal emlékszik meg a Felséges Asszony haláláról. Ezután constatálja a lefolyt év örvendetes haladását, kilátásba helyezi, hogy a fogászati klinika új tanerőt kap az odontotechnikában (Hattyasi dr. volt tanársegédben), nemkülönben, hogy a fogászati klinika helyiségei és felszerelése örvendetes irányban nemsokára megváltoznak. Örömmel ad kifejezést a szakirodalom haladásának is. Következik:

Bauer dr. előterjesztése a technikus ügy rendezéséről. Az előadáshoz hozzászólnak Dalma dr. (Fiume), Winkler dr. (Nagy-Enyed) és Rozgonyi dr. Következett:

Biró Zs. dr. felolvasása „Kisérletek a pulpa mumificatióra vonatkozólag". Előadó demonstratiója után, melyen az arsensav sterilizáló hatása a gyökcsatornában teljesen megdöntöttnek látszik, áttér a mumificáló módszer lényegére. Czélja ennek a gyökércsatorna kitöltése oly anyaggal, a mely a bakteriumoknak akkor se szolgáljon tápanyagul, ha az alkalmazott desinficiens már el is veszti hatását, a periapicalis szövetre ne gyakoroljon izgató hatást és a fogat ne szenesitse el. Eddig folytatott kisérletei után kettőt állít valószinűséggel. Először fontosabb a desinficiáló szernél annak huzamos nint erős hatása, a mely első annál nagyobb fokú, minél kisebb a szer diffundáló képessége. Másodszor czélszerűbb a mumificatióra olyan szert használni, a mely impraegnálja a pulpát, mint olyat, a mely a viztelenités által zsugorítja azt.

Árkövy dr. a caries alveoi. specifica esetén demonstrálja a legfontosabb diagnostikus jeleket, hangsúlyozva jelentőségüket a kórisme felállításánál. Következik:

Berger dr. értekezése az empyema antri Hyghmori gyógykezeléséről. Ezután *Hattyasy* dr., *Bauer* dr., *Biró* dr. és *Szabó* dr. mutatnak be gyökérkezelési methodusokat.

Hattyasy dr. gangraena pulpae tot.-nál a javaslatba hozott azt a gyökértömési módot mutatja be, melynél a gangraenás fog kalium causticummal kezeltetik és a műtétet pastás gyökértömő anyaggal fejezik be. Ezenkivül bemutatta egy másik betegen az Árkövy-féle sósavas kezelést, melynél gyökértömő anyagul a Scheiber-féle camphorbetolt alkalmazta.

Biró dr. a gyökérkezeléseknél a Beutelrock-féle műszerek alkalmazását mutatja be, gyökértömő anyagul guttaperchát használván.

Szabó dr. a gyökérdesinficiálás azt a módját mutatja be, mely a fogászati klinikán szokásos, t. i. sublimat és 50%-os carbolos eljárást. Gyökértömést is készített pastával, melyre occlusiv tömésül zinkoxychloridot alkalmazott. *Bauer* dr. a natrium peroxyd alkalmazását demonstrálja; gyökértömő anyagul chloropercha és guttapercha szolgál.

Dalma dr. (Fiume) újdonságait mutatja be. És pedig: *a*) Levehető függő hidat, mely egyik végén retesz, a másikon sátor által van ráerősítve a pilléreket képező koronákra. A fogak arany kamrákba ónnal erősittetnek meg. *b)* A már közölt celluloid koronákat és azok készítéséhez szükséges présmintákat *c)* Egy darabból készült provisorius egész felső fogsort, a fogak is celluloidból. *d)* „Zeydolitt" nevü celluloidlakkot cement- vagy amalgam-tömések bevonására. *e)* Névtelen gyantakeveréket carborundum-kúpok vagy korongoknak a mandellekre való erősítésére. *f)* Dentin anaesthesia előidézése monobromcumoll által betegen bemutatva. Az eredmény tökéletes volt.

A tanteremben *Klinger* dr. mutat be korona- és hídmunkákat, valamint fogószabályozó készülékeket. Következett a műtőteremben

Hattyasy dr. előadása aluminum-munkákról. Felsorolta az aluminium fogműveknél ajánlatos különböző eljárásokat, azokat készítményeken bemutatta, megvilágítván az egyes ajánlott eljárások hasznavehetőségét. Előadó bemutatott különböző időből származó aluminium-lemezeket, melyeknek qualitásai előadóban azt a véleményt érlelték meg, hogy a fogászatban az utóbbi években használt aluminium nem azonos az előbb használt lemezekkel, hanem a most használatban levő aluminiumhoz valamely más fém, pl. ezüst van ötvényezve, mi által annak tulajdonsága hasznavehetősége javára tekintélyesen módosul és ennek tudható be, hogy újabban az aluminium fogművek feletti vélemény sokkal kedvezőbbé vált.

Radó dr. (Zágráb) az általa feltalált szoba-ventilátort mutatja be.

II. nap.

Az ülés megnyitása után Dukesz dr. tartja meg előadását a tejfogak conserválásának kérdéséről. Előadó hangsúlyozván a tejfogak conserválásának fontosságát, áttér a különféle eljárások hasznavehetőségére. Előadó a 6 éves molarist mindig megtartja, a míg csak lehet. Biró dr., Dalma dr. és Rudos dr. a tárgyhoz való felszólálása után *Idrikovszky* (vendég) mutatja be a Lepkovszky által feltatált fogkefe sterilizáló készüléket. Következett:

Árkövy dr. előadása a fogbél direct conservativ műtéttanáról. Maga a conservativ műtét nem elvetendő, hanem keresni kell, hogy mily feltételek mellett conserválható a pulpa. Felsorolja azon alapfeltételeket, melyektől a pulpa con erválási műtét sikere függ. A műtét intentiója az, hogy a pulpa izgattatván, ebur secund. képződjék. Erre a pulpa akkor képes, midőn nemcsak sok az odontoblast sejtje, hanem ha nagymennyiségben van benne még embryonalis sejtszövet. Ilyen körülményeknél fogva idősebb egyénnél a pulpa conserválására nem oly kedvező a kilátás, mint a fiatal korúnál. Befejezésül szólott még előadó a Sydney által közölt hydronaphtolról, annak antiseptikus és conservativ hatásáról.

Hattyasy dr. a különböző gyökértömési anyagok értékéről értekezik. Előadásában a gyökértömés történetével foglalkozik bevezetésképen. Táblázatban feltüntette a gyökértömésre szolgáló anyagok antiseptikus hatását, valamint meghatározta azon kivánalmakat, melyeket a gyökértömő anyagok ellenében óhajtandónak tartunk. Ez alapon sorra vette az egyes eljárásokat, együtt és külön meghatározván, mely eljárások és szerek azok, melyek a kivánalmaknak leginkább megfelelnek. Az igazán magas szinvonalon álló előadás az egész hallgatóság osztatlan tetszését eredményezte.

Biró Zs. dr. a fog-caries és a terhesség közt fennálló viszonyról tart előadást. A caries fellépését különböző terhességi állapotokban kutatván, azon conclusióra jut, hogy a caries frequentiája a terheseknél sem nagyobb, mint nemterheseknél.

Ezután *Weisz J.* (Bécs) demonstrált új műszereket és eszközöket. Bemutatott egy igen elmésen és páratlan praecisitással szerkesztett Schlemmer-féle köszörülő gépet in lay-k készítésére. Bemutatott újabb gyökéremelőket, carborundum-készítményeket, a Wütscheim-féle kapcsos tükröt. Két dolog azonban különösen megragadta a hallgatóság figyelmét és pedig a Jenkins dr.-féle porczellánemail-tömések és a chrysollal való gyors aranyozás.

Vajna Vilmos dr. saját szerkezetű idegtűit mutatja be, melyeket ő biztonsági idegtűknek nevez. Bemutató idegtűit minden esetben úgy az egész pulpa, valamint egyes pulparészek eltávolítására mindig a legjobb eredménynyel használja és ezenkivül még különböző desinficiáló szereknek a gyökércsatornába való bevitelére is igen jól alkalmazza.

Ezen demonstratiók után Mr. Rose (London, Ash & Sons czég megbizottja) a continous-gum munkát és egy új, úgynevezett gummiprést mutat be.

Még *Rozgonyi* és *Baumerth* dr.-ok mutattak tanulságos eseteket az orthodontia köréből, mire az elnök megköszönvén az előadók fáradságát és a hallgatóság érdeklődését, a stomatologusok ezidei nagygyülése bezárult.

Szegedi orvos-egyesület.

(Szakülés 1898. november 9-dikén.)

Elnök: **Faragó Ödön**; jegyző: **Kőhegyi Lajos.**

Az állandó őrlőfogak a gyermekek 6—12. életkorában.

Unghvári Péter: Kimeritő czikkben foglalkozik a 6—12. életévben levő gyermekek állandó őrlőfogaival, kifejtve, minő káros befolyást gyakorol azok romlása a felnőtt egyén fogaira. E fogak rágó felületein a sokkal vékonyabb zománczréteg könnyebben támadtatik meg caries

által, mely kóros elváltozás e fogak bütykei között elhelyezett baráz-dákban és gödrücskékben felhalmozódott és ott erjedő ételmaradékok által csak elősegítve lesz. 1576 iskolás gyermeknél 884 esetben találta az őrlőfogak cariesét. Nagy gondot kellene fordítani a gyermekek fogainak ápolására és a már meglevő defectusok gyógyítására, a hol pedig alkati bántalmak, görvélykór, rhachitis okozzák, ezen bajok ellen küzdeni. Oda concludál, hogy az iskolaorvosoknak ép úgy, a mint szemvizsgálatot végeznek, erre is kellene kiterjeszkedniök.

Alsó állkapocstörés foghúzás alkalmával.

Vajda Miksa: Foghúzásnál beállott törését az alsó állcsontnak mutatja be, melynél a necrotizált csontrész eltávolítása vált szükségessé. Az extractiónál a beteg úgy érezte, mintha állcsontja eltörött volna és többi fogai is kilódultak volna helyükből. Következő nap az arcz megdagadt, míg az ötödik napon bő genyedés és láz állott be. Négy héttel az extractio után beteg felkereste Vajda dr.-t, a ki a következőket találta: A jobb arczfél dagadt, tapintásra fájdalmas, a száj csak alig nyitható és csak kanállal feszíthető fel, a mikor nagy mennyiségű bűzös geny ürül ki. Hőmérsék 39°. A bal állcsontrészlet megvastagodott, mozgatva recseg. A szájüregben a dagadt csontrész lemeztelenített, a linea obliqua externa középtáján mélyen kivájva, mintha két részből állana, melyeket alul keskeny lécz fog össze. Úgy külső, mint belső felülete érdes. Diagnosis: az alsó állcsont törése haránt irányban és repedés hosszirányban a linea obliqua externa fele részéig. Előadó a necrotizált csontrészletet eltávolította. Szerinte a törést az extractio okozta, habár a praemolaris fog nagysága és gyökereinek elhelyezése, melyek semmiben sem térnek el a rendestől, azt nem complicálhatták. A törést úgy magyarázza, hogy a műtő a fogó külső ajkát nem a fogra illesztette, hanem azzal együtt az állcsontot is mélyen megragadta, és addig rotált kifelé is befelé is, míg nemcsak a fog extractiója, de a törés és repedés sikerült.

Unghvári megjegyzi, hogy úgy a kóreset leirásából, valamint a bemutatott sequestralis csontrészekből nem állapítható meg, hogy az alsó állcsont a második praemolarisnál ketté tört volna, mivel e fog tájékán történt törésnél, minthogy az a masseter insertióján kivül esik, dislocatiónak kellett volna létrejönni. De nem osztja előadó azon nézetét sem, mintha a fog extractiójánál ilyen nagy csonthalmaz letörhetett volna, hanem azt hiszi, hogy az extractio úgy történhetett, hogy a műtő a praemolarist kifelé feszítette, úgy hogy a fogmedernyújtvány megrepedt, a repedés kiterjedt a molarisok tájékára és innen magyarázható, hogy a többi molarisok is meglazulva és luxálva lettek. A bemutatott állcsontrész pedig sequestralis darab, mely a genyedési és üszkösödési folyamat következménye.

A kórelőzményből nem tünik ki, nem volt-e az extractio előtt kóros elváltozás az állcsontban.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1898. május hó 15-dikén tartott közgyülés.)

(Folytatás.)

Az orvosi tudomány haladásának természetes menete tehát az, hogy elsőbben is a kóros folyamatokat kell felderíteni s akkor megismerésünk therapeutikus gyümölcsei maguktól hullnak ölünkbe. Mindinkább kisérleti objectummá válik az egyed, a betegség gyógyítása lép előtérbe s nem a betegé s klinikai statióink ma tudományos laboratoriumok inkább, semmint gyógyintézetek. Én, t. uraim, a gyakorló orvos szempontjából beszélek; érezzük a gyakorlat mezején mindannyian a ferde helyzetet, melybe jutottunk s melyen csak az segíthet, ha ismét megtanuljuk, hogy feladatunk a beteget gyógyítani, a beteg embert, a ki tőlünk várja testi jóléte visszaállítását. Ments Isten, hogy az újabb idők therapeutikus vívmányait kicsinyeljem: csak arra akartam rámutatni, hogy az individualizálás szükségességének elve szenvedett csorbulást s ez nem minden veszedelem nélkül való. A gyakorló orvosnak a beteg bizalmára van szüksége, egy bizonyos meghitt viszonynak kell a kettő között kifejlődnie, mely az orvosban a résztvevő emberbarátot, a betegben a szenvedő embert tünteti elénk. Minél elvontabban tekintjük a betegségi jeleket, elvesztve szem előtt az e jelenségek alatt sinylődőt, annál tátongóbbá válik az űr orvos és beteg között s annál inkább szenved az orvosi nimbus, melynek hiányán, eltüntén oly méltán kesergünk.

És akkor imminensebbé válik a helyzetnek az a veszélye is, mely a betegeket a lelketlen kuruzslók zsákmányaivá teszi, a mi ellen nekünk küzdeni humanus kötelességünk.

Ime t. uraim, ebben az irányban van szükségünk egy olyan központra, melyben a gyakorlati élet szükségletei megnyilatkozásra jutnak. A harmincz év traditiója azt tanitja nekünk, hogy tudásunk annyit ér, a mennyit a szenvedő emberiség sorsának javitásában felmutatni képes. Nem elvont czélok, felhők közt lebegő idealok azok, melyek minket vezetnek: azoknak bolygó fénye csak az ingoványokba csalogat; mindig a beteg emberre való vonatkozásokban látjuk mi élethivatásunk feladatát. Felix, qui potuit rerum cognoscere causas, mondja a latin remekiró. Keressük meg az okokat, melyek a mai helyzetet teremtették s akkor megtaláljuk az utat, melyen haladnunk kell a gyakorló orvos magasztos élethivatásában, nem csupán a szenvedők üdvére, de rendünk boldogulására is.

Tisztelt közgyülés!

Egyletünk a lefolyt egyleti évben sem maradt mögötte a munkásság ama mérfokának, mely egyletünket a megelőző években is jellemezte. Szaküléseink látogatottsága, az önálló vagy betegbemutatásokat kisérő előadások magas szinvonala, az igazán tanulságos eszmecserék, melyek az előadások nyomán fakadtak, újból bizonyítják, hogy egyletünk az orvosi életnek nem mesterkélt eszközökkel teremtett, hanem mintegy benső szükségből eredő központja, mely épen ezekből az okokból kifolyólag nagy erkölcsi erővel bir. Felesleges munkát végeznék is azzal, ha egy ilyen központ szükségét a már elmondottakon túl is igazolni vagy fejtegetni akarnám. A szükséget bizonyítja legjobban az, hogy tagtársaink e helyet oly előszeretettel keresik fel, hogy ezt teszik tudásuk, tapasztalatuk letéteményesévé, s itt nyernek s adnak egyúttal ösztönzést a tudományos haladásra.

Az 1897/98-dik (XXX.) egyleti év folyamán 11 szakülést, egy ünnepélyes közülést és 5 választmányi ülést tartottunk. A szakületeken 17 előadó a következő 31 előadással gazdagította tárgyalásaink sorrendjét:

1. *Baróthy Ákos*: *a*) Nagyvárad város egészségügye az 1897. évben.
   b) Havi jelentések Nagyvárad város egészségügyi állapotáról.
2. *Berkovits Miklós*: *a*) Aneurysma aortae esete, betegbemutatással.
   b) Charcot-féle hypertrophiás májzsugor esete, betegbemutatással.
3. *Edelmann Menyhért*: Pleuritis pericardiaca exsudativa.
4. *Elszász Emil*: Agysérv esete, betegbemutatással.
5. *Fráter Imre*: *a*) Nyaksérülési esetek, betegbemutatással.
   b) Sérvműtét Murphy szerint.
   c) Gastroenterostomia gyomorrák miatt.
   d) A nervus opticus elszakadása trauma következtében.
6. *Fisch Áron*: Hyperaciditás esete.
7. *Filkor Lajos*: A hévvizek gyógytani hatásáról.
8. *Gerő Sándor*: *a*) Pleuritis exsudativa.
   b) A mesterséges táplálásról.
9. *Grósz Albert*: A szabályozott egészségügy befolyása a jólétre.
10. *Grósz Menyhért*: *a*) Traumás neurosis esete, betegbemutatással.
    b) A spermin microchemiai reactiója, készítménynyel.
11. *Konrád Márk*: *a*) A nagyváradi m. k. bábaképezde 1896-ban.
    b) Fibromyoma uteri műtett esete, készítménynyel.
    c) A nagyváradi m. k. bábaképezde 1897-ben.
    d) A vaginalis tamponade, mint gyógyeljárás.
12. *Korda Kálmán*: Tapasztalati adatok a calomel hatásáról általános vízkórnál.
13. *Popovits György*: *a*) Havi jelentések Biharmegye egészségügyéről.
    b) Kiss Ferencz dr. emlékezete,
14. *Révész Vilmos*: *a*) Addison-kór esete, betegbemutatással.
    b) Tetania esete.
    c) Sensorius aphasia esete.
    d) Casuistica az agydaganatok köréből, készítménynyel.
15. *Schiff Ernő*: A cerebralis pneumoniákról.
16. *Sternthal Sándor* gyógyszerész: A kalium chloricum rendeléséről.
17. *Weisz Márton*: Morbus Basedowi.

Ezidei szakülésünket a *Szt. László-fürdőben* tartottuk meg, viszonzásképen azon vendégszeretetért, melyet a fürdő bérlője *Czeglédy S.* úr részéről élveztünk. Ez alkalommal *Filkor* dr. tagtársunk előadásából kifolyólag a szakülés elhatározta, miszerint a gyógyfürdőknek orvosi rendelet nélkül való igénybevételének korlátozása végett mozgalmat indít s a helyi gyógyfürdők igazgatóságait ez irányban megkeresi. Az ügy a választmány előtt fekszik s minél előbb elintézés alá kerül.

Díszülésünk tárgyát, f. évi január hó 9-dikén, a nagyváradi m. k. állami bábaképezde fennállásának 25-dik évfordulója képezte, s igen természetes, hogy ez alkalommal, mely a humanismusnak ünnepe volt, meleg közvetlenséggel nyilatkozott meg az a mély tisztelet és ragaszkodás, mely egyletünket elnökéhez, *Konrád Márk* dr.-hoz, az intézetnek fennállása óta igazgató tanárához fűzi. Az egész társadalom, hazánk legelső tudományos testületei részt vettek ünnepélyünkön, s a mi dicsőség a jubiláló intézet nagyérdemű vezetőjére hárult, az egyúttal a miénk is, az egyleté, mely szerencsés öt élén tisztelhetni.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

7866/898. kig. szám.

Torontálmegye antalfalvai járásához tartozó **oppovai körorvosi állás** lemondás folytán megüresedett, arra ezennel pályázat hirdettetik, a körhöz Baranda községe tartozik.

Ezen állással 900 frt évi fizetés, 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli látogatási díj élvezete van egybekötve.

Felhivatnak pályázni óhajtók, hogy képesítésüket, eddigi alkalmazásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi deczember hó 5-dik** napjáig alulirott főszolgabirói hivatalhoz nyujtsák be.

A megválasztott orvos köteles a torontálmegyei orvosegyesület nyugdíjintézetébe lépni.

Antalfalva, 1898. évi november hó 10-dikén.

2—1 *A főszolgabirói hivatal.*

11,234/898. köz. szám.

A nagyszentmiklósi járáshoz tartozó **ó-besenyői körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázat hirdettetik.

A kör székhelye Ó-Besenyő, a körhöz tartozik Bolgártelep és a f. évi 1041. kgy. számú törvényhatósági határozat folytán Keglevichháza.

A körorvos javadalmazása áll Ó-Besenyő részéről 500 frt, Keglevichháza részéről 74 frt 75 kr., Bolgártelep részéről 37 frt 73 kr., összesen 612 frt 48 kr. készpénzfizetés, 40 kr. nappali, 80 kr. éjjeli látogatási díj és 20 kr. halottkémlési díj. Műtétek díjazása egyezség tárgya.

Ó-Besenyő községe 6500, Bolgártelep 650 és Keglevichháza 1160 lélekkel bir. A megválasztandó körorvos köteles a megyei orvosi nyugdíj-egyletbe belépni.

Felhivatnak mindazok, kik kérdéses állást elnyerni akarják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitést igazoló kellőleg okmányolt kérvényeiket alulirt főszolgabirói hivatalhoz **f. évi november hó 24-dikén** annál inkább nyujtsák be, mert a későbben beérkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Nagy-Szent-Miklós, 1898. évi október hó 28-dikán.

3—3 *A főszolgabirói hivatal.*

365/898. eln. szám.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban a kórboncznoki állás újjászerveztetvén, annak betöltésére a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrnak f. év október hó 26-dikán kelt 100,256/VI.—b. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvos urakat, kik ezen 800 frt fizetéssel dijazott ideiglenes jellegű két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. törv.-czikk 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal, továbbá, hogy úgy a kórboncztannal, szövettannal, kórvegytannal, bacteriologiával és a Röntgen-sugarak kezelésével, mint specialisták foglalkoztak és foglalkoznak, igazoló bizonyitványokkal felszerelt folyamodványaikat **f. évi deczember hó 31-dikéig** hozzám nyujtsák be.

Pozsony, 1898. évi november hó 9-dikén.

3—2 *Pantocsek József* dr., igazgató-orvos.

10,696/898. kig. szám.

Temes vármegye fehértemplomi járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett **károlyfalvi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi járandóságok: évi fizetés 600 frt, lakbér 200 frt, a látogatási díjak az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-ának 1. pontja értelmében a megválasztott orvos és a községek által egyezség útján lesznek megállapitva, a halottkémlési díj 40 krban van megállapitva.

Míg az állatorvosi állás betöltve nem lesz, a hússzemlélés után évenkint 150 frt jár.

A kör székhelye Károlyfalva, a melyhez a 4 kilométer távolságra eső állami út mellett fekvő Temes-Miklós község tartozik, a két község lakosságának száma 8000.

Pályázati határidő **1898. évi deczember hó 5-dikén.**

A választás határnapja és helye 1898. évi deczember hó 7-én d. e. 10 óra Károlyfalva községháza.

Felhivom pályázókat, miszerint az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. és 143. §-aiban előirt képesitettségüket igazoló okmányaikkal és szolgálati bizonyitványaikkal felszerelt kérvényüket az adott határnapig hozzám beterjesszék.

Fehértemplom, 1898. évi november hó 14-dikén.

2—1 *Somogyi Gyula*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

Oophorin Freund

igen hasznosnak bebizonyult szer Chorosisnál amenorrhoicus és klimacterikus nehézségeknél. Irodalom és kisérletezési anyag orvosok és kórházak számára ingyen küldetik.

Zisarsky Em., okl. gyógyszerész, Bécs, I., Kurrentgasse 12. Budapesten: **Dr. Egger L.** (Váczi-körút 17) és **Török József** (Király-utcza 12) gyógyszerészeknél.

Jó hirnevű fürdő

családi viszonyok miatt eladó. A fürdővel **két fix fizetéssel javadalmazott orvosi állás** is egybe van kötve, a mely átruházható.

Bővebbet **Schwarz József** hirdetési irodájában Budapest, Marokkói-utcza 4. sz.

Kerestetik

orvos-doktor mint társ némi tőkével egy már létező s Budapest egyik legélénkebb utczájában székelő **fogtechnikai műintézet** megnagyobbitására. Kitünő hely és szép beteganyag. Teljes felszerelés műtő és technikus eszközökkel. Levél kéretik: **„fényes jövő 1898“** felirattal Budapest főposta, poste restante vevénynyel.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (u. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex-** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Abbazia

tengeri gyógyklimás hely **téli tartózkodásra.**

Fürdőorvos:

Dr. Szontagh Miklós

kir. tanácsos.

Görbersdorf (Porosz-Szilézia).

Dr. RÖMPLER sanatoriuma

tüdőbetegek részére.

550 m. a tenger szine felett. 1875 óta áll fenn. Magyarországi betegek részére legközelebb fekvő tüdőgyógyintézet; magyarok által látogatva. Az első assistens magyar (volt klinikai gyakornok Korányi tanárnál). Egész éven át nyitva. Prospektust kivánatra küld Dr. Römpler.

Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

LÁPSÓ száraz kivonat rekeszekben à 1 ko. | LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben à 2 kil.

Mattoni és Wille Budapest
Mattoni Henrik Bécs
Budapest, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn és Bécs.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

III. ker., Leonhard-utcza 3—5. szám alatt.

Liquor Ferri glycer.-phosphorici Deér.

Kellemes izü enyhe vaskészitmény, melyben a vas a direct assimilálható nerv.-tonicumhoz, a glycero-phosphorsavhoz van kötve. Használatát kellemetlen mellékhatások nem kisérik. **Gyermekek különösen szivesen veszik.** 100 gr.-ban tartalmaz 1·0 gr. Ferr. glyc.-phosphoric.-ot. **Adagja: evő- vagy kávéskanállal naponta 2—3-szor.**

Liquor Ferri glycer.-phosphoric. c. Ars. Deér.

Ideális arsen-praeparatum. Ize kellemes összetételében nem változó. 100 gr.-ban tartalmaz 1·0 Ferr. glyc.-phosphoric., 0·01 Natr. arsenic. **Adagolás mint az előzőnél.**

Egy üveg ára 1 frt. Kapható minden gyógyszertárban.

Dr. Deér Endre,

gyógyszerészeti laboratoriumából **„Jó Pásztor“** gyógyszertár.

Budapest, Soroksári- és Erkel-utcza sarkán.

Főraktár: TÖRÖK JÓZSEF és Dr. EGGER urak gyógyszertáraiban.

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenkettedik évfolyam. 48. szám. *Budapest, 1898. november 27.*

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI II. SEBÉSZETI KLINIKUM

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.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Róth Vilmos: Közlemény a berlini „Charité“ Senator tanár vezetése alatt álló III. sz. belgyógyászati kórodájából. A hajszáledényfal átjárhatóságáról s a nyirok képződéséről. 593. l.

Hönig Márton: Az eclampsia és status epilepticus gyógytanához. 594. l.

Friedrich Vilmos: A tüdőmegbetegedés kérdése az ipari munkások között. 596. l.

Márer József: Ruptura fundi uteri esete. 598. l.

Tárcza. Emlékezések Gruby Dávidról. 600. l. — Perczel Dezső belügyminister jelentése az országgyülésben Magyarország 1897. évi közegészségi viszonyairól. 601. l.

Irodalom-szemle. *Könyeismertetés.* Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 601. l. — *Lapszemle.* Az „Oophorin Freund“ nevü ovariumkészitmény. — Az airol alkalmazása a sebészetben. — Az aneson-anaesthesia. 602. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Belügyministeri körrendelet. — A kolozsári Ferencz József tudományegyetem küldöttsége. — Elhunyt. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 602. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a berlini „Charité“ Senator tanár vezetése alatt álló III. sz. belgyógyászati kórodájából.

A hajszáledényfal átjárhatóságáról s a nyirok képződéséről.[1]

Róth Vilmos dr.-tól.

A következő vizsgálatok a nyirokképződés bonyolult physikai tényezőinek felderitéséhez igyekeznek hozzájárulni. A régibb — *C. Ludwig* nevéhez fűződő — elmélet szerint a szövetnedvet a vérnyomás szüri át a hajszáledényekből a szövetközökbe, s a szövetnedv, a melyre a vérnyomás egy része ezen úton reáhárul, épen nagyobb nyomóerejénél fogva jut a nyirokpályákba. A vér nyomása — tehát a szív munkája — volna ezen felfogás szerint úgy a szövetnedv képződésének, mint a nyirok áramlásának megindítója. A nyirokképződés ezen egyszerű filtratiós elmélete *Heidenhain* — 1891-ben megjelent — fejtegetései értelmében nem kielégitő[2], első sorban azért nem, mert a vérből ilyen módon átszűrődött szövetnedv nem volna képes a működő szerveket — főleg a mirigyeket — a táplálásukhoz s működésükhöz szükséges anyagokkal ellátni. Ha igy: a szövetek igényeit más tényező közrejátszásának kell fedeznie s ezen — az egyszerű átszűrődéshez csatolódó — tényező *Heidenhain* szerint a hajszáledényfal sejtjeinek sajátlagos kiválasztó — secernáló — működése. Ezen „vitalis“ elmélethez, a mely szerint a hajszáledényfal sejtjei valóságos kiválasztó mirigysejtek, természetesen csak azon esetben szabad folyamodnunk, ha egyéb — physikai — tényezők nem juttatnak kielégitő magyarázatra, s tényleg *Heidenhain* ellenében *Cohnstein, Starling, Leathes* stb.[3] számos vizsgálat alapján azon eredményre jutottak, hogy ha a filtratio egyszerű physikai folyamata nem is fejti meg a szövetek igényeit fedező nyirok képződését, teljesen kimagyarázza azt egy kettős physikai folyamat, mely a *filtratioból* s a vérben oldott szilárd részeknek a szövetekbe való *diffusiojából* tevődik össze. A diffusio azért indul meg, mert az illető szilárd részek a vérben nagyobb töménységben vannak jelen, mint a szövetnedvben, a melyből az oldott anyagok egy részét a működő sejtek bekebelezték s elfogyasztották. A diffusio oka tehát az oldott rész — közelebbről az oldott molekulák — töménységében való különbség. A mig tehát a nyirokképződés régibb physikai elmélete csak a hajszáledényfal két oldalán elterülő folyadékok (vér, szövetnedv) *hydrostatikai nyomásának különbségéből* eredő filtratiót vette számba, újabban méltatásra jut egy másik erőforrás, a mely ugyancsak hozzájárul a két szóban forgó oldat kicserélődéséhez, t. i. az az oldott részben való nagyobb töménység, vagyis pontosabb physikai körülirással, a *két folyadékréteg osmosis nyomásának különbsége.*

Épen úgy, mint a hogy a nagyobb hydrostatikai nyomás áramlást indit a kisebb nyomás helyére (vérből a szövetekbe), az oldott rész nagyobb töménysége — a nagyobb *osmosis-nyomás* — ugyancsak áramlásnak indítja az oldott molekulákat abba a folyadékrétegbe, a hol kisebb töménységben vannak jelen, a hol csekélyebb az osmosis-nyomás.

A nagyobb osmosis-nyomás tehát megindítja az oldott rész diffusioját. Hogy azonban ezen diffusio pl. a vérből a szövetnedvbe valóban megindulhasson, ahhoz egy feltétel szükséges: t. i. hogy a két folyadékot elválasztó hajszáledényfal az átjutni törekvő oldott molekulákat tényleg átbocsássa, azaz *a nagyobb osmosis-nyomás csak azon esetben indit diffusiot a kisebb töménység helye felé, ha a két oldat között elterülő válaszfal az oldott teljes molekulák számára átjárható.*

Ha ezen feltétel nincs megadva, akkor az egyik folyadékréteg nagyobb osmosis nyomása más úton igyekszik a különbséget kiegyenliteni, t. i. oly módon, hogy vizet von el az oldott részben szegényebb folyadéktól mindaddig, a mig annyira felhigul, hogy a két rendbeli folyadék egyenlő töménységben tartalmaz oldott molekulákat. *A nagyobb osmosisnyomás tehát azon esetben, ha a válaszfal az oldott molekulák számára át nem járható, osmosisos vízáramlást indit a nagyobb töménység helye felé.*

Lehetséges végre, hogy a válaszfal az oldott részt átbocsátja ugyan, de nehezebben, mint az oldó vizet; más szóval az oldott molekulák számára nem egészen, csak a vízhez viszonyitva átjárhatlan (relativ impermeabilitas). Ezen esetben a két emlitett folyamat — diffusio s osmosis — összejátszik, s minél nagyobb a hártya átjárhatósága, annál inkább előtérbe jut a diffusio, s minél kevésbbé átjárható a hártya, annál jelentősebb az osmosisos vízáramlás az ellenkező irányú diffusioval szemben.

[1] Bemutattatott a „Berliner physiologische Gesellschaft“ 1898. október 28-diki ülésén. Részletes — s a kisérleti anyagot magába foglaló — közlemény az „Archiv für Physiologie“ legközelebbi számában jelenik meg; jelen közlés célja az eredmények s a belőle folyó következtetések előterjesztése.

[2] Pflüger's Archiv 49. S. 209. 1891.

[3] *Cohnstein*: Virchow's Archiv 135., Pflüger's Archiv 59—63. *Starling, Leathes*: Journal of Physiology. Vol. XVI—XIX.

Két különböző összetételű oldat kölcsönös kicserélődésének módját tehát az őket elválasztó hártya átjárhatósága — permeabilitása — szabja meg, és a vér s szövetnedv között folyó oldatcserére e szerint a hajszáledényfalnak (a vérsavó s szövetnedv alkatrészeivel szemben való) átjárhatósága irányadó.

A nyirokképződésre s a szövetközökből és savós ürökből való felszívódásra vonatkozó újabb dolgozatokban (*Cohnstein, Starling, Leathes*) — a mennyiben ezen mozzanat egyáltalán méltatásban részesült — általában azon felfogás jutott érvényre, hogy a hajszáledényfal a kristályos anyagok (sók, czukor, húgyany, stb.) molekulái számára teljesen átjárható, ellenben nem hajlandó a nagy fehérjemolekulák átbocsátására, a miből az következnék, hogy a hajszáledényfal egyik oldalán (a vérsavóban vagy szövetnedvben) meggyülő kristályos anyagok egyszerűen átvándorolnak annak másik oldalára, ellenben nem inditanak vizáramlást maguk felé; viszont, ha az átdiffundálni képtelen fehérje jut túlsúlyra egyik oldalt, osmosis vizáramlást indit, vizet von el a másik folyadékrétegtől.

Ezen felfogással ellenkezik a physikai s physiologiai észlelések egy csoportja, a mely arra utal, hogy a kristályos anyagok sem egyszerűen diffusio alakjában juttatják érvényre nagyobb osmosisnyomásukat, de képesek úgy már a holt állati hártyán át, mint az élő szervezetben osmosisos vizáramlást inditani; viszont a fehérje vízszivó hatásával szemben azon érv merül fel, hogy a nagy molekulákat képező fehérje alig képes kiadó osmosisos vizáramlást inditani, minthogy az osmosis a molekulák száma arányában növekszik, s a fehérje molekulái éppen nagyságuknál fogva úgynevezett „tömény“ fehérjeoldatban is aránylag csekély számban vannak jelen

A hajszáledényfal átjárhatósága iránt ezek szerint nincsenek consolidált, a kritikát megálló nézeteink. Hogy viszont fontos, a nyirokképződésre s az azzal kapcsolatos élettani s kórtani kérdésekre irányadó, problémával állunk szemben, azt bizonyitják az éppen kifejtettek, a melyek szerint a szövetnedv s vér között folyó oldatcserét éppen a hajszáledényfal átjárhatósága szabja meg. Ezen két szempont indokolja a következő vizsgálatokat, a melyeknek czélja kideriteni, hogy *milyen a hajszáledényfal átjárhatósága a szervezet fontosabb krystalloid anyagaival szemben; s milyen szerep hárul a fehérjére a vér s szövetnedv között való kicserélődésben?*

A felvetett kérdéshez kisérleti úton úgy férkőzhetünk közelebb, hogy a hajszáledényfal egyik vagy másik oldalára, a vérpályába vagy a szövetközökbe a vizsgálandó anyagoknak különböző töménységű oldatait juttatjuk s megfigyeljük a bekövetkező változásokat, a melyek a hajszáledényfal átjárhatósága szerint majd diffusionak, majd osmosisos vizáramlásnak köszönik keletkezésüket. Az ilyen vizsgálatra a vérpályánál s szövetközöknél alkalmasabbak az utóbiakkal analog savós ürök, a melyekbe a nyomásviszonyok lényeges megváltoztatása nélkül juttathatjuk a vizsgálandó oldatot.

Saját vizsgálataim házi nyulak hasüregére vonatkoznak. Hogyha a hasűrbe való infusio előtt a ductus thoracicust lekötjük, vagy a nyirokpályákon való közvetlen felszivódást még egyszerűbb módon a kisérletnek rövid időre szabása által zárjuk,[1] akkor a hasűrbe juttatott folyadék az edényekben keringő vérrel csak az elválasztó endothel-sejtréteg közvetitésével közlekedhetik, s a két különböző oldat közt azonnal megindúló kicserélődés módját ezen elválasztó hártya physikai mivolta, átjárhatósága fogja megszabni. Természetesen akkor is ezen körülmény marad irányadó, ha nem a hajszáledényfal külső oldalán (szövetköz, savós űr), de annak belső űrterében, a vérpályában változik meg az oldott rész töménysége. A következő kisérletekből tehát kiderül a hajszáledényfal átjárhatósága, s ezen utóbbi adat képesit a szövetnedv s vérsavó között folyó bármily irányú (az előbbiből az utóbbiba, vagy az utóbbiból az előbbibe induló) vizáramlás (osmosis) vagy molekulaáramlás (diffusio) feltételeinek megállapitására, más szóval alapot nyerünk a szövetnedv képződésének (nyirokképződés) s a véredényeken való felszivódásának analysisére.

[1] 10 percznyi kisérleti idő alatt a nyirokpályán való felszivódás egyáltalán nem jő számba. V. ö. *Cohnstein*, Pflüger's Arch. 63. S. 596.

A) Kisérletek kristályos anyagok oldataival.

Ezen sorozatban olyan kristályos anyagok oldatai jutottak alkalmazásba, a melyeknek a szervezetben jelentős szerep jut osztályrészül; ilyenek a konyhasó mint a sók, a hugyany mint a bomlástermékek képviselője, továbbá a szőlőczukor. Tekintve, hogy *az oldatok diffusioja s az általuk keltett osmosisos vizáramlás* nem az oldott anyag súlybeli töménységétől, de *az oldott molekulák számától, a molekula-töménységtől függ*: a kérdéses anyagok egy összehasonlító kisérleti sorban nem súlyban, de molekulaegységekben egyenlő töményen lettek alkalmazva. A hasüregbe öntött oldatnak elszenvedett változásai ugyancsak molekulaegységekbe átszámitva lesznek legérzékelhetőbbek; mindenekelőtt az összes molekuláros töménység megváltozása fontos, a mit a fagyáspontsülyedés meghatározásából egyszerű módon állapithatunk meg (a fagyáspontsülyedés tudniillik pontos arányban annál nagyobb, minél jelentékenyebb az összes molekuláros concentratio).

Vizsgálatra kerülnek az emlitett anyagoknak 1. olyan oldatai, a melyeknek molekulatöménysége, tehát osmosisnyomása (s igy fagyáspontsülyedése is) a vérsavónak tudvalevőleg különböző állatfajoknál is azonos constans molekula töménységét[1] felülmulta, *hypertoniás* oldatok; 2. a vérsavóval szemben kevésbbé tömény *hypotoniás* s 3. a vérsavóval egyenlő molekulatöménységű, egyenlő fagyáspontú, *isotoniás* oldatok.

[1] A kisérleti állatok vérének fagyáspontsülyedése jelen sorozatban 0·56—0·59° C volt.

(Folytatása következik.)

Az eclampsia és status epilepticus gyógytanához.

Hönig Márton dr. vittenczi kör- és uradalmi orvostól.

A budapesti gynaecologusok 1897. évi deczember 7-dikén tartott szakülésén az eclampsia gyógytanáról volt szó. Ezen szakülésen két érdemekben gazdag tanár is részt vett s nyilvánitott nézeteikből az eclampsia gyógykezeléséről teljesen biztos és határozott eljárásra nem lehet következtetni és úgy látszik, a szakférfiak e téren két részre oszlanak; egyik rész barátja a nagy morphiumadagolásnak, a másik nem perhorreskálja a morphiumot, de nem óhajt nagy adagokkal élni.

Bármelyik eljárást tekintjük, nem voltam képes a referatumból kivenni azt, hogy eljárásukkal a rohamok ismétlődését képesek volnának megakadályozni, hanem csak azt vehettem ki, hogy a roham alkalmával morphiumot adtak és ugyanazon szülési folyamat alatt ezt többször ismételni kénytelenittettek, úgy hogy egyik-másik 10—15-ször is kénytelen volt a morphiumhoz nyúlni, mig a másik egyszer-máskor adott, azután exspectative járt el.

Mielőtt egy általam már több esetben mindig egyenlő jó sikerrel alkalmazott eljárással ismertetném meg a gyakorló orvosokat s felhivnám arra azok figyelmét különösen, kik e téren többször jutnak hasonló esetek kezeléséhez, megjegyezni bátorkodom, hogy e sorok irására sem vitatkozás, sem tanitani akarás nem vezérel, arra nincs is elég fegyverem, de ha volna is, ez esetben tisztán a gyakorlat terén szerzett tapasztalatnak nyilvánosságra való hozatala késztet, hogy azt mások is kiséreljék meg a szenvedő emberiség javára és az orvosi tudomány dicsőségére.

Ha szem elől nem tévesztjük, hogy a görcsökkel járó betegségek: tetanus, uraemia, hydrophobia egy bizonyos toxin által feltételezett betegségek, melyek több-kevesebb hasonlatossággal biró tüneteket mutatnak, mint az epilepsia és az eclampsia, nem lehetetlen, hogy e két utóbb nevezett betegség egy eddig meg nem állapitott, jobban mondva fel nem fedezett toxin folytán keletkezik. Igy nincs kizárva, hogy epilepsiánál, melynek gócza a kéreg, oly trophoneurotikus folyamat létezik, mely ama toxint produkálja, mely létrehozza

az epileptikus rohamot és a mely folyamat külső ingerek alapján indult meg. E mellett látszik bizonyítani az időnkénti fellépése a tünetek csoportjának, már pedig, ha ez egy állandó kéregelváltozáson alapulna, akkor az epileptikus rohamoknak épen oly állandóknak kellene lenniök, mint az agyban székelő góczi elváltozások folytán állandóan mutatkozó hűdések. Az epilepsia rohamai azonban időnként fellépők levén, a logika örök törvényei alapján a kéregben az elváltozás szakadatlan nem lehet s így valószínübbnek látszik, hogy ezen idegközpontban bizonyos ingerekre oly folyamat indul meg, mely amaz ismeretlen toxint produkálja, melynek kifolyása az epileptikus roham. Ugyanezen alapul igénytelen nézetem szerint az eclampsia is és így ama fentérintett szakülésen előadott egyik theoria az eclampsia létrejövetele tekintetében annál kevésbbé fogadható el az egyedüli oknak, mert kétségtelen, hogy a lefolyt rendes szülés után jó idővel is léphet fel eclampsia, midőn tehát az ureter az állitólagos nyomás alul fel volt szabadítva, de ezen érintett theoria folytán is a főszerepet a toxin játszsza. Hogy ezen toxin az izomgörcsök folytán magukban az izmokban nem termel-e újabb toxint, mely újabb rohamok kiváltását létesíti, azt eddig a rendelkezésemre álló nagyon szerény számú irodalmi munkákból nem voltam képes kikutatni, de nem tartom lehetetlennek, úgyszintén azt sem, hogy ezen újabban termelt toxinokkal képződik azon antitoxin, mely a gyógyulást is létrehozhatja; ezt látszik kifejezni azon nézet, hogy „a rohamok gyakorisága csillapítja az esetet". Hogy a tetanusnál ez nem így következik be, talán a görcs másneműségében kell az okot keresni s így a betegség ellen az antitoxint mesterséges úton kell előállitani.

Mindezen theoretikus reflexiókba azért bocsátkoztam, hogy igazoljam alábbi eljárásom jogosult voltát a status epilepticusnál is, mert azon kedvező eredmény, melyet orvosi gyakorlatom első eclampsia eseténél észleltem módszerem alapján, fényesen bevált egy epilepsiás betegemnél vagy 25 alkalommal, ki mindaddig újabb és újabb epileptikus rohamoktól lepetett meg, mig módszeremet nem alkalmaztam minden epileptikus rohamnál.

Eljárásom a következő: Az eclampsiához érve, megvizsgálom szivét, s ha azt egészségesnek találom, minden a testet szorító ruházattól felszabadítom és hozzáfogok chloroform és és aether sulfur. aa keverékével — mást sohasem használok — a narcotizáláshoz. Ha a teljes és mély narcosis beállott, a a narcotizálást abbahagyom és rögtön már előre 2%-os morph. mur.-mal megtöltött Pravaz-fecskendőnyit befecskendezek a betegnek előbb egyik, aztán ugyanannyi morph. mur.-ot a másik alkar feszítő felületébe, mindegyik helyen erélyesen szétdörzsölve azt. Ezen eljárással minden egyes esetben teljes sikert értem el, soha újabb roham nem állott be, sem az eclampsiásnál, sem az epilepsiásnál ugyanazon alkalommal. Az epilepsiás betegemnél egy izben egy barátjának — ki szintén orvos — unszolására két 2%-os morph. injectio helyett csak egyet alkalmaztam a narcosis után, s 3 óra lefolyása után újabb roham következett be, melyet azután újabb narcotizálás és újból két 2%-os morph. injectioval szüntettem meg. Ezen alkalommal azt észleltem, hogy emlitett epilepsiás betegemnél a légvételek száma a narcotizálás és egy morph. — 2%-os — injectio után nem csökkent 8-ra, mint ez máskor 2 injectio mellett bekövetkezett mindig, mely állapot legalább 4 óra hosszáig tartott, s ezért azon alkalommal féltem, hogy a roham nem lesz coupirozva, a mint az be is következett, mint fent emlitém. Ezen alkalommal azt is észleltem, hogy nagyon rövid idővel — talán $^1/_2$ órával — előbb, mielőtt ezen újabb roham bekövetkezett, a pulsus, mely a roham alatt és utána jó ideig 100-on felül, 132 is volt, sőt 12 légvételnél is 100-on felül volt, ekkor a roham előtt hirtelen megkevesbedett és 80 körül volt, két injectio után 8 légvételi számnál a pulsus mindig 100 körül van több mint 4 órán át, s csak nagyon lassú tempóban kevesbbedik a pulsus száma, soha 4 órán belül, hanem azon mérvben, a mint a narcosis alább hagy, mindig csak legalább 4 órán túl, oly mérvben kevesbbedik a pulsus száma és 84—88 között lesz csak 8 óra mulva a narcosis után; ugyanigy szaporodik a légvételek száma, mig ha újabb roham jön 4 órán belül, hirtelen eséssel kevesbbedik az érverések száma; ezt észlelte egy kartársam is, ki epilepsiás betegemet egy izben 36 órán át észlelte egyik rohamtól a másik után meglepve.

Eljárásomra a roham mindig coupirozva volt s az utolsó 9 év alatt három eclampsiás nőt kezeltem hasonló eredménynyel a rohamokat illetőleg. Az első esetben egy I. P. parasztleányhoz hivattam, ki éjfél előtt rendesen megszülte gyermekét és két órával utána lepte meg a roham. Reggel hivattam 5 óra előtt, és hozzáfogtam azon módon a narcotizáláshoz, mint azt a poliklinikán gyakorolva Budapesten, egy a városban előfordult esetnél láttam és segédkeztem; tehát narcotizáltam, majd a bekövetkezett narcosis után vártam, de nem kellett soká várnom, újabb roham jelentkezett; igy jártam el éjfél utánig, s miután a dolognak végét nem láttam, kezdtem gondolkozni a további teendők fölött és ekkor jutott eszembe a gondolat, hogy nem volna-e helyes a beállott narcosist morphium injectiókkal hosszabb időre kinyujtani, a nélkül, hogy narcotizálnám és tényleg létesítve egy mély narcosist, két 1% os morph. injectiót adtam; 3 óra lefolyása után vettem észre, hogy a nő hébe-hóba szemeit felnyitja és nyugtalanabbá válik, ekkor még egy morph. injectiót adtam, s miután reggel 7 óráig roham nem jelentkezett, eltávoztam haza és délután 4 órakor meglátogatva a nőt, még mindig alvó állapotban, de jó symptomák között találtam és újabb roham nem jelentkezett. Azóta a nő többször is szült, teljesen egészséges. Ez történt 1889. évi junius havában. Ugyanazon év november havában a már fent emlitett epilepsiás nőhöz hivattam, az illető soha sem szült, 40 év körüli volt. Ennél már a beállott narcosis után rögtön két 2% morph. injectiót adtam és a roham rögtön coupirozva volt.

A második eclampsiás esetben reggel 7 órakor érkeztem a I. P. férjes parasztasszonyhoz, hol rögtön narcotizálva a nőt, két 2%-os morph. injectiót alkalmaztam, a hüvelyben levő fejet pedig fogóval megfogva és kihúzva, a szülést befejeztem; újabb roham nem jelentkezett, a gyermek halva volt. A nő azóta többször szült, rendesen.

A harmadik esetben a mult évben alkalmaztam módszeremet egy I. P. parasztasszonynál, ki hajnalban kapta meg a rohamokat; délelőtt 10 órakor értem hozzá, és rögtön módszerem szerint kezeltem; miután még nem találtam a magzat fejét fogóra alkalmasnak és a magzat szivhangjait rendben találtam, vártam délután $1^1/_2$ óráig, ekkor a magzat szivhangjai nem voltak már rendesek, a fej a fogóra alkalmasabb volt és igy elérkezett az idő, hogy a szülést befejezzem, mit el is végeztem. A nő mindig mély narcosisban volt, rohammentesen. Az algid asphyxiában kihúzott gyermek felélesztéséhez fogtam s miután más segitségem nem volt, egy parasztasszonyt biztam meg, hogy ellenőrizze a narcosisban fekvő anyát. 5 óra délután volt, midőn a gyermeket annyira hoztam, hogy sírni kezdett, ekkor figyelmem az anyára terelődött, mert az addig hortyogó anya légzését nem hallottam eléggé; ekkor látom, hogy a nő „*rubácsa*" — ezen a vidéken a parasztasszonynál az inget és alsó ruhát egy darabban helyettesitő ruhadarab, melynek gyomor fölötti része a legszükebb — melyet a hasig átvágtam a narcosis előtt, a narcotizálás után 7 órával a nagy terjedelmű emlők fölött annyira összeszorította a mellkast, hogy egy kötélvastagságú bevágás látszott, mely szorító rész átvágása a mindkét tüdőben fellépett oedemát már meg nem szüntethette és daczára minden élesztési kisérletnek, a beteg nehány percz alatt meghalt. A gyermek még 4 óra hosszat élt.

Mindezek szerint módszeremet mint egyedül alkalmasat fogom fel az eclampsia és a status epilepticus kezelésénél, mert a rohamot rögtön és biztosan megszünteti, a vidéken gyakorló orvos egyedül is elvégezheti, sem tulsok narcotizálásra, sem túlsok morphinumra nincs szükség, és a szülőnő körül foglalatoskodó orvost rövidebb ideig hátráltatja. Meg vagyok győződve, hogy az ezen módszeremmel kisérletet tevő kartársak teljes megelégedését vivandja ki.

*

A tüdőmegbetegedés kérdése az ipari munkások között.

Közli: *Friedrich Vilmos* dr. a budapesti kerületi betegsegélyzőpénztár főorvosa.

(Folytatás.)

A halálozási táblán különben az is van feltüntetve, hogy a tüdővész még ezen redukált számok mellett is mily rendkivüli mérvet ölt a munkásosztály közt. Ezen ezerre eső 390 tüdővészes halálozási szám világosan mutatja, hogy a tüdővész a halálesetek jóval több mint harmadában, majdnem $^1/_{10}$-ében volt a halál-ok. Ha ezen szám kikorrigáltatnék még azokkal, kik a 20-dik hét végén elhaltak s az egyéb correctiós pótlékokkal, megközelítené (a legkisebb számokat felvéve) a halálesetek legalább $^1/_2$-t, holott *Körösi* az 1876/81. évről szóló, a főváros lakosságát felölelő nagybecsü szakmunkájában a tüdőgümőkórról kiemeli, hogy „ezen legpusztitóbb betegség Budapesten a felnőtteknél az összes haláleseteknek egy harmadánál nagyobb részét szokta okozni", a mellett „a tüdőgümő csakugyan inkább a szegények betegsége, a mennyiben intenzitása a szegény osztálynál felényivel magasabb, mint vagyonosoknál".

Hogy azonban ezen szám a további következtetéseknél vagy esetleges statistikai értékesitésnél megbizható legyen s tévútra ne vezessen, összehasonlitottam azt a főváros hasonkorú lakosságának gümőkóros halálozási számával (l. Körösi) olyformán, hogy a magam anyagát 12—60 évesnek tekintettem.

A fővárosi összhalandóság száz-száz halottjára a tüdőgümőben elhaltaknak következő száma esik:

serdülő korban	13·4
15—20 év között	49·7
20—30 „ „	55·1
30—40 „ „	48·9
40—50 „ „	38·7
50—60 „ „	32
	237 : 6=39·63

A fővárosban tehát a 12—60 év között átlag 100 halottra 39 gümőkór esett, vagyis a főváros gümőkóros halandósági száma úgy aránylik az ipari lakosság korrektiós értékkel változtatott gümőkórosok halálozási számához, mint 390:500-hoz.

Ezen általam felemlitett, az ipari s kereskedelmi alkalmazottakra vonatkozó szám még jobban feltünteti a munkások közti tüdővész elterjedését, ha figyelembe veszszük, hogy 1881 óta Budapesten az egészségügyi viszonyok az alkalmazásba hozott egészségügyi szabályok életbeléptetése s azok szigorú keresztülvitele folytán lényegesen javultak s hogy ezzel párhuzamosan a fővárosban a tüdővészesek halálozási száma általánosságban is jóval apadt. De még szembeszökőbbé válik az ipari foglalkozások káros befolyása a tüdővész terjedésére, ha a tüdőtuberculosisnak ezen igen magas halálozási számát szembeállitjuk az általánosan elfogadott számitással, melynek szószólói legújabban *Leyden* és *Korányi* s melynek értelmében felvehető, hogy a tuberculosis a nép közt annyira elterjedt megbetegedés, hogy az képezi az esetek $^1/_6$—$^1/_8$ részében a halál okot.

Fontosnak tartottam a halálozási táblán a férfiakat a nőktől különválasztva feltüntetni, mi által világosan látható, hogy 1000 halálozás közül állandóan több nő esik a tüdővésznek áldozatul, mint férfi.

Nők azért is halnak meg nagyobb számmal a munka mellett tüdővészben, mert a socialis viszonyok nagyobb terhet rónak reá, úgy is mint szülőnőre, mint gyermekeket szoptató s fentartó anyára, úgy is mint munkásnőre. Mindezeken kivül szervezetük gyengébb, nem lévén képesek kis keresetük mellett helyesen táplálkozni s igy nem is birják a nehéz, megerőltető munkát, mely üzemeinken majdnem mindenütt egyenlő időtartamú a férfiakra s a nőkre, holott *czélszerü törvénynyel védeni kellene a nőket a fárasztó munka ellen, s szabályozni kellene a nők munkaidejét, melynek a férfiak 9—11 órai munkaidejénél jóval kisebbnek kellene lenni. A nők védelmét különösen azon gyárakban, hol nagy számmal vannak foglalkoztatva — szövő-, fonó-, jute-, dohánygyárak — női iparfelügyelőkre kellene bizni*, kik azok ügyeit úgy egészségügyi, mint erkölcsi szempontból, különösen azon helyeken, hol vegyesen vannak férfiakkal alkalmazva, felülvizsgálják. Ezen női iparfelügyelők már azért is jobban tudnának megfelelni feladatuknak s a nőket védeni, mert jobban ismernék bajaikat s mivel a nők egymás iránt közlékenyebbek.

A nőknek, kik amúgy is kisebb ellenállóképességgel birnak s kik a vérszegénységre hajlamosak, nagyobb *halálozási aránya feltünő különösen azon foglalkozásoknál, melyeknél a munkát a nap nagy részén át ülve folytatják* (varrónő, szabónő, csomagolónő, takácsnő stb.), mely munkánál a mellkas a rossz testtartás folytán *is* kisebb excursiokat végez. *Nem tagadható azonban, hogy a nehéz munka az elvetéléseket s a test elgyengülését ép úgy elősegíti, mint a menstruatio alatt folytatott nehéz munka a méhbaj előidézésével vagy a nélkül a vérszegénységet. Körösi*-nek sokkal nagyobb halálozási számokon nyugvó eredményeiben is ezen észlelethez hasonló van felemlitve, mely szerint t. i. a női kézimunkásnők nagy számmal halnak gümőkórban, 54·5%-ban (halálozási sorrendben a IV-dik helyen), míg a női napszámosnők közt, kik igaz, hogy munkájukat szabadban végzik, jóval ritkábban szerepel a tüdőgümőkór, 31·9%-ban (XVII. hely).

Ezen számok még sokkal kisebbek, semhogy azon kérdésre határozott választ adhatnék, vajjon a tüdővész az utolsó években ezen zárt körön belül emelkedést vagy csökkenést mutatott-e?

A tüdővésznek számbeli emelkedése 1893—1894. évre, midőn az 1000 élőre viszonyitott halálozás 311·1—388·6-re emelkedett, abban leli egyszerü magyarázatát, hogy ezen évben a betegek nagy része még nem ismerte törvényes jogait s sem nem kezeltette magát a pénztár költségén, sem nem jelentette be a halálesetet; a halálesetek bejelentésénél pedig az orvosok többnyire általános kórismét, „tüdőbaj" használtak, mi az 1893-dik évnek relative kevés tüdővész s aránylag magas tüdőbaj statistikai számát magyarázza. A halálozási táblák ezen emlitett hibaforrásnak kiküszöbölésével s tekintetbevételével azon áttekintést nyujtják, hogy a *tüdővész halálozási aránya nagyjában az 1893/96. évben körülbelül egy magasságban mozgott.*

Az 1896—1897-re való csökkenésnek 4·34‰-ről (az előkhöz viszonyitva) 3·83‰-ra nem tulajdoníthatok nagyobb jelentőséget, mert erről legfeljebb azt lehet állitani, hogy emelkedés nincs, hogy a tendentia a mellett látszik szólani, hogy tüdővész-csökkenés van kilátásban. Csak ha újabbi nehány év megfigyelésével fogok rendelkezni s ha akkor ezen szám állandóan ugyanaz fog maradni, vagy még csökken is ugyanazon általam ismert beteganyag mellett, csak akkor nyilatkozhatnék határozottsággal, hogy a munkásosztály közt a szerfelett nagy mérvben elterjedt tüdőtuberculosisnak csökkenése állandó.

Hogy arról alkothassunk véleményt, hogy a tuberculosis terjed-e vagy csökkent úgy a főváros, mint a vidéki ipari munkásság között, ahhoz az egész (betegpénztári) anyagnak hasonló irányú feldolgozása volna szükséges, a mi azonban a különböző pénztárak statistikájából ma teljesen lehetetlen, mivel a pénztárak rossz alapra fektetett, tudományos czélra teljesen hasznavehetetlen, csakis általánosságban tartott statistikát tüntetnek ki. Pedig úgy a tudományos, mint a magasabb *közgazdasági s indirekte állami érdek követelné, hogy az állam a pénztárakat egy egységes, könnyen áttekinthető, a fontosabb betegségi csoportokat érintő egyénenkénti statistika vezetésére kényszerítse, mely a foglalkozás fontos megjelölése mellett az életkort, a pontos megbetegedési kórismét is feltüntetné.*

Az általam feltüntetett 820 halálesetet kitevő egyének átlag csak *36·3* életévet értek el (l. tábla). Ezen feltünően alacsony szám maga is bizonyitja, hogy a tüdőgümőkór korai halálhoz vezet, különösen, ha ezen számot *Lombard* számitásával, mely 8488 16 éven felüli, Genfben az 1796—1830 időközben meghalt férfira vonatkozik, összehasonlitjuk.

Az 1893—1897. évben tüdővészben meghaltak korszerinti kimutatása.

	-20	21—30	31—40	41—50	51—60	61-en felül	Összesen
	é v e s						
Asztalos	3	11	6	2	1	—	23
Csiszoló	1	4	2	—	—	—	7
Czipész	1	6	7	3	—	—	17
Fűtő	—	—	1	3	2	—	6
Gépész	1	3	2	2	—	—	8
Gyári munkás	13	28	18	12	5	3	79
Hajós	1	11	12	7	3	2	36
Házi-, bolti-, kisipari szolgák	6	12	23	15	—	—	56
Hivatalnok	1	6	3	1	—	3	14
Kádár	1	—	1	4	—	—	6
Kárpitos	1	4	2	—	—	—	7
Kereskedő	3	5	4	—	—	—	12
Kocsis	2	6	24	7	5	—	44
Kőfaragó	—	3	6	5	2	—	16
Kőfejtő	—	3	4	4	—	1	12
Kőmíves	—	—	1	1	1	—	3
Mosó	—	1	1	—	—	—	2
Napszámos	24	76	74	51	39	8	275
Nyomdai segédm.	3	10	7	5	—	—	25
Nyomdász	12	20	42	9	—	2	85
Pinczér	2	6	10	3	1	—	22
Szabó	3	13	4	1	—	—	21
Szobrász	—	3	2	1	1	—	7
Szűcs	—	1	2	1	—	—	4
Takács	1	5	2	—	—	—	8
Tanoncz	10	—	—	—	—	—	10
Tömöntő	1	4	1	—	—	—	6
Varrónő	2	3	1	1	—	—	7
Vasaló	—	1	1	—	—	—	2
Összesen	92	245	263	141	60	19	820

Ezen statistikánál a meghaltak átlagos élettartama volt ugyanis:

	általánosságban	jobb módúaknál	kevésbbé vagyonosoknál
1. a liberalis ipari foglalkozásoknál (jómódú ipar)	61 év	62·2 év	52·6 év
2. az ipari foglalkozásoknál	56·4 „	60·7 „	50·5 „
3. napszámosok, kőmívesecknél	53 6 „	57·8 „	49 6 „

Az én eseteim élettartama még azért is elszomorító, mert rendkivül alacsony, s ha ezen életkort megtoldanók a *Lombard*-féle észlelettel, mely szerint hasonló körülmények közt az életet megröviditi a szegénység 7·5, a gőzök belégzése 4·9, por belégzés 2·5, ülő életmód, illetve foglalkozás 1·4 évvel. Az én számaim ezen teljesen kizárható számitás értelmében is, ha t. i. feltételezni lehetne, hogy *minden* egyes foglalkozásnál az összes hátrányos tényezők szerepeltek volna, még akkor is csak a harmadik osztály utolsó csoportját érték volna el.

Ezen tábla bizonyitja, hogy *a tüdőgümőkór minden életkorban felléphet, hogy nincs oly kor, mely e megbetegedés fellépését vagy az elhalálozást bármely korban megakadályozni tudná.* E számok továbbá igazolják *Rühle* állitását, hogy a *35-dik életévtől a tüdővészes halálozás fokozatosan esik.* A 14-dik életévtől a 35 dik évig a halálozás emelkedőben van, s *a 30—35 életév közt legtöbben halnak meg tüdővészben.* Rühle szerint a 15—25 életév közt halnak leginkább, míg Körösi szerint a 20 s 30 év közt. Budapesten ezen korbeliek közül az 1876—81. esztendőben meghalt 3332 egyén, azaz 19·73%, a 15—20 év közt csak 817, azaz 4·84%, vagyis a 15—30 életév közti időben körülbelül annyi halt meg tüdővészben, mint a 0—5 év közti időszakban, mikor a tüdőgümő halálozása 23·54%-ot, 3877 egyént tett ki.[1]

[1] Az én számbeli értékeimet jelentékenyen emelné, ha az 5 év alatt megfordult egyéneknek 5—5 évre szóló korszerinti elosztását is pontosan ismerném. A teljesen megbizható számanyag híján ezen összehasonlító táblától inkább eltekintettem s csak felemliteni akarom, hogy az anyag legnagyobb része 17—45 évesekre vonatkozik, hogy 14 éven aluli egyén elenyésző számban volt, 14—16 közti, valamint 45—60-ig csekélyebb s 60 éven felül pedig legcsekélyebb számmal.

Az 1893—1897. évben elhaltak kimutatása foglalkozásuk szerint s azok ‰ kimutatása.

Foglalkozás	Tüdőbajban	Tüdővészben	Egyéb bajban	Összesen	Az élők évi átlagos létszáma	1000 halálesetből esik tüdővészre	1000 élő közül megh. évente tüdővészben	1000 halál közül esik tüdőbajra	1000 élő közül megh. évente tüdőbajban	1000 halálesetből esik egyéb bajra	A tüdővészben meghaltak sorrendje (1000 élőhöz viszonyítva)	1000 halálozás közül esik tüdővészre legtöbb (sorrend)
Asztalos	4	23	15	42	920	547·6	5·0	95·2	0·9	357·2	1. Csiszoló	1. Csiszoló
Csiszoló	—	7	2	9	218	777·7	8·0	—	—	222·3	2. Kárpitos	2. Kárpitos
Czipész	3	17	9	29	608	586·2	5·6	103·4	0·9	310·4	3. Takács	3. Takács
Fűtő	2	6	18	26	662	230·7	1·8	76·9	0·6	692·4	4. Nyomdász	4. Nyomdász
Gépész és gépmester	2	8	25	35	461	228·6	3·4	57·1	0·8	714·3	5. Szűcs	5. Szobrász
Gyári munkás	13	79	167	259	6540	305·0	2·4	50·2	0·4	644·8	6. Kőfaragó	6. Kőfaragó
Hajós	10	36	89	135	3244	266·6	2·2	74·1	0·6	659·3	7. Czipész	7. Szűcs
Házi-, bolti-, kisiparszolga	17	56	63	136	3029	411·7	3·7	125·0	1 1	463·3	8. Kőfejtő 9. Asztalos	8. Kereskedő 9. Czipész
Hivatalnok	2	14	33	49	789	285·7	3·8	40·8	0·5	673·5	10. Szabó	10. Kőfejtő
Kádár	3	6	9	18	300	333·3	4·0	166·6	2·0	500·1	11. Nyomdai munkás	11. Asztalos
Kárpitos	—	7	2	9	240	777·7	7·3	—	—	222 3	12. Tömöntő	12. Szabó
Kereskedő	1	12	6	19	800	631·5	3·0	52 6	0·3	315·9	13. Pinczér	13. Nyomdai munkás
Kocsis	21	44	86	151	2509	291·3	3·4	139·1	1·6	569·6	14. Varrónő	14. Tömöntő
Kőfaragó	1	16	6	23	562	695·6	5·7	43·4	0·4	261·0	15. Napszámos	15. Pinczér
Kőfejtő	1	12	8	21	453	571·4	5·3	47·6	0 5	381·0	16. Kádár	16. Szolgák
Kőmíves	1	3	7	11	193	272·7	3·1	90·9	1·1	636·4	17. Hivatalnok	17. Napszámos
Mosó	1	2	4	7	222	285·7	1·8	142·8	0·9	571·5	18. Szolga	18. Varrónő
Napsz. és egyéb fogl.	187	275	278	740	12960	371 6	4·2	252·7	2·8	375·7	19. Gépész	19. Kádár
Nyomdai segédmunk.	2	25	24	51	1064	490 2	4·7	39·2	0·4	470·6	20. Kocsis	20. Gyári munkás
Nyomdász	2	85	33	120	3428	708 3	6 2	16·6	0·1	275·1	21. Szobrász	21. Kocsis
Pinczér	3	22	28	53	1000	415·1	4·4	56 6	0·6	528 3	22. Kőmíves	22. Hivatalnok
Szabó	4	21	15	40	875	525·0	4·8	100·0	0·9	375·0	23. Kereskedő	23. Mosó
Szobrász	2	7	1	10	437	700·0	3·2	200 0	0·9	100 0	24. Gyári munkás	24. Kőmíves
Szűcs	1	4	1	6	133	666·6	6·0	166·6	1·5	166·8	25. Hajós	25. Hajós
Takács	1	8	2	11	250	727 2	6·4	90·9	0·8	181·9	26. Fűtő	26. Fűtő
Tanoncz	—	10	41	51	1248	196·1	1·6	—	—	803·9	27. Mosó	27. Gépész
Tömöntő	—	6	7	13	255	461·5	4·7	—	—	538·5	28. Vasaló	28. Tanoncz
Varrónő	1	7	11	19	326	368·4	4 3	52·6	0·6	579·0	29. Tanoncz	29. Vasaló
Vasaló	1	2	14	17	314	117 6	1·6	58·8	0·6	823·6		
Összes	286	820	1004	2110	43040	388·6	3·8	135·7	1·3	475·7		

Jól tudom, hogy a tüdőmegbetegedés és tüdővész előfordulásának kérdése az ipari munkások közt csakis akkor volna teljesen megbizhatóan megoldva, valamint hogy e számérték csakis akkor birna megállani a statistikusok birálatával s jogos követelményével szemben, ha az ipari megbetegedések statistikájára *Oldendorff* által felállított tételnek mindenben meg tudna felelni. A pontos megoldáshoz szükséges volna ismerni a meghaltak, illetve megbetegedetteknek számát külön-külön az egyes iparágaknál, külön feltüntetve az egyes életkorban élők számát stb. De még akkor is, ha ezen végtelen fáradságos s igen költséges munkát végeztem volna, nézetem szerint csak relativ értékekkel rendelkezném, mert számos egyéb mellékkörülmény — kereset, életmód, lakás, családi állapot, család nagysága, műhelyi viszonyok, testalkat s kor a munkába lépés alkalmával, munkaidő, öröklékenységi viszonyok — igen zavarólag befolyásolná a statistikát.

Ezen fentebb közölt statistikai táblákat mintegy kiegészíti ama halálozási statistikai tábla (l. táblázat), mely az egyes foglalkozások között az 1893—96. években előfordult halálozásokat s azok $^0/_{00}$ szerinti viszonyát tünteti fel.

Ezen, valamint az előbbi táblák számai, bár értékük csak megközelítő, oly meggyőzőek, hogy ha nem is absolut becsűek, azaz ha nem is engednek egy bizonyos törvényt felállítani, mely a foglalkozás veszélyességét egész határozottsággal feltünteti, mégis kiváló *relativ becsüknél* fogva nagy s széles betekintést engednek ama befolyás megitélésében, melyet az egyes ipari foglalkozás a tüdőbeli megbetegedésre okoz.

(Folytatása következik.)

Ruptura fundi uteri esete.

Közli: *Márer József* dr., m. á. v. pályaorvos N.-Szécsényben.

Mult évi augusztus hó 13-dikán V. Jánosné, szül. K. Mária, 35 éves n.-szécsényi primiparán egy szülészeti műtétet hajtottam végre, mely holt magzat mellett a szülő-asszonyra nézve is halálos kimenetelüvé vált. Ezen eset úgy szülészeti mint orvostörvényszéki, főleg azonban kórboncztani szempontból fölötte érdekes, miért is ezt, mint a melyet a „Wiener allg. med. Zeitung“ folyó évi 19—23-dik számaiban körülményesen leirtam és méltattam, ritkaságánál fogva itt is röviden ismertetni óhajtom. Az említett erős termetű, mindig egészséges földmíves nő 17 éves korában egy 60 éves férfihoz ment nőül, kitől gyermeke nem volt; utóbbinak halála után 1896 őszén, 34 éves korában újból férjhez ment s pár hétre reá terhes lett. Terhessége hatodik havában súlyos metritisen megy át, a mikor is május és junius hónapokat részint mint fekvő, részint mint fenjáró beteg tölti. Május végén a nőn abdomen pendulum kifejlődését állapítom meg, megfelelő utasításokat adok neki s haskötő viselését ajánlom, melyet azonban a nő visszautasít. Augusztus 13-dikán délután 1 órakor, miután a burok már három nappal megelőzőleg megrepedt és a magzatvíz is elfolyt, a nő többszöri hidegrázásokat kapott, melyeket ő főtt kukoricza élvezetének tudott be. Hosszú kínlódás után megszületik a jobb láb; ugyanaznap este 6 órakor látogatom a beteget, ki magas lázban és fájdalmaktól gyötörtetve az ágyban kínlódik. Vizsgálatnál magzati szívhangok sehol sem hallhatók, s a szülő-asszony magzatmozgást már napok óta nem érez; jobb láb a szemérem előtt, bal láb a vaginában találtatik. Diagnosis: Holt magzat mellett kettős lábfekvés. A magzat nehezen menő extractiójánál kitünik, hogy ez előrehaladt maceratiós folyamaton ment át, a mennyiben a lábak, far, has és hát bőre nagy terjedelemben leválva foszlányokban lóg alá. E rothadási folyamat következtében a fej lehozatalára irányuló tractiónál a törzs a fejtől leválik, úgy hogy utóbbi a szülőcsatornában maradt. Az extractiót egyetlenegy csepp vér sem követi, de a hüvelyen át áthatoló büzös gázok szivárognak. A törzs leszakadása után újból behatolván a méhbe, cavumát üresen találom, a fejet pedig elérhetetlen magasságban érzem úgy, hogy a Braun-féle fogó, melylyel azt lehozni megkíséreltem, rövidnek bizonyult.

Miután a pro consilio elhívott Kardos Sándor dr. helybeli kartárs úrral egyetemben ezen előttünk érthetetlen anomaliával szemben meggyőződtünk arról, hogy a fejet természetes úton le nem hozhatjuk, elhatároztuk, hogy a budapesti I. szülészeti klinika assistensét, Bäcker József dr. egyetemi magántanár urat kérjük ide, ki is sürgönyi meghivásunk folytán szíves volt vonatfordultával Szécsénybe jönni. B. dr. úr a harántágyon fekvő narcotizált beteg beható megvizsgálása után kijelentette, hogy a méh fenekén ruptura van jelen, melyen keresztül placenta és fej a hasűrbe jutottak; a repedés önkényt (mi okból, nem állapítható meg) következett be; egyben kijelenti, hogy az ő nézete szerint vagy uterus unicornis vagy interstitialis terhesség forog fenn. Az általa megejtett vizsgálat alatt mély hanggal kiiramodó büzös gázok távoztak a szülőcsatornából. A már fennálló sepsis miatt egy esetleges laparatomiától és a fejnek és placentának ily úton való eltávolításától természetesen elállottunk. A nő általános sepsis-tünetei között harmadnapon, vagyis augusztus 16-dikán este 5 órakor meghalt.

A nő halála után egy kartársam, B. M. dr. gyakorló orvos, informatiók alapján, melyeket a szülésnél segédkező bábaasszonytól szerzett, ellenem oly értelmű hivatalos jelentést tett, hogy én f. é. (1897.) augusztus 13-dikán a szülő K. Mária férjezett V. Jánosnén egy szülészeti műtétet hajtottam végre *egyesegyedül*, melynek *következtében* a nevezett nő meghalt, miért is kéri, hogy ellenem hivatalosan járjanak el. E feljelentés alapján gondatlanságból okozott emberölés vétsége miatt vád alá helyeztetvén, a helybeli kir. járásbiróság a hulla törvényszéki felbonczolását rendelte el. A felvett jegyzőkönyv szószerint következőképen hangzik:

Jegyzőkönyv: Felvétetett a szécsényi kir. járásbiróság által a helyszinén Szécsényben, 1897-dik évi augusztus hó 17-dikén délután 3 órakor, V. Jánosné szül. K. Mária szécsényi lakos hullájának törvényszéki bonczolása tárgyában a f. é. 2160/97. ftő sz. végzés folytán.

Jelenlevők az alulirottak.

Eljáró Sz. kir. alj. biró, mint vizsgálóbiró, K. jegyzőkönyvvezető, a sürgönyileg meghivott Okolicsányi János dr. törvényszéki orvos és megyei főorvos, továbbá Szendrő Jenő dr., balassagyarmati városi orvos, úgyszintén N. városi biró és F. városi jegyző társaságában megjelent V. János szécsényi lakos házában, hol miután az elhalt V. Jánosné szül. K. Mária hullájának azonosságát a fentebb megnevezett elöljárósági tagok igazolták, fentebb megnevezett orvosok felkérettek a hulla törvényszéki bonczolásának eszközlésére s adandó véleményükben különösen a halál okának, valamint annak részletes megjelölésére, miszerint a történt szülésnél nem volt-e valami belső elvérzés, a mi a halált előmozdíthatta, vagy okozhatta. Továbbá, minthogy a szülésnél külerőművi behatás történt, miután az eltávolított gyermek feje bent maradt, nem lehetett volna-e azt is erőművi behatás folytán eltávolítani akként, hogy az anya életben maradhasson, továbbá, hogy adandó véleményükhöz nem tartják-e szükségesnek az elhalt V. Jánosné erőművileg eltávolított és időközben eltemetett fejnélküli gyermek hullájának bonczolását.

A megejtett törvényszéki bonczolásról fentebb megnevezett orvosok a következőket terjesztik elő stb.

Miután nem lehet czélom e referatum keretében a bonczjegyzőkönyvet egész terjedelmében közölni, ennek csupán a szülőcsatornára vonatkozó adatait jegyzem ide: „A medenczeváz egyenes átmérője 12 cm. és 4 mm. hosszú, haránt átmérője $12^1/_2$ cm. hosszú, ferde átmérője 13 és $^1/_2$ cm. hosszú. A méh hossza a hüvelyes résztől a méhfenékig számítva 18 cm. hosszú, haránt átmérője 16 cm. hosszú, vastagsága 6 cm. A méh állománya igen tömött, színe a metszlapon szürkésfehér. Külső felületének háti felülete szenyes-vöröses, mellső felületén szenyes-zöldes. A méh üres, nyákhártyája szenyes-zöldesvörös, fal lazult, helyenként kimaródott. A méh fenekén (fundus) harántirányban egy 8 cm., azaz nyolcz centimeter hosszú, a méhállomány egész vastagságára kiterjedő folytonosságmegszakítás van jelen, melynek szélei sötétbarnavörösen elszínesedettek. A folytonosságmegszakítástól lefelé haladó irányban a méh falzata megvékonyodott, a mely megvékonyodott részlet 5—6 cm. hosszú. A méh folytonossághiány fölött, a méh hashártya borítéka alatt s attól körülburkolva a hasűrben egy négy nyaki csigolyával ellátott gyermekfej találtatott, mely felületének legnagyobb részével szivacsos, véredényléczekkel áthálózott barnafekete, mállékony, körülbelül két férfi-

tenyérnyi tömegbe részben beburkolva volt." (E tömeg a placenta volt, mikép erről a bonczoló orvos uraktól értesültem. Szerző) „A talált gyermekfej szenyes-zöldesbarna, felületéről a felhám és a hajzat hiányzik; a szaruhártya átlátszatlan, az orr és fülek porczosak. A koponya összeesett, a csontok egymástól szétválva lötyögnek. A nyaki csonkon az összes lágyrészek szenyes-szürkék és czafatosak, szétmállók, szakadékosak. A koponya kerülete a csontok lötyögése miatt nem volt megmérhető. A koponyaboltot képező csontok méretei a következők: A homlokcsont felének magassági átmérője a szemür fölötti széltől a koronaszélig terjedőleg 8 cm., haránt átmérője 6 cm.; a falcsontnak egyenes átmérője $9^1/_2$ cm., haránt átmérője 10 cm. és 3 mm.; a nyakszirtcsont legnagyobb magassága 7 cm., legnagyobb haránt átmérője 8 cm. A hüvely tágult, nyákhártyája síma, szenyes-barnavörös. A petefészkek állománya elhigult, szenyes-zöldes. Az általános hasürben körülbelül 50 gramm sötét-barnavörös, híg, rostonyaczafatokkal kevert folyadék volt. A nagy cseplesz alsó része és az alhastáji hashártya feketészöldesszínű, felületén könnyen leválasztható és könnyen szétnyomható álhártyákkal fedett."

Kórisme: „Tökéletes, a méh falát áthatoló repedés a *méh fenekén*. Négy nyakcsigolyával biró magzatfej és a köldökzsinórjától megfosztott méhlepény a has ürében a méhfenék fölött. Az áthatoló méhrepedés, valamint a has ürébe a repedésen át kitólult magzatfej és méhlepény által előidézett hashártyalob, legnagyobb valószinűséggel rothadásos (septikus) fertőzéssel kapcsolatban. Heveny tüdővizenyő. Előrehaladt rothadás. Macerált magzatfej. Köldöknélküli méhlepény."

Vélemény: 1. A halál közvetlen oka tüdővizenyő volt, mely a hashártyalob és az ahhoz társult septikus fertőzés következtében állott elő.

2. A halált okozott hashártyalob a méhfenék tökéletes repedése és a repedésen át a hasürbe jutott magzatfej és méhlepény traumatikus esetleg fertőzéses behatása folytán fejlődött ki.

3. A bonczvizsgálat adatai nem bizonyítják, hogy a talált méhrepedés szándékos erőművi behatás vagy művi beavatkozás útján jött volna létre. A méhrepedés a fenforgó esetben vagy a magzat hibás fekvése folyományaként a méh és a magzat között kifejlődött tér-aránytalanság s az ennek alapján esetleg elhúzódó szülés, vagy a méh szövetének elörement, kóros folyamatok által történt megváltozása, tehát repedésre hajlamosító ok folytán, esetleg e két körülménynek, nevezetesen a rendellenes magzatfekvés által föltételezett tér-aránytalanság és a méhszövet (méhállomány) kóros elváltozása alapján fennállott hajlamosító ok együttes hatása folytán következhetett be.

A szécsényi kir. járásbiróság a bonczoló orvosokhoz következő irásbeli kérdéseket intézi:

1. Nem volt-e a szülésnél valami belső elvérzés, a mely a halált előmozdíthatta, vagy okozhatta?

2. Miért nem lehetett a külerőműveleg eltávolított gyermeknek fejét is a méhből ily úton eltávolítani?

3. A bonczjegyzőkönyv belvizsgálati része szerint a nő méhében talált s a gyomorba (hasürbe?) vezető nyilás a rendkivüli szülés következtében beállott vajudás, vagy a külerőművi behatás eredménye-e?

4. Mi volt az oka annak, illetve hogyan került a méhből a gyermekfej a hasürbe?

5. Részletesen megjelölendő, hogy a bonczolás előtt eltávolított és időközben eltemetett fejnélküli gyermek hullájának bonczolását miért nem tartották szükségesnek?

E pontokra a szakértő orvosok fenti véleményökkel egyetemben, melynek beterjesztésére az eset bonyodalmas, szokatlan volta miatt 8 napi határidőt kértek és nyertek, 1897. augusztus hó 24-dikén következőket terjesztik elő:

Ad I. kérdőpont: Oly fokú belső vérzés, mely a halált előmozdíthatta vagy okozhatta volna, nem volt jelen.

Ad II. A magzattörzs művi beavatkozással történt eltávolítása után a méh ürében visszamaradt s illetőleg leszakadt magzatfej a bekövetkezett méhrepedés miatt nem volt eltávolítható, mivel a keletkezett méhrepedésen át a magzatfej a méhlepénynyel együtt a méhfenék fölé a hasürbe jutott, honnan a szülőutakon történhető eltávolítás vagy épen nem vagy csak oly mérvű beavatkozással lett volna eszközölhető, mely egyértelmü lett volna az anya hasának felmetszésével és a visszamaradt magzatfej és lepénynek ezen úton való eltávolításával, mindkét esetben tehát oly művi beavatkozással, mely az esetek elenyészőleg csekély számában hozhat az anyára nézve kedvező kimenetelt.

Ad III. kérdőpont: Felelet a vélemény 3-dik száma alatti pontban.

Ad IV. A visszamaradt magzatfej és méhlepény a méh izomzat, illetőleg méhállomány repedésén keresztül a méh sajátos mechanismusában gyökerező méhösszehúzódás folytán önként sajtoltatott ki a has ürébe.

Ad V. Tekintettel azon körülményre, hogy a hullabonczolás közben a hasürben fellelt magzatfej már a méhürbeli nagyfokú rothadás nyomait mutatta, nem forgott fenn a szüksége annak, hogy a magzattörzs is vizsgálat alá vétessék, mivel a már eltemetett magzattörzs kétségtelenül a rothadásnak a vizsgálat eredményét meghiúsító oly előrehaladt állapotában volt, melynek alapján mi sem lett volna megállapítható. A hasürben feltalált magzatfej macerált és rothadt voltánál fogva megállapítható, hogy a magzat már a szülés megindulása előtt huzamosabb idő óta a méh ürében halott volt.

B.-Gyarmat, 1897. évi augusztus 23-dikán.

Szendrő Jenő dr. s. k., bonczolóorvos — *Okolicsányi János* dr. s. k., kir. törvényszéki orvos.

Minthogy a balassagyarmati kir. törvényszék szükségesnek találta, hogy fenti vélemény felülvéleményeztessék, az ügyet e végből az igazságügyi orvosi tanácsnak terjesztette be, a mely is az ezen ügyben 1897-dik évi deczember hó 10-dikén tartott ülésében a következőket véleményezte: (332/I. O. T. 897 sz.)

Vélemény: „Az 1897. augusztus 16-dikán N.-Szécsényben elhalálozott V. Jánosné halálát gyermekágyi eves hashártyagyuladás okozta. A hashártyagyuladás annak a rothadásnak a következménye, mely az elhaltnak méhében már a rajta augusztus 13-dikán végzett szülészeti műtét *alatt és előtt* jelen volt.

A méhrepedés a szülés alatt *önként* állott elő és annak a méhmegbetegedésnek volt *következménye, a melyet az elhalt terhességének közepe idején kiállott.*

A magzat fejének leszakadása a nagyfokú rothadásnak volt következménye, melyben Márer dr. azt a műtét alkalmával találta. A leszakadt fej azért jutott ki a hasürbe, mert a már előbb megrepedt méh izomzatában a természetes visszahúzódás (retractio) állt elő, mely az idegen testet üregéből a legkisebb ellenállású hely felé, tehát itt a hasüregbe kiszorította.

A műtét az anya bekövetkezett halálával nem áll okozati összefüggésben; az orvos eljárásában nem volt gondatlan és a műtéthez egy második orvosnak meghivása egyáltalában nem látszott szükségesnek és ez a fennálló szabályzatban előirva nincsen. A rothadt magzat törzsének exhumálása az egészen világos tényállásnak felderítésére újabb adatokat nem szolgáltathatott volna, tehát joggal volt elmulasztható.

Hogy a halál oka vérmérgezés és hashártyagyuladás, az kitünik az ügyiratokból. Ugyanis (7.) műtét alatt a méhből büzös rothadási gázok ürültek. (15.) Bäcker József dr. augusztus 14-dikén a septikus hashártyagyuladás egész tünetcsoportját irja le; a bonczjegyzőkönyv belső vizsgálati része ennek minden részletét adja.

Hogy a méhürben való rothadás már a terhesség utolsó napjaiban keletkezhetett, kitünik abból, hogy a magzat napok óta elhalt és a szülés alkalmával nagy fokban rothadt állapotban találtatott, továbbá, hogy a műtét alatt rothadási gáz rohant ki a méhürből. Hogy a méhrepedés a szülés alatt mikor, mely órában állott elő, az a rendelkezésre álló adatokból nem dönthető el, de az, hogy a repedés önként keletkezett, kitünik 1. a repedés helyéből, t. i. a méh fenekén, *mely a szokásostól egészen eltérő és a legnagyobb ritkaságok közé tartozik;* 2. abból, hogy a repedés tájékán a méh szövetének súlyos megbetegedése volt jelen, a mennyiben a repedést környező izomzat 5—6 cm. hosszúságban megvékonyodott, holott rendes körülmények között ép e tája a méh falzatának bir a legtömegesebb izomzattal, azaz a legvastagabb. A terhesség alatt lefolyt méh- és hashártyagyuladásnak nagy jelentőségét bizonyítja az is, hogy a hasürbe jutott magzat

fejét erős álhártyás tok vette körül, melyben „szivacsos, véredényléczektől áthálózott, barnásfekete, mállékony tömeg találtatott“. Ilyen álhártyás tok és véredényléczektől áthálózott ür csak nagymértékü gyuladás után keletkezik s minthogy ép ezen a helyen találtatott, hol a méh falzata elvékonyodott, világos, hogy a méh falzata súlyosan meg volt betegedve és a megrepedésre hajlamossá lett.

A magzat fejének mütét alatt való leszakadása és a rothadás olyan közel álló dolog, hogy ennek külön indokolása nem látszik szükségesnek. Hogy a leszakadt fej önként jutott a hasürbe, az onnan magyarázható, hogy a méh izomzata a méhrepedés után rendszerint visszahúzódik és a bennékét magából kipréseli; ha ilyenkor a kisebb ellenállás a méhrepedés útján a hasür felé van, ellenben a nagyobb ellenállás a csukódó méhszáj részéről nyilvánul, úgy az idegen test természetesen a hasürbe jut, a mint ez a vizsgálat tárgyát képező esetben is történt.

Az orvos eljárása és a beteg megmentésére irányuló minden kisérlete egészen megfelelt a tudomány és a gyakorlat által előirott szabályoknak s így őt gondatlansággal vádolni nem lehet“.

Budapest, 1897. deczember hó 10-dikén.

Schächter Miksa dr. s. k., jegyző. *Korányi Frigyes* dr. s. k., elnök.

* * *

Visszatekintve a leirt esetre, úgy ez sok tekintetben érdekes, mert 1. a ruptura egy primiparánál történt; 2. mert a szülőnő medenczéje jól fejlett s könnyen átjárható volt és sem ennek csontos, sem lágy részei kóros elváltozást nem mutattak; 3. aránytalanság nem volt jelen magzat és uterus között, sem pedig a szülőcsatorna átjárhatóságát akadályozó újképlet; 4. mert a ruptura a magzat medenczevég fekvésénél következett be; 5. mert a repedés a méh fundusán székelt s pedig oly méhfenéken, mely megelőzőleg kórosan el volt változva, vagyis a fenforgó esetben a repedés teljesen elüt a szokásos repedésektől. Unicum számba vehető ama tény, hogy a repedés a *funduson* önként következett be, melyre nézve Bandl, a méhszakadások leirója s ismertetője classikus művében (Ludwig Bandl „Über Rupturen der Gebärmutter“ Wien, 1875. pag. 20) ezeket mondja: „Ich muss das Ausgehen des Risses vom Grunde oder Körper des Uterus als ein überaus seltenes Ereigniss — wenn es überhaupt vorkommt! — ansehen“.

Végül e helyütt is köszönetet mondok úgy Bäcker József dr. egyetemi magántanár úrnak, mint Okolicsányi János dr. és Szendrő Jenő dr. uraknak az ügyre nézve adott szives felvilágosításukért, valamint Kray István balassagyarmati királyi törvényszéki elnök úrnak azon előzékenységért, melylyel az ügyiratokat rendelkezésemre bocsátani szíves volt és ez által lehetővé tette, hogy ezen fölötte érdekes s talán páratlanul álló esetet közölhessem.

Irodalom.

Ludwig Bandl: Über Ruptur der Gebärmutter u. ihre Mechanik. Wien, 1875. — Heinrich Fritsch: Klinik der geburtshülflichen Operationen. Halle a/S., 1888. — Olshausen-Veit: Karl Schröder's Lehrbuch der Geburtshülfe. Bonn, 1888. — Karl August Herzfeld: Praktische Geburtshilfe. Leipzig-Wien, 1897. — Friedrich Schauta: Grundriss der operativen Geburtshilfe. Wien-Leipzig, 1885. — A. Drasche: Bibliothek der gesammte mediz. Wissenschaften. Teschen. 1895.

TÁRCZA.

Emlékezések Gruby Dávidról.

1858-ban volt, hogy Hirschler Ignácz és Markusovszky barátaimmal útnak indultunk, hogy Német-, Franczia- és Angolország orvosi intézményeivel megismerkedjünk. Párisi tartózkodásunkat arra is felhasználtuk, hogy meglátogassuk Grubyt, a ki Hirschlerrel még azon időből ismerős volt, midőn ez Párisban Sichel szembeteg-klinikáján foglalkozott.

Egy meleg nyári délután volt, mikor Hirschler a szállásunkra érkezett és értesített, hogy Grubyt délelőtt meglátogatta és tudatta vele, hogy délután együtt megyünk látogatására.

Midőn a Rue Lazareban levő lakásba beléptünk, a nem épen nagy városzoba zsúfolásig tele volt tanácskozás végett megjelent betegekkel, túlnyomóan francziák, azonban németek és angolokkal vegyítve, a kik szótlanul ülve vagy állva, mindennemü foliansokban lapozva várták, míg a sor reájuk kerül. Mintegy fél órát töltöttünk a tömegben, midőn a nyiló ajtóból kilépett Gruby, kezében névjegyeinkkel, a melyekről neveinket leolvasva rendelőszobájába vezetett. Öt percznyi tartózkodás után felállott, „ce serait mauvais genre de vous engager de rester dans ce moment“ szólott, a mikor szobáim tele vannak betegekkel, fejem pedig ezek dolgaival, hanem holnap kérem látogassanak meg 10 órakor Mont Martre-i laboratoriumomban, a hol én szabad vagyok és a hol kedvünk szerint beszélgethetünk.

A következő napon pontosan megjelentünk a kijelölt helyen. Csengetésre megnyilott az ajtó s egy meglehetős egyenetlenül kövezett, keskeny, de mélyrenyúló udvaron találtuk magunkat, melyet egyik oldalon egy alacsony fakerítés határolt, a másikon egy földszintes épülettömb, a melynek központjából egy hatalmas méretü torony observatoriumszerüleg emelkedett ki. A földszintes épület előtt állott Gruby, egy alacsony termetü, inkább zömök, fejtetején kopasz, sürü szemöldü, mosolygó, okos arczú férfiú, gyors szóejtéssel és gyors mozgással fogadva bennünket. Mindjárt azon kezdte, hogy a ház falán végig helyezett különböző tartányok előtt defiliroztatott, bemutatva kigyóit, békáit, salamandereit stb., a melyek ki füben, ki vízben élvezték az oda tüző nap sugarait, addig míg Gruby valamelyik experimentuma víg életüknek véget nem vetett. Egynémelyiknek egész biographiája volt; született Algirban, nevelésben részesült valamelyik hajó fenékkamrájában, világba vezettetett a quartier latin valamelyik hüllőkereskedője által, míg Gruby által kiszemeltetvén, a bőrének, idegeinek, vérének szánt feladat szerint hizlalási vagy sorvasztási rendszer hatása alá nem jutott.

A keményen tüző nap elől azután az épületbe jutottunk; itt már melegvérüekkel találkoztunk, először nyulak, tengerimalaczok, macskák stb. Azután jött egy könyvtárszoba, közepén egy asztal megrakva üveglapokkal, mikrophotographiákkal, leginkább a bőrbetegségek köréből, oldalt pár villanygép, az ablakmélyedésekben górcsövek. Itt azután elmondta Gruby, hogy milyen hatalmas úttörők voltak a górcsövek az ő párisi életpályájában, milyen tárt karokkal fogadta őtet minden tudományos testület, mikor mikroskopikus cursusait megkezdte és tartotta, és fokonkint hogy hidegültek meg a legtöbben iránta, midőn az orvosgyakorlati pályán kezdett emelkedni. Jóideig foglalkoztatott górcsői praeparatumaival és photographiáival, a melyek között számos tudományos becsü volt, különösen a bőrparasiták köréből, közbeszőve mindenféle elmés megjegyzéseket és történetecskéket, a mi közben a torony lépcsőjéhez jutottunk, a melyen pár raktárszerü helyet magunk mögött hagyva, a torony kupolájába jutottunk. Ez e hely valami mystikus árnyalattal birt, körül a fal mellett kényelmes mély fauteuillok, itt-ott kis asztalkák virágtartókkal, képes füzetekkel, a tér közepén pedig egy hosszas négyszögalakú sötét, érczfényü asztal, az egész helyiségben derengő homály, a melybe a tetőről több oldalról estek be fénysugarak. „Maintenant vous verrez tout Paris! körül állított az asztalnál, s néhány zsinór meg lécz beigazítása után az asztalon mozgalmas élet fejlődött. Páris makroskosmusának mikrokosmikus képe vetődött reá, házsorok, kimagasló fák ormai, fény és árnyék, csigalassúsággal előrehaladó pontok, a melyek emberi körrajzokat mutattak, valami kevéssel gyorsabban haladó, millimeterekkel mérhető egyfogatúak; a kép egyik végén egy homályban elveszö vonal, a melynek városi végén boltozatos épületkép, a vonalon bogár gyorsasággal haladó valami, a mi közelebbről megtekintve egy füstölő locomotivnak volt felismerhető, némelyik egy farkszerü, parányi vonatképpel megtoldva; egy mesteri camera clara, a mely Grubynak beillesztése szerint Párisnak mindegyik részét egymásután láthatóvá tette az asztalon. A kép igazán élvezetes volt nekünk, a kik először láttuk. Gruby, a ki már sok év óta látta, a mi élvezetünket élvezte, s elmondta, hogy ki minden volt már vendége ebben a helyiségben, urak és hölgyek. A látogatás vége pedig az volt, hogy másnap ebédre lettünk hozzá meghiva.

Midőn elbúcsúzás után kocsinkba ültünk, Hirschler megszólalt: „tudjátok, hogy holnap túrós galuskát fogtok enni?“ Csudálkozó megjegyzésünkre pedig elmondta, hogy ilyen ebédeken már

többször volt Grubynál, a ki háztartónéját — Gruby nőtlen maradt — egy magyar szakács által taníttatta meg alföldi magyar ételek készítésére, a melyeket gyermekéveiben ismert — ezeket szülőhelyén, Nagyváradon töltötte — és büszkeséggel tálaltat fel, ha magyarországi vendégekre tudott szert tenni.

Másnap egy helyre és menure nézve elég eredeti ebéd várt reánk.

A rendelőszobából egy salonba léptünk, a hol csakhamar egybegyült a vendégek társasága, néhány iró, művész és mi. Alig hogy együtt voltunk, megnyilt a kétszárnyú ajtó s beléptünk az izlésesen berendezett ebédlőbe, a melyből másik, végig nyitott ajtón beláttunk a fényes berendezésü tágas könyvtárszobába, ennek hátterében pedig a velünk szemben lévő sarokból egy a távolból is elefántcsontfehéren fénylő emberi csontváz vigyorgott felénk. Azon időben még nem szoktattak rá az X-sugarak, hogy legjobb egészségünkben is megismerkedjünk saját magunk és mások csontvázával s elég „piquant"-nak éreztük a gazdagon terített asztal felé tekintő intést, hogy „pulvis et umbra sumus".

Korányi Frigyes.

(Vége következik.)

Perczel Dezső belügyminister jelentése az országgyülésben Magyarország 1897. évi közegészségi viszonyairól.

(Folytatás.)

A *járványos agy-gerinczagy-hártyalob* a járványkimutatások szerint 26, az anyakönyvek szerint 57 halálozást okozott az országban. 1896-ban az anyakönyvekben 420 orvos által megállapított haláleset volt feljegyezve, tehát e betegség okozta halálozások száma tetemesen csökkent.

A *gyermekágyi láz* folytán történt halálozások száma is jelentékeny csökkenést mutat az előző évhez viszonyítva. Kimutatásaink szerint 277 községben 430 szülőnő betegedett meg, kik közül 259 halt el. Az anyakönyvek szerint 544 volt e betegség folytán bekövetkezett halálozások száma.

Veszett ebmarás 1648 esetben fordult elő (1896-ban 1709). Ezek közül 1482 egyén kezeltetett a Pasteur-intézetben, kik közül hét egyén halt el. Az anyakönyvek 60 veszettség folytán történt halálozásról számolnak be.

A *gümőkór* 1897. évben valamivel csekélyebb pusztítást okozott, mint az előző évben. Ugyanis az anyakönyvek szerint 1897. évben 59,860 volt a gümőkór folytán bekövetkezett halálozások száma, míg 1896-ban 61,597. A gümőkór pusztítása országos veszedelem s ennek tudatában körrendeletileg széleskörű intézkedéseket rendeltem el különösen a gümőkóros fertőzés megakadályozására. A baj gyökere nálunk is ép úgy, mint a külföldön a társadalmi viszonyokban rejlik s azokat praeventiv közegészségi intézkedésekkel természetesen megváltoztatni csak nagyon lassan, vagy nem is lehet. Ezért itt is kötelességemnek vélem hangsúlyozni, hogy a bántalom leküzdésének fontos feladata a művelt társadalomra hárul.

Részemről minden ilyen irányú társadalmi mozgalom támogatására készséggel hajlandó vagyok s ehhez képest ez évben is 10,000 forintot bocsátottam rendelkezésre a tüdővészes sanatoriumok létesítésére alakult egyesületnek. Nem fér kétség ugyanis ahhoz, hogy a gümőkór némely kóralakjai külön e czélra szolgáló intézetekben alkalmazott hygienikus és diaetetikus életmód és gyógykezelés mellett meggyógyulhatnak. Ez okból európaszerte mozgalom indult meg, mely a gümőkóros betegeknek a kórházakból való kizárását s azoknak külön gyógyintézetekbe való terelését czélozza. A hazánkban is megindult ez irányú törekvésekre tekintettel nem tartom érdektelennek az ország összes köz- és magánkórházaiban ez év folyamán ápolt tüdőgümőkóros betegek kimutatását közölni:

	Közkórházakban	Magánkórházakban	Összesen
Ápoltatott	5302	1259	6561
Ezek közül gyógyult	58 = 1·1%	12 = 0·95%	70 = 1·06%
Ezek közül meghalt	939 = 36·6%	489 = 38·08%	1428 = 37·00%

Ez adatok mutatják, hogy igen jelentékeny azon betegek száma az országban, kik azon okból nem találnak gyógyulást, mert betegségük gyógyitására alkalmas gyógyintézet hazánkban még nincsen. Meg kell azonban jegyeznem, hogy ezen igen jelentékeny halálozási százaléknak nagy részét azon betegek adják, a kik betegségüknek legutolsó szakában keresték fel a kórházat, a hova már jóformán csak meghalni mentek s e betegek már a megfelelő gyógyintézetben sem találtak volna gyógyulást.

A *trachoma* elleni védekezés az 1897. évben is úgy a prophylactikus, valamint a gyógykezelési részben rendszeresen folytattatott; de úgy az egyik, mint a másik irányban nagy nehézségekkel kellett megküzdeni.

A trachoma ugyanis — eltekintve a volt határőrvidéktől s a vele szomszédos részektől — csak ott terjedett el és ott áll ellen a kiirtásnak, honnan időnként munkások kisebb-nagyobb csoportokban kivonulnak, melyektől a trachomásokat egészen távoltartani nem lehet.

Minden rendszabály, hogy a trachomások legalább a munka szinhelyén elkülönítve legyenek az egészségesektől, hajótörést szenved úgy a betegek, valamint az egészségesek közömbösségén. Igy tehát bizonyos idő mulva a csoportok sokkal több trachomással térnek haza, mint a mennyivel hazulról elindultak.

A gyógykezelésben még mindig érvényesülnek a mult évi jelentésben említett nehézségek és gátolják az eredményt.

Mindamellett egyes vidékeken a lakosság a baj komolyságát már belátva, a gyógykezeléstől kevésbbé idegenkedik, mint eleinte és ennek köszönhető, hogy egyes fögóczpontokon, úgymint a nyitravármegyei privigyei és zsámbokréti járásokban, Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye némely részében és Szeged város külterületén a trachoma már lényegesen apadt, más helyeken pedig mint Kolozs- és Somogy vármegyében a betegek állapota tetemesen javult.

Alaposabb vizsgálatok útján néhány új, ámbár kisebb terjedelmű gócz deríttetett ki Árva vármegye Babin és Hrustin községeiben és Bars vármegye körmöczbányai járásában.

A részletes községenkénti trachoma-kimutatás szerint, az 1897. évben az egész országban 29,386 trachomás volt, 1107-tel több, mint az előző évben. Ezen szaporulat nem a betegség terjedését jelenti, hanem onnan ered, hogy az eddiginél pontosabb vizsgálatok által az ország néhány részében oly régibb trachoma-betegek jutottak a hatóság tudomására, kik eddig figyelmét kikerülték vala.

Ez évben is a trachomások gyógykezelésére különösen helyi orvosok hiányában államköltségen 12 törvényhatóságnak 30 trachoma-orvost bocsátottam rendelkezésére és pedig: Bács-Bodrog vármegyének Szent-Tamás község külterületére, valamint Ó-Sztapár és Ó-Szivácz községek számára 1—1, összesen tehát három orvost, Bars vármegyének Körmöczbánya vidékére egy orvost, Csongrád vármegyének Csongrád község külterületére egy orvost, Kolozs vármegyének az almási és bánffyhunyadi járások számára két orvost Liptóvármegyének rózsahegyi és újvári járásai számára két orvost, Nyitra vármegyének privigyei járása számára két orvost, Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegyei Félegyháza és Halas városok, valamint Kalocsa nagyközség külterületei számára két-két, Tázlár község számára egy, összesen tehát hét orvost, Trencsén vármegyének az illavai és zsolnai járások számára két orvost, Vas vármegyének a muraszombati járás számára egy orvost, Zala vármegyének az alsólendvai járás számára egy orvost, Szeged városnak külterülete számára hat orvost és végül Szabadkának szintén külterületére két orvost.

Ezeken kivül még egy trachoma-orvost a központnak bocsátottam rendelkezésére, ki egyes vidékekre kiküldetik alaposabb vizsgálatok megejtésére és a szakértő közegészségi felügyelő akadályoztatása esetében a trachoma-orvosokat ellenőrzi.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 1897. A székesfővárosi törvényhatóság megbizásából közrebocsátja a **szt. Rókus-közkórház igazgatósága.** A szöveg közé nyomott öt képpel. Budapest, 1898.

Ily czim alatt ez évkönyv már a X-dik kötet. Valamennyi fővárosi kórház 1897-diki viszonyai vannak benne leirva. Röviden ismertetjük a következőkben. Az egész munka négy részre oszlik. Az I. a *statistikai rész*, melyből kitünik, hogy a balparti közkórházakban, nevezetesen a szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1897 végén összesen 27 főorvos, 14 alorvos, 24 segédorvos és 2 boncznok-főorvos működött, az egész év folyamán pedig orvosgyakornoki minőségben 99 orvosdoktor nyert alkalmazást. A jobbparti szt. János-közkórházban 2 fő- 5 rendelő, 3 másodorvos, 2 tanársegéd, 2 napidijas segédorvos, az 1897. november 1-sején megnyitott szt. Margit-kórházban pedig 1 fő-, 1 al- és 1 segédorvos végezték az orvosi szolgálatot. Ez év folyamán a szt. Rókus-kórházban 20,150, a szt. István kórházban 14,768, a szt. János-kórházban 4244 beteget orvosoltak. A halottak száma 1356, 1149 illetőleg 357 volt, a melyek közül klinikai bonczolást kapott a Rókusban 270, a szt. László-kórházban 51, az István-kórházban 493 eset; tudományos czélokra pedig az egyetemre szállittatott 169 illetőleg 235 halott. Az összes műtétek száma a szt. Rókusban 4321, a szt. István-kórházban 1221, a szt. János-kórházban 2475 volt. Egy betegre átlag a Rókusban 21, a szt. István-kórházban 25 ápolási nap esett.

A könyv II. része a *gazdászati rész*. Ebből kitünik, hogy a szt. Rókus-kórháznak a szt. László-kórházzal együtt 578,215 frt 44 kr., a szt. István-kórháznak 380,675 frt, a szt. János-kórháznak 144,189 frt évi kiadása volt.

A könyv III. része a *tudományos rész*, melyben *Pertik Ottó, Elischer Gyula, Gerlóczy Zsigmond, Haberern Jonathán Pál, Donáth Gyula, Havas Adolf, Genersich Antal, Lichtenberg Kornél, Körmöczi Emil, Apt Ferencz, Moór Emil, Décsi Károly, Fejér Gyula* dr.-októl találunk közleményeket.

A könyv IV. része tartalmazza — e kötetben először — közkórházi orvostársulat 1897. évi üléseinek jegyzőkönyveit, melyeket lapunk olvasói közleményeinkből egész terjedelmükben ismernek.

A munka szokott díszben, szokott gazdag tartalommal van kiállítva és tanúbizonyságot nyújt arról, hogy fővárosi kórházaink vezetése teljesen modern szellemben történik és hogy azoknak működése úgy a humanismus, mint a tudomány számára évről évre meghozza a maga áldásos gyümölcsét.

II. Lapszemle.

Az „Oophorin Freund" nevü ovariumkészítményről *Landau L.* berlini tanár segédorvosa, *Mainzer* dr. és *Saalfeld Ed.* dr. igen elismerőleg nyilatkoztak a berlini „Deutsch. med. Wochenschrift"-ben. Mindketten dicsérik hatását vasomotorikus zavaroknál, melyek a petefészek exstirpatiója után beköszönteni szoktak, továbbá ezzel összefüggő bőrbetegségeknél. Végre Bylicki W. tanár Lembergben szintén behatóan foglalkozott az oophorinnal s igen meglepő sikerrel adagolta sápkóros leánykáknál, kik előzetesen nyújtott vaskészítmények után nem javultak

Az airol alkalmazásáról a sebészetben *Boncristiano Lubrianoban* is úgy nyilatkozik, hogy az a jodoform legjobb pótszerének van elismerve s egyebek közt *ctitis medianál* is kitünő hatással van, sőt souverain szerének mondható. Az irrigatiók helyett az airol vezettetik tampon vagy kenőcs alakjában a halljáratba. (Supplemento al Policlinico, 24 sett. 1898.)

Az aneson-anaesthesiáról ir Sternberg Leó Berlinben. A Hoffmann, La Roche és társa baseli gyárából származó *aneson* nevü új anaestheticum nem egyéb, mint az aceton-chloroform színtelen vizes oldata és Vámosy szerint 2—2½% cocain-oldatnak felel meg. Helyi izgató tulajdonságai nincsenek, mérgezési tüneteket nem okoz. *Sternberg L.* Berlinben 17 mütéti esetet ir le, melyekben anaesthesia előidézésére 2 gm.-os aneson-adag subcutan-fecskendezéseket tettek. Az aneson előnyei a cocain felett, hogy azonnal beáll hatása, hogy igen csekély adagok is alkalmazhatók és hogy phlegmonosus lobok eseteiben is sikerül *teljes érzéketlenséget* elérni, ha a szer kellő mennyiségben alkalmaztatik. Azon ellenvetés ellenében, hogy az aneson eddig csak kisebb mütéteknél vétetett alkalmazásba, szerző felemlíti, hogy *Rubinstein* dr. Berlinben nem rég thoracotomiát és bordaresectiót végzett egy 2 éves gyermek empyemája miatt és *Mikulicz* tanár Boroszlóban nagy mütéteket, ú. m. gastroenterostomiát, pylorus resectiót, strumectomiákat végzett localis aesthesia mellett. (Klin. therap. Wochenschrift. 1898. 39 sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

△ **A főváros egészsége.** *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1898. november 6-dikától 1898. november 12 dikéig terjedő kimutatása szerinte héten élve született 440 gyermek, elhalt 263 személy, a születések tehát 177 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2526 beteg, szaporodás 906, csökkenés 838 maradt e hét végén ápolás alatt 2592. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 1, hökhurut —, kanyaró 13, vörheny 9, himlő —, typhus abdominalis 5, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 5, agyvérömleny 5, rángások 9, szervi szívbaj 23, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 38, tüdőgümő és sorvadás 34, bélhurut és béllob 16, carcinomatn et neoplasmata alia 15, méhrák 3, Bright-kór és veselob 7, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 10, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. november 12 dikétől november 19-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 40 (meghalt 3), himlőben — (meghalt —), álhimlőben 22, bárányhimlőben 53 (meghalt —), vörhenyben 48 (meghalt 3), kanyaróban 739 (meghalt 15), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 26 (meghalt —), trachomában 4, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 5 (meghalt —), orbánczban 34 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **Belügyministeri körrendelet a nyilvános alapok számlájára való gyógyszer-rendelés tárgyában.** (Folytatás.)

10. §. A hatósági főorvos felelősség terhe alatt köteles az országos betegápolási alap terhére történt rendelést, az orvosi vényeket és gyógyszertári számlákat felülvizsgálni s az itt elősorolt szabályok megtartására nézve ellenőrizni. E czélból átvizsgál és nevének veres tentával való sajátkezű aláirásával láttamoz minden egyes vényt; a helytelenül szerkesztett vényeken megjegyzését veres tentával felirja úgy, hogy a helytelennek talált részlet is olvasható maradjon; a szabályellenesen rendelt gyógyszert, vagy valamely gyógyszer helytelen mennyiségét veres tentával megjelöli.

A gyógyszer-csomaghoz mellékelt számlában megjelöli veres tentával a szabályelleneseknek talált vények számait s a számlát minősége szerint a következő, veres tentával irt záradékokkal látja el: „szabályosnak találtam" vagy „szabályellenesnek találtam" s ezután veres tentával aláirja.

11. §. Sérültek gyógykezelésénél a vényeken megjelölendő, hogy a fennálló szabályok értelmében ki kötelezhető a költségek megtérítésére.

12. §. A rendelhető vények ide csatolt sorozata a rendelő és ellenőrizö egészségügyi közegek feladatának könnyebbítésére azon megjegyzéssel mellékeltetik, hogy az egyes vények csupán megnevezéseik szigorú megtartása mellett rendelhetők.

Ezen vények tehát igy rendelendők, például:

Rp. Aetheris sulfurici pro injectione subcutanea *dosim unam*
D. S. Bőr alá fecskendezésre.

Oly esetekben, midőn az orvos nagyobb adag rendelését tartja szükségesnek, ily vényekből rendelhet egyszerre két, sőt több adagot is.

I. *Melléklet. Azon hivatalos gyógyszerek, melyek közalapok számlájára egyáltalában nem rendelhetők:*

Absinthium, acetum, acetum aromaticum, acid. acet. concentr., acid. acet. dil., acid. arsenicosum, acid. chromicum, acid. citricum, acid. hydrochloricum conc., acid. nitricum conc., acid. sulfuricum conc., aconitinum german., aconitum, agaricus chir., alumen ustum, ammoniacum, ammonium aceticum solut., ammonium carbonicum, amygdalae amarae, amygdalae dulces, angelica, anisum stellatum, anisum vulgare, aqua aurant. florum, aqua calcis saccharata, aqua cinnamomi simpl., aqua cinnamomi spirituosa, aqua menthae piperitae, aqua rosarum, aurantium,

Balsamum peruvianum, belladonna, benzoë, bismuthum tannicum.

Calamus, calcium carb. praecipit., calcium chlorat. fusum, calcium oxydatum, cannabis indica, cantharis, capillus veneris, caragaheen, cardamomum, caryophylli, castoreum, centaurium, ceratum cetacei, cetaceum, charta sinapisata, cortex chin. calis. convol., cortex chin. calis. planus., chininum, chininum bisulfur., chininum hydrochlor., chlorodine, cinnabaris factitia, cinnamomum, citrus, codeinum, coffeinum, coffeinum citr., coffeinum natr. benzoic., cognac, colchicinum, cholchicum, collodium, collodium flexile, colocynthis, colophon. dep. flav., coriandrum, crocus gallicus, cubeba, cuprum aluminatum.

Decoctum Zittmanni fortius., decoctum Zittmanni mitius., dextrinum.

Elaeosaccharа omnia, empl. adh. linteo extensum, empl. anglicanum, empl. cerussae, empl. diachylon simpl., empl. minii adustum, empl. saponatum, emulsio amygdalina, eucalyptus, euphorbium, extractum centaurii, extractum cinae, extractum taraxaci.

Foeniculum.

Gallae, gentiana, guajacum, guttapercha.

Hyoscyamus.

Ichthycolla.

Linimentum styracis, lupulus.

Mannitum, mastiche, mel rosatum, morphinum, moschus.

Natrium acet. crystt., natrium silicicum, nux moschata, nux vomica.

Oleum amygd. dulc., oleum anisi, oleum aurant. cort., oleum caryophyllorum, oleum cinnamomi, oleum citri, oleum eucalypti, oleum foeniculi, oleum lauri, oleum lavandulae, oleum macidis, oleum majorannae, oleum rosae, oleum rosmarini, oleum succini, oleum valerianae, oxymel simplex.

Papaver somnifer, potio magnesiae citr. eff., pulpa prunorum, pulvis aërophorus.

Ratanha, ricinus, rosa, rosmarinus.

(Folytatása következik.)

△ **A kolozsvári Ferencz József tudományegyetem küldöttsége** a rector magnificus és a négy kari dékán a királynál kihallgatáson voltak megköszönni, hogy Ő Felsége a kolozsvári egyetem számára alapító levelet állított ki.

† **Elhunyt.** *Bronts Nándor*, nyug. kir. herczegi orvos Kis-Jenőn.

Téli kúra
a Szt. Lukács-fürdőben
BUDAPEST.

Rheumatikus bajok, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** külön fürdők. Massage, gépgyógyászat. Lakás és teljes ellátás; (közepes ár 25 frt hetenként). Lift. Meghülés kizárva. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

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.

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett **napi négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet ½22—½24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utcza 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXIV. rendes ülés 1898. november 12-dikén. Rendkivüli ülés 1898. november 19-dikén.) 603. l. — Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon. (1898. május 15-dikén tartott közgyülés.) 605. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXIV. rendes ülés 1898. november 12-dikén.)

Elnök: **Réczey Imre**; jegyző: **Lévai József.**

(Vége.)

Genyes hashártyalob műtett és gyógyult esete.

Hültl Hümér: Ritkaság, hogy a heveny általános genyes hashártyalob idült alakba menjen át, mint az a következő esetben történt:

St. Pál 9 éves fiú, f. év junius közepén minden kimutatható ok nélkül beteg lett. Magas lázak, hányás, heves hasfájdalmak voltak az első tünetek, melyek a kezelő orvos előtt a peritonitis kórismét kétségtelennné tették. Miután a gyermek alig vett magához táplálékot, napjában sokszor hányt, éjjel nem aludt, székrekedése volt, nagy fokban gyenge és elesett lett, úgy hogy szülei 1898. julius 4-dikén a Stefánia-gyermekkórházba vették fel. A gyengén fejlett és erősen lesoványodott fiú halvány, szeme beesett, nyelve száraz, ajka cserepes, arcza nagy szenvedést árul el. Csont- és izomrendszere ép. Mellkasa lapos, alsó részletében tágult. Hasa erősen domború (a proc. xyph. és bordaívnél 64 cm., köldöknél 60 cm. a körfogat), feszes, hullámzást mutat, nyomásra mindenütt, de különösen baloldalt erősen fájdalmas. A has felett, kivéve a köldöknek megfelelőleg egy tenyérnyi dobos területet, tompa a kopogtatási hang. Az epigastrium köztakaróján számos genyet tartalmazó pustula. Gyenge, részvétlen, fokozott mértékben szomjas. Légzése mellkasi jellegű (perczenként 24), hőmérséke 37·0, pulsusa 96.

A kórisme nagy izzadmánynyal járó hashártyalobra tétetvén, betegnek absolut nyugalom, megfelelő táplálás, beöntések és hasára Leiter-féle hűtő rendeltetett. Erre a fájdalmak valamit engedtek, közérzet javult, hányás ritkábbá lett, székelés többször jelentkezett. A has körfogata is csökkent eleinte néhány cm.-rel, de a felvétel után 2 héttel, annak daczára, hogy a javulás többi tünetei, nevezetesen az állandóan láztalan lefolyás megmaradt, megint növekedni kezdett, úgy hogy julius hó 20-dikán a következő adatokat jegyezhettük fel: proc. xyph. magasságában 64 cm., bordaszél 66 cm., köldök magasságában 65 cm. A has tompulati viszonyai ugyanazok maradván, mint a felvétel napján, Bókay igazgató úr az alhas jobb oldalát pungálva sűrű genyet nyert, mire a sebészi kezelés lett elhatározva. Statistikai adatok alapján a hashártyalob leggyakoribb oka gyanánt féregnyujtvány megbetegedést véve fel, julius 22-dikén chloroform-narcosisban a jobb Poupart-szalag felett egy haránt ujjnyira 10 cm. hosszú metszéssel megnyitottam a hasat, melyből 5 liter sárgászöld, sűrű, szagtalan geny ürült. Közbeiktatva megjegyzem, hogy a geny *Preisich* dr. vizsgálata szerint *steril* volt, vagy legalább is belőle culturákat oltani nem sikerült. Az egész hasüreg könnyen ki volt tapintható, sehol összenövés. A belek falai igen megvastagodottak, serosájuk fénytelen, bársonyos küllemű, élénkvörös. A féregnyujtvány nem mutat feltünőt, úgy hogy az eset aetiologiája homályos maradt. Mikulicz-féle tamponálás. Szorgalmas kötözések mellett gyorsan volt kisebbíthető az alagcsövező tampon. A beteg tetemesen meghízott és szeptember 11-dikén teljesen gyógyultan hagyhatta el a kórházat. A laparotomia helyén jelenleg ökölnyi hassérv, mely ellen pelottát visel.

Embryoma ovarii műtett és gyógyult esete.

Hültl Hümér: *Wilms* az ovarium dermoidokat és teratomákat kezdetben ovarialis parasitáknak, később embryomáknak nevezte el. Utóbbi megjelölés szerencsésen fejezi ki ezen daganatok histogenesisét. Mellékesen legyen mondva, a test egyéb helyein előforduló betűrődés által keletkező dermoidok és ikerképződésből származó parasita teratomok genesis tekintetében teljesen eltérnek az ovariumok hasonló képződményeitől.

Wilms vizsgálatai, *Pfannenstiel* és *Kröner* közleményei alapján, nemkülönben a kórboncznokoknak Braunschweigban tartott congressusa szerint elismertnek mondhatjuk, hogy a petefészekben két egészen élesen meghatározott daganatcsoport fordul elő, mely rendszerint mind a három csírlemez termékeit foglalja magában. A női ivarmirigyekben egyedül a primordialis folliculusokban fekvő, még nem differenciálódott pete képes ezen képződményeket létrehozni. Egyedül ez birja mindazon tulajdonságokat, melyek szükségesek, hogy az állati organismus képeztessék. Rendesen változatlanul marad a pete a termékenyítés perczéig, kivételesen azonban megtermékenyítés nélkül is növekedésnek indulhat és így *szűznemzés* által hozhat létre képződményeket, melyek az emberi test normalis szöveteit utánozhatják. Az ilyen módon keletkező *ovulogen (Pfannenstiel)* újképletek két csoportba oszthatók: 1. Az első csoportot az jellemzi, hogy egy embryonak a durványa növekedik. Egy ivarsejtből keletkezik egy háromleveles csírtelep, mely az ovariumban fekvő és csak nehezen tágúló follicululusban, befolyásolva a növekedési zavar által úgy nő, hogy a korán differenciálódó szövetek, nevezetesen a külső csírlemez és a fejregio a praevaleáló képződmények. Ezen csoportba tartoznak az azelőtt érthetetlen dermoidok, complicált dermoidok, teratomák és complicált teratomák. 2. Ide soroljuk azon daganatokat, melyeket eddig solid teratomáknak hivtunk és melyeket legjobban solid embryomáknak lehetne nevezni.

A főkülönbség a két csoport között az, hogy az elsőnél a foetusnak egy rudimentuma képződött ki (embryoma), a másodiknál az egyszer differenciált embryonalis szövet *határtalanul* tovább nő és tarka összevisszaságban egymásba burjánzik.

Az embryomák csoportjába tartozik a következő eset: G. G. 3 éves leányt szülei 1898. augusztus 13-dikán azon panaszszal hozták be a Stefánia-gyermekkórházba, hogy a gyermek néhány hete erős hasfájdalmakat jelez, hogy néhány napja észlelik, miszerint hasa is nő. Eddig egészséges volt, szülei és testvérei is egészségesek. A jól fejlett és táplált gyermek szervei a rendestől nem mutatnak eltérést, csak mérsékelten előbomborodó alhasát fájlalja tapintásnál. Narcosisban vizsgálva, az alhasban kissé jobbfelé kihelyezve, gömbölyű, ökölmekkoraságú, minden irányban szabadon mozgatható, egyenlően tömött, tompa kopogtatási hangot adó daganatot lehet kimutatni. Vesék, lép, máj helyükön tapinthatók. Állandóan láztalan, vizelet és szék normalis. Kórisme: tumor abdominis, de felmerül a gyanú, hogy a daganat a genitaliákból kiinduló álképlet.

Két lehetőséget állíthattunk fel, t. i. azt, hogy a daganat rosszindulatú: ekkor az eltávolítást köztudat szerint absolute kellett indicálnunk, vagy azt, hogy a daganat jó indulatú. Ismeretes volt előttünk, hogy a jóindulatú daganatokhoz is egy emberéleten át, mely ezen 3 éves leány előtt állott, mennyi szövődmény járulhat, hogy az excessiv növekedés veszélye fenyeget, mely talán kedvezőtlenebb körülmények között sürgősen javalttá tehetí a műtétet. Tudtuk azt is, hogy *Alibert* szerint jóindulatú daganatoknál a laparotomia prognosisa kedvező (37 eset közül 1 volt halálos kimenetelű). Ezért mindkét eshetőséget figyelembe véve 4 nappal a felvétel után 30 perczig tartó chloroform-narcosisban a hasat 8 cm. hosszú metszéssel a középvonalban megnyitván, a daganatot, mely a jobboldali petefészekből kiindulónak bizonyult, a megfelelő kürttel együtt kiirtottuk. Az edények külön leköttettek, a csonk sebe pedig peritoneummal boríttatott. A bal ovarium ép. A has sebe két etageben záratott.

A teljesen láztalan lefolyás mellett p. p. gyógyult sebből a fonalak 10-dik nap távolíttattak el.

A kiirtott daganat súlya 133 gm., ökölmekkoraságú, sima felszínű, alsó polusában az ovarium egy megmaradt része púpszerűen emelkedik ki. Felmetszésnél két részből állónak látszik lenni, a nagyobbik fele bemetszésre 78 gm. megyleszínű savót ürít és egy egyszerű serosus cystoma, melynek alsó vastagabb falába egy kisebb diónyi daganat van beágyazva. Ez fagygyút tartalmaz, fala egy helyt kiemelkedik és itt arasznyi, vörösessző fürtökbe rendezett hajjal borított. Alatta egy fél fillérnyi lapos csont látható, mely *Minich* dr. szives vizsgálata szerint a normalis csonttal egyező szövettani képet ad, felületén tömörült, a mélyben azonban gerendezetes.

A Thomson-féle betegség egy esetét mutatja be **Scheiber S. H.** dr.

Vizsgálatok a terhesség és a fogcaries közt fennálló viszonyra vonatkozólag.

Biró Zsigmond: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

(Rendkivüli ülés 1898. november 19-dikén.)

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

Tárgy: 20 tag indítványa, hogy orvosnők is felvehetők legyenek az orvosegyesület tagjai sorába.

Kétli Károly: A nők egyenjogosításából kifolyólag minálunk Magyarországon is megadatott a nőknek a férfiakéval egyező előkészítő tanulmányok és képesítés alapján a jog, hogy orvosdoktori oklevelet elnyerni képesek legyenek s ezzel az állam, a törvényhozás teljesen egyenjogú álláspontot biztosított nekik.

A kérdés ma a körül forog, hogy mindazok, a kik orvosi diplomával birnak, felvehetők-e az orvosegyesület tagjai sorába? Szóló szerény nézete szerint: igenis, mert azt nézzük, hogy ki bir orvos-doktori diplomával s nem tekintjük a nemet. Az állam megadta nekik is ugyanazon jogokat és kötelességeket, a mit nekünk, különbséget a két diploma között nem vagyunk képesek találni; ha tehát az állam nem tesz különbséget, nincsen indok, a miért mi különbséget tegyünk a férfi és női orvosok között. Az orvosegyesület tehát nyugodtan megadhatja a jogot, hogy orvosnők is lehessenek tagjai s ezt annál könnyebben megteheti, mert elvi álláspontról s nem személyekről van szó; ha személyekről lesz szó, az orvosegyesületnek titkos szavazás útján úgyis jogában lesz a felett határozni, hogy az illetőt felvegye-e tagjai soraiba, vagy sem.

Andreánszky Jenő: Szóló ellene van a nők felvételének és indítványozza, hogy a gyülés napirendre térjen a tárgy felett; az alapszabályokba olyant bemagyarázni nem lehet, a mi abban nincs s. nem

fogadhatja el a választmány azon magyarázatát, hogy az egyesület alapításakor még orvosnő nem volt, az alapítók igenis bölcsen kerülték az orvosnő kifejezést.

Szóló határozati javaslatot nyújt be, hogy térjen a közgyülés a kérdés felett napirendre s utasítja indítványtevőket, a mennyiben orvosnőket ajánlanak tagfelvételre, a 12. §. betartására.

Réczey Imre: Constatálja Andreánszky tévedését, midőn azt mondja, hogy a választmány azt állítja, hogy az alapszabályokban az „orvosnő“ kifejezés csak azért nem lett annak idején felvéve, mert orvosnők akkor még nem voltak; a választmány véleményének ide vonatkozó része igy hangzik: „Az orvosegyesület alapszabályainak 7. §-a nem zárja ki formailag az orvosnő felvételének lehetőségét, miután az „orvosdoktorok“ kifejezés épen úgy vonatkozhatik orvosi diplomával biró férfiakra, mint nőkre. Tekintettel azonban arra, hogy az egyesület alapításakor orvosnők nem létezvén, az „orvosdoktorok“ kifejezés nem is vonatkozhatott az orvosnőkre és továbbá arra, hogy újításról van a beterjesztett indítványban szó, szükségesnek tartja az igazgató tanács, hogy az egyesület közgyülése elvileg határozza el, vajjon orvosnőket tagjai sorába felvesz-e vagy nem? azaz: az alapszabályok 7. §-ában előforduló „orvosdoktorok“ kitételt megfelelő módon interpretálja-e?“

Ennélfogva a választmány teljesen tisztában volt, van, s a tagok is, hogy a mikor nőt választ be, az ép úgy a szabályszerű eljárás alá esik, mint a férfi orvosdoktor; *Andreánszky* határozati javaslata tehát nem mond semmi újat, s mint ilyen, felesleges. Hogy az alapszabályok nem zárják ki a lehetőségét az orvosdoktor nők beválasztásának, azt az *Andreánszky* határozati javaslata is constatálja; hogy mikép kell tagot választani, az benne van az alapszabályokban; de igenis, a mit *Andreánszky* kihagyott, az az, hogy a mikor megengedi a szabályzat, hogy nők is megválasztassanak, a nélkül, hogy az egyesület elvileg nyilatkoznék, s az illető ajánlott nő neve szavazásra bocsáttatik s a szavazásnál megbukik, ez az illető nő személye ellen irányuló frontnak tünik fel, a mit az illetőről lemosni többé nem lehet; míg ha elvileg kimondatik, hogy nők is lehetnek az egyesület tagjai, de ezt a bizonyos nőt nem veszszük a tagok sorába, megvan az egyesület szabad electiv joga és ez óriási különbség.

Cséri János: A szőnyegen levő indítványt helyesnek, időszerűnek tartja, s elvileg örömmel elfogadja.

Blau Jakab: Az orvosegyesület van hivatva mindenekelőtt arra, hogy a nőemancipatio kérdéséhez hozzászóljon, s vetoját vagy elfogadását kimondja. Szóló ellene van minden ilyen mozgalomnak, mert ez a családi életet megzavarja, s igy a társadalom, mely a családi életre van alapítva, felbomlik.

Korányi Frigyes: Minden megnyugvással alárendeli magát az orvosegyesület határozatának s azt hiszi, hogy a közvélemény is megnyugvással fogja azt venni, ha olyan érvek alapján hozatik meg, a melyek a szőnyegen forgó kérdést megvilágítják, ha mellette és ellene az észszerűségből fejlődő érveket vezetnek a küzdelem sorába.

Jelenleg nem a női emancipatio szükséges vagy nem szükséges volta forog szóban, hanem a kérdés súlypontja az, hogy azon nők, a kik törvény szerint képzettségük alapján orvosi diplomát nyertek, kizárassanak-e az orvosegyesületből.

Ugy is feltehetné szóló a kérdést: hogy az orvosnak akár jellemében, akár a képzettsége értékéből annyit von-e le az, hogy nő, hogy ennélfogva tekintet nélkül jellemére, képzettségére, a qualificatiora, melyet a 7. szakasz kiszab, tisztán azért, mert nő, az orvosegyesületből kizárassék.

Még egyszer hangsúlyozza szóló, hogy az orvosegyesület határozata előtt meghajlik, ha rationalis érvekkel kimutatják, hogy a nőnek neme azt a diplomát, melyet elnyert, annyira devalválja, hogy az orvosegyesületbe felvenni nem lehet, de ha azt ki nem mutatja, addig ahhoz nem járulhat hozzá.

Ha Andreánszky úgy értelmezi indítványát, hogy joga legyen férfit, nőt ajánlani orvosegyesületi tagnak, az illetőnek neve kiirassék, az igazgató tanács elé terjesztessék s szavazás alá bocsáttassék, akkor ugyanazt akarja, mit szóló.

Ha az orvosegyesület kimondja, hogy alapszabályaink úgy értelmezendők, hogy mindenkinek joga van, ha férfi, ha nő, tagnak ajánlani s ha ezen ajánlat alapján az illető a rendes procedura szerint tagnak beválasztatik, akkor szóló ezen indítványhoz hozzájárul.

Árkövy József: Ha a nők majdan bizonyos positiohoz jutnak, akkor foglalkozhatunk e kérdéssel, de a mikor az egész dolog initialis stadiumban van, akkor ezzel foglalkozni nem opportunus, s csak helyeselhető, ha a közgyülés az indítványt leszavazza.

Grósz Emil: Itt arról van szó: tény, hogy Magyarországon orvosnők vannak, lehetnek és lesznek, a kérdés az, beengedjük-e a nőket vagy sem. A beengedés ellen az eddig felhozott megjegyzésekből semmi sem szól s azért tisztelettel ajánlja az indítvány elfogadását.

Andreánszky első indítványát visszavonja s helyette új javaslatot terjeszt be, mely szerint mondja ki az egyesület, hogy az alapszabályok 7. §-át úgy értelmezi, hogy orvosnő az egyesület tagja nem lehet.

Makara Lajos felszólalásában magáévá teszi Andreánszky első indítványát.

Elnök: Andreánszky első indítványa s az eddigi eljárás közt ellentmondást nem látván, 20 tag kérésére elrendeli a névszerinti szavazást olyformán, hogy a kik azt akarják, hogy az alapszabályok 7. §-ának e kitétele „orvosdoktorok“ orvosnőre is vonatkozhatik, igennel szavazzanak, a kik úgy akarják értelmezni mint Andreánszky, hogy t. i. az csak férfirő vonatkozik, azok „nem“-mel szavaznak.

Beadatott 91 igen, 36 nem szavazat s igy elfogadtatott az indítvány, hogy az egyesület tagjai orvosnők is lehetnek.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1898. május hó 15-dikén tartott közgyülés.)

(Folytatás.)

A lefolyt év folyamán másik két tagtársunk is méltán részesült szélesebbkörü megtiszteltetésben. Az egyik *Reichenberg Fülöp* dr., Berettyó-Újfalunak 25 éve orvosa, a kit jogosan környez az a köztisztelet, melynek megnyilatkozását egyletünk küldöttsége oly örömmel tapasztalhatta. A másik alapító tagunk, egyletünknek hosszú időkön át titkára, alelnöke, majd választmányi tagja, *Bodor Károly* dr., a kit negyven éves irói, harmincz éves orvosi jubileumán egyletünk küldöttségileg üdvözölt. Mindkét tagtársunk jogos megelégedéssel tekinthet vissza a megfutott pályára, különösen az utóbbi élete annyira összeforrt az utolsó évtizedek culturalis, humanistikus mozgalmaival, hogy azok felsorolása egyértelmü volna az ő közpályájának jellemzésével.

Jubilaris kartársaink elmondhatják a német classikussal:

Wer den Besten seiner Zeit genug
Gethan, der hat gelebt für alle Zeiten.

Egyletünk ez évben különös gondot fordított a localis egészségügyi themákra s nagy figyelemmel hallgatta a t. megyei és városi főorvos urak jelentéseit, melyeknek adataiból örömmel győződött meg, hogy egészségügyünk a legjobb kezekbe van letéve. Megelégedéssel látja, hogy a gyermekkórház ügye, melynek érdekében egyletünk első indította meg a mozgalmat, a megvalósulás stadiumába lépett, s hitünk, hogy ezzel egy nagy lépést tettünk közegészségügyünk javítására. Csak ebből a szempontból tettük tanulmányunk tárgyává a prostitutio kérdését is, melyről *Parent-Duchatelet*-tel tartjuk, hogy „les prostituées sont aussi indispénsables dans les agglomerations d'hommes, que les égouts, les voiries et les depôts d'immondices“ (a prostitutio ép oly feltétlen szükséges az emberek csoportosulásánál, mint a csatornák, utczai folyókák s a szemétlerakodók). Az elv, melyből kiindultunk az, hogy a szabályozott s felügyelet alatt álló prostitutio az emberi szenvedélyek szükségszerű levezető csatornája, sőt tovább menve, óvja nemcsak a nyilvános erkölcsiséget, de megőrzi a társadalmat, a prostituáltakat attól a borzasztó betegségtől, mely egyéneket, családokat, egész fajokat tehet munkaképtelenné. A prostitutio helyi kezelési módja nem felel meg a hozzákötött reményeknek, s ez volt indító oka, hogy a kérdés tanulmányozására, s javaslattétel végett egy ad hoc bizottságot küldtünk ki. A bizottság tanulmányait ez idő szerint még folytatja, s azonfelül várakozó álláspontra is helyezkedett, mert tudomásunkra jutott, hogy a baj jelenlétére figyelmessé lett illetékes hatósági körök is belátták a helyzet tarthatatlan voltát s utasították saját szakközegeiket a megfelelő javaslatok megtételére. Azt bizonyosan tudom, hogy egyletünk tapasztalatai e kérdés megoldásában nem nélkülözhetők s kétségtelen, miszerint ezek igénybe is fognak vétetni.

Egyletünk nagy megelégedéssel látta az *országos orvos-szövetség* megalakítását, s szivesen állította helyiségét a nagyváradi fiók rendelkezésére. Az eszme, melyért egyletünk annyi harczot vívott, ime testet öltött, s különös örömünkre szolgál, hogy a mi fiókunknál épen azok nyujtották a legkiválóbb szolgálatokat, a kik tulajdonképen a kötelező egyesülés hívei. Mit s mikép fog beváltani a szövetség azokból a reményekből, melyeket a tömörülés eszméjéhez fűztünk: a jövő titka. Sorsunk a magunk kezébe van lefektetve; a kezdet nehézségei szinte óriásiak, valóságos jégpánczéllá merevedett közönyt kell legyőznünk, s igy biztatóbb jel alig létezik annál, hogy nálunk az elvi ellentétek teljesen elsimultak akkor, a midőn arról volt szó, hogy tennünk kell valamit. A szövetség egyletünkben mindig hű, kész támogatóra, fegyvertársra talál s hiszszük, hogy a remények valókká válnak a közös munka, a közös törekvések által.

Egyletünk könyvtárának és a pénztár állapotáról választmányunk jelentése fog számot adni. Nekem még a tagsági viszonyokra vonatkozólag kell jelentést tennem. Egyletünknek jelenleg 85 tagja van, orvos 62 (helybeli 41, vidéki 21), gyógyszerész 8 (helybeli 6, vidéki 2), a természettudományi szakosztály tagja 15 (helybeli 13, vidéki 2).

Tagjaink sorából a lefolyt év folyamán szeretett kar- és tagtársunk *Rednik József* dr. Nagyvárad város tiszti orvosa dőlt ki 1897. év november hó 15-dikén bekövetkezett halála által. Az elhunyt emlékét tiszttársa, *Baróthy Ákos* úr fogja mai ünnepélyes ülésünkben felelevéníteni. Nekem, a kit az elhunythoz szintén a baráti és tiszttársi viszony kötött, e helyen kötelességem elmondani róla, hogy az elhunyt pályatárs tudásával, mérhetlen szívjóságával, nemes jellemével, kötelességérzetével maradandó emléket biztosított magának egyletünkben.

Tisztelt közgyülés!

Jelentésemet befejeztem. Eredményeinkkel van-e okunk-jogunk megelégedve lenni vagy sem: döntsék el mások; annyit azonban belső ösztönünk súg, hogy teljes erőnkből igyekeztünk szolgálni a nagy eszméket, idealokat, melyeket czélunkul kitűztünk, s egyet bizonyosan érzünk, azt t. i., hogy még szorosabbra fűztük azt a viszonyt, mely bennünket ez intézmény keretében egybeköt.

A vélemények szabadsága, a tudomány önzetlen ápolása, gyakorlati hivatásunk szeretete, a kölcsönös kartársi bizalom és összetartás, irányelveink a jövőre nézve is és azon meggyőződésben, hogy jelentésemmel az önökét is tolmácsoltam, tisztelettel kérem annak tudomásul vételét.

A nagy figyelemmel hallgatott és szokatlan tetszéssel fogadott titkári jelentést az egylet tagjai tudomással veszik.

Ezután Konrád Márk dr. elnök úgy a maga, mint tiszttársai nevében viselt tisztéről lemond s felkéri a közgyülést a tisztviselői kar és a választmány megalakitására, a választás vezetésére korelnökül *Grósz Albert* dr.-t, korjegyzőül *Mayer László* dr.-t kérvén fel.

Grósz Albert dr. elfoglalván a korelnöki széket, ajánlja, hogy szavazás mellőzésével az eddigi érdemes elnököt *Konrád Márk* dr.-t válasszák meg újra *elnöknek*.

A közgyülés egyhangúlag elfogadja korelnök indítványát, mire korelnök *Konrád Márk* dr.-t megválasztottnak jelenti ki.

Grósz Menyhért dr. ajánlja, hogy az egész mult évi tiszti kar választassék meg közfelkiáltással.

Ez indítvány alapján *Grósz Albert* dr. végzés gyanánt kimondja, hogy

alelnökké választatott ... ... *Hoványi Ferencz* dr.
titkárnak „ ... ... *Berkovits Miklós* dr.
jegyzőnek „ ... ... *Edelmann Menyhért* dr.
könyvtárosoknak megválasztattak *Grósz Albert* és *Révész Vilmos* dr.-ok. Miután az eddigi pénztáros, *Nyiry György* nagy elfoglaltsága miatt nem fogadhatja el megválasztása esetén a pénztáros tisztét, a közgyülés sajnálattal veszi e nyilatkozatot tudomásul és köszönetet mond *Nyiry György* volt pénztárosnak, eddigi, hosszú éveken át teljesitett szolgálataiért és fáradozásaiért.

Ezután a közgyülés közfelkiáltással pénztárosnak *Heringh Sándor* egyleti tagot választja meg.

A választmány megalakítása, miután három egyleti tag óhajtja, titkos szavazás útján történik.

A megejtett szavazás alapján választmányi tagok lettek: *Kornstein Lajos* dr., *Kutiák Ágoston* dr., *Bartha János* dr., *Bodor Károly* dr., *Döri Ferencz* dr. egyleti tagok s pótválasztmányi tag *Fráter Imre* dr.

Grósz Albert dr. indítványozza, hogy az egylet régi szokásához híven, tartson az idén is *vándorgyülést* s ennek helyéül ajánlja a *Félix-fürdőt*. A közgyülés az indítványt elfogadja.

Ezután *Baróthy Ákos* dr. tart *emlékbeszédet Rednik József* dr. elhunyt egyleti tag felett.

A meghatottsággal hallgatott emlékbeszéd elhangzása után elnök felkéri a jelenvoltakat, hogy az elhunyt emlékezete iránti kegyeletök és tiszteletök jeléül emelkedjenek fel helyeikről. (Megtörténik.) Ezután általános óhaj teljesítése gyanánt kimondja, hogy az emlékbeszéd ki fog nyomatni.

A közgyülésnek több tárgya nem lévén, elnök a közgyülést berekeszti.

PÁLYÁZATOK.

2121/898. eln. szám.

A vezetésem alatt álló **brassói királyi törvényszéknél** és ahhoz tartozó **fogháznál** elhalálozás folytán üresedésbe jött **törvényszéki és fogházorvosi állás** betöltése czéljából a nagyméltóságú m. kir. igazságügyi minister úrnak f. évi november hó 4-dikén 63,176/898. I. M. II. szám alatt kelt rendelete alapján ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom ennélfogva mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és a törvényszéki orvosok részére előirt vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket, ezen hirdetménynek a hivatalos lapban **harmadszori** megjelenésétől számitandó 2 hét alatt hozzám annál bizonyosabban adják be, mert a később érkezendő kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Brassó, 1898. évi november hó 22-dikén.

A királyi törvényszék elnöke:
Ponori Sándor.

3—1

15,490/98. szb. sz.

Udvarhely vármegyében a **VIII-ik közegészségi körorvosi állomás** lemondás folytán üresedésbe jött.

Ezen körhöz Szentegyházas és Kápolnás-Oláhfalu, Lövéte és Homoród-Almás községek tartoznak **Szentegyházas-Oláhfalu** központtal, a hol az orvos köteles lakni.

Fizetés évi 400 frt és természetbeni szállás.

A körorvos nyáron a homoródi gyógyfürdőn fürdőorvosi teendőket végezvén, ezért külön 200 frt fizetés s a fürdőben 2 szobából álló lakás illeti.

Az orvosi rendelvények, valamint a műtétek dijai is szabályozva vannak 50 krtól 15 frtig, vagyontalan betegek dij nélkül gyógykezelendők.

Járvány kiütése vagy hivatalból tett kiküldetésnél a körorvost dij nem illeti, csak természetben kiszolgáltatandó fuvar vagy annak ára kilometerenként 13 kr.

A körorvos köteles leend havonként és félévenként a járási orvoshoz egészségügyi jelentést és kimutatást beküldeni.

A pályázni kivánók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt folyamodványokat **1898. évi deczember hó 10-dikéig** alulirt járási főszolgabirói hivatalhoz adják be.

Sz.-Udvarhely, 1898. évi november hó 17-én.

1—1 *A főszolgabirói hivatal.*

4549/898. sz.

A nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrnak 29,326/VI. számú magas rendelete alapján Arad vármegye eleki járásbeli **Medgyes-Egyháza** községben szervezett **községi orvosi állásra**, mely ez idő szerint évi 300 frt fizetés, 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli látogatási dij javadalmazással van összekötve, ezennel újabbi pályázat hirdettetik és felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni kivánják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket alulirt főszolgabirói hivatalhoz **f. évi deczember hó 17-dik** napjáig nyujtsák be.

A már beadott kérvényük e választásra elfogadtatnak.

A választás Medgyes-Egyháza községházánál f. évi deczember hó 17-dikén délelőtt 11 órakor fog megtartatni.

Elek, 1898. évi november hó 8-dikán.

1—1 *A főszolgabirói hivatal.*

Bereg vármegye területén megüresedett **mezőkászonyi és szolyvai járásorvosi állásokra** pályázat hirdettetik.

A járásorvosi állás 400 frt fizetés és 200 frt úti átalánynyal van egybekötve.

Felhivatnak mindazon orvosok, kik az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képességgel s a tiszti orvosi vizsga letételét igazoló bizonyitványnyal birnak, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényeiket, kijelentésével annak, hogy melyik állásra pályáznak, **f. évi deczember hó 15-dikéig** Bereg vármegye alispánjához (Beregszász) nyujtsák be.

Beregszász, 1898. évi november hó 16-dikán.

2—1 *Jobszty Gyula*, alispán.

Az alulirott közvetlen szomszédságban **Zernesten** (3500 lakos, vasúti állomás) levő gyártelepeik számára egy **képzett flatal orvost** keresnek, kinek már némi gyakorlata is van. A magyar és német nyelv ismerete szükséges, a román kivánatos. A fix fizetés 1000 frt és 200 frt lakáspénz vagy lakás természetben, fütés és világitás. Magánpraxis meg van engedve. Ajánlatok a **Brassói Cellulose-gyár részvénytársasághoz Zernest, Brassó mellett** intézendők.

Brassói Cellulose-Gyár Részvény-Társaság,
2—1 *Coponyi Márton-féle papirgyár.*

7866/898. kig. szám.

Torontálmegye antalfalvai járásához tartozó **oppovai körorvosi állás** lemondás folytán megüresedett, arra ezennel pályázat hirdettetik, a körhöz Baranda községe tartozik.

Ezen állással 900 frt évi fizetés, 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli látogatási dij élvezete van egybekötve.

Felhivatnak pályázni óhajtók, hogy képesitésüket, eddigi alkalmazásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi deczember hó 5-dik** napjáig alulirott főszolgabirói hivatalhoz nyujtsák be.

A megválasztott orvos köteles a torontálmegyei orvosegyesület nyugdijintézetébe lépni.

Antalfalva, 1898. évi november hó 10-dikén.

2—2 *A főszolgabirói hivatal.*

365/898. eln. szám.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban a kórboncznoki állás újjászerveztetvén, annak betöltésére a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrnak f. év október hó 26-dikán kelt 100,256/VI.—b. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvos urakat, kik ezen 800 frt fizetéssel dijazott ideiglenes jellegű két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. törv.-czikk 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal, továbbá, hogy úgy a kórboncztannal, szövettannal, kórvegytannal, bacteriologiával és a Röntgen-sugarak kezelésével, mint specialisták foglalkoztak és foglalkoznak, igazoló bizonyitványokkal felszerelt folyamodványaikat **f. évi deczember hó 31-dikéig** hozzám nyujtsák be.

Pozsony, 1898. évi november hó 9-dikén.

3—3 *Pantocsek József* dr., igazgató-orvos.

10,696/898. kig. szám.

Temes vármegye fehértemplomi járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett **károlyfalvi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi járandóságok: évi fizetés 600 frt, lakbér 200 frt, a látogatási dijak az 1876. évi XIV. t.-cz. 145 §-ának 1. pontja értelmében a megválasztott orvos és a községek által egyezség útján lesznek megállapitva, a halottkémlési dij 40 krban van megállapitva.

Mig az állatorvosi állás betöltve nem lesz, a hússzemlélés után évenkint 150 frt jár.

A kör székhelye Károlyfalva, a melyhez a 4 kilométer távolságra eső állami út mellett fekvő Temes-Miklós község tartozik, a két község lakosságának száma 8000.

Pályázati határidő **1898. évi deczember hó 5-dikén.**

A választás határnapja és helye 1898. évi deczember hó 7-én d. e. 10 óra Károlyfalva községháza.

Felhivom pályázókat, miszerint az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. és 143. §-aiban előirt képesitettségüket igazoló okmányaikkal és szolgálati bizonyitványaikkal felszerelt kérvényüket az adott határnapig hozzám beterjesszék.

Fehértemplom, 1898. évi november hó 14-dikén.

2—2 *Somogyi Gyula*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (u. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex-** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

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

B vásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

BUDAPESTI

GYÓGYMECHANIKAI (Zander) INTÉZET.

Testegyenészet, svéd gymnastika, massage.

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

(Nemzeti színház bérháza, I. emelet.)

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

Telefon: 54—20.

Dr. Hainiss Géza egyetemi m.-tanár és Dr. Pécsi Dani-féle

szabadalmazott sterilizált gyermektej termelése

Budapest, VIII. ker., József-körút 41. szám.

Készítmények: Telefon. 51—60. szám.

I. Csecsemők számára való tej. A természetes anyatejet helyettesítő táplálék a csecsemők számára. A csecsemők korának megfelelő minőségben ugyanazon tej édes savójával készítve, ötféle összetételben. **Minden egyes étkezésre való adag külön légmentesen zárt palaczkban, sterilizálva.**

A tej ára: I. számú tej, napi adagja (8 palaczk) --- --- --- 30 kr.
II—V. számú tej, napi adagja (8—6 palaczk) .. --- 40 kr.

II. Sterilizált teljes tej, elválasztott kisdedek számára. Ugyanezen készítmény adandó bélhurutban szenvedő gyermekeknek is. Ára: napi adag (6 palaczk) --- --- --- --- --- --- --- --- --- 40 kr.

III. Pasteurizált tej. Minden kórokozó csirától mentes, kitünő minőségü, tiszta, teljes tej, közönséges használatra, vagy oly csecsemők részére, a kiknek otthon készítik el „Soxleth" szerint a mesterséges táplálékot.

Ára 1/4 literes palaczkokban --- --- --- --- --- --- --- --- --- 6 kr.
1/2 „ „ --- --- --- --- --- --- --- --- --- 11 kr.
1/1 „ „ --- --- --- --- --- --- --- --- --- 20 kr.

IV. Gyomorbetegek részére könnyen emészthető, tápláló tej, pasteurizálva, úgy hogy a betegek felforralás nélkül is élvezhetik. Ára literenként --- --- --- --- --- --- --- --- --- 40 kr.

V. Tüdőbajosok részére, az illető betegek zsirvesztességét pótló rendkivül dús, tápláló erejü tej, pasteurizálva, úgy, hogy a betegek felforralás nélkül is élvezhetik. Ára literenként 40 kr.

VI. Édes savó, gyomor- és tüdőbetegeknek, pasteurizálva. Ára literenként --- --- --- --- --- --- --- --- 30 kr.

Házhoz szállítva, vagy helyben.

Görbersdorf (Porosz-Szilézia).

Dr. RÖMPLER sanatoriuma

tüdőbetegek részére.

550 m. a tenger szine felett. 1875 óta áll fenn. Magyarországi betegek részére legközelebb fekvő tüdőgyógyintézet; magyarok által látogatva. Az első assistens magyar (volt klinikai gyakornok Korányi tanárnál). Egész éven át nyitva. Prospektust kivánatra küld Dr. Römpler.

VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános
tehénhimlő-termelő intézete
BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállít:

1 fióla 2—3 egyénre --- --- --- --- --- 120 fillér
10 vagy több fióla à --- --- --- --- --- 100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre --- --- --- --- --- 3 korona
1 fióla 50 egyénre --- --- --- --- --- 450 fillér
1 fióla 100 egyénre --- --- --- --- --- 9 korona
Epidermin, egy tubus --- --- --- --- 100 fillér
Üres fióla darabonkint --- --- --- --- 2 fillér
„ fővőcső darabonkint --- --- --- 4 fillér
Tárgylemez darabonkint --- --- --- 8 fillér
Oltó gerely kaucsuk-tokkal --- --- --- 2 korona
Portóért és csomagolásért --- --- --- 80 fillér

Abbazia

tengeri gyógyklimás hely
téli tartózkodásra.
Fürdőorvos:
Dr. Szontagh Miklós
kir. tanácsos.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váczi-körút 60. sz.

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

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Orvos kerestetik

egy fővárosi **vízgyógyintézetbe néhány hétre helyettesítőül.** Hydrotherapiával foglalkozók előnyben részesülnek.

Czim: **dr. Pajor Sándor**
Budapest, VIII., Szentkirályi-utcza 14. sz.

Jó hirnevű fürdő

családi viszonyok miatt eladó. A fürdővel két fix fizetéssel javadalmazott **orvosi állás** is egybe van kötve, a mely átruházható.

Bővebbet **Schwarz József** hirdetési irodájában
Budapest, Marokkói-utcza 4. sz.

Védjegy.

Orvos-sebészi műszerek, betegápolási tárgyak, sérvkötők, kötszerek **pontos és jutányos** beszerzésére legjobban ajánlható

POLGÁR SÁNDOR

egyetem. gyakorlott mű- és kötszerész.

Budapest, VII., Erzsébet-körút 50.

Új nagy képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

E czímre ügyelni tessék.

Gyermek-sanatorium Abbaziában.

Igazgató orvos: **Dr. Szegő Kálmán.**

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

Budapest, 1898. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.